T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM AĞRISI, TUTARLILIK DUYGUSU VE POSTPARTUM DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gülnaz ERDİ

EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doç. Dr. Burcu AVCIBAY VURGEÇ

ADANA-2024

T.C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM AĞRISI, TUTARLILIK DUYGUSU VE POSTPARTUM DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gülnaz ERDİ

EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doç. Dr. Burcu AVCIBAY VURGEÇ

ADANA-2024

KABUL VE ONAY

ETİK BEYAN

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 09/ 09/ 2024

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimde beni sürekli destekleyen, tez çalışmam boyunca bana zaman ayırıp yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Burcu AVCIBAY VURGEÇ' e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesiyle akademik gelişimime katkı sağlayan Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'ndeki tüm değerli hocalarıma,

Bilgi ve tecrübeleri ile desteklerini esirgemeyen akademik gelişimime katkı sağlayan KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'ndeki tüm değerli hocalarıma,

Veri toplama aşamasında bana yardımcı ve destek olan tüm değerli annelere,

Bu yoğun çalışma döneminde her an yanımda olan, stresimi ve heyecanımı paylaşmaktan çekinmeyen, beni motive eden, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli eşim Mustafa Samed ERDİ'ye ve aileme,

Yüksek Lisans eğitimim için beni cesaretlendiren ve depremde şehit olan kayınvalidem Zühal TARAKÇIOĞLU' na

Sonsuz teşekkür ve saygılarımla…

Gülnaz ERDİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY ... **iii**
ETİK BEYAN ... **iv**
TEŞEKKÜR ... **v**
İÇİNDEKİLER ... **vi**
ŞEKİLLER DİZİNİ ... **viii**
TABLOLAR DİZİNİ ... **ix**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ... **x**
ÖZET ... **xi**
ABSTRACT ... **xii**
1. GİRİŞ ... **1**
2. GENEL BİLGİLER ... **3**
2.1. Doğum Eylemi ... 3
2.1.1. Doğumun Birinci Evresi ... 3
2.1.2. Doğumun İkinci Evresi ... 4
2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi ... 4
2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi ... 4
2.2. Ağrının Tanımı ... 5
2.3. Ağrının Sınıflandırılması ... 5
2.4.Ağrı Teorileri ... 6
2.4.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT) ... 6
2.4.2. Endorfin Teorisi ... 7
2.5. Ağrıyı Değerlendirme ... 7
2.5.1. Ağrıyı Değerlendirmede Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler ... 8
2.5.2. Ağrıyı Değerlendirmede Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler ... 8
2.6. Doğum Ağrısı ... 8
2.6.1. Doğum Ağrısının Fizyolojisi ... 9
2.6.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler ... 9
2.6.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi ... 10
2.7. Salutojenik Model ve Ruh Sağlığı ... 10
2.7.1 Salutogenez Modeli Tanımı ... 10
2.7.2. Tutarlılık Duygusunun Tanımı ve Bileşenleri ... 11
2.8. Postpartum Dönem Maternal Ruh Sağlığı ... 14
2.8.1. Postpartum Dönemde Maternal Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler ... 15
2.8.2. Postpartum Dönemde Karşılaşılan Maternal Ruh Sağlığı Sorunları ... 16

2.8.3. Postpartum Dönem Maternal Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Ebelerin Rolleri 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Amacı 20
3.2. Araştırmanın Tipi 20
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20
3.7. Veri Toplama Araçları 22
3.8. Araştırma Soruları 24
3.9. Araştırma Süreci 24
3.10. Verilerin Analizi 25
3.11. Araştırmanın Etik Yönü 25
4. BULGULAR 26
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine, Doğum Eylemi ve Postpartum Dönem Bilgilerine İlişkin Bulgular 26
4.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular 29
4.3. Katılımcıların Doğum Ağrısı, Tutarlılık Duygusu ve Postpartum Depresyon Durumuna İlişkin Bulgular 32
4.4. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular 41
4.5. Ölçek Puanları Arasındaki Regresyona İlişkin Bulgular 42
5. TARTIŞMA 45
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine, Doğum Eylemi ve Postpartum Dönem Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması 45
5.2. Katılımcıların Doğum Ağrısına İlişkin Bulguların Tartışılması 48
5.3. Katılımcıların Tutarlılık Duygusuna İlişkin Bulguların Tartışılması 49
5.4. Katılımcıların Postpartum Depresyon Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması 49
5.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulguların Tartışılması 52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 55
KAYNAKLAR 57
EKLER 74
EK-1: Kişisel Bilgi Formu 74
EK-2: Visual Analog Skala (VAS) 76
EK-3: Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği (DAİDÖ) 77
EK-4: Revize Edilmiş Tutarlılık Duygusu Ölçeği (R-TDÖ) 78
EK-5: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) 79
EK-6: Etik Kurul Kararı 81
EK-7: Kurum İzin Belgesi 82
EK-8:Aydınlatılmış Onam Formu 84
ÖZGEÇMİŞ 85

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No: **Sayfa No:**

Şekil 1. Tutarlılık duygusunun bileşenleri 12

Şekil 2. Postpartum dönemde maternal ruh sağlığını etkileyen faktörler 15

Şekil 3. CONSORT akış diyagramı 21

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular 27

Tablo 2. Katılımcıların doğum eylemi, emzirmeye başlama zamanı ve bebeklerine ait özelliklerine ilişkin bulgular 28

Tablo 3. Katılımcıların postpartum dönem 1., 2. ve 3. izlemlerine ait bulgular 29

Tablo 4. DAİDÖ, VAS, R-DTÖ ve EPDÖ puanlarına ilişkin bulgular 30

Tablo 5. EPDÖ puanlarının aylara ve kesme noktalarına göre karşılaştırılmasına ait bulgular 31

Tablo 6. Katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi, emzirmeye başlama zamanı ve bebeklerine ait özelliklere göre DAİDÖ ve VAS ölçek puanlarının karşılaştırılması 33

Tablo 7. Sosyo-demografik, obsteterik, doğum eylemi ve emzirmeye başlama zamanı özelliklere göre R-DTÖ puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular 35

Tablo 8. Katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi ve emzirmeye başlama özelliklerine göre EPDÖ'nden alınan puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular 38

Tablo 9. Katılımcıların postpartum dönem özelliklerine göre EDPÖ'den alınan puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular 39

Tablo 10. Çeşitli değişkenler ile EPDÖ puanı arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulgular 40

Tablo 11. R-DTÖ, DAİDÖ, VAS, EPDÖ izlemlerine ait ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi42

Tablo 12. EPDÖ puanlarına, DAİDÖ ve R-DTÖ puanının etkisini gösterir regresyon modeli 43

Tablo 13. EPDÖ puanlarına, R-DTÖ alt boyut puanlarının etkisini gösterir regresyon modeli..... 44

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG : Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)

cm : Santimetre

DAİDÖ : Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)

EPDÖ : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

GRRs : Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları (Generalised Resistance Resources, GRRs)

ICM : Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederational of Midwifes, ICM)

KKT : Kapı Kontrol Teorisi

LSD : En Az Önemli Fark (Least Significant Difference, LSD)

OKB : Obsesif Kompülsif Bozukluk

PPD : Postpartum Depresyon

R-TDÖ : Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Duygusu

SOC : Tutarlılık Duygusu (Sense of Coherence, SOC)

SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS)

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

VAS : Visual Analog Skala

ÖZET

Doğum Ağrısı, Tutarlılık Duygusu ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Doğum ağrısı doğumun ilelemesi için serviksin dilate olması ve kontraksiyonlar nedeniyle hissedilen ağrı türüdür. Tutarlılık duygusu kişinin stresle başa çıkabilmesini, hastalanmamasını veya hastalık durumunda daha hızlı iyileşebilmesini sağlayan ana faktördür. Postpartum depresyon doğum sonrası dönemde bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilen depresyon türüdür. Doğum ağrısı, tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon gibi unsurlar, bir kişinin yaşam kalitesini ve genel sağlığını etkileyen önemli faktörlerdir. Araştırma doğum ağrısı, tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışma, Temmuz 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında 366 kadın ile Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum Ek Hizmet Binası'nda yürütülmüştür. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği", "Visual Analog Skala", "Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği" ve "Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği" aracılığıyla doğum öncesi doğumhanede, doğum sonu 1, 3 ve 6. aylarda katılımcıların hastane ziyeretleri sırasında toplanmıştır. Toplanan veriler, SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel ölçütlerden olan sayılar, yüzdelikler, ortalama ve standart sapmalar kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 24.24±3.52, evlilik yıl ortalaması 2.18±1.49'dur. Katılımcılar Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği' nden 8.06±2.87, Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği' nden 41.06±6.37 puan almıştır. Katılımcılar Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği' nden 1, 3, ve 6. aylarda sırası ile 11.67±4.41, 8.92±3.19, 5.64±2.51 puan almıştır. Yapılan çoklu regresyon analizlerine göre doğum ağrısı arttıkça postpartum depreyon 1 ve 3.ay puanlarının arttıdığı, tutarlılık duygusu azaldıkça postpartum depresyon 1. ay puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Çalışma sonucunda katılımcıların önemli bir bölümünün orta düzeyde doğum ağrısı yaşadığı, artmış doğum ağrısı düzeyinin postpartum depresyonla ilişkili olduğu, tutarlılık duygusu düşük olan kadınların da postpartum depresyon açısından risk altında olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Ağrı, depresyon, doğum, tutarlılık duygusu

ABSTRACT

Examining the Relationship Between Labor Pain, Sense of Coherence, and Postpartum Depression

Labor pain is the type of pain experienced due to cervical dilation and contractions necessary for the progression of childbirth. The sense of coherence is a crucial factor that helps individuals manage stress, avoid illness, or recover more quickly if they become ill. Postpartum depression is a type of depression that can occur at any time within a year after childbirth. Factors such as labor pain, sense of coherence, and postpartum depression are significant elements affecting a person's quality of life and overall health. This study was designed to determine the relationship between labor pain, sense of coherence, and postpartum depression.

The study was conducted with 366 women at the Obstetrics Department of Kahramanmaraş Necip Fazıl City Hospital from July 2023 to January 2024. Data were collected by means of "Personal Information Form", "Pain Expression in Labor Rating Scale", "Visual Analog Scale", "Revised Emotional Coherence Scale" and "Edinburgh Postpartum Depression Scale" in the delivery room before delivery and during the hospital visits of the participants at 1, 3 and 6 months after delivery. The collected data were analyzed using SPSS 22.0. Descriptive statistical measures, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were employed in the analysis. The average age of the participants was 24,24 ± 3,52 years, and the average duration of marriage was 2,18 ± 1,49 years. Participants scored 8,06 ± 2,87 on the Labor Pain Expression Rating Scale and 41,06 ± 6,37 on the Revised Sense of Coherence Scale. The participants scored 11.67±4.41, 8.92±3.19, 5.64±2.51 on the Edinburgh Postpartum Depression Scale at months 1, 3, and 6, respectively. According to multiple regression analyses, it was determined that as labor pain increased, postpartum depression 1st and 3rd month scores increased, and as the sense of coherence decreased, postpartum depression 1st month scores increased.

As a result of the study, it was determined that a significant portion of the participants experienced moderate labor pain, increased labor pain level was associated with postpartum depression, and women with a low sense of coherence were also at risk for postpartum depression.

Key words: Pain, depression, childbirth, sense of coherence

1. GİRİŞ

Ağrı, çeşitli uyarılar sonucu oluşan yanma, sızlanma, batma ve acıma hissi ile tanımlanan bir olgudur. Vücutta doku hasarına neden olabilen bu olgunun yoğunluğu ve süresi bireyin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (1,2). Ağrıya verilen tepkiler ve ağrıyı yaşama durumu bireysel olduğu için tanımı çeşitlilik göstermektedir (2). Türk Algoloji Derneği ağrıyı "insan yaşantısıyla doğrudan ilişkili olan ve kültürel faktörlerden etkilenen, vücudun herhangi bir bölgesinde bir hasar sonucu meydana gelen uyarı sistemi'' olarak tanımlamıştır (3). Mc Caffery'nin 1968'de yapmış olduğu ağrı tanımı ise "Ağrı, hastanın söylediği şeydir. Eğer hasta söylüyorsa ağrısı vardır" şeklindedir (4).

Ağrı deneyimleri içinde ilkel kültürlerde en şiddetli ağrılardan biri olarak doğum ağrısı gösterilmiştir (5). Doğum ağrısı kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir ve kadınların yaşamları boyunca karşılaşabilecekleri en şiddetli ağrı türlerinden biridir (6-8). Doğumda yaşanan ağrı normal şartlarda, tehlikeli veya yaşamı tehdit edici olmayan akut bir ağrı olup, sürecin normal ilerleyişi hakkında bilgi sağlar. Sadece fizyolojik ve duyusal bileşenlerle değil aynı zamanda duygusal, güdüsel, kavramsal, kültürel boyutları ile ele alınması gereken doğum ağrısı, subjektif ve çok boyutlu bir deneyimdir (9). Doğum ağrısı stres, anksiyete, korku ve kontrolü kaybetme duygusu gibi psikolojik faktörlerden etkilenmektedir. Bunların yanı sıra doğum ağrısının kadınların kişilik özelliklerinden de etkilendiği bilinmektedir(10,11).

Salutogenez terimi sağlığın geliştirilmesi için tıbbi sosyolog Antonovsky tarafından 1979'da Sağlık, Stres ve Başa Çıkma kitabında tanıtılmıştır. "Sağlığın ortaya çıkışı" ya da "sağlığın kökeni" anlamına gelen salutogenezis "salus" ve "genesis" kelimelerinden oluşmaktadır (12-14). Antonovsky salutogenezis modelini geliştirirken, insanları sağlıklı yapan şeyin ne olduğuna, insanların stresini nasıl yönettiğine odaklanmıştır (15). Model bireyin sağlığının tam bir iyilik halinde olma durumu ile ağır hasta olma durumu ekseninde süreklilik içinde olduğunu vurgulamaktadır (16).Salutogenesis, genelleştirilmiş direnç kaynakları (Generalised Resistance Resources, GRRs) ve tutarlılık duygusundan (Sense of Coherence, SOC) oluşmaktadır (13).

Genelleştirilmiş direnç kaynakları, bireyin stres etkenleriyle etkili bir şekilde başa çıkma yeteneklerini kolaylaştıran, iyileşmeye katkıda bulunan değerlerini ve karakteristik özelliklerini oluşturan yapıdır (17).

Tutarlılık duygusu, “sağlığın anahtarı”, yani kişinin stresle başa çıkabilmesini, hastalanmamasını veya hastalık durumunda daha hızlı iyileşebilmesini sağlayan ana faktördür. Tutarlılık duygusunun rolü, gerilim durumunun stres durumuna dönüşmesini önlemek ve aynı zamanda zor durumlarla başa çıkmak için GRRs' yi harekete geçirmeye yardımcı olmaktır (15,18-21). Tutarlılık duygusunun anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır (16). Güçlü bir tutarlılık duygusuna sahip olanlar, hayatın yönetilebilir, anlamlı ve anlaşılır olduğunu hissetme ve sağlıklı olduklarını algılama eğilimindedir (22). Bireyin bir stres etkeniyle karşı karşıya kaldığında çeşitli başa çıkma mekanizmalarını ve kaynaklarını kullanma kapasitesinin bir ölçüsü olan tutarlılık duygusu ağrısı olan bireyler için önemli bir başa çıkma stratejisi olabilir (23,24).

Psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı postpartum dönemde kadınlar biyolojik ve çevresel faktörlerin etkisiyle yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşayabilmektedir (25). Psikolojik değişimlerin arasında postpartum psikoz, hüzün ve depresyon (PPD) yer almaktadır. Doğumdan sonra bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilen depresyona doğum sonrası depresyon (postpartum depresyon, PPD) adı verilmektedir (26). PPD' nin iyi bilinen risk faktörleri arasında zayıf eş desteği, stresli yaşam olayları, düşük benlik algısı, bebek bakım stresi, hamileliğe karşı olumsuz tutum ve davranışlar, doğum korkusu yer almaktadır (27,28). Yapılan çalışmalar doğum sırasında yaşanan stres seviyesinin, doğumda ve doğum sonrasında yaşanan ağrının postpartum dönem maternal ruhsağlığını etkileyen faktörler arasında yer aldığını ifade etmektedir (29,30).

Literatür incelendiğinde tutarlılık duygusu, doğum ağrısı ve postpartum depresyon ile ilgili birbirinden bağımsız çalışmaların gerçekleştirildiği görülmektedir. Ancak bu üç faktörün birbirleriyle ilişkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırma doğum ağrısı, tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Normal doğum eylemi, son menstruel siklustan sonra 37-42. haftalar arasında fetus, plasenta ve eklerinin, serviksin efasman ve dilatasyonu ile koordineli bir şekilde uterusta oluşan düzenli kontraksiyonlarla doğum kanalı yoluyla intrauterin ortam dışına atılması sürecidir (31-34). Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM) normal doğumu, anne ile fetüsün fizyolojik ve psikolojik etkileşimine dayanan benzersiz, dinamik bir süreç olarak tanımlamaktadır (35). Normal ve fizyolojik bir süreç olan doğum eylemi birbirini takip eden dört evreden oluşmaktadır.

2.1.1. Doğumun Birinci Evresi

Dilatasyon evresi olarak da tanımlanan doğumun birinci evresi; servikste bazı değişikliklerin olduğu evredir. Düzenli ritmik doğum kontraksiyonları ile başlayan birinci evre, serviksin efesman ve dilatasyonunun tamamlanmasıyla sonlanmaktadır (36-38). Geleneksel olarak birinci evre serviksteki dilatasyonun derecesine göre latent, aktif ve geçiş fazı olarak üçe ayrılırken güncel literatürde artık latent ve aktif faz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (38-41).

Latent Faz

Latent faz, doğumun başlangıcı ile aktif fazın başlangıcı arasındaki süre olarak tanımlanır. Daha hızlı dilatasyon ve fetal iniş için serviksin doğuma hazırlanma fazı olarak da tanımlanmaktadır. Normal latent fazın süresinin nulliparlarda 20 saat ve multiparlarda 14 saati aşmaması beklenir (33,37,42,43). Doğumun başlangıcı ile ilgili bilgiler literatürde kapsamlı fakat çelişkili olduğu için latent faz servikal dilatasyon derecesine göre de değerlendirilmektedir ve bu derecenin 0-6 cm arası olduğu kabul edilmektedir (40). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılında yayımladığı raporda latent fazın, dilatasyonun 5 cm'e ulaşması ile tamamlandığını belirtmiştir (40,44). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), maternal ve fetal sağlığın tehdit edebilecek risklerin olmadığı durumlarda, dilatasyonun multiparparlarda 5 cm, nulliparlarda ise 6 cm'e ulaşması ile tamamlandığını belirtmektedir (40,45).

Aktif Faz

Servikal dilatasyonunun 6 cm'den 10 cm'e ulaşarak birinci evrenin tamamlandığı fazdır (40). DSÖ'nün olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım tavsiyelerinin yer aldığı kılavuzda ise aktif faz; ''İlk ve sonraki doğumlarda 5 cm'den tam dilatasyona kadar daha hızlı servikal dilatasyonla karakterize olan dönem.'' şeklinde tanımlanmaktadır. Aktif fazın süresinin ise ilk doğumlarda 12 saati, sonraki doğumlarda ise 10 saati aşmayacağı belirtilmiştir (46).

2.1.2. Doğumun İkinci Evresi

Doğumun ikinci evresi, serviksin tam olarak dilate olması ile başlayan ve bebeğin doğumuyla sonlanan evredir (39, 47, 48). Annede vajinal-rektal basınç ile beraber aşırı ıkınma isteğinin olduğu ritmik kontraksiyonlar ile karakterize olan bu evrenin süresi nulliparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5-30 dakika arasındadır (39, 49). Gebelerin ağrı ve endişelerinin yüksek olduğu bir dönem olan bu evrede kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti artmaktadır (48).

2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi

Fetüsün doğumundan hemen sonra başlayan, plasenta ve eklerinin uterustan ayrılması ile sona eren evredir. Plasental evre olarak da adlandırılan bu evre 5-30 dk arasında gerçekleşir (49, 50,51).

2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi

Kanama kontrol evresi olarak da bilinen bu evre plasenta ve eklerinin doğumundan sonraki erken postpartum dönemdeki ilk 4 saatlik süreyi içermektedir (50,52). Annenin gebelik öncesi durumuna dönmeye başladığı, yenidoğanın da ekstrauterin hayata adapteolmaya çalıştığı bu evrede anne postpartum kanama yönünden sıkı takip edilmelidir (39,48). T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde postpartum kanama yönetimi için, annenin doğum sonu takibinde vital bulguların ilk 2 saat 15 dk'da bir, 2-4 saatler arasında 30 dk' da bir değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Uterus tonüsünün kontrolünün ise postpartum dönemdeki ilk yarım saat 5-10 dk'da, sonraki yarım saat 15 dk arayla, sonraki 1 saatte ise 30 dk arayla yapılması gerektiğini belirtmektedir (53).

2.2. Ağrının Tanımı

Ağrı çeşitli uyarı sonucu oluşan yanma, sızlanma, batma ve acıma hissi ile tanımlanan bir olgudur. Vücutta doku hasarına neden olabilen bu olgunun yoğunluğu ve süresi bireyin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (1,2). Ağrıya verilen tepkiler ve ağrıyı yaşama durumu bireysel olduğu için tanımı çeşitlilik göstermektedir (2). Türk Algoloji Derneği ise ağrıyı "insan yaşantısıyla doğrudan ilişkili olan ve kültürel faktörlerden etkilenen, vücudun herhangi bir bölgesinde bir hasar sonucu meydana gelen uyarı sistemi" olarak tanımlamıştır (3). Cohen et al. ağrıyı ''kişinin bedensel veya varoluşsal bütünlüğüne yönelik tehdit algısını yansıtan somatik bir deneyim'' şeklinde tanımlarken, Williams ve Craig ise ağrıyı ''duyusal, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenlerle birlikte gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili sıkıntı verici bir deneyim'' olarak tanımlamışlardır (54,55). Mc Caffery'nin 1968'de yapmış olduğu ağrı tanımı ise "Ağrı, hastanın söylediği şeydir. Eğer hasta söylüyorsa ağrısı vardır" şeklindedir (4). Bu tanımlardan da anlaşılıyor ki ağrı aslında subjektiftir ve şiddeti kişinin bilişsel ve ruhsal durumundan etkilenebilmektedir (1, 32,56).

2.3. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı sınıflandırma sistemleri, ağrıyı yaşayan bireyin değerlendirilmesine ve etkili ağrı yönetiminde bakım verene rehberlik eden sistemlerdir (57). Ağrı başlama süresine, kaynaklandığı bölgeye, mekanizmalarına, duyum şekline ve etiyolojisine göre beş başlık altında sınıflandırmıştır (34).

1. Başlama süresine göre akut ya da kronik ağrı olarak sınıflandırılır. **Akut ağrı,** aniden ortaya çıkan ve 3- 6 ay süren, yaralanma veya travma ile ilişkili ağrıdır. **Kronik ağrı ise** dokuların iyileşmesi için öngörülen süre sonunda halen devam eden ve 3 ay veya daha uzun süreli hissedilen ağrıdır.
2. Kaynaklandığı bölgeye göre somatik ya da visseral ağrı olarak sınıflandırılır. **Somatik ağrı,** ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama, zonklama tarzındadır ve sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. **Visseral ağrı ise** iç organlardan kaynaklanan, yavaş yavaş başlayan, gerilme tarzında hissedilen ve başka bölgelere doğru yayılan ağrılardır.

3. Mekanizmalarına göre nosiseptif ya da nöropatik ağrı olarak sınıflandırılır. **Nosiseptif ağrı,** fizyopatolojik bir takım olayların ve süreçlerin nosiseptör adı verilen ağrı algılayıcılarını uyarmasına bağlı olarak ortaya çıkar. İç organlar, kaslar ve / veya kemik gibi hasarlı dokulardan kaynaklanabilir. **Nöropatik ağrı,** sinir sisteminin hastalığı, yaralanması veya işlev bozukluğu sonucu oluşan sekonder anormal sinirsel aktiviteden kaynaklanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı bir ağrı olan nöropatik ağrılara uyuşma, karıncalanma, yanma gibi semptomlar eşlik edebilir.
4. Duyum şekline göre, ağrının sızlama, yanıcı, batıcı, kolik şekilde vb. olmasını belirten sınıflandırmadır.
5. Etyolojisine göre sınıflandırılması ağrının etken faktörünü tanımlayan bir sınıflandırma sistemidir. Etiyolojik ağrı faktörleri arasında akut yaralanmalar veya altta yatan hastalıklar bulunur. Altta yatan hastalık veya durum akut veya kronik olabilir (57-62).

2.4.Ağrı Teorileri

Ağrının altında yatan mekanizmaları açıklamak için bazı ağrı teoriler geliştirilmiştir. Literatürde pek çok teori olsa da bu teorilerin hepsi doğum sırasında hissedilen ağrıyı açıklamak için uygun kabul edilmemektedir. En sık kullanılan ve kabul gören teori kapı kontrol teorisidir (1,63,64). Bu teorinin yanında endorfin teorisi ve interaktif ağrı modeli teorisi de doğum ağrısını açıklamak için kullanılan teorilerdendir (32).

2.4.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

Ronald Melzack ve Partick David Wall tarafından 1965'te geliştirilmiş olan bu teori sinir sistemindeki kapı mekanizmalarının ağrı iletimini kontrol ettiğini belirtir. Teoriye göre beyne bir uyarı iletildiğinde bu uyarının omurilikte yer alan dorsal boynuzda bulunan substantia gelatinosa içindeki hücrelere, dorsal kolondaki liflere ve dorsal boynuzda yer alan transmisyon hücrelerine gitmesi gerektiği ifade edilmektedir (1,2,63,65,). Substansia gelatinozada bulunan kapı hücreleri ince ve kalın olan sinir uçlarını baskılar. Herhangi bir uyarana sahip olmadan ince lifler iletimi sağlayabilirken, kalın liflerde uyaranların kuvvetli olması gerekir. Melzack ve Wall'a göre ince çaplı liflerin aktivitesi ile kapı açılır

ve ağrı uyarıları hissedilir kalın çaplı liflerin aktivitesi ile de kapı kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenir ve ağrı hissedilmez (32, 66, 67).

Kapı kontrol teorisi ağrının yalnızca fiziksel bir yaralanmanın sonucu olmadığını, bilişsel ve duyusal faktörlerden de etkilenen karmaşık bir deneyim olduğunu kabul eder. Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesinin, kontrol duygusu sağlamanın, anksiyete ya da depresyonun azaltılmasının ağrıyı giderebileceği ifade edilmektedir (1,2,68).

2.4.2. Endorfin Teorisi

‘‘Endojen’’ ve ‘‘morfin’’ kelimelerinin birleşimi ile oluşan ‘‘endorfin’’ terimi, ‘‘içinde morfin olan’’ anlamına gelmektedir. Vücutta salgılanan narkotiklere (opioid) benzer bir madde olan endorfin 1970’lerde tanımlanmıştır. Mutluluk hormonu olarak da bilinen endorfinler beyin ve spinal kord uçlarındaki opioid reseptörletine tutunarak ağrı uyarısını bloke edip, uyarının bilinç düzeyine ulaşmasını engelleyen bir çalışma mekanizmasına sahiptir. Doğal ağrı kesici olan endorfinler, vücudun oluşan fiziksel strese karşı verdiği bir cevap olarak üretilirler (32, 34, 68,69). Doğum sırasında artan endorfinler annenin stresini ve ağrısını azaltmaya yardımcı olurlar (64). Her insanda miktarı değişmekte olan endorfinleri arttırmaya yönelik non-farmakolojik yöntemler mevcuttur. Bu yöntemler arasında yer alan masaj, akupunktur, egzersiz, yoga, meditasyon, müzik, eş ile zaman geçirmek vb. ağrı kontrolünde faydalı olmaktadır (32, 41, 62, 70, 71).

2.4.3. İnteraktif Ağrı Modeli

Ağrıyı çok boyutlu yönleriyle anlamaya yardımcı olan ağrı teorileri ağrıyı azaltan ya da ortadan tamamen kaldıran etkileşimi açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Ağrıyı deneyimleyen gebe sosyal bir sistemin içerisinde (aile, kültür, bakım sistemi, sosyal ağların kullanımı vb.) yer almaktadır. Bu sosyal sistemler gebe ve bakım vereni ağrının nasıl yorumlanacağı, ağrının nasıl ifade edileceği ve ağrıyla baş etmek için hangi uygulamaların yapılıp yapılmayacağı konusunda etkiler (68,69,72).

2.5. Ağrıyı Değerlendirme

Ağrı ve ağrıya verilen yanıt bireyseldir ve değerlendirilmesi için evrensel olarak uygulanabilir objektif bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Fakat ağrı algılandığı durumda

mutlaka değerlendirilmelidir. Ağrının değerlendirilmesinde en güvenilir gösterge bireyin kendi ifadesidir. Bunun yanında bireyin davranışlarından ve değişen yüz ifadelerinden yararlanılmalıdır (62,73,74). Ayrıca bireyin yaşı, kültürü, dini, ruh sağlığı, ailevi ve sosyal durumları gibi psikososyal faktörleri de dikkate alınmalıdır (46). Ağrının doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için kanıt düzeyi en az C olan geçerli ölçeklerin kullanılması tavsiye edilmektedir (34,75).

2.5.1. Ağrıyı Değerlendirmede Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Ağrıyı değerlendirmede kullanılan tek boyutlu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Doğrudan bireyin ağrısının şiddetini ölçmeye yönelik olup bireye uygulanan ağrı tedavisinin yararlılığını değerlendirmede de kullanılmaktadırlar (36). Sözel kategori ölçeği, Sayısal ölçekler, Burford Ağrı termometresi (BAT), ‘‘Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ (Visual Analog Scala, VAS) tek boyutlu ölçeklere örnek verilebilir. Tek boyutlu ölçeklerden en çok tercih edileni VAS’dır. 1960'ların ortalarından itibaren ağrının ölçümü için kullanılan VAS, 10 cm’lik yatay bir çizgi üzerinde bireylerin, algıladıkları ağrı şiddetine göre üzerine işaret koyarak belirttiği bir ölçektir. İki ayrı uç noktasında ‘‘ağrı yok’’ ve ‘’şiddetli ağrı’’ yazan sözlü tanımlayıcılar bulunmaktadır (62,77).

2.5.2. Ağrıyı Değerlendirmede Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Ağrıyı değerlendirmede kullanılan çok boyutlu ağrı ölçekleri ağrının tanımlanması için ağrının yerini, ortaya çıkış zamanını, şiddetini, tipini, ağrıyı başlatan ve sonlandıran faktörleri sorgular. Genel olarak kronik ağrılı hastalarda kullanılırlar (74,76). McGill Ağrı Ölçeği, West-Haven-Yale çok boyutlu ağrı çizelgesi, Wisconsin kısa ağrı çizelgesi, ,Ağrı algılama profili, Davranışsal ağrı skalası çok boyutlu ölçeklerin bazılarıdır (78).

2.6. Doğum Ağrısı

Ağrı deneyimleri içinde ilkel kültürlerde en şiddetli ağrılardan biri olarak doğum ağrısı gösterilmiştir (5). Ağrı, doğum sırasında kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir ve kadınların yaşamları boyunca karşılaşabilecekleri en şiddetli ağrı türlerinden biridir (6-8). Doğumda yaşanan ağrı normal şartlarda, tehlikeli veya yaşamı tehdit edici olmayan

akut bir ağrı olup, sürecin normal ilerleyişi hakkında bilgi sağlar. Sadece fizyolojik ve duyusal bileşenlerle değil aynı zamanda duygusal, güdüsel, kavramsal, kültürel boyutları ile ele alınması gereken doğum ağrısı, subjektif ve çok boyutlu bir deneyimdir (9).

2.6.1. Doğum Ağrısının Fizyolojisi

Doğum eylemi, sıklığı ve şiddeti artan düzenli, ağrılı uterus kasılmaları ile karakterize aktif bir süreçtir. Gebelerin doğum sürecindeki algıladıkları ağrı somatik ve visseraldir. Visseral ağrı eylemin birinci ve ikinci evresinin erken dönemlerinde hissedilirken somatik ağrı ise ikinci evrede hissedilir (2,79). Birinci evrede etkili olan visseral ağrı küçük miyelinsiz ‘‘C’’ lifleri tarafından sempatik zincirlere iletilir ve burada yer alan ağrı lifleri T10-L1 düzeyindeki spinal sinirler aracılığıyla spinal korda iletilir. İkinci evrede ağrı pudental sinirler yoluyla iletilir ve S2-S4 sinir kökleri yoluyla omuriliğe girer. Pelvik bağların gerilmesi doğumun ikinci evresinin ayırt edici özelliğidir. İkinci evredeki ağrı, uterus kasılmaları ve servikal gerilmeden kaynaklanan visseral ağrı ile vajinal ve perineal dokuların gerilmesinden kaynaklanan somatik ağrının birleşimi ile karakterize edilir (2,80).

2.6.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Ağrı, bireye özgü psikolojik faktörlere bağlı son derece kişisel bir deneyim olduğu için ağrının algılanması da kişiden kişiye, kültürden kültüre farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle doğum ağrısının algılanmasında ve ağrıya verilen cevapta da etkili olan pek çok faktör vardır. (81).

Demografik Faktörler

Demografik faktörler doğum yapan kadının ağrı algısını etkileyen faktörlerdendir. Bu faktörler arasında eğitim seviyesi, yaş, çalışıp çalışmama durumu yer almaktadır (82). Yaşın ilerlemesi ile ağrı toleransının yükselmekte ve ağrı bildiriminin ise azalmaktadır. Annenin eğitim seviyesi artıkça ağrının azaldığı belirtilmiştir (68).

Fiziksel Faktörler

Ağrıyı etkileyen fizyolojik faktörler arasında parite, anne ve bebeğin kilosu, travay süreci, fetüsün pozisyonu, pelvisin şekli ve doğum eylemi için gerçekleşen servikal

hazırlık (dilatasyon, efesman vb.), doğum pozisyonu, kontraksiyonların sürekliliği ve şiddeti yer almaktadır (9, 83-86). Doğum ağrısı algısı ile ilgili yapılan bir çalışmada annelerin beden kitle indeksi ile ağrı algısı arasında ve aynı çalışmada yenidoğanın doğum ağırlığı ile annenin ağrı algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (87).

Psiko-Sosyal Faktörler

Doğum ağrısı deneyimini etkileyen birçok psikososyal faktörler vardır. Bu faktörler arasında kültür, anksiyete, doğumla ilgili önceki deneyimler, korku, kaygı ve destek yer almaktadır (80, 85, 86, 88, 89). Önceki doğumlarında doğum ağrısını şiddetli bir şekilde deneyimlediğini hatırlayan ve hatırlamayan kadınlarla yapılan çalışmada doğum ağrısını şiddetli algılayan kadınların sonraki doğumlarını sezeryan doğum olarak tercih etme olasılığının iki kat arttığı belirlenmiştir (90). Kadınların olumsuz doğum deneyimlerinin ve sezaryen doğuma yönelmelerinin altında yatan en büyük faktörün ise korku olduğu belirtilmiştir (82).

2.6.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğumla ilişkili ağrı deneyimi karmaşıktır ve değerlendirilmesi zordur (91). Literatürde çeşitli ağrı ölçüm araçları rapor edilmiştir. VAS, Sayısal Derecelendirme Ölçeği ve McGill Ağrı Ölçeği gibi ağrı ölçüm araçları sıklıkla doğumhane ortamlarında kullanılan ölçeklerdir (6). Zhang et al. (91) literatürde doğum ağrısını değerlendirme araçlarını inceledikleri kapsamlı çalışmasında da yaygın olarak kullanılan tek boyutlu ağrı ölçeğinin VAS ve ardından Sayısal Derecelendirme Ölçeği, çok boyutlu ölçeğin ise McGill Ağrı Ölçeği olduğu belirtilmiştir.

2.7. Salutojenik Model ve Ruh Sağlığı

2.7.1 Salutogenez Modeli Tanımı

Salutogenez terimi sağlığın geliştirilmesi için tıbbi sosyolog Antonovsky tarafından 1979'da Sağlık, Stres ve Başa Çıkma kitabında tanıtılmıştır. “Sağlığın ortaya çıkışı” ya da “sağlığın kökeni” anlamına gelen salutogenezis “salus” ve “genesis” kelimelerinden oluşmaktadır (12-14). Antonovsky salutogenezis modelini geliştirirken, insanları sağlıklı yapan şeyin ne olduğuna, insanların stresini nasıl yönettiğine odaklanmıştır (15). Model bireyin sağlığının tam bir iyilik halinde olma durumu ile ağır hasta olma durumu

ekseninde süreklilik içinde olduğunu vurgulamaktadır (16). Salutojenik yaklaşım, hastanın günlük stres etkenleriyle başa çıkmasına yardımcı olmaya yönelik sağlıklı bir yönelimi destekleyebilir ve hastanın hastalık ve hastalıkla yaşamayı yönetmesine ve yaşam kalitesini yükseltmesine nasıl yardımcı olabileceğine ilişkin çabayı entegre edebilir. Salutogenesis **Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları (**GRRs) ve **Tutarlılık Duygusu (Sense of Coherence,** SOC) kavramlarından oluşmaktadır (21).

Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları (GRRs)

Bir kişinin, bir grubun veya bir topluluğun, bireyin stres etkenleriyle etkili bir şekilde başa çıkma yeteneklerini kolaylaştıran ve iyileşmeye katkıda bulunan değerlerini ve karakteristik özelliklerini oluşturan yapıdır (17). GRRs fiziksel, yapay (para, yiyecek, güç vb.), bilişsel (zeka, eğitim, başa çıkma stratejileri vb.), duygusal, sosyal (arkadaşlardan ve/veya aileden gelen destek) veya makrososyal (kültür ve paylaşılan inanç sistemleri) olabilir (92). Sağlığı korumak ve geliştirmek için bu kaynakları kullanma kapasitesine tutarlılık duygusu adı verilir (22). İnsanlar ne kadar çok GRRs' nin bilincinde olup, harekete geçirebilir ve kullanabilirse, tutarlılık duygusu o kadar güçlü olur. Daha güçlü bir tutarlılık duygusu, insanların direnç kaynaklarının daha fazlasını harekete geçirmesine yardımcı olarak ve daha iyi sağlık ve refaha yol açmaktadır (21).

2.7.2. Tutarlılık Duygusunun Tanımı ve Bileşenleri

Tutarlılık duygusu, bireyin sağlığının bireysel ve çevresel direnç kaynakları ve tutarlılık duygusunun etkileşimi ile belirlendiğini ifade eden salutogenez modelinin önemli unsurlarından biridir (16). Aaron Antonovsky' ye göre tutarlılık duygusu "sağlığın anahtarı", yani kişinin stresle başa çıkabilmesini, hastalanmamasını veya hastalık durumunda daha hızlı iyileşebilmesini sağlayan ana faktördür. Tutarlılık duygusunun rolü, gerilim durumunun stres durumuna dönüşmesini önlemek ve aynı zamanda zor durumlarla başa çıkmak için GRRs' yi harekete geçirmeye yardımcı olmaktır (15,18-21). Bireyin SOC düzeyinin gelişimi için GRRs'nin rolü önemlidir. Çünkü yüksek GRRs seviyeleri daha güçlü SOC ile ilişkilidir (21). Güçlü bir tutarlılık duygusuna sahip olanlar, hayatın yönetilebilir, anlamlı ve anlaşılır olduğunu hissetme ve sağlıklı olduklarını algılama eğilimindedir (22). Tutarlılık duygusunun anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır (16).

Anlaşılabilirlik

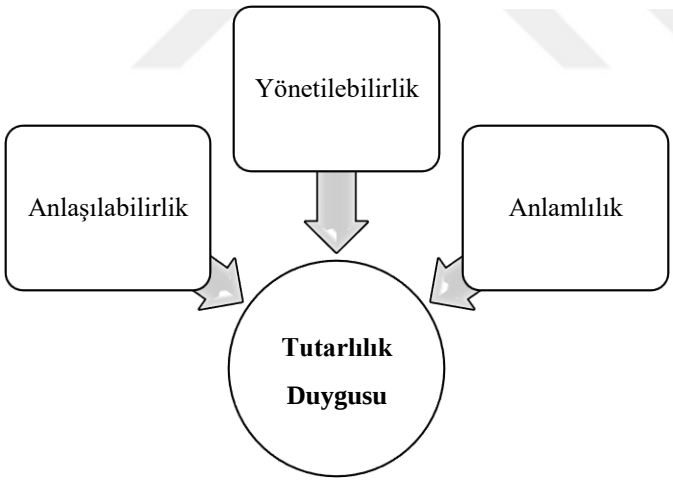
Bireyin kendisini, sosyal çevreyi ve bağlamı ilgilendiren bilgilerin yalnızca anlaşılabilir değil aynı zamanda düzenli, yapılandırılmış ve tutarlı olduğunu hissetme derecesini ifade eden bilişsel bileşendir. Tutarlılık duygusunun anlaşılabilirlik bileşeninin temelini, bireyin yaşamındaki tutarlılık deneyimleri oluşturmaktadır.

Yönetilebilirlik

Tutarlılık duygusunun davranışsal boyutudur. Bireylerin, bir durumun taleplerini karşılamak için ellerinde bulunan kaynaklara sahip olduklarını hissetme derecesini yansıtır.

Anlamlılık

Bireylerin yaşamın belirli alanlarının zamana, çabaya, kişisel katılıma ve bağlılığa değer olduğunu ne ölçüde hissettiğini ifade eden motivasyon bileşendir (17, 20,21). Bireyin, yaşadığı olayın başa çıkmaya değer olup olmadığını düşüdüğü duygudur (16).



Şekil 1. *Tutarlılık duygusunun bileşenleri*

2.7.2.1. Tutarlılık Duygusunu Etkileyen Faktörler

Salutogenez modelinin kalbi olan tutarlılık duygusu bebeklikten itibaren gelişir ve yaşam deneyimleri tarafından şekillenir (15). Antonovsky'ye göre tutarlılık duygusu gelişimi sırasında, başarılı stres yönetimine ilişkin her yeni deneyim, bireyin bu becerisini

güçlendirir ve ona gelecekteki stresli olaylarda kullanılabilecek daha iyi başa çıkma kaynakları sunar (93). Tutarlılık duygusunu etkileyen faktörler arasında yaş, olumsuz yaşam deneyimleri, algılanan stres, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu, sosyal destek ve sağlık davranışları (beslenme, fiziksel aktivite gibi) yer almaktadır (94-98). Nilsson et al. (99) yaşları 18-85 arasında değişen 43.500 İsveçli katılımcıdan oluşan çalışmalarında, tutarlılık duygusunun hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte arttığını belirtmektedir. Piazza et al. (100) yapmış oldukları çalışmada da 20-29 yaş arası bireylerin düşük tutarlılık duygusuna sahip olma riskinin 60 yaş ve üzeri bireylere göre 6 kat daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Chu et al., (98) tutarlılık duygusu ve ilişkili faktörleri incelediği kesitsel çalışmada sosyal destek, sağlık davranışları ve sosyoekonomik düzey daha güçlü bir SOC ile ilişkilendirilmiştir.

2.7.2.2. Tutarlılık Duygusunun Ağrıyla Baş Etme Mekanizmasına Etkisi

Ağrı basit bir refleks davranışı olmayıp, merkezi sinir sistemi mekanizmalarından ve psikolojik faktörlerden etkilenen, çeşitli dinamiklere sahip karmaşık bir olgudur. Ağrıdan kaynaklı bireyin psikolojik dengeleri bozulabilir ve kişiyi ağrıyla baş edebilmek için stratejiler bulmaya zorlar. Bazı bireyler sorun yokmuş gibi davranarak etkisiz başa çıkma stratejisi uygularken, bazıları da soruna odaklanırlar ve onu bir felaket olarak görürler. Bu da onların ağrılarını artırır ve tedaviden istenen sonuçlar elde edilemeyebilir (24). Bireyin bir stres etkeniyle karşı karşıya kaldığında çeşitli başa çıkma mekanizmalarını ve kaynaklarını kullanma kapasitesinin bir ölçüsü olan tutarlılık duygusu, ağrısı olan bireyler için önemli bir başa çıkma stratejisi olabilir (23,24). Kronik ağrısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada güçlü tutarlılık duygusuna sahip bireylerin daha az ağrı duyduğu ve ağrısı olan hastalar için önemli bir başa çıkma stratejisi olabileceği ifade edilmiştir (23). Andruszkiewicz et al., (24)'nın çalışmasında da daha güçlü tutarlılık duygusuna sahip hastaların ağrıyı daha zayıf olarak değerlendirme olasılıklarının yüksek olduğu ve bu hastaların daha az analjezik aldığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada daha güçlü tutarlılık duygusuna sahip hastaların felaketleştirme stratejisini kullanma olasılıkların daha düşük olduğu ve bu hastaların yaşadıkları ağrıyı kontrol edebileceklerine ve azaltabileceklerine olan inançları ile ağrıyla başa çıktıklarını beyan etme olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Çalışmalardan anlaşılacağı üzere SOC ağrıyla baş etmede etkin bir rol alabilir.

2.7.2.3. Tutarlılık Duygusunun Maternal Ruh Sağlığına Etkisi

Gebe kalmak ve anne olmak, kadın için zorluk teşkil eden yeni bir hayat düzenine geçiş ve adaptasyon sürecidir. Bu süreç aynı zamanda zorlayıcı ve stresli olabilir. Bu zorluk ve stresle mücadele edebilmek için başa çıkma becerileri gereklidir (101). Fiziksel sağlığın gelişimi ve sürdürülmesinde düzenleyici veya aracı bir role sahip olan SOC bireyin stresle başa çıkma becerilerinden biri olup maternal ruh sağlığıyla ilişkilidir (102). Güçlü tutarlılık duygusuna sahip kadınlar daha az depresyon, anksiyete, stres ve travma sonrası stres bozukluğu yaşamaktadır (103). Yeni doğum yapmış kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, tutarlılık duygusuna daha yüksek olan kadınların, daha düşük olan kadınlara kıyasla doğumdan sonra depresif belirtiler yaşama olasılığının daha düşük olduğu, daha yüksek tutarlılık duygusuna seviyelerinin doğum sonrası hüzün riskini azaltabileceği ifade edilmiştir (104). Kerstis et al. (105) çalışmasında doğumdan üç ay sonra PPD ile tutarlılık duygusuna arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir. Bladh et al. (106) doğumdan itibaren 25 yıl boyunca takip ettiği kadınlarda, yüksek tutarlılık duygusu seviyelerine sahip annelerin doğum sonrası depresyonun düşük olduğu ifade edilmiştir.

2.8. Postpartum Dönem Maternal Ruh Sağlığı

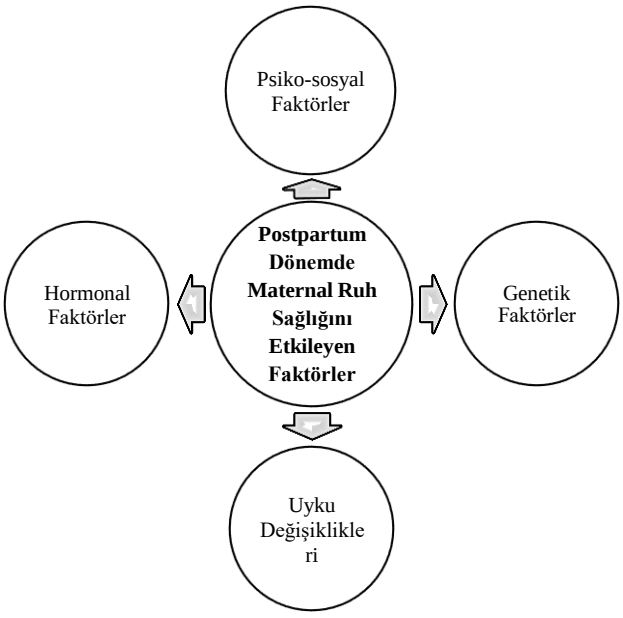
Maternal ruh sağlığı, annenin hamilelik sırasında ve sonrasında genel duygusal, sosyal ve ruhsal iyiliğini ifade eder (107). Hamilelik sırasında %15.6 ve doğumdan sonra %19.8 oranlaraında görülen maternal ruh sağlığı sorunları tüm dünyada artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur (108,109). Düşük sosyo-ekonomik durum, göç, aşırı stres, şiddete maruz kalma (aile içi, cinsel ve cinsiyete dayalı), doğal afetler ve düşük sosyal destek maternal ruh sağlığınının olumsuz yönde etkilenmesi riskini arttırmaktadır (108).

Psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı postpartum dönemde kadınlar biyolojik ve çevresel faktörlerin etkisiyle yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşayabilmektedir (25). Bu dönemde annelerin fiziksel sağlıklarına dikkat edildiği kadar ruhsal sağlıklarına dikkat edilmemektedir. Oysaki bu dönemde ortaya çıkan ve tedavi edilemeyen ruhsal rahatsızlıklar sadece anneyi değil bebeği de olumsuz etkilemektedir (27). Annede ruh hali değişimleri, iştahta değişiklik, bebek hakkında aşırı endişe, şüphe, suçluluk ve çaresizlik hissi görülürken intihar ve kendine zarar verme düşüncesi gibi

riskler mevcuttur (27,110). Bebekte ise bakımında ihmal, anne tarafından zarar görme, bağlanma sorunları, mental ve motor gelişiminde gecikme, erken çocukluk döneminde duygusal ve davranışsal problemlerin görülme riski ortaya çıkmaktadır (111). Bu nedenle doğum sonu annelerin ruhsal sağlıklarına dikkat edilmeli, gerekli müdahaleler zamanında yapılmalıdır.

2.8.1. Postpartum Dönemde Maternal Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Postpartum dönem, annenin ebeveynlik rolü ile birlikte sorumluluklar üstlendiği zorlu bir geçiş sürecidir. Aynı zamanda bu geçiş sürecinde annede fiziksel değişiklikler ile beraber psikolojik değişiklikler de görülmektedir. Postpartum dönemde görülen psikolojik değişiklikler maternal ruh sağlığı ile alakalı olup ruh sağlığının etkileyen bazı faktörler vardır. Bu faktörler arasında postpartum hormonal dalgalanmalar, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, şiddet ve istismara uğrama, genç yaşta olma, sosyal destek ve eş desteğinin yetersiz olması, gebelikte depresif belirtiler ve komplikasyon varlığı (diyabet, preeklampsi vb.), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, istenmeyen gebelik, postpartum uyku bozuklukları yer almaktadır (112-114). Yapılan çalışmalar doğum sırasında yaşanan stres seviyesinin, doğumda ve doğum sonrasında yaşanan ağrının da postpartum dönem maternal ruhsağlığını etkileyen faktörler arasında yer aldığını ifade etmektedir (29, 30).



Şekil 2. *Postpartum dönemde maternal ruh sağlığını etkileyen faktörler*

2.8.2. Postpartum Dönemde Karşılaşılan Maternal Ruh Sağlığı Sorunları

Postpartum dönem annelerin psikolojik sorunlar açısından daha savunmasız olduğu bir dönemdir. Bu dönemde anneler olumlu (heyecan, mutluluk vb) ve olumsuz (endişe, hayal kırıklığı, üzüntü, suçluluk vb) duygular yaşayabilmektedir. Bazı anneler bu değişikliklere adapte olurken bazı anneler adapte olamaz ve bir takım ruh sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalabilir. Postpartum dönemde maternal ruh sağlığı problemleri ‘‘duygudurum bozuklukları’’ ve ‘‘anksiyete bozuklukları’’ olarak kategorilendirilmiştir (28, 115).

1. Duygudurum Bozuklukları

Postpartum Hüzün

Yeni doğum yapmış kadınların %50-85`inin deneyimlediği, stres, endişe, ağlama, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, incinebilirlik gibi durumlarla karakterize yaygın bir durumdur. Belirtileri genellikle postpartum 48 saat içinde ortaya çıkmakta ve 3-5 gün içinde üst düzeye ulaşarak iki hafta içinde kaybolmaktadır (25-27).

Postpartum Depresyon

Bireyin derin üzüntülü olduğu, düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, enerji, kaybı, suçluluk, karamsarlık duygusu gibi problemler yaşadığı bir sendromdur (26). DSÖ yaygınlığı giderek artan ve yıllar geçse de önemini koruyan bir sorun olan depresyonun 280 milyon kişiyi etkilediğini ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğünü belirtmiştir (109, 116).

Doğumdan sonra bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilen depresyona postpartum depresyon (PPD) adı verilmektedir (26). DSM-5’e göre doğumu takip eden 4 haftalık dönemde görülen PPD, 2-4. haftalarda başlayan bir yıla kadar devam edebilen mental bir bozukluktur (25, 28, 117). DSÖ doğumdan sonraki iki hafta içinde her sekiz kadından birinin depresyon belirtileri yaşadığını belirtmiştir (118). İlk kez anne olanların yaklaşık %12 -20'sinde PPD geliştiği tahmin edilmektedir (119). Falah Hassani et al. (120) 522 lohusa ile yaptığı araştırmada postpartum dönem ilk 8 haftalık süreçte depresif belirti görülme oranı %13,1 olarak bulunmuştur. Ülkemizde de bu oran %15.4 -51.3 arasında değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki postpartum

dönemde depresyon görülme riski yüksektir. Ayrıca PPD görülen kadınların daha sonraki doğumlarında PPD yaşama oranının %40 olduğu belirtilmiştir (28).

Postpartum depresyonun patofizyolojisi tam olarak açıklanamasa da biyolojik faktörlerin postpartum depresyon oluşumunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Steroit ve peptit hormonlarındaki hızlı değişimler, troid bezinin anormal çalışması, annenin duygu durumu, estrodiol ve üreme hormonlarındaki dalgalanmaların, genetik ve bağışıklık sisteminin postpartum depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir (25). Biyolojik faktörlerin yanı sıra fizyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik, obstetrik ve pediatrik etmenler de PPD için risk faktörü olabilmektedir. Antenatal depresyon ve anksiyete, zayıf eş desteği, stresli yaşam olayları, düşük benlik algısı, bebek bakım stresi, hamileliğe karşı olumsuz tutum ve davranışlar, doğum korkusu, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, eğitim seviyesinin ve ekonomik durumun düşük olması bu etmenler arasında yer almaktadır (27, 28, 121).

Tedavisinde psikoterapörik, farmakolojik ve elektrokonvülsif tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (122). Yöntem seçimi, semptomların şiddetine ve kadının emzirme durumuna göre yapılmaktadır (28).

Postpartum Psikoz

Kadınların %0,1-0,2'sini etkileyen mental bir rahatsızlıktır (28). Halüsinasyonlar, öfori, bebek ile ilgili obsesif düşünceler, hızlı duygudurum değişiklikleri, uykusuzluk, ve huzursuzluk belirtileri ile seyretmektedir. Belirtileri postpartum 1-4 haftalık dönemde görülür. Bebeğini öldürme, intihar etme gibi düşüncelere yatkınlık fazla olduğu için hızlı tanı ve hospitalizasyon gerekmektedir (28, 121).

Postpartum Panik Bozukluk

Panik bozukluk, tekrarlayan beklenmeyen panik ataklarını içermektedir ve postpartum dönemde yaygınlık oranları %0,5 ile %10 arasında değişmektedir (115). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'de panik atak "dakikalar içinde zirveye ulaşan ani yoğun korku veya yoğun rahatsızlık dalgası ve bu süre zarfında kalp çarpıntısı, titreme, terleme, nefes darlığı, boğulma, mide bulantısı, baş dönmesi, uyuşma, çıldırmak veya ölmek korkusu, gerçek dışılık hissi veya titreme veya sıcak basması semptomlardan dört veya daha fazlasının ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (117).

Panik bozukluk semptomları doğum sonu ilk birkaç günde ortaya çıkabilmektedir ve semptomlar doğum sonu ilk 12 ayda giderek kötüleşebilmektedir (115). Doğum sonrası panik bozukluğu olan kadınlarda daha kısa emzirme süresi, anne-bebek bağlanmasında bozulma, bebeği reddetme, öfke problemleri, konsantre olmada güçlük, işlerini tamamlamada sorun yaşama ve iştah kaybı görülmektedir (115, 123, 124). Tedavisi psikoterapi ve ilaçlar ile sağlanmaktadır. Tedavide birincil seçenek olarak serotonin geri alım inhibitörleri ve bilişşel davranış terapisi yer almaktadır (115).

2. Anksiyete Bozuklukları

Postpartum Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğu yaşam boyunca herkes tarafından değişik seviyelerde yaşanabilen, genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusudur. Göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, huzursuluk, sık pozisyon değiştirme, yerinde duramama, algılamada güçlük, uykusuzluk sık görülen belirtileridir (25,28). Annelerde doğum sonu dönemde PPD'dan sonra en sık görülen ikinci mental bozukluktur. Kadınların % 10'unu etkilemektedir (28). Sosyal desteğin yetersiz olması, olumsuz yaşam deneyimleri, kişilerarası ilişkilerin yeterince iyi olmaması, bebekte sağlık problemlerinin olması anksiyete gelişimini kolaylaştırmaktadır (27). Tedavisinde ilaç ve terapiler (bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, sistematik duyarsızlaştırma, bilişşesl yeniden yapılandırma vb.) yer almaktadır. Her iki yöntemin birlikte kullanılması yalnızca birinin kullanımından daha iyi sonuç vermektedir (125).

Postpartum Obsesif Kompülsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize olan bir anksiyete bozukluğudur (115). Doğumdan sonra OKB tek başına veya diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte ortaya çıkabilmektedir (126). Yaygınlık oranı %2,43'tür (127). Başlangıcı genellikle postpartum erken dönem olup doğumdan sonraki ilk 6 hafta içinde görülmektedir (115). Belirtileri genellikle bebeğe kasıtlı veya kazara zarar verme endişesi, bebeğin uykuda ölmesi konusunda endişelenmeyi, bir anne olarak eleştirilmekten ve/veya yargılanmaktan endişelenmeyi içermektedir (126). Postpartum OKB risk faktörleri arasında ilk doğum, depresyon öyküsü, obsesif-kompulsif kişilik

bozukluğu ve doğumda obstetrik komplikasyon öyküsü olması yer almaktadır (115, 128). Tedavisinde ilaç ve terapiler yer almaktadır (115).

2.8.3. Postpartum Dönem Maternal Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Ebelerin Rolleri

Anne ve yenidoğan sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında anahtar role sahip ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara en yakın meslek grubudur (115). T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi' ne göre postpartum dönemde ebelerin en az altı izlem yapması gerektiği belirtilmiştir (53). Çoğunlukla fiziksel sağlığı değerlendiren bu izlemlerde ebeler doğum sonu dönemde karşılaşılan ruhsal sorunlar, bu sorunların belirtileri ve risk faktörleri açısından dikkatli olmalıdır. Özellikle birinci basamakta izlem yapan ebelerin izlemler esnasında ruhsal sağlığı değerlendirmesi erken teşhis ve tedavi için büyük önem taşımaktadır (115).

Tanı konulmamış ve tedavi edilmemiş ruhsal hastalıklar annenin kendisine ve bebeğe zarar verme riskini arttırabilir, annenin kişilerarası ilişkilerini, yaşam kalitesini bozabilir ve bebeğin dil, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (26,27). Özellikle tıbbi hikayesinde psikiyatrik bozukluk, tıbbi hastalık öyküsü bulunan, gebeliği planlı olmayan, sosyal desteği yetersiz olan gebeler postpartum dönemde karşılaşılan maternal ruh sağlığı problemler açısından riskli grubu oluşturmaktadır. Risk grubunda olan anne adayları tespit edilmeli aile üyelerinin de desteği alınarak postpartum dönemde karşılaşılan maternal ruh sağlığı sorunlarına ilişkin belirtiler ve tedavisi konusunda eğitim verilmelidir. Postpartum dönemde yaşanan sorunlara ilişkin eğitimlere perinatal dönemde başlanmalı ve bu eğitimler doğum sonrası ilk altı aylık dönemi de kapsayacak şekilde genişletilmelidir (25).

Bazı anneler damgalanacaklarını, ebeveynlik haklarını kaybedeceklerini ve yetersiz bir anne olarak nitelendirileceklerini düşünmekte ve bunların vermiş olduğu korku ile ruhsal problemlerini açıklamaktan kaçınabilmektedir (129). Bu yüzden ebeler annenin nasıl hissetiğini sorgulamalı, iletişimde açık ve net olup anneyi rahatsız edecek yargılayıcı ve damgalayıcı iletişimden kaçınmalı, annenin soruları var ise sorması için cesaretlendirilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı doğum eylemindeki kadınların doğum ağrısı ile tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemektir.

3.2. Araştırmanın Tipi

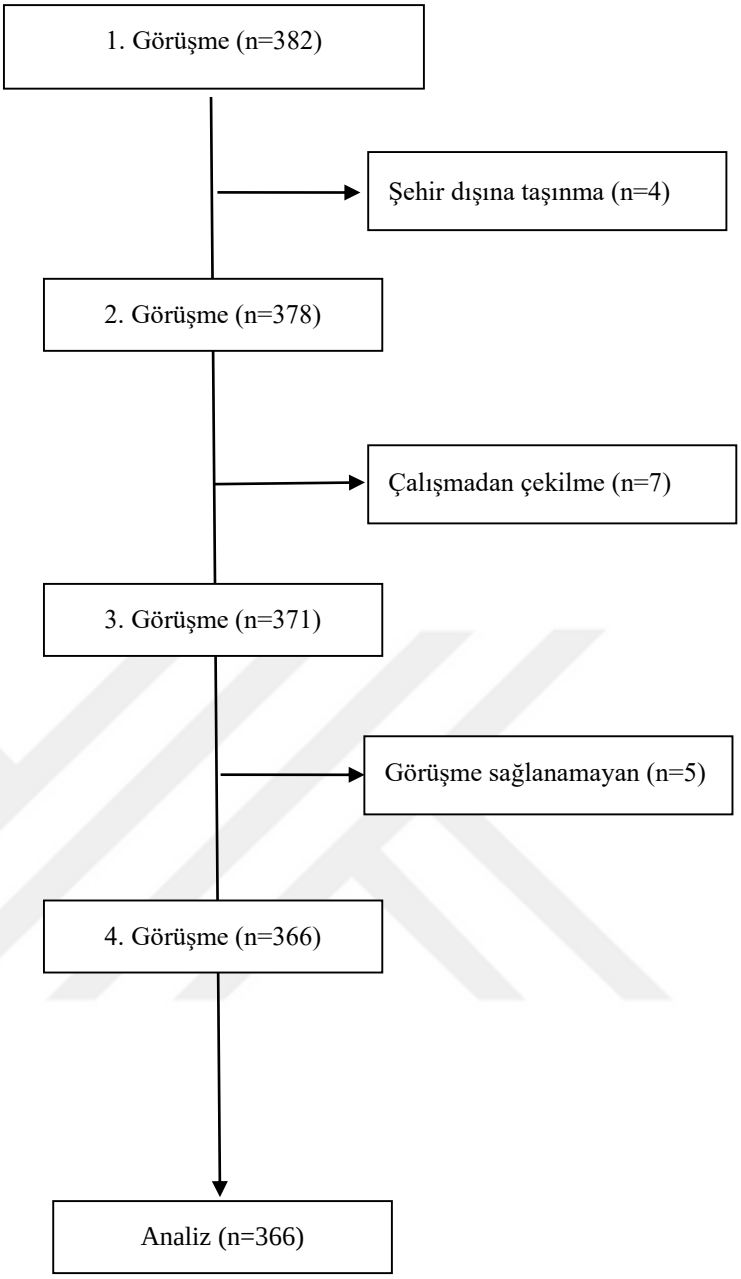
Araştırma prospektif kohort desende yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum Ek Hizmet Binası'nda Temmuz 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum Ek Hizmet Binasına doğum eylemini gerçekleştirmek üzere başvurmuş gebeler oluşturmaktadır. Örneklem hesaplaması sample size calculator aracılığıyla yapılmıştır (130). Ding et al. (131) yaptıkları doğum ağrısı ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmadaki postpartum depresyon görülme oranı (%34.6) referans alınarak %5 hata payı (α=0.05) ve %95 güç (1-β=0.95) ile örneklem 348 olarak hesaplanmıştır. Olası veri kayıplarını önlemek adına örneklem büyüklüğü %10 artırılarak araştırmanın en az 382 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma 366 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışma CONSORT akış diyagramı Şekil 3'de yer almaktadır.



Şekil 3. *CONSORT akış diyagramı*

Dahil Edilme Kriterleri

- Nullipar ve primigravida olması
- Vajinal doğum yapması
- Tekil gebelik
- Verteks geliş fetüs
- İletşime engel bir sağlık problemi olmaması
- İyi düzeyde Türkçe okuma, yazma ve anlama becerisi olması

- Riskli gebelik olmaması
- Psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü olmaması
- Canlı ve sağlıklı anne ve bebek ile tamamlanmış doğum olması
- Katılımcıların ev ortamında yaşıyor olması

Dışlama Kriterleri

- Riskli gebelik
- Sezaryen doğum
- Vajinal doğum sürecinde epidural analjezi uygulanması
- Travay sürecinde maternal ya da fetal herhangi bir riskin ortaya çıkması
- 0-6 aylık bebekte herhangi bir klinik tedavi öyküsü olması

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması sürecinde ilk görüşmede "Kişisel Bilgi Formu", "Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği (DAİDÖ)", "Visual Analog Skala (VAS)", "Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği (R-DTÖ)" kullanılmıştır. İkinci görüşmelerde ise "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ)" kullanılmıştır. Verilerin tamamı araştırmacı tarafından katılımcıların hastane ziyeterleri esnasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda özgün olarak geliştirilmiştir. Form, kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren 9, gebelik ve doğumla ilgili bilgileri içeren 10, postpartum izlemlere ait bilgileri içeren 5 olmak üzere toplam 24 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği (DAİDÖ)

Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği (DAİDÖ), Navarro-Prado ve ark. (2020) tarafından geliştirilen bir ölçektir (EK-2). Bu ölçek, doğum sürecine müdahale etmeksizin ve dil engelinden etkilenmeksizin, sadece ebenin gözlemlerine dayanarak doğum ağrısının ifadesini derecelendiren bir araçtır (132). Avcıbay Vurgeç ve ark. (133) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği çalışılmıştır. Ölçekte yüz kasları,

vücut tepkisi, sözel tepki, huzursuzluk, gevşeme becerisi ve istem dışı semptomlar olmak üzere değerlendirilmesi gereken 6 madde vardır. Her bir madde 0-3 arasında dereceli puanlanır (0: ağrı ifadesinin yokluğu-3:maksimum ağrı ifadesi). Ölçeği doldurmak için doğum yapan kadınla sözel olarak iletişime geçmeye gerek yoktur. Kullanıcı, değerlendirmeyi yapmak için kadının tepkisini yalnızca bir kasılma sırasında gözlemlemelidir. Maddelerden herhangi biri net değilse, tekrar değerlendirme ardışık kasılmaya göre yapılır. Ölçek doğum eyleminin aktif fazında itme isteği olmadan uygulanır. Ölçek epidural anestezi ya da herhangi bir obstetrik girişim olmadan uygulanmalıdır. Tüm maddelerin değerlendirmesinin ardından puanlar toplanır ve ölçek toplam puanı elde edilir. Kategorize edilmiş puanlamaya göre ağrı düzeyi belirlenir. Kategorize puanlamaya göre; <1: Ağrıyı ifade etmez, 1–6: Hafif ağrı, 7-12: Orta derecede ağrı, 13–18: Yoğun ağrıyı ifade etmektedir. Ölçeğin orjinalinde Cronbach's alpha katsayısı 0.78, Türkçe versiyonunda ise Cronbach's alpha katsayısı 0.92'dir (132,133).

Visual Analog Skala (VAS)

Visual Analog Skala (VAS), Price ve ark. (1983) tarafından geliştirilen bir gösterge çizelgesi olup, hastada ağrının şiddetini ölçmek için kullanılmıştır (EK-3). VAS, ağrının değerlendirilmesinde yaygın ve güvenle kullanılan bir ölçüm aracıdır. Bireyin ağrısını 0-10 arasında iki uçta dereceli olarak tanımlamasını sağlar. Sıfır puan ağrının yokluğunu, 10 puan yaşanılan en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir (134-136). Bireyin çizgi üzerinde ağrısının hangi noktada olduğunu işaretlemesi sonrasında, 0-10 arasındaki çizgide işaretlenen noktanının cetvelle ölçülmesi ile bireyin ağrı puanı belirlenir. Türkiye'de kullanımı için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (136,137). VAS, doğum ağrısına özel olarak yakın zamanda geliştirilmiş DAİDÖ ölçeğinin yakınsak geçerlilik aracı olarak kullanılmıştır.

Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği (R-TDÖ)

Duygusal Tutarlılık Ölçeği revize formu (R-DTÖ), Bachem ve Maercker (2016), Antonovsky'e (1993) ait olan Duygusal Tutarlılık Ölçeği'ni eksikliklerini tamamlamak için revize ederek yeni 'Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği'ni geliştirmişlerdir (138,139). Ölçek yaşam deneyimlerinin tahmin edilebilirliğini ya da anlaşılabilirliğini değerlendirmede daha nötr bir yapıya sahiptir ve yaşam deneyimlerinin algılama ve

bütünleştirme ile ilgili yöntemleri ölmeyi amaçlar (139). Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Tekin ve Kırlıoğlu (2019) tarafından yapılmıştır (EK-4). Ölçek 13 maddeden oluşan beşli likert tipinde bir ölçektir ve 3 alt boyutu (yönetebilirlik, derinlemesine düşünme ve denge) bulunmaktadır. Ölçeğin Cronbach's α katsayısı = 0.82 olarak ve yönetebilirlik, derinlemesine düşünme ve denge alt boyutlarının Cronbach's alpha katsayısı ise sırasıyla α =0.77, 0.77 ve 0.78 olarak bulunmuştur (140).

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), 1987 yılında Cox ve Holden (1987) tarafından geliştirilen ve 10 soru içeren ölçek postpartum dönemde depresyon riskini belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır (141). Engindeniz (1997) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan dörtlü likert tipi ölçektir (142). Depresyonu ölçmeye yönelik 10 sorudan oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Puanlama sırasında 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde; 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10. maddeler ise 3, 2, 1, 0 şeklinde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak toplam 0-30 arasındadır (EK-5). Ölçeğin kesme noktası 12/13 olarak alınmakta ve toplam puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar riskli grupta görülmektedir. Bu çalışmada kesim noktası 13 kabul edilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik analizinde ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.79 şeklindedir (143).

3.8. Araştırma Soruları

1. Doğum sonu 1, 3 ve 6. aylardaki izlemlerde doğum ağrısı ve postpartum depresyon arasında ilişki var mıdır?
2. Doğum sonu 1, 3 ve 6. aylardaki izlemlerde tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon arasında ilişki var mıdır?
3. Doğum ağrsı ve tutarlılık duygusu arasında ilişki var mıdır?

3.9. Araştırma Süreci

Araştırma süreci boyunca dört görüşme yapılmıştır. Birinci görüşme, dahil edilme kriterlerine uyan gebelerle travay süreci ve doğumhaneden taburcu oluncaya kadar geçen sürede gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmede kişisel bilgi formu, DAİDÖ, VAS ve R-DTÖ formları uygulanmıştır. İkinci, üçüncü ve dördüncü görüşmeler birinci görüşmede

çalışmaya dahil edilen gebeler ile doğum sonu 1, 3 ve 6. aylarda gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde kişisel bilgi formunda yer alan postpartum izlemlere ait bilgileri içeren beş soru ve EPDÖ uygulanmıştır. 2-4. görüşmeler katılımcıların hastane ziyeretleri sırasında hastanenin bebek bakım odasında mahremiyete özen gösterilerek gerçekleştirilmiştir.

3.10. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Programme for Social Science) 22.0 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel ölçütlerden olan sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmalar kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları "Kurtosis" ve "Skewness" kat sayıları (±2) ile hesaplanmıştır. Normal dağılan ölçümlerde ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında varyans analizi (ileri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD (Least Significant Difference), olmadığı durumlarda Dunnet C) kullanılmıştır. Normal dağılan ölçümlerde ilişkisel çıkarımlarda Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan ölçümlerde ise Sperman korelasyon analizi kullanılmıştır (144).

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul onayı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Çalışma, kurulun 02.06.2023 tarihli, 134 sayılı toplantısında alınan 55 numaralı kararıyla araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur (EK-6). Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Necip Fazıl Şehir Hastanesinden kurum izni alınmıştır (EK-7). Çalışmanın veri toplama süreçleri Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde gerçekleştirmiş ve katılımcıların imzalı aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-8).

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışma verilerinin istatistiksel analizinden elde edilen sonuçlar 5 bölümde sunulmuştur.

- Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerine, doğum eylemi ve postpartum dönem bilgilerine ilişkin bulgular,
- İkinci bölümde katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin bulgular
- Üçüncü bölümde katılımcıların doğum ağrısı, tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon durumuna ilişkin bulguları,
- Dördüncü bölümde ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulgular,
- Beşinci bölümde ölçek puanları arasındaki regresyona ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine, Doğum Eylemi ve Postpartum Dönem Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 1' de katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 24.24±3.52 ve evlilik süre ortalaması 2.18±1.49 yıldır. Katılımcıların %36.1'inin lise mezunu. %94.3'ünün çalışmadığı. %85.8'inin sosyal güvencesi olduğu. %77'sinin gelirinin orta düzeyde olduğu ve %80.1'inin çekirdek aile yapısında olduğu. %57.1'inin şehir merkezinde ikamet ettiği. %92.6'sinin mevcut herhangi bir alışkanlığının olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde gebelik haftası ortalamasının 39.21±0.95 olduğu, %83.6'sının gebeliğinin planlı olduğu, tamamının gebelikte sağlık sorunu yaşamadığı ve %92.3'ünün düzenli takip yaptırdığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Sayısal Değişkenler	**n**	**Ort.±SS**
Yaş	366	24.24±3.52 (min 18. max 30)
Evlilik Süresi (yıl)	366	2.18±1.49 (min 1. max 10)
Gebelik Haftası	366	39.21±0.95 (min 38. max 42)
Özellikler	**n**	**%**
Eğitim Durumu		
İlkokul	25	6.8
Ortaokul	120	32.8
Lise	132	36.1
Üniversite ve üzeri	89	24.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	21	5.7
Çalışmıyor	345	94.3
Sosyal Güvence		
Var	314	85.8
Yok	52	14.2
Gelir Düzeyi		
Çok iyi	9	2.5
İyi	51	13.9
Orta	282	77.0
Kötü	24	6.6
Aile Tipi		
Çekirdek	293	80.1
Geniş	73	19.9
Yaşanılan Yer		
İl	209	57.1
İlçe	106	29.0
Köy	51	13.9
Mevcut Alışkanlıklar		
Yok	339	92.6
Sigara	27	7.4
Gebeliği İsteme Durumu		
Planlı	306	83.6
Plansız	60	16.4
Gebelikte Sağlık Sorunu Yaşama		
Hayır	366	100
Düzenli Takip Durumu		
Evet	338	92.3
Hayır	28	7.7

Tablo 2' de katılımcıların doğum eylemi, emzirmeye başlama zamanı ve bebeklerine ait özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların doğum eylemi özelliklerinden latent faz ortalama süresi 13.01±2.41 saat, aktif faz ortalama süresi 6.09±1.59 saattir. Katılımcıların %38.8'ine oksitosin

uygulandığı, uygulanan oksitosinin süre ortalamasının 6.22±2.09 saat, doz ortalamasının ise 10.0±2.0 damla/saat olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %30.1'inin doğum şekli müdahalesiz vajinal doğumdur.

Katılımcıların emzirmeye başlama zamanı özelliklerine bakıldığında %84.7'sinin emzirmeye doğumdan hemen sonra başladığı belirlenmiştir. Katılımcıların bebeklerine ait özelliklerinden yenidoğanın kilosunun ortalamasının 3168±453 gram, yenidoğan 1. dakika APGAR skoru ortalamasının 8.08±0.46 ve yenidoğan 5. dakika APGAR skoru ortalamasının 9.42±0.94 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların doğum eylemi, emzirmeye başlama zamanı ve bebeklerine ait özelliklerine ilişkin bulgular

Sayısal Değişkenler	**n**	**Ort.±SS**
Latent Evre Süresi (saat)	366	13.01±2.41 (min 10. max 18)
Aktif Evre Süresi (saat)	366	6.09±1.59 (min 3. max 10)
Oksitosin Uygulanma Süresi (saat)	142	6.22±2.09 (min 2. max 12)
Oksitosinin Dozu (damla/saat)	142	10±2 (min 8. max 16)
Yenidoğan Kilosu	366	3168±453 (min 2100. max 4400)
Yenidoğan 1.dk APGAR Skoru	366	8.08±0.46 (min 7. max 9)
Yenidoğan 5.dk APGAR Skoru	366	9.42±0.94(min 1. max 10)
Özellikler	**n**	**%**
Oksitosin Uygulanma		
Evet	142	38.8
Hayır	224	61.2
Doğum Şekli		
Müdahaleli vajinal doğum	256	69.9
Müdahalesiz vajinal doğum	110	30.1
Emzirmeye Başlama Zamanı		
Doğumdan hemen sonra	310	84.7
Doğum sonu ilk 12 saat	44	12.0
Doğum sonu ilk 12 saatten sonra	12	3.3

Tablo 3'de katılımcıların postpartum dönem 1, 2 ve 3. izlemlerine ait özelliklerin bulguları yer almaktadır. Doğum sonu 1. ayda yapılmış olan 1. izlemde katılımcıların %98.4' ünde yaşam değişikliği olmadığı, %65.3'ünün bebeklerini sadece anne sütüyle beslediği belirlenmiştir. Anne ve bebekte sağlık sorununu sorguladığımızda bebeklerinin %0.5' inin kord enfeksiyonu ve %37.2'sinin fizyolojik sarılık, annelerin %9.8' inde mastit olduğu belirlenmiştir. Sağlık sorunları nedeniyle hiçbir anne ya da bebek hastanede yatış ile tedavi almamıştır.

Doğum sonu 3. ayda yapılmış olan 2.izlemde katılımcıların hiç birinde yaşam değişikliği olmadığı, %64.2 'sinin bebeklerini sadece anne sütüyle beslediği belirlenmiştir. Katılımcılar ve bebekleri herhangi bir sağlık sorunu yaşamamıştır.

Doğum sonu 6. ayda yapılmış olan 3. izlemde katılımcıların %89.6'sının yaşam değişikliği yaşamadığı, %56.6'sının bebeklerini sadece anne sütüyle beslediği belirlenmiştir. Katılımcılar ve bebekleri herhangi bir sağlık sorunu yaşamamıştır.

Tablo 3. Katılımcıların postpartum dönem 1., 2. ve 3. izlemlerine ait bulgular

	1. İzlem (1. ay)		**2. İzlem (3. ay)**		**3. İzlem (6. ay)**	
Özellik	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Yaşam Değişikliği						
Ev taşınma	-	-	-	-	7	1.9
İşe başlama	-	-	-	-	31	8.5
Yakın ölümü	6	1.6	-	-	-	-
Hayır	360	98.4	366	100	328	89.6
Bebek Besleme Davranışı						
Anne sütü	239	65.3	235	64.2	207	56.6
Anne sütü ve mama	127	34.7	131	35.8	144	39.3
Mama	-	-	-	-	15	4.1
Bebekte Sağlık Sorunu						
Hayır	228	62.3	366	100	366	100
Kord enfeksiyonu	2	0.5	-	-	-	-
Fizyolojik sarılık	136	37.2	-	-	-	-
Annede Sağlık Sorunu						
Hayır	330	90.2	366	100	366	100
Mastit	36	9.8	-	-	-	-

4.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Katılımcıların DAİDÖ, VAS, R-DTÖ ve EPDÖ' nden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

Katılımcıların VAS ölçek puanı incelendiğinde ortalama 5.36±1.19 puan aldığı, DAİDÖ ölçeğinden de ortalama 8.06±2.87 puan aldığı ve katılımcıların %65.8'inin orta dereceli ağrısı olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar R-DTÖ toplamından 41.06±6.37,yönetebilirlik alt boyutundan 14.70±3.18, derinlemesine düşünme alt boyutundan 12.75±2.61, denge alt boyutundan 13.61±2.75 puan almışlardır.

Katılımcıların postpartum depresyon durumları doğum sonu 1., 3. ve 6. ayda EPDÖ ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların EPDÖ toplam ortalama puanlarının 1. ayda

11.67±4.41, 3. ayda 8.92±3.19 ve 6.ayda 5.64±2.51 olduğu belirlenmiştir. Ölçek kesme noktasına göre postpartum depresyon riskinin değerlendirilmesinde katılımcıların 1. ayda %55.7'sinin, 3. ayda %92.6'sının ve 6. ayda %98.1'inin PPD açısından risk taşımadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. DAİDÖ, VAS, R-DTÖ ve EPDÖ puanlarına ilişkin bulgular

Ölçek	**n**	**Ort.±SS.**		**Cronbach Alpha**
VAS	366	5.36±1.19 (min 3, max 7)		-
DAİDÖ	366	8.06±2.87 (min 2, max 15)		0.885
DAİDÖ Ölçek Kesme Noktalarına Göre	**n**	**%**	-	-
Hafif ağrı	104	28.4	-	-
Orta dereceli ağrı	241	65.8	-	-
Yoğun ağrı	21	5.7	-	-
	n	**Ort.±SS.**		**Cronbach Alpha**
R-DTÖ	366	41.06±6.37 (min 19, max 57)		0.751
R-DTÖ Alt Boyutları	**n**	**Ort.±SS.**		**Cronbach Alpha**
Yönetebilirlik	366	14.70±3.18 (min 5,max 20)		0.583
Derinlemesine Düşünme	366	12.75±2.61 (min 4,max 20)		0.820
Denge	366	13.61±2.75 (min 4,max 20)		0.559
	n	**Ort.±SS.**		**Cronbach Alpha**
EPDÖ 1. ay	366	11.67±4.41 (min 1, max 23)		0.789
EPDÖ 3. ay	366	8.92±3.19 (min 2, max 19)		0.661
EPDÖ 6. ay	366	5.64±2.51 (min 1, max 15)		0.659
EPDÖ Ölçek Kesme Noktasına Göre	**n**	**%**		
EPDÖ 1. ay				-
PPD semptomu yok	204	55.7		
PPD semptomu var	162	45.3		
EPDÖ 3. ay				-
PPD semptomu yok	339	92.6		
PPD semptomu var	27	7.4		
EPDÖ 6. ay				-
PPD semptomu yok	359	98.1		
PPD semptomu var	7	1.9		

Tablo 5'te EPDÖ ölçek puanlarının izlemler ve kesme noktalarına göre karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır. EPDÖ ölçek toplam puanlarının aylara ve kesme noktalarına göre karşılaştırılmasında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Bonferroni) 1. ay puanlarının 3. ve 6. aylara ait puanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 3. ay puan ortalaması da 6. ay puan ortalamasından yüksektir.

Ölçek kesme noktasına göre PPD riskinin değerlendirilmesinde 1. ve 3. ay arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). 3. ayda normal olanların oranı daha yüksektir. 1. ve 6. ay arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). 6. ayda normal olanların oranı daha yüksektir. 3. ve 6. ay arasındaki oran farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). 6. ayda normal olanların oranı daha yüksektir.

Tablo 5. EPDÖ puanlarının aylara ve kesme noktalarına göre karşılaştırılmasına ait bulgular

	1. ay(a)		**3. ay(b)**		**6. ay(c)**		**Önemlilik***
	n	**Ort±SS**	**n**	**Ort±SS**	**n**	**Ort±SS**	F=564.826 p=**0.000** a>b>c
	366	11.67±4.41	366	8.92±3.19	366	5.64±2.51	
EPDÖ Ölçek Kesme Noktasına Göre	**1. ay(a)**		**3. ay(b)**		**6. ay(c)**		**Önemlilik****
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	p=**0.000**[a] p=**0.000**[b] p=**0.000**[c]
PPD semptomu yok	204	55.7	339	92.6	359	98.1	
PPD semptomu var	162	44.3	27	7.4	7	1.9	

* Bonferroni ileri analizi, **McNemar testi uygulanmıştır. a: 1-3. ay farkı, b:1-3. ay farkı, c: 3-6. ay farkı

4.3. Katılımcıların Doğum Ağrısı, Tutarlılık Duygusu ve Postpartum Depresyon Durumuna İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi, emzirmeye başlama zamanı ve bebeklerine ait özelliklerine göre DAİDÖ ve VAS ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 6' te sunulmuştur.

Katılımcıların çalışma durumu, gelir düzeyi, gebeliği isteme, emzirmeye başlama zamanına göre DAİDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların puan ortalamasının daha yüksektir. Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD), geliri iyi olanların puanlarının, orta ve kötü olanlardan düşük, gebeliği planlı olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Emzirmeye başlama zamanına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); doğumdan hemen sonra emzirmeye başlayanların puanlarının, doğum sonu ilk 12 saat başlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumu, aile tipi, yaşanılan yer, mevcut alışkanlık, düzenli takip ve doğum şekli durumuna göre DAİDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların sosyal güvence, gelir düzeyi, aile tipi, yaşanılan yer, gebeliği isteme durumuna göre VAS toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); geliri iyi olanların puanlarının, orta olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD), ilçede yaşayanların puanlarının, köyde yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olanların, geniş ailede yaşayanların ve gebeliği planlı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, mevcut alışkanlık, düzenli takip, doğum şekli ve emzirmeye başlama zamanı durumuna göre VAS toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 6. Katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi, emzirmeye başlama zamanı ve bebeklerine ait özelliklere göre DAİDÖ ve VAS ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DAİDÖ				VAS		
	n	**Ort.±SS.**	**Test**	**p**	**Ort.±SS.**	**Test**	**p**
Eğitim Durumu							
İlkokul	25	8.36±2.60	F=0.476	0.699	5.32±1.14	F=1.423	0.236
Ortaokul	120	7.82±2.88			5.18±1.35		
Lise	132	8.19±2.93			5.48±1.16		
Üniversite ve üzeri	89	8.11±2.87			5.40±1.00		
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	21	6.81±3.03	t=-2.067	**0.039**	5.38±1.12	t=0.102	0.919
Çalışmıyor	345	8.14±2.85			5.35±1.19		
Sosyal Güvence							
Var	314	8.01±2.86	t=-0.776	0.438	5.42±1.13	t=2.038	**0.046**
Yok	52	8.35±2.92			4.98±1.48		
Gelir Düzeyi							
Çok iyi	9		F=6.673	**0.000**		F=3.801	**0.010**
İyi	51	6.67±2.00			5.33±1.00		
Orta	282	6.57±3.18			4.84±1.08		
Kötü	24	8.37±2.79			5.45±1.19		
		8.17±2.30			5.38±1.24		
Aile Tipi							
Çekirdek	293	8.00±2.74	t=-0.754	0.453	5.27±1.20	t=-2.784	**0.006**
Geniş	73	8.32±3.34			5.70±1.10		
Yaşanılan Yer							
İl	209	8.03±2.59	F=0.867	0.421	5.40±1.15	F=3.060	**0.048**
İlçe	106	7.90±3.40			5.14±1.22		
Köy	51	8.53±2.77			5.61±1.22		
Mevcut Alışkanlık							
Yok	339		t=-0.723	0.470		t=-0.405	0.686
Sigara	27	8.03±2.88			5.35±1.20		
		8.44±2.71			5.44±1.01		
Gebeliği İsteme Durumu							
Planlı	306	8.36±2.77	t=4.633	**0.000**	5.50±1.11	t=5.467	**0.000**
Plansız	60	6.53±2.89			4.62±1.30		
Düzenli Takip Durumu							
Evet	338	8.09±2.88	t=0.768	0.448	5.38±1.17	t=1.649	0.100
Hayır	28	7.68±2.72			5.00±1.36		
Doğum Şekli							
Müdahaleli Vajinal Doğum	256	8.04±2.98	t=-0.174	0.862	5.36±1.24	t=0.103	0.918
Müdahalesiz Vajinal Doğum	110	8.10±2.61			5.35±1.08		
Emzirmeye Başlama Zamanı	310	8.23±2.90	F=3.443	**0.033**	5.40±1.22	F=1.801	0.167
Doğumdan hemen sonra	44	7.18±1.91			5.05±0.89		
Doğum sonu ilk 12 saat	12	7.00±4.18			5.25±1.36		
Ds ilk 12 saatten sonra							

Tablo 7’ de katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi ve emzirmeye başlama zamanı özelliklerinin R-DTÖ ölçek puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların eğitim durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, aile tipi, gebeliği siteme, düzenli takip ve emzirmeye başlama zamanı durumuna göre R-DTÖ toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD) üniversite ve üzeri eğitim alanların puanlarının, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); geliri iyi olanların puanlarının, orta ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olan, çekirdek ailede yaşayan, gebeliği planlı olan ve düzenli takibi olmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Emzirmeye başlama zamanına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde doğumdan hemen sonra başlayanların puanlarının, doğum sonu ilk 12 saatten sonra başlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çalışma durumu, yaşanılan yer, mevcut alışkanlık, oksitosin uygunlama ve doğum şekli göre R-DTÖ toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 7. Sosyo-demografik, obsteterik, doğum eylemi ve emzirmeye başlama zamanı özelliklere göre R-DTÖ puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular

Değişken	n	Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık		
		Ort.±SS.	Test	p
Eğitim Durumu				
İlkokul	25	38.72±4.36		
Ortaokul	120	41.11±6.09	F=6.409	**0.000**
Lise	132	39.95±7.19		
Üniversite ve üzeri	89	43.30±5.24		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	21	43.00±5.31	t=1.438	0.151
Çalışmıyor	345	40.94±6.41		
Sosyal Güvence				
Var	314	40.75±6.39	t=-2.288	**0.023**
Yok	52	42.92±5.98		
Gelir Düzeyi				
Çok iyi	9	41.67±2.50		
İyi	51	39.78±4.43	F=8.504	**0.000**
Orta	282	41.75±6.64		
Kötü	24	35.46±4.27		
Aile Tipi				
Çekirdek	293	41.75±6.27	t=4.214	**0.000**
Geniş	73	38.32±6.04		
Yaşanılan Yer				
İl	209	40.93±6.43	F=0.303	0.739
İlçe	106	41.46±6.14		
Köy	51	40.78±6.66		
Mevcut Alışkanlık				
Yok	339	41.11±6.39	t=0.524	0.601
Sigara	27	40.44±6.22		
Gebeliği İsteme				
Planlı	306	40.83±6.72	t=-2.247	**0.026**
Plansız	60	42.27±3.97		
Düzenli Takip				
Evet	338	40.83±6.45	t=-2.401	**0.017**
Hayır	28	43.82±4.51		
Oksitosin Uygulanma				
Evet	142	41.65±6.35	t=1.401	0.162
Hayır	224	40.69±6.36		
Doğum Sekli				
Müdahaleli vajinal doğum	256	41.06±6.58	t=-0.019	0.984
Müdahalesiz vajinal doğum	110	41.07±5.88		
Emzirmeye Başlama Zamanı				
Doğumdan hemen sonra	310	41.25±6.65	F=3.989	**0.019**
Doğum sonu ilk 12 saat	44	41.16±4.24		
Ds ilk 12 saatten sonra	12	36.00±2.09		

Tablo 8’ de katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi ve emzirmeye başlama özelliklerine göre EPDÖ ’nden alınan puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Postpartum dönem 1. ayda yapılan izlemde katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, yaşanılan yer, gebeliği isteme ve düzenli takip durumuna göre EPDÖ puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite ve üzeri eğitimi olanların puanlarının, ortaokul ve lise mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde geliri kötü olanların puanlarının, çok iyi, iyi ve orta olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde ilçede yaşayanların puanlarının, il ve köyde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan çalışmayanların, sosyal güvencesi olmayanların, gebeliği planlı olanların ve düzenli takibi olmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile tipi, mevcut alışkanlık durumu, oksitosin uygulanma, doğum şekli ve emzirmeye başlama zamanı durumuna göre EPDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Postpartum dönem 3. ayda yapılan izlemde sosyal güvence, gelir düzeyi, mevcut alışkanlık, düzenli takip, oksitosin uygulanma, doğum şekli, emzirmeye başlama zamanı durumuna göre EPDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri çok iyi olanların puanlarının, iyi, orta ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Emzirmeye başlama zamanına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde, doğum sonu ilk 12 saatten sonra başlayanların puanlarının, doğumdan hemen sonra ve 12 saat içinde başlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların, mevcut alışkanlığı olmayanların, düzenli takibi olmayanların, oksitosin uygulananların ve doğum şekli müdahaleli vajinal doğum olanların puan ortalaması daha yüksektir. Eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, yaşanılan yer ve gebeliği isteme durumuna göre EPDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Postpartum dönem 6. ayda yapılan izlemde katılımcıların eğitim durumu, gelir düzeyi ve doğum şekli durumuna göre EPDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); lise mezunu olanların puanlarının, ilkokul, ortaokul ve üniversite üzeri mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri çok iyi olanların puanlarının, iyi, orta ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Doğum şekli müdahaleli vajinal doğum olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, yaşanılan yer, mevcut alışkanlık, gebeliği isteme, düzenli takip, oksitosin uygulanma ve emzirmeye başlama durumuna göre EPDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 8. Katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, doğum eylemi ve emzirmeye başlama özelliklerine göre EPDÖ'nden alınan puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular

Değişken	n	1. ay	3. ay	6. ay
		Ort.±SS.	Ort.±SS.	Ort.±SS.
Eğitim Durumu				
İlkokul	25	11.32±6.05	9.20±3.34	7.36±4.04
Ortaokul	120	12.03±4.30	8.83±2.90	5.91±1.86
Lise	132	12.23±4.54	9.09±3.80	4.88±2.53
Üniversite ve üzeri	89	10.45±3.55	8.69±2.50	5.93±2.37
Test ve Önemlilik		F=3.376 p=**0.019**	F=0.377 p=0.769	F=9.420 p=**0.000**
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	21	10.05±2.25	8.29±2.99	5.90±2.81
Çalışmıyor	345	11.77±4.49	8.95±3.21	5.63±2.50
Test ve Önemlilik		t=-3.148 p=**0.004**	t=-0.930 p=0.353	t=0.493 p=0.622
Sosyal Güvence				
Var	314	11.42±4.28	8.70±3.24	5.65±2.61
Yok	52	13.15±4.87	10.23±2.54	5.60±1.86
Test ve Önemlilik		t=-2.644 p=**0.009**	t=-3.862 p=**0.000**	t=0.180 p=0.857
Gelir Düzeyi				
Çok iyi	9	9.00±6.00	4.67±1.00	2.00±0
İyi	51	11.22±3.63	8.82±2.61	5.33±1.80
Orta	282	11.62±4.15	9.02±3.05	5.72±2.31
Kötü	24	14.21±6.80	9.42±5.06	6.79±4.56
Test ve Önemlilik		F=4.048 p=**0.008**	F=5.853 p=**0.001**	F=8.863 p=**0.000**
Aile Tipi				
Çekirdek	293	11.45±4.29	8.77±3.12	5.52±2.49
Geniş	73	12.56±4.77	9.48±3.42	6.12±2.54
Test ve Önemlilik		t=-1.941 p=0.053	t=-1.691 p=0.092	t=-1.817 p=0.072
Yaşanılan Yer				
İl	209	11.25±4.66	8.59±3.53	5.61±2.83
İlçe	106	12.95±3.71	9.44±2.33	5.49±2.07
Köy	51	10.73±4.16	9.16±3.18	6.08±1.84
Test ve Önemlilik		F=6.830 p=**0.001**	F=2.713 p=0.068	F=0.977 p=0.377
Mevcut Alışkanlık				
Yok	339	11.76±4.42	9.01±3.20	5.71±2.51
Sigara	27	10.48±4.15	7.67±2.91	4.78±2.44
Test ve Önemlilik		t=1.458 p=0.146	t=2.121 p=**0.035**	t=1.864 p=0.063
Gebeliği İsteme				
Planlı	306	11.88±4.45	8.98±3.28	5.54±2.49
Plansız	60	10.60±4.06	8.60±2.72	6.17±2.56
Test ve Önemlilik		t=2.065 p=**0.040**	t=0.836 p=0.404	t=-1.775 p=0.077
Düzenli Takip	338	11.50±4.47	8.74±3.18	5.62±2.59
Evet	28	13.75±2.88	11.07±2.58	5.86±1.21
Hayır				
Test ve Önemlilik		t=-3.784 p=**0.001**	t=-3.784 p=**0.000**	t=-0.868 p=0.390
Oksitosin Uygulanma				
Evet	142	12.10±3.85	9.41±3.08	5.88±2.28
Hayır	224	11.40±4.71	8.60±3.23	5.49±2.64
Test ve Önemlilik		t=1.554 p=0.121	t=2.366 p=**0.018**	t=1.495 p=0.136
Doğum Sekli				
Müdahaleli vajinal doğum	256	12.55±4.23	9.42±3.10	6.17±2.49
Müdahalesiz vajinal doğum	110	9.62±4.14	7.75±3.12	4.42±2.10
Test ve Önemlilik		t=6.123 p=**0.000**	t=4.725 p=**0.000**	t=6.442 p=**0.000**
Emzirmeye Başlama Zamanı				
Doğumdan hemen sonra	310	11.55±4.40	8.73±2.98	5.60±2.63
Doğum sonu ilk 12 saat	44	12.00±4.92	9.41±4.31	5.84±1.90
Ds ilk 12 saatten sonra	12	13.50±1.57	12.00±2.09	6.00±0
Test ve Önemlilik		F=1.272 p=0.282	F=6.881 p=**0.001**	F=0.302 p=0.739

Tablo 9'de katılımcıların postpartum dönem özelliklerine göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Katılımcıların yaşam değişikliği, bebek bessleme davranışı, bebekte ve annede sağlık problemi durumuna göre 1., 3. ve 6. ay puanlarının ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 9. Katılımcıların postpartum dönem özelliklerine göre EDPÖ'den alınan puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular

	1. ay		3. ay		6. ay	
Değişken	**n**	**Ort±SS**	**n**	**Ort±SS**	**n**	**Ort±SS**
Yasam Değişikliği						
Hayır	360	11.71±4.43	366	-	328	5.57±2.53
Yakın Ölümü	6	9.50±1.64	-	-	-	-
İşe Başlama	-	-	-	-	31	6.45±2.47
Ev Taşıma	-	-	-	-	7	5.57±0.53
Test ve Önemlik	t=1.217 p=0.224		- -		F=1.767 p=0.172	
Bebek Besleme Davranışı						
Anne Sütü	239	11.82±4.44	235	8.88±33.46	207	5.49±2.50
Anne Sütü ve Mama	127	11.38±4.35	131	8.98±32.67	144	5.80±2.63
Mama	-	-	-	-	15	6.20±0.77
Test ve Önemlik	t=0.922 p=0.357		t=-0.333 p=0.739		F=1.016 p=0.363	
Bebekte Sağlık Problemi						
Sarılık	136	12.14±4.70	-	-	-	-
Kord enfeksiyonu	2	11.00±0	-	-	-	-
Hayır	228	11.39±4.23	366	-	366	-
Test ve Önemlilik	F=1.242 p=0.290		- -		- -	
Annede Sağlık Problemi						
Hayır	330	11.65±4.31	366	-	366	-
Mastit	36	11.86±5.24	-	-	-	-
Test ve Önemlilik	t=-0.275 p=0.784		- -		- -	

Tablo 10' da çeşitli değişkenler ile EPDÖ puanı arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulgular yer almaktadır.

Yaş ile EPDÖ 3. ve 6. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (p<0.05). Yaş arttıkça ölçek puanları da artmaktadır. Yaş ile EDPÖ 1.ay toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Katılımcıların evlilik süresi ile EPDÖ 6. ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki belirlenmiştir (p<0.05). Evlilik süresi arttıkça, EPDÖ ölçek puanı da artmaktadır. Evlilik süresi ile EPDÖ 1. ve 3.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Katılımcıların latent evre süresi ile EPDÖ 1.ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).Latent evre süresi arttıkça EPDÖ puanını düştüğü belirlenmiştir. Latent evre süresi ile EPDÖ 3. ve 6. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların aktif evre süresi ile EPDÖ 3.ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Aktif evre süresi arttıkça EPDÖ 3.ay puanı artmaktadır. Aktif evre süresi ile EPDÖ 1. ve 3. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Katılımcılara uygulanan oksitosinin süresi ile EPDÖ 1. ve 3. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Oksitosin uygulanma süresi arttıkça EPDÖ puanları düşmektedir. Oksitosin uygulanma süresi EPDÖ 6. ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 10. Çeşitli değişkenler ile EPDÖ puanı arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulgular

Değişkenler		**1. ay**	**3. ay**	**6. ay**
Yaş	**r**	-0.002	0.159	0.160
	p	0.973	**0.002**	**0.002**
	n	366	366	366
Evlilik süresi	**r**	0.019	-0.008	0.142
	p	0.724	0.874	**0.006**
	n	366	366	366
Aktif evre süresi	**r**	0.095	0.108	0.056
	p	0.070	**0.039**	0.283
	n	366	366	366
Latent evre süresi	**r**	-0.134	-0.086	0.033
	p	**0.010**	0.102	0.525
	n	366	366	366
Oksitosin Uygulanma Süresi	**r**	-0.228	-0.172	-0.005
	p	**0.006**	**0.041**	0.953
	n	142	142	142

4.4. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular

R-DTÖ, DAİDÖ, VAS, EPDÖ izlemlerine ait ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 11'de VAS puanı ile DAİDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

DAİDÖ puanı ile EPDÖ 1. ve 3.ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). DAİDÖ puanı arttıkça EDPÖ puanı da artmaktadır. DAİDÖ puanı ile EPDÖ 6.ay puanı ve R-DTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

VAS puanı ile EPDÖ 1, 3 ve 6.ay puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). VAS puanı arttıkça EPDÖ puanları da artmaktadır. VAS puanı ile R-DTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

EPDÖ 1.ay puanı ile EPDÖ 3.ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyli, EPDÖ 6.ay puanı ile de istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). EPDÖ 1.ay puanı arttıkça EPDÖ 3. ve 6. ay puanı artmaktadır. EPDÖ 1.ay puanı ile R- DTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). EPDÖ 1.ay puanı arttıkça R-DTÖ puanı düşmektedir.

EPDÖ 3.ay puanı ile EPDÖ 6.ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). EPDÖ 3.ay puanı arttıkça EPDÖ 6.ay puanı da artmaktadır. EPDÖ 3.ay puanı ile R-DTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

EPDÖ 6.ay puanı ile R-DTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 11. R-DTÖ, DAİDÖ, VAS, EPDÖ izlemlerine ait ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		R-DTÖ	DAİDÖ	VAS	EPDÖ 1. ay	EPDÖ 3. ay	EPDÖ 6.ay
R-DTÖ	**r**	1	0.022	-0.041	-0.111*	-0.031	-0.011
	p		0.679	0.435	**0.033**	0.551	0.840
	n	366	366	366	366	366	366
DAİDÖ	**r**	0.022	1	0.738	0.128	0.167	0.088
	p	0.679		**0.000**	**0.014**	**0.001**	0.092
	n	366	366	366	366	366	366
VAS	**r**	-0.041	0.738	1	0.170	0.196	0.154
	p	0.435	**0.000**		**0.001**	**0.000**	**0.003**
	n	366	366	366	366	366	366
EPDÖ 1. ay	**r**	-0.111	0.128	0.170	1	0.701	0.411
	p	**0.033**	**0.014**	**0.001**		**0.000**	**0.000**
	n	366	366	366	366	366	366
EPDÖ 3. ay	**r**	-0.031	0.167	0.196	0.701	1	0.476
	p	0.551	**0.001**	**0.000**	**0.000**		**0.000**
	n	366	366	366	366	366	366
EPDÖ 6.ay	**r**	-0.011	0.088	0.154	0.411	0.476	1
	p	0.840	0.092	**0.003**	**0.000**	**0.000**	
	n	366	366	366	366	366	366

4.5. Ölçek Puanları Arasındaki Regresyona İlişkin Bulgular

Tablo 12'de EPDÖ puanlarına DAİDÖ ve R-DTÖ puanlarının etkisini gösterir regresyon bulguları yer almaktadır. Bulguların analizinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Edinburgh Postpartum Depresyon 1. ay puanı, DAİDÖ ve R-DTÖ puanını arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.172$, R^2adjusted$=0.029$, $F=5.503$, $p=0.005$). Söz konusu değişkenler birlikte EPDÖ 1.ay puanındaki değişimin %2.9'unu açıklamaktadır. Regresyon analizinin sonucuna göre EPDÖ 1.ay puanını yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; EPDÖ 1.ay puanı= (0.201 x DAİDÖ puanı) + (-0.079 x R-DTÖ puanı) + (13.295). DAİDÖ puanındaki 1 birimlik artış, EPDÖ 1.ay puanında 0.201 birimlik artışa neden olmaktadır. R-DTÖ puanındaki 1 birimlik artış, EPDÖ 1.ay puanında 0.079 birimlik azalmaya neden olmaktadır.

EPDÖ 3.ay puanı ile DAİDÖ arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (R=0.170, R^2adjusted=0.029, F=5.426, p=0.005). R-DTÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). EPDÖ 3.ay puanı= (0.187 x DAİDÖ) + (8.131). DAİDÖ puanındaki 1 birimlik artış, EPDÖ 3.ay puanında 0.187 birimlik artışa neden olmaktadır. Edinburgh Postpartum Depresyon 6.ay puanı ile DAİDÖ ve R-DTÖ arasında puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).

Tablo 12. EPDÖ puanlarına, DAİDÖ ve R-DTÖ puanının etkisini gösterir regresyon modeli

EPDÖ 1.ay	**Beta**	**Standart Hata**	**Standart Beta**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
Sabit katsayı	13.295	1.606	-	8.276	**0.000**	10.135	16.454
DAİDÖ	0.201	0.079	0.131	2.525	**0.012**	0.044	0.357
R-DTÖ	-0.079	0.036	-0.114	-2.206	**0.042**	-.0149	-0.009
EPDÖ 3.ay	**Beta**	**Standart Hata**	**Standart Beta**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
Sabit katsayı	8.131	1.165	-	6.890	**0.000**	5.840	10.421
DAİDÖ	0.187	0.058	0.168	3.238	**0.001**	-0.109	0.226
R-DTÖ	-0.018	0.026	-0.035	-0.674	0.500	-0.064	0.038
EPDÖ 6.ay	**Beta**	**Standart Hata**	**Standart Beta**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
Sabit katsayı	5.221	0.926	-	5.640	0.236	3.400	7.041
DAİDÖ	0.077	0.046	0.088	1.691	0.092	-0.013	0.167
R-DTÖ	-0.005	0.021	-0.013	-0.239	0.811	-0.045	0.036

Tablo 13'de EPDÖ puanlarına R-TDÖ alt boyutları olan yönetilebilirlik, derinlemesine düşünme ve denge alt boyutu puanlarının etkisini gösterir regresyon bulguları yer almaktadır. Bulguların analizinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

EPDÖ 1. ay ve 3.ay ile R-DTÖ ölçek alt boyutlarından derinlemesine düşünme alt boyutu arasında, EPDÖ 6.ay'da ise denge alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Derinlemesine düşünme puanındaki 1 birimlik azalış, EPDÖ 1.ay puanında 0.235 birimlik artışa (R=0.147, R^2adjusted=0.022, F=2.665, p=0.022), EPDÖ 3.ay puanında 0.156 birimlik artışa (R=0.114, R^2adjusted=0.013, F=1.591, p=0.036) neden olmaktadır. Denge puanındaki 1 birimlik artış EPDÖ 6.ay puanında 0.119 birimlik artışa neden olmaktadır (R=0.133, R^2adjusted=0.018, F=2.171, p=0.027).

Tablo 13. EPDÖ puanlarına, R-DTÖ alt boyut puanlarının etkisini gösterir regresyon modeli

EPDÖ 1. ay	**β**	**Standart Hata**	**Standart β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
						Lower	Upper
Sabit katsayı	14.698	1.497		9.819	**0.000**	11.754	17.642
Yönetebilirlik alt boyutu	-0.066	0.077	-0.048	-0.866	0.387	-0.217	0.084
Derinlemesine düşünme	-0.235	0.102	-0.139	-20.303	**0.022**	-0.436	-0.034
Denge alt boyutu	0.069	0.094	0.043	0.739	0.460	-0.115	0.254
EPDÖ 3.ay	**β**	**Standart Hata**	**Standart β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
						Lower	Upper
Sabit katsayı	9.460	1.090		8.680	**0.000**	7.317	11.604
Yönetebilirlik alt boyutu	0.012	0.056	0.012	0.211	0.833	-0.098	0.122
Derinlemesine düşünme	-0.156	0.074	-0.128	-20.101	**0.036**	-0.302	-0.010
Denge alt boyutu	0.094	0.068	0.081	10.369	0.172	-0.041	0.228
EPDÖ 3.ay	**β**	**Standart Hata**	**Standart β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
						Lower	Upper
Sabit katsayı	5.701	.855		6.669	**0.000**	4.020	7.382
Yönetebilirlik alt boyutu	-0.054	0.044	-0.068	-10.234	0.218	-0.140	0.032
Derinlemesine düşünme	-0.070	0.058	-0.073	-10.198	0.232	-0.185	0.045
Denge alt boyutu	0.119	0.054	0.131	20.227	**0.027**	0.014	0.225

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, doğum eylemindeki kadınların doğum ağrısı ile tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak için gerçekleştirilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda 5 bölümde tartışılmıştır.

- Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerine, doğum eylemi ve postpartum dönem bilgilerine ilişkin bulguların tartışılmasına,
- İkinci bölümde katılımcıların doğum ağrısına ilişkin bulguların tartışılmasına,
- Üçüncü bölümde katılımcıların tutarlılık duygusuna ilişkin bulguların tartışılmasına,
- Dördüncü bölümde katılımcıların postpartum depresyon durumuna ilişkin bulguların tartışılmasına,
- Beşinci bölümde ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulguları tartışılmasına yer verilmiştir.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine, Doğum Eylemi ve Postpartum Dönem Bilgilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalamaları 24.24±3.52'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2021 verilerinde gebelerin yaş ortalamasının 29.10 olduğu belirtilmiştir (145). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ise yaşa özel en yüksek doğurganlık hızı 20-30 yaştır (146). Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalamaları TNSA verileri aralığında iken TUİK veri sonuçlarına yakındır. Çalışmamızda yer alan katılımcıların ortalama evlilik yılı ise 2.18±1.49'dur.

Katılımcıların %36.1'i lise, %24.3' ü üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahiptir. TUİK 2021 verilerine göre kadınların %38,5' inin eğitim durumu lise ve üzeridir (145). TNSA 2018 verilerinde ise 15-49 yaş grubunda yer alan kadınların %41'inin eğitim durumu lise ve üzeridir (146). Çalışmamızda gebelerin eğitim seviyeleri TUİK ve TNSA verileri ile benzerdir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %94.3' ünün çalışmadığı belirlenmiştir. TUİK 2021 verilerine göre kadınların %72.0'i gelir getiren bir işte çalışmamaktadır (145). TUİK verilerine göre çalışmamıza katılan çalışmayan kadınların oranları yüksektir.

Katılımcıların %85.8’ inin sosyal güvencesi vardır. TNSA 2018 verilerinde 15-49 yaş grubunda sosyal güvencesi olan kadınların oranı %72.2’dir (146). TNSA verilerine göre çalışmamızda yer alan sosyal güvencesi olan kadınların oranı yüksektir.

Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında çalışmamızda %77’sinin gelirinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Akça ve ark. (147) yaptığı çalışmada gebelerin %77.3’ünün gelir düzeyinin orta olduğu belirtilmiştir. Amanak ve Karaçam (148)’ın çalışmalarında katılımcıların %71.3’ inin gelir düzeyinin orta olduğu belirtilmiştir. Literatür bulguları ile çalışmamızın bulguları benzerdir.

Katılımcıların %80.1’i çekirdek aile yapısındadır. Eriten (149)’in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %84.8’inin çekirdek aile yapısında olduğu belirtilmiştir. Yamurluklu (150)’ nun 394 katılımcı ile yapmış olduğu tez çalışmasında katılımcıların 85.6’sının çekirdek aile yapısında olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin %57.1’i şehir merkezinde ikamet etmektedir. Akpınar ve Ejder Apay (151)’ın çalışmasında katılımcıların %75.5 i şehir merkezinde ikamet etmektedir. Kaya ve Gölbaşı (152)’nın 335 gebe kadınla yapmış olduğu çalışmada katılımcılar %85.1’i şehir merkezinde ikamet etmektedir. Çalışmamızın bulguları literatür bulgularından düşüktür.

Katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde gebelik haftası ortalamasının 39.21±0.95’ dir. Narman’ ın (153) yapmış olduğu tez çalışmasında katılımcıların gebelik haftası 39.27±1.56’dır. Katılımcıların %83.6’ sının gebeliğinin planlıdır. Akkurt’un (154), 311 kadınla yapmış olduğu tez çalışmasında katılımcıların gebeliği planlama durumu %89.0’ dur. Çalışmamıza katılan gebelerin %92.3’ü düzenli takip yaptırmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarla bu bulgu paralellik göstermektedir (155,156). Çalışmamıza katılan katılımcılar gebelikte sağlık sorunu yaşamamıştır.

Katılımcıların doğum eylemi özelliklerinden latent faz ortalama süresi 13.01±2.41 saattir. Narman’ ın (153) çalışmasında 109 primipar kadında laten faz ortalama süresi 8.01±4.23 olarak belirlenmiştir. Güncel literatür doğrultusunda çalışmamızda latent evre süresi için 1-5 cm’ lik dilatasyon baz alındığı için latent faz ortalama süresinin literatürden yüksek çıktığı tahmin edilmektedir.

Katılımcıların aktif faz ortalama süresi 6.09±1.59 saattir. Göker' in (39) tez çalışmasında kadınların ortalama aktif faz süresi 5.00±1.88 saat olarak bulunmuştur. Aktif fazın süresinin doğumlarda 12 saati aşmayacağı belirtilmiş (46) olup bulgumuz literatürle uyumludur. Katılımcıların %38.8'ine oksitosin uygulanmıştır. Uygulanan oksitosinin süresi ortalama 6.22±2.09 saat, doz ortalaması ise 10.0±2.0 damla/saattir. Kuyulu Akman' ın (157) tez çalışmasında katılımcılar %71.3' üne oksitosin uygulanmıştır. Katılımcıların %30.1 'inin doğum şekli müdahalesiz vajinal doğumdur. DSÖ' nün (46) pozitif doğum deneyimi için doğumda tıbbi endikasyon yok ise oksitosin, amniyotomi, epizyotomi gibi müdahaleleri önermemektedir.

Emzirmeye erken dönemde başlanması anne-bebek bağlanmasında önemli bir yere sahiptir (157). Çalışmamızda katılımcıların %84.7' si emzirmeye doğumdan hemen sonra başlamıştır. Ata Yüzügüllü ve ark. (158) annelerin % 64.1'inin doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirdiğini belirlemişlerdir. İnce ve ark. (159) annelerin emzirme özyeterlilikleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmada annelerin % 54.9'u doğum sonu bir saat içinde bebeklerini emzirmeye başlamıştır. Wu et al. (160) yapmış oldukları kohort çalışmasında bebeklerin %63.5'inin ilk bir saatte emzirilmeye başladığının belirtmiştir. Çalışmamızın bulguları literatür bulgularından yüksektir.

Katılımcıların bebeklerine ait özelliklerinden yenidoğanın kilo ortalaması 3168±453 gram, yenidoğan 1. dakika APGAR skoru ortalaması 8.08±0.46 ve yenidoğan 5. dakika APGAR skoru ortalaması 9.42±0.94' tür. Aslan' ın (161) tezinde yenidoğanın kilo ortalaması 3349±442, yenidoğan 1. dakika APGAR skoru ortalaması 8.61±1.04 ve yenidoğan 5. dakika APGAR skoru ortalaması 9.62±0.58'dir. Akca ve ark. (162) çalışmasında yenidoğan kilosu 3285±49 gram, 5. dakika APGAR skoru ortalaması 9.3±0.1' tür. Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerdir.

Katılımcıların postpartum dönem 1. ayda %65.3' ü, 3.ayda %64.2 'si ve 6.ayda %56.6'sı bebeklerini sadece anne sütüyle beslemişlerdir. TNSA 2018 verilerinde 0-1 aylık bebeklerin %59, 2-3 aylık bebeklerin %45 ve 4-5 aylık bebeklerin ise %14'ünün sadece anne sütü aldığı belirlenmiştir (146). Wu et al. (160) çalışmasında 1, 3 ve 6. aylarda sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranını sırasıyla %74.4. % 64.7 ve % 13.8 olarak vermiştir. DSÖ 0-6 aylık bebeklerin yaklaşık %44'ü sadece anne sütüyle beslendiğini belirtmiştir (163).

Postpartum dönem 1. ay izleminde bebeklerin %0.5' inde kord enfeksiyonu geliştiği belirlenmiştir. Çoban ve ark. (164) yenidoğanlarla yapmış olduğu çalışmada yenidoğanların %15.6' sında kord enfeksiyonu görülmüştür. Litertürde yapılan bir başka çalışmada ise yenidoğanların %1.5' inde kord enfeksiyonu görülmüştür (165). Literatürde bulgular farklılık göstermektedir ve çalışma bulgumuz literatürden düşüktür. Katılımcıların bebeklerinin %37.2' sinde fizyolojik sarılık gelişmiştir. Güney Afrika' da yenidoğanlarla yapılan bir çalışmada sağlıklı term yenidoğanların %55.2' sinde yenidoğan sarılığı geliştiği belirtilmiştir (166). Bante et al. (167) çok merkezli kesitsel çalışmasında yenidoğanların % 24.46' sında sarılık görülmüştür. Denizli'de yapılan bir başka çalışmada yenidoğanların %42.70' inde fizyolojik sarılık geliştiği belirlenmiştir (168). Ülkemizde ve dünyada yenidoğan sarılık oranları faklılık göstermektedir.

Katılımcıların 1. ay izleminde %9.8' inin mastit sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (169,170).

Doğum sonu birinci ayda yapılmış olan 1. izlemde katılımcıların %98.4' ünde, altıncı ayda yapılmış olan 3. izlemde ise katılımcıların %89.6' sında yaşam değişikliği olmadığı saptanmıştır.

5.2. Katılımcıların Doğum Ağrısına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan katılımcıların aktif evrenin başında herhangi bir girişim olmadan VAS ve DAİDÖ ile değerlendirilen doğum ağrılarına yönelik bulgularda katılımcıların orta dereceli ağrısı olduğu belirlenmiştir. Aslantaş'ın (32) 120 primipar gebe ile yapmış olduğu çalışmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin aktif evrenin başında orta dereceli ağrısının olduğu belirlenmiştir. Van Haaren et al. (171) kadınların doğumun süresi ve ağrısına ilişkin beklentileri ve deneyimleri hakkında yaptıkları araştırmada kadınların çoğunluğunun doğum sırasında yoğun ağrı yaşadığını belirtmiştir.

Kişisel bir deneyim olan doğum ağrısının algılanmasında ve ağrıya verilen cevapta etkili olan pek çok faktör vardır. Bunlar arasında demografik faktörler, fiziksel faktörler, psiko-sosyal faktörler ve kültürel faktörler yer almaktadır (81). Çalışmamızda gelir getiren herhangi bir işte çalışmayanların, geliri orta ve kötü olanların, gebeliği planlı olanların doğum ağrısı puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumu, aile tipi, yaşanılan yer, mevcut alışkanlık, düzenli takip ve doğum şekli ile

doğum ağrısı puanların anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Sosyo-demografik özellikler ile ağrı arasındaki ilişki literatürde farklılık göstermektedir (68, 81,172).

5.3. Katılımcıların Tutarlılık Duygusuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcılar R-DTÖ toplamından 41,06±6,37 puan almışlardır. Buna göre katılımcıların tutarlık duygusunun iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Ataş ve Akın' ın (94) gebelikte tutarlılık duygusuyla ilgili 154 gebe ile yapmış olduğu çalışmada gebelerin tutarlılık duygusunun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Akın ve Çankaya' nın (173) gebelikte tutarlılık duygusu ve algılanan stresi incelediği çalışmada gebelerin yüksek düzeyde tutarlılık duygusuna sahip olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızda gelir durumu orta ve kötü olan, çekirdek ailede yaşayan, gebeliği planlı olanların tutarlılık duygusu puanları yüksekti. Akın ve Çankaya' nın (173) yapmış olduğu incelemede gelir durumu yüksek olan ve planlı gebeliği olanların tutarlılık duygusu yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan tutarlılık duygusu puanları yüksek olanların doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirmeye başladıkları belirlenmiştir. Güçlü tutarlılık duygusuna sahip kadınlar daha pozitif, rahat ve bebek odaklı bir tutum sergilemektedir (174). Tutarlılık duygusu yüksek kadınların doğumdan hemen sonra bebeğinin emzirmeye başlamaları bu şekilde açıklanabilir. Çalışmamızda eğitim seviyesi ile tutarlılık duygusu arasında ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların tutatlılık duygusu puanları daha yüksekti. Literatürde farklı örneklem grupları ile yapılan çalışmalar eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların daha yüksek tutarlılık duygusuna sahip olduğunu ortaya koymuştur. (175, 176).

Katılımcıların çalışma durumu, yaşanılan yer, mevcut alışkanlık, oksitosin uygunlama ve doğum şekli ile tutarlılık duygusu arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Literatürde doğum şekli ve çalışma durumu ile tutarlılık duygusu arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (177,178).

5.4. Katılımcıların Postpartum Depresyon Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum sonrası dönemde depresyon genellikle doğumdan sonraki ilk 6 haftada başlar ancak doğumdan sonraki ilk 12 ay içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

Katılımcıların postpartum depresyon durumlarının doğum sonu 1,3 ve 6. ayda EPDÖ ile değerlendirilmesinde PPD açısından yüksek risk taşımadığı ve riskin giderek azaldığı görülmüştür. Lim et al. (179) PPD ile ilgili prospektif gözlemsel çalışmalarında katılımcıların depresyon düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Çevik ve Alan'ın (180) doğum sonrası oksitosin düzeyi ve doğum sonrası depresyon ile ilgili yapmış oldukları çalışmada katılımcılar PPD açısından yüksek risk taşımadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızın PPD puanları ile katılımcıların sosyo-demografik, doğum eylemi özellikleri ve emzirme ile ilgili davranışlarına ait özellikler arasındaki ilişki aylara göre değişiklik göstermektedir. Nedeni PPD'nin sıklıkla doğumdan sonraki ilk 6 haftada başlayıp doğumdan sonraki ilk 12 ay içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyesi ile PPD arasında 1. ve 6. ayda anlamlı ilişki varken 3. ay izlemlerinde anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. 1. ayda eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların 6. ayda eğitim seviseyi lise olanların PPD puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Norhayati et al. (110) yaptıkları literatür taramasında düşük eğitim düzeyinin PPD açısından risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Çevik' in (143) yapmış olduğu tez çalışmasında eğitim seviyesi ile PPD arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çalışma durumu ile PPD arasında 1.ayda anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Gelir getiren herhangi bir işte çalışmayanların PPD puanları yüksektir. Azad et al. (181) doğum sonrası depresyonun yaygınlığını ve risk faktörlerini incelediği çalışmada çalışmayan annelerde PPD daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir. Karaçam ve ark. (182) ülkemizde PPD durumunu incelediği meta-analizde gelir getiren herhangi bir işte çalışmamanın PPD açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların sosyal güvencesi ile PPD arasında 1. ve 3. ayda anlamlı ilişki olduğu sosyal güvencesi olmayanların PPD puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde PPD ile sosyal güvence ilişkilendirilmemiştir (183,184).

Düşük gelir PPD için risk faktörlerinden biridir (110,181-183,185). Çalışmamızda Postpartum dönem 1,3 ve 6. ayda yapılan izlemde katılımcıların gelir düzeyi kötü olanların PPD puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşadığı yer ile PPD arasında 1. ay izlemde anlamlı farklılık olduğu ilçe merkezinde yaşayanların PPD puanlarının yüksek olduğu

belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar yaşanılan yer ile PPD arasındaki ilişki olmadığını belirtmektedir (143,186).

Katılımcıların gebeliği planlama durumu ile PPD arasında 1. ay izleminde anlamlı ilişki olduğu, 3. ve 6. ay izlemlerinde ilişki olmadığı belirlenmiştir. 1. Ayda yapılan izlemde gebeliği planlı olanların PPD puanları yüksekti. Literatürde yapılan çalışmalarda plansız gebeliklerin PPD ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (182,183,186,187).

Katılımcıların düzenli takip durumu ile PPD arasında 1. ve 3. ayda ilişki olduğu, 6.ayda ilişki olmadığı belirlenmiştir. Düzenli takibi olmayanların PPD düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Yaş ile 3. ve 6. ay izlemlerine ait PPD puanları arasında arasında ilişki olduğu yaş arttıkça PPD puanlarının arttığı belirlenmiştir. Garfield et al. (188), yaşı küçük olan kadınların daha fazla depresyon semptomları yaşadığını bildirmiştir. Anne yaşı ile PPD arasındaki literatürde farklı sonuçlar mevcuttur (30,114,186).

Katılımcıların evlilik süresi ile 6. ay PPD puanı arasında anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu, evlilik süresi arttıkça, PPD puanının arttığı belirlenmiştir. Aydın' ın (186) yapmış olduğu tez çalışmasında evlilik süresi bir yıldan az olanlar ile on yıldan fazla olanların depresyon düzeyleri arasında farklılık olmadığı, 1-5 yıl arası evlilik süresine sahip olan katılımcıların postpartum depresyon oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yakın zamanda yapılmış olan bir çalışmada ise evliliğin süresi ile PPD risk durumu arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı saptanmıştır (189).

Katılımcıların latent evre süresi ile 1. ay PPD puanı arasında anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir. Latent evre süresi arttıkça PPD puanınının düştüğü belirlenmiştir. Katılımcıların aktif evre süresi ile 3. ay PPD puanı arasında anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir. Aktif evrenin süresi arttıkça PPD puanı artmaktadır. Katılımcılara uygulanan oksitosinin süresi ile PPD 1. ve 3. ay puanları arasında anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiş olup oksitosin uygulanma süresi arttıkça PPD puanları düşmektedir.

Çalışmamızda müdahaleli doğum yapmış kadınların 3. ve 6. ayda PPD puanları yüksek çıkmıştır. Doğum şekli ve PPD ile ilgili yapılan bir çalışmada müdahaleli vajinal doğum ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır. Müdahaleli vajinal doğumlar kadınlar için olumsuz doğum deneyimlerinden biridir. Literatürde olumsuz doğum deneyiminin PPD açısından risk faktörü olduğu belirtilmiştir (190-193).

Katılımcıların yaşam değişikliği, bebek besleme davranışı, bebekte ve annede sağlık problemi durumuna göre 1, 3 ve 6. ay puanları ile PPD puanları anlamlı değildir.

5.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışamamızda ağrı ölçümü için kullandığımız VAS ve DAİDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, her iki ölçüm yönteminin de doğum ağrısını benzer şekilde değerlendirdiğini ve birbiriyle uyumlu olduğunu göstermektedir. Navarro et al. (132) çalışmalarında benzer sonuç bulunmuştur. Bu sonuç, doğum ağrısını değerlendirme sürecinde VAS ve DAİDÖ'nün birlikte kullanılmasının, ağrının daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, her iki ölçeğin de doğum ağrısının objektif ve subjektif yönlerini değerlendirebilen güvenilir araçlar olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, farklı kültürlerde ve hasta gruplarında bu ölçeklerin geçerliliği üzerine daha fazla çalışma yapılması, ölçeklerin genel kullanımı açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların DAİDÖ'ye göre doğum ağrısı puanları ile PPD 1. ve 3. ay puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgu, doğum ağrısının şiddeti arttıkça doğum sonrası depresyon riskinin de arttığını göstermektedir.. Literatürdeki birçok çalışma, doğum ağrısı ile postpartum depresyon arasında benzer bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (126,179,194-196). Hiltunen et al. (194) vajinal doğum sırasında herhangi bir ağrı kesici kullanmayan annelerin daha yüksek doğum sonu depresyon puanlarına sahip olduğunun belirlemişlerdir. Suhitharan et al. (195)'nın yürüttükleri vaka kontrol çalışmasında da doğum ağrısını azaltmak için epidural analjeji almayan kadınlarda PPD olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Boudou et al (196) doğum ağrısının şiddeti ile doğum sonrası depresyonun arasında pozitif bir korelasyon tespit etmiş ve ağrı puanlarının PPD puanlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgular, doğum ağrısının sadece fiziksel bir deneyim olmadığını, aynı zamanda postpartum dönemde anne psikolojisini de önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. Doğum ağrısının şiddeti, annenin doğum sonrası dönemde depresif semptomlar yaşama riskini artırabilmektedir. Bu nedenle, doğum sırasında etkili ağrı yönetim stratejilerinin

uygulanması, annelerin hem kısa hem de uzun vadede daha iyi bir psikolojik iyilik hali sergilemelerine yardımcı olabilir. Ancak, doğum ağrısı ile PPD arasındaki bu ilişkinin mekanizmaları daha detaylı olarak incelenmeli ve özellikle doğum sonrası psikososyal destekle bu riskin nasıl azaltılabileceği konusunda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Buna karşın, çalışmamızda doğum ağrısı ile PPD 6.ay puanları ve tutarlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum, doğum ağrısının doğrudan etkisinin postpartum erken dönemde daha belirgin olabileceğini ve zamanla bu ilişkinin azalabileceğini göstermektedir. Doğum ağrısının psikolojik etkilerinin daha uzun süreli takibi, bu konuda daha net sonuçlara ulaşmayı sağlayabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların tutarlılık duygusu puanı ile PPD 1.ay puanları arasında anlamlı, negatif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, doğum sonrası depresyon puanı arttıkça, bireylerin duygusal tutarlılıklarının azaldığını göstermektedir. Tutarlılık duygusu, kişinin stresli olayların algılama ve yönetme kapasitesini güçlendiren önemli bir kişisel kaynaktır (178). Dolayısıyla, tutarlılık duygusu düşük olan bireyler, stresli olayları tolere edemediği için depresyon semptomları artmakta ve ruhsal denge kaybolmaktadır. Bu ilişki, çalışmamızda PPD puanı arttıkça tutarlılık duygusu puanının düşmesiyle açıklanabilir. Literatürde farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalar da düşük tutarlılık duygusu puanına sahip kadınların depresyon skorlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (105,178,197,198). Bu bağlamda, doğum öncesi ve doğum sonrası erken dönemlerde kadınların tutarlılık duygusunu güçlendiren postpartum depresyon riskini azaltmada önemli bir rol oynayabilir. Ancak, PPD'nin 3. ve 6. ay puanları ile tutarlılık duygusu arasında anlamlı ilişki saptanmamış olması, tutarlılık duygusunun özellikle doğum sonrası ilk dönemlerde depresyon riskini etkilediğini ve bu etkinin zamanla azalabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, ölçekler arası çoklu regresyonda doğum ağrısı arttıkça PPD 1. ve 3.ay puanlarını anlamlı şekilde artırdığı tespit edilmiştir.. Bu bulgu, doğum sırasında yaşanan ağrının yalnızca kısa vadede değil, doğum sonrası süreçte de depresif semptomlar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Lim et al. (179) çalışmalarında da doğum ağrısının PPD ile ilişkili olduğunu ve ağrının hem akut dönemde hem de uzun vadede PPD semptomlarını etkilediğini belirlemişlerdir. Doğum sırasında yeterli ağrı yönetiminin sağlanmasının, PPD riskini azaltmada önemli bir faktör olabileceği bu bulgularla desteklenmektedir.

Ayrıca çalışmamızda yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, tutarlılık duygusunun artması ile PPD 1.ay puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, tutarlılık duygusunun, doğum sonrası depresyon üzerinde koruyucu bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Weidner et al. (198) çalışmalarında da çoklu regresyon analizinde tutarlılık duygusunun doğum sonrası depresyonu önemli ölçüde öngördüğü belirlenmiştir. Bu sonuç, doğum sonrası süreçte kadınların tutarlılık duygusunu güçlendirmeye yönelik müdahalelerin PPD riskini azaltmada etkili olabileceğini işaret etmektedir. Bu nedenle, doğum sonrası dönemde kadınların ruhsal dayanıklılıklarını artırmak amacıyla psikososyal destek programları ve stres yönetimi eğitimleri gibi uygulamaların yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bu tür müdahaleler hem PPD'nin önlenmesine hem de doğum sonrası dönemde anne ve bebek arasındaki bağın güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Katılımcıların tutarlılık duygusu ile doğum ağrısı puanları arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Literatürde doğum sırasındaki ağrıyla başa çıkmada yüksek tutarlılık duygusunun olabileceği ifade edilmiştir (101,199).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum ağrısı, tutarlılık duygusu ve postpartum depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi için planladığımız çalışma doğrultusunda elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Katılımcıların doğum eyleminin aktif fazında orta dereceli ağrısı olduğu ve doğum ağrısının çeşitli sosyo-demografik özellikler ve doğum eylemi özellikleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların tutarlık duygusunun iyi düzeyde olduğu ve eğitim seviyesi yüksek olanların tutarlılık duygusunun yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların PPD açısından yüksek risk taşımadığı ve riskin giderek azaldığı belirlenmiştir.
- Postpartum dönem 1. ayda katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, yaşanılan yer, gebeliği isteme, düzenli takip ve emzirmeyi sürdürme davranışı ile PPD'nin ilişkili olduğu belirlenmiştir. Üniversite ve üzeri eğitimi olanların PPD puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir.
- Postpartum dönem 3. ayda katılımcıların yaş, sosyal güvence, gelir düzeyi, mevcut alışkanlık, düzenli takip, oksitosin uygulanma, doğum şekli ve emzirmeye başlama zamanı ile PPD arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Postpartum dönem 6. ayda katılımcıların yaş, evlilik süresi, eğitim durumu, gelir düzeyi ve doğum şekli ile PPD arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Doğum ağrısı ile 1 ve 3. ay PPD puanları arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki olduğu doğum ağrısı arttıkça PPD puanlarının arttığı belirlenmiştir.
- Tutarlılık duygusu ile 1. ay PPD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki olduğu tutarlılık duygusu düştükçe PPD puanlarının arttığı saptanmıştır.
- Tutarlılık duygusu ile doğum ağrısı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir.
- Ölçekler arası regresyonda doğum ağrısı puanındaki 1 birimlik artış 1.ay PPD puanında 0.201 birimlik artışa, 3. ay PPD puanında ise 0.187 birimlik artışa neden

olurken, tutarlılık puanındaki 1 birimlik artış, 1.ay PPD puanında 0.079 birimlik azalmaya neden olmaktadır.

Çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılmıştır.

- Doğum sırasında daha iyi ağrı yönetimi doğum sonrası depresyonu önleyebilir. Ebelerin doğum sırasında daha iyi ağrı yönetimi için kadının ağrı düzeylerini düzenli aralıklarla takip edip uygun non-farmakolojik girişimlerde bulunabilmesi,
- Kadını PPD'dan korumak için ebeler tarafından antenatal ve postnatal izlemlerde kadının tutarlılık duygusu değerlendirilip tutarlılık duygusu düşük olan kadınlar için multidisipliner bir yaklaşımla gerekli sağlık bakımı planlanıp uygun girişimler belirlenmesi,
- PPD depresyon açısından annelerin postnatal izlemlerde değerlendirilip uygun danışmanlık vermesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Berkiten Ergin A.** Doğum ağrısıyla baş etme. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum Kitabı.* Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2017**: 75-78.

2. **Dutucu N.** Doğum ağrısı. Aktaş S, Aksoy Derya Y, Toker E. *A'dan Z'ye Temel Ebelik Kitabı 1.Cilt*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2023**: 880-885.

3. **Türk Algoloji Ağrı Derneği.** *Ağrı Nedir?* **2018**. Erişim: (https://algoloji.org.tr/agri-nedir/) 2023. Erişim tarihi: 17.05.2023.

4. **ONSVoice.** Remembering Margo Mccaffery's contributions to pain management. **2018**. Erişim: (https://voice.ons.org/news-and-views/remembering-margo-mccafferys-contributions-to-pain-management#:~:text=McCaffery's%201968%20definition%20of%20pain,and%20treating%20patients%20in%20pain). Erişim tarihi: 11 Mayıs 2024.

5. **Ertam G, Sevil. Ü.** Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 8(2):119-123.

6. **Whitburn L, Jones Y, Davey LE, McDonald S.** The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, **2019**; 32(1): 28-38. Doi: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004.

7. **Alshahrani S.** An evaluation of the different types of labor pain relief, preferred methods of pain relief, and effects of social media on awareness and knowledge among pregnant women: A cross-sectional study in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, **2019**; 40(9): 914-921.Doi: https://doi.org/10.15537/smj.2019.9.24511.

8. **Wu N, Huang R, Shan S, Li Y, Jiang H.** Effect of the labour roadmap on anxiety, labour pain, sense of control, and gestational outcomes in primiparas. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2022**; 46: 101545. Doi:10.1016/j.ctcp.2022.101545.

9. **Tuncer Yılmaz B, Özerdoğan N.** Doğum ağrısının değerlendirilmesine özgü ölçüm araçlarının kullanımı. *Jinekoloji-Obstetrik & Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2022**; 19(2): 1326-30. Doi: https://doi.org/10.38136/jgon.956457.

10. **Junge C, Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard Gran M, Garthus Niegel S.** Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*, **2018**; 45(4): 469-477.
Doi: 10.1111/birt.12349.

11. **Yadollahi P, Khalaginia Z, Vedadhir A, Ariashekouh A, Taghizadeh Z, Khormaei F.** The study of predicting role of personality traits in the perception of labor pain. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **2014**; 19(7): 97-102.

12. **Mazuch R.** Salutogenic and biophilic design as therapeutic approaches to sustainable architecture. *Architectural Design*, **2017**; 87(2): 42-47. Doi:10.1002/ad.2151.

13. **Karaca E.** Salutogenic approach for designing restorative environments. *The Journal of Academic Social Science*, **2018**; 67: 116-131. Doi:10.16992/ASOS.13501.

14. **Bag B.** Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli. *Current Approaches in Psychiatry*, **2017**; 9(3): 284-300. Doi:10.18863/pgy.285949.

15. **Mittelmark M, Bauer F.** Salutogenesis as a theory, as an orientation and as the sense of coherence. Mittelmark MB, et al. *The Handbook of Salutogenesis*, 2nd ed., Springer, **2022**: 11-17.

16. **Çırak K, Samancıoğlu S.** Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde tutarlılık duygusunun ağrı ile baş etmeye etkisi. *Karya J Sağlık Bilimleri*, **2021**;2(3): 77-82.

17. **Idan O, Eriksson M, Al Yagon M.** The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. Mittelmark MB, et al. *The Handbook of Salutogenesis*, Springer, **2016**: 57-69.

18. **Antonovsky A.** *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. Jossey-Bass, **1979**.

19. **Betke K, Basińska A, Andruszkiewicz A.** Sense of coherence and strategies for coping with stress among nurses. *BMC Nursing*, **2021**;20(1): 107. Doi:10.1186/s12912-021-00631-1.

20. **Bauer G, Roy M, Bakibinga P, Contu P, Downe S, Eriksson M, Espnes GA, Jensen BB, Juvinya Canal D, Lindström B, Mana A, Mittelmark MB, Morgan AR, Pelikan JM, L Saboga Nunes L, Sagy S, Shorey S, Vaandrager L, Vinje HF.** Future directions for the concept of salutogenesis: A Position Article. *Health Promotion International*, **2020**;35(2): 187-195. Doi:10.1093/heapro/daz057.

21. **Moksnes K.** Sense of coherence. Haugan G, Eriksson M. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, Springer, **2021**: 35-46.

22. **Perez Botella M, Downe S, Magistretti M, Lindstrom B, Berg M.** The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **2015**; 6(1): 33-39. Doi:10.1016/j.srhc.2014.09.001.

23. **Chumbler R, Kroenke K, Outcalt S, Bair MJ, Krebs E, Wu J, Yu Z.** Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, **2013**; 11: 216. Doi:10.1186/1477-7525-11-216.

24. **Andruszkiewicz A, Basińska A, Felsmann M, Banaszkiewicz M, Marzec A, Kędziora Kornatowska K.** The determinants of coping with pain in chronically ill geriatric patients - the role of a sense of coherence. *Clin Interv Aging*, **2017,** 12; 315-323. Doi:10.2147/CIA.S118136.

25. **Yılmaz M, Yar D.** Gebelik ve doğum sonrası dönemde kadın ruh sağlığı: Derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2021**; 5(1): 93-100. Doi: https://doi.org/10.46237/amusbfd.693233.

26. **Koç M.** Depresif (çökkünlük) bozuklukları. Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2016**: 475-485.

27. **Öztürk N, Aydın N.** Anne ruh sağlığının önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, **2017**; 1(2): 29-36. Doi: https://doi.org/10.26695/mukatcad.2018.9.

28. **Çevik A, Alan S.** Gebelik ve lohusalık döneminde ruh sağlığı hastalıkları. Sultan, A. *Ebelere Yönelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları: Gebelik ve Lohusalık Dönemi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2019**: 67-83.

29. **Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C.** Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*, **2014**; 215(2): 341-346. Doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.003.

30. **Taştekne F.** Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. Yüksek lisans tezi, İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, **2019**.

31. **Farrag RE, Omar AM.** Using of birthing ball during the first stage of labor: Its effect on the progress of labor and outcome among primiparous women. *International Journal of Nursing Didactics*, **2018**; 8(9): 1-10. Doi: https://doi.org/10.15520/ijnd.v8i09.2289.

32. **Aslantaş BN.** Doğum Topunun Doğum Ağrısına, Doğum Konforuna, Doğum Süresine ve Doğum Memnuniyetine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2022**.

33. **Ejder Apay S, Akpınar F.** Doğum eylemi. Nazik E. *Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Kitabı*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2022**: 311-312.

34. **Kalaoğlu Binici D.** Doğumun Birinci Evresinde Gebelere Uygulanan Doğum Dansının Doğum Ağrısı, Anksiyete, Doğum Süresi ve Doğumda Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, **2022**.

35. **International Confederation of Midwives.** *Keeping Birth Normal*. ICM, **2023**. Erişim: (https://internationalmidwives.org/resources/keeping-birth-normal/). Erişim tarihi: 08.05.2024.

36. **Hondoroğlu K.** Gebelik Boyunca Yapılan Pilates Egzersizlerinin Doğum Evrelerine ve Doğum Sonuçlarına Etkisi. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2021**.

37. **Dereli Yılmaz S.** Doğumun birinci evresi. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum Kitabı.* Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2017**: 44-46.

38. **Karahan N, Hayat Öktem Ö.** Doğumun birinci evresi ve bakım. Aktaş S, Aksoy Derya Y, Toker E**.** *A'dan Z'ye Temel Ebelik Kitabı 1.Cilt*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2023**: 831-835.

39. **Göker N.** Travayda Aktif Faz Süresinin, Doğumun İkinci Evresine ve Postpartum Konfora Etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2019**.

40. **Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J.** Stages of labor. *In: StatPearls*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; **2023**. Erişim: (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/). Erişim tarihi: 06.05.2024.

41. **Kodal K.** Gebelerde Doğum Eyleminin Aktif Fazında Uygulanan Müzikoterapinin Maternal Kaygı, Ağrı Algısı Üzerine ve Yenidoğan Sonuçlarına Etkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, **2023**.

42. **Cohen W, Friedman E.** Clinical evaluation of labor: An evidence- and experience-based approach. *Journal of Perinatal Medicine*, **2021**; 49(3): 241-253. Doi: https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0256.

43. **Cohen WR, Friedman EA.** The latent phase of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **2023**; 228(5): 1017-1024. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.04.029.

44. **World Health Organization.** *WHO Labour Care Guide: User's Manual*. WHO, **2020**. Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf.

45. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Clinical Guidance*, **2019**. Erişim: (https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth). 12.04.2024

46. **World Health Organization.** *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. WHO, **2018**. Erişim: (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513805/#ch3.s49). Erişim tarihi:22.06.2024

47. **Baran Karataş G.** Travayda Doğum Topu Kullanımının Doğum Sürecine Etkisi. Doktora tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2022**.

48. **Pakdil M. K.** Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Tam Servikal Dilatasyonda Sezaryen Doğum Yapan Gebelerde Maternal ve Fetal Komplikasyonların Araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, **2022**.

49. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2020**.

50. **Akpınar G.** *Doğumun İkinci Evresinde Uygulanan Fundal Basının Doğum Çıktıları ve Yenidoğan Oksijen Satürasyonu Üzerine Etkisi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2020**.

51. **Zengin H. Ö.** Epidural Analjezi ile Normal Vajinal Doğum Yapan Hastalarda Doğumun Üçüncü Evresinin Prospektif Olarak Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara, **2023**.

52. **Kızılkaya Beji N,** Doğum eylemi, Rathfisch G. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Kitabevleri, **2016**: 305-318.

53. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*, **2018**. Erişim: (https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.html). Erişim tarihi: 20.05.2024.

54. **Cohen M, Quintner J, Van Rysewyk S.** Reconsidering the ınternational association for the study of pain definition of pain. *Pain Reports*, **2018**; 3(2): e634. Doi: https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634.

55. **Williams ACC, Craig KD.** Updating the definition of pain. *Pain*, **2016**; 157(11): 2420–2423. Doi: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613.

56. **Eti Aslan F, Yıldız T.** Ağrı ve yönetimi. Eti Aslan F, Olgun Z. *Fizyopatoloji* (elektronik kitap). **2017**.
Erişim:
(https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=mWinEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=do%C4%9Fum+a%C4%9Fr%C4%B1+fizyoloji+fizyopatoloji&ots=WMDZZD4I0M&sig=33mv3-zWkZCV9nmLwLBFKxeS8f0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) 2024. Erişim tarihi: 14.05.2024.

57. **Şentürk İA.** Ağrı değerlendirilmesi: tipleri ve mekanizmaları. *Medical Research Reports*, **2018**; 1(3): 78-81.

58. **Türk Eczacılar Birliği.** *Ağrı Sınıflaması Ağrı ve Akılcı Analjezik Kullanımı El Kitabı* (elektronik kitap). TEB, **2005**. Erişim: (https://e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=249). Erişim tarihi: 12.05.2024.

59. **Erçalık M.** *Ağrı Sınıflandırması ve Ağrı Tipleri.* Türk Algoloji Ağrı Derneği, **2020**. Erişim: (https://algoloji.org.tr/agri-siniflandirmasi-ve-agri-tipleri/). Erişim Tarihi: 12.05.2024.

60. **Dikmen Y, Ziyai NY.** Ağrı. Kara Kaşıkçı M, Akın E. *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık, **2021**: 383-395.

61. **Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi).** *Ağrı Değerlendirme ve Takip Prosedürü*, KTÜ, **2022**. Erişim: (https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/farabikalite_efeaf.pdf). Erişim tarihi: 25.06.2024.

62. **Uludağ DS.** Doğum Eyleminde Uygulanan Rebozo Tekniğinin Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğum Süresine Etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2022**.

63. **Moayedi M, Davis KD.** Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, **2013**; 109(1): 5–12. Doi: https://doi.org/10.1152/jn.00457.2012.

64. **Bonapace, J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S.** No. 355-Physiologic basis of pain in labour and delivery: An evidence-based approach to ıts management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, **2018**; 40(2): 227–245. Doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003.

65. **Demir Dikmen Y.** Ağrı ve yönetimi. Atabak Aştı T, Ayişe K. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2013**: 634-667.

66. **Melzack R, Wall PD.** Pain mechanisms: A new theory: A gate control system modulates sensory ınput from the skin before ıt evokes pain perception and response. *Science*, **1965**; 150(3699): 971-979.

67. **Mamuk R, Davas Nİ.** Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2010**; 44(3): 137-144.

68. **Durdu F.** Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük, **2015**.

69. **Kömürcü N, Berkiten A.** Doğum ağrısının (dalgalarının) yönetimi. Kömürcü N**.** *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2014:** 44-45.

70. **Gültepe R.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, **2024**; 9(1): 54-61.

71. **Altınayak Öztürk, S.** Doğum Eyleminde Ele Uygulanan Farklı Akupresure Uygulamalarının Endorfin Seviyesi ve Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2020**.

72. **Eroğlu A**, **Arslan S**. Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2018**; 8(1): 52-60.

73. **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi.** *Ağrı Değerlendirme ve Takip Talimatı.* KSÜ, **2019**. Erişim: (https://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/HB.TL.36%20A%C4%9ERI%20DE%C4%9EERLEND%C4%B0RME%20VE%20TAK%C4%B0P%20TAL%C4%B0MATI_19040315151521417.pdf). Erişim tarihi: 25.04.2024

74. **Yeşilyurt M**, **Faydalı S**. Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 23(3): 444-451. Doi:10.17049/ataunihem.508877.

75. **Eti Aslan F, Pamir Aksoy A**. Ağrıda kanıta dayalı öneriler. Eti Aslan F**.** *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 2. baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, **2014**: 103-175.

76. **Özveren H**, **Faydalı S, Gülnar E**, **Faydalı Dokuz H**. Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Tutum ve Uygulamaları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, **2018**; 8(1): 60-66. Doi: https://doi.org/10.16899/gopctd.388195.

77. **Heller GZ**, **Manuguerra M**, **Chow R**. How to analyze the visual analogue scale: Myths, truths and clinical relevance. *Scandinavian Journal of Pain*, **2016**; 13: 67-75. Doi: https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.012.

78. **Cengiz Ö**. *Ağrı ve Ağrıda Hemşirelik Yaklaşımları.* Açık Ders Kaynağı. **2024**. Erişim: (https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/145591/mod_resource/content/0/1.A%C4%9Fr%C4%B1%20%281%29.pdf). Erişim tarihi:15.05. 2024

79. **Çeken AT.** Travay Esnasında D Vitamini Düzeylerinin Doğum Ağrısı, Doğum Şekli ve Doğum Ağırlığı Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, **2023**.

80. **Jones L**, **Mohammad O, Therese D, Zarko A, Simon G, Mary N, Susan J, Tina L, James PN.** Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2012**; 3: CD009234. Doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2.

81. **Özsoy F**, **Yıldız M**, **Gülücü S**, **Kulu M**. Doğum ağrısı ve bazı psikiyatrik özellikler arasındaki ilişki. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2018**; 13(2): 43-47. Doi:10.17517/ksutfd.427762.

82. **Ulu G**, **Beydağ KD.** İlk kez ve mükerrer sezaryen olacak gebelerin ağrı inançları ve endişe düzeylerinin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, **2023**; 16(1): 85-91.

83. **Köksal Ö**, **Duran E. T**. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2013**; 6(3): 144-148.

84. **Smith CA**, **Collins CT**, **Levett KM**, **Armour M**, **Dahlen HG**, **Tan AL**, **Mesgarpour B**. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2020**; 2(2): CD009232. Doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.pub2.

85. **Taşkın A.** Doğumun 1. Evresinde Sıcak Duş Uygulamasının Ağrı Anksiyete ve Konfor Üzerine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, **2019**.

86. **Thomson G**, **Feeley C**, **Moran CH**, **Downe S**, **Oladapo OT**. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health*, **2019**; 16(1): 71. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4.

87. **Akadri AA**, **Odelola OI**. Labour pain perception: Experiences of nigerian mothers. *The Pan African Medical Journal*, **2018**; 30: 288. Doi: https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.288.16672.

88. **Sözer GA**, **Altuntuğ K**, **Ege E**. Doğum ağrısı ve masaj. *Akdeniz Tıp Dergisi*, **2019**; 5(3): 389-393.

89. **Navarro Prado S**, **Sánchez Ojeda MA**, **Marmolejo Martín J**, **Kapravelou G**, **Fernández Gómez G**, **Martín Salvador Z**. Cultural ınfluence on the expression of labour-associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2022**; 22(1): 836. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-022-05173-1.

90. **Junge C**, **Von Soest T**, **Seidler A**, **Eberhard Gran M**, **Garthus Niegel S**. Severe recalled labor pain and elective cesarean section in a subsequent delivery: A cohort study of norwegian parous women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **2021**; 100(9): 1678-1687. Doi: https://doi.org/10.1111/aogs.14212.

91. **Zhang EW**, **Jones LE**, **Whitburn LY**. Tools for assessing labour pain: A comprehensive review of research literature. *Pain*, **2023**; 164(12): 2642-2652. Doi: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003004.

92. **Griffiths CA**, **Ryan P**, **Foster H**. Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, **2011**; 52(2): 168-173. Doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x.

93. **Antonovsky A.** *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well.* San Francisco, **1987**, p. 175.

94. **Ataş AN**, **Akın B**. Gebelikte tutarlılık duygularının prenatal bağlanma ve perinatal anksiyete ile ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Dergisi*, **2022**; 16(1): 161-170. Doi:10.21763/tjfmpc.983300.

95. **Eriksson M**, **Lindström B**. Antonovsky's sense of coherence scale and ıts relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **2007**; 61(11): 938-944. Doi:10.1136/jech.2006.056028.

96. **Hochwalder J**, **Forsell Y**. Is sense of coherence lowered by negative life events? *Journal of Happiness Studies*, **2011**; 12: 475-492. Doi: https://doi.org/10.1007/s10902-010-9211-0.

97. **Peker K**, **Bermek G**, **Uysal O**. Factors related to sense of coherence among dental students at ıstanbul university. *Journal of Dental Education*, **2012**; 76(6): 774-782.

98. **Chu JJ**, **Khan MH**, **Jahn HJ**, **Kraemer A**. Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence. *BMC Public Health*, **2016**; 16: 366. Doi:10.1186/s12889-016-3003-3.

99. **Nilsson K, Leppert MJ**, **Simonsson B**, **Starrin B**. Sense of coherence and psychological well-being: Improvement with age. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **2010**; 64(4): 347-352. Doi: 10.1136/jech.2008.081174

100. **Piazza MF**, **Munarin L**, **Ashong D**, **Bellantonio G, Varnier A, Sanna F, Muzzin M, Russo C.** Sense of coherence (SOC) of Italian healthcare workers during the COVID-19 Pandemic: Analysis of associated factors. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, **2023**; 64(2): E161-E171. Doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.2.2995.

101. **Hildingsson I.** Sense of coherence in pregnant and new mothers - A longitudinal study of a national cohort of swedish-speaking women. *Sexual and Reproductive Healthcare*, **2017**; 11: 91-96. Doi:10.1016/j.srhc.2016.10.001.

102. **Staneva A**, **Morawska A**, **Bogossian F**, **Wittkowski A**. Pregnancy-specific distress: The role of maternal sense of coherence and antenatal mothering orientations. *Journal of Mental Health*, **2016**; 25(5): 387-394. Doi:10.3109/09638237.2015.1101425.

103. **Ferguson S**, **Davis D**, **Browne J**, **Taylor J**. Sense of coherence and childbearing: A scoping review of the literature. *International Journal of Childbirth*, **2014**; 4(3): 134-150. Doi: 10.1016/j.midw.2015.07.012.

104. **Iwanowicz Palus G**, **Marcewicz A**, **Bień A**. Analysis of determinants of postpartum emotional disorders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2021**; 21(1): 517. Doi:10.1186/s12884-021-03983-3.

105. **Kerstis B, Engström E**, **Edlund B**, **Aarts C**. Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, **2013**; 41(3): 233-239. Doi:10.1177/1403494812472006.

106. **Bladh M. Sydsjö G, Ekselius L, Vingård E, Agnafors S.** Sense of coherence and health in women: A 25-year follow-up study. *BMC Women's Health*, **2023**; 23(1): 670. Doi:10.1186/s12905-023-02834-x.

107. **Policy Center for Maternal Mental Health**. *Maternal Mental Healthcare.* **2023**. Erişim: (www.2020mom.org/mmh-disorders). Erişim tarihi: 22.07.2024.

108. **World Health Organization**. *Maternal Mental Health.* WHO, **2024**. Erişim: (www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health). Erişim tarihi: 22.07.2024.

109. **Kızılkaya Beji N.** Perinatal dönem ruh sağlığı sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *BSJ Health Sci*, **2022**; 5(1):116-23. Doi:10.19127/bshealthscience.897439.

110. **Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM.** Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, **2015**; 175: 34-52. Doi:10.1016/j.jad.2014.12.041.

111. **Brockington I**, **Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, Quadros Ferre I.** WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*, **2011**; 10(2): 93-102. Doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00023.x.

112. **Demirel Bozkurt S, Hazar S**. Doğum sonrası dönemde riskli durumlar. Nazik E. *Doğum, Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği.* Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2022**: 421-426.

113. **Kaplan Ö**, **Çağılı F**. Postpartum dönemdeki kadınların pandemi sürecinde sosyal destek düzeyleri, ruh sağlığı durumları ve ilişkili faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2022**; 14(1): 278-85. Doi:10.18863/pgy.1188621.

114. **Özdemir S.** Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon Belirtileri Ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, **2023**.

115. **Akyıldız D, Çoban A.** Doğum sonu dönem ruhsal sağlık. Aktaş S, Aksoy D, Toker E, *A'dan Z'ye Temel Ebelik Kitabı 1.Cilt.* İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2023**: 1244-1250.

116. **World Health Organization**. *Depressive Disorder (Depression).* WHO, **2023**. Erişim: (www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression).Erişim tarihi:16.07.2024.

117. **Köroğlu E.** *DSM 5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Ankara: HYB Yayıncılık, **2013**: 109-10.

118. **World Health Organization**. *Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression*. WHO, **2015**. Erişim: (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-15.1). Erişim tarihi: 16.07.2024

119. **Bascom EM**, **Napolitano MA**. Breastfeeding duration and primary reasons for breastfeeding cessation among women with postpartum depressive symptoms. *Journal of Human Lactation*, **2016**; 32(2): 282-91. Doi:10.1177/0890334415619908.

120. **Falah Hassani K, Shiri R, Dennis CL.** Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, **2016**; 198: 142-47. Doi:10.1016/j.jad.2016.03.010.

121. **Gürsoy E, Yeşildere S.** Doğum sonu dönem. Nazik E. *Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.* Ankara: Akademisyem Kitabevi, **2022**: 399-400.

122. **Stewart D, Simone V.** Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, **2016**; 375(22): 2177-86. Doi:10.1056/NEJMcp1607649.

123. **Beck CT.** Postpartum onset of panic disorder: A metaphor analysis. *Arch Psychiatr Nurs*, **2021**; 35(4): 369-374. Doi: 10.1016/j.apnu.2021.05.004.

124. **Martini J, Beesdo-Baum K, Garthus-Niegel S, Wittchen HU.** The course of panic disorder during the peripartum period and the risk for adverse child development: A prospective-longitudinal study. *J Affect Disord*, **2020**; 266: 722-730. Doi: 10.1016/j.jad.2020.01.018.

125. **Yılmaz S.** Kaygı (anksiyete) bozuklukları. Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara:Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, **2016**: 349-80.

126. **Sharma V, Sommerdyk C.** Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management. *Womens Health (Lond)*, **2015**; 11(4): 543-52. Doi: 10.2217/whe.15.20.

127. **Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D.** Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatr,*. **2013**; 74(4): 377-85. Doi: 10.4088/JCP.12r07917.

128. **Uguz F, Ayhan MG.** Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder during pregnancy and postpartum period: a review. *Psychiatry and Behavioral Sciences,* **2011**; 1(4): 178. Doi: 10.5455/jmood.20111219111846.

129. **Doğrusoy T.** Postpartum Depresyonun Anne-Bebek Bağlanması ve Annelik Rolü Başarısına Etkisi. Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2024**.

130. Sample Size Calculator. **2022**. Erişim: (www.calculator.net/sample-sizecalculator.html?type=1&cl=95&ci=5&pp=50&ps=33633&x=62&y=22). Erişim tarihi: 30 May 2023.

131. **Ding T, Wang DX, Qu Y, Chen Q, Zhu SN.** Epidural labor analgesia ıs associated with a decreased risk of postpartum depression: A prospective cohort study. *Anesthesia & Analgesia*, **2014**; 119(2): 383-92. Doi: 10.1213/ANE.0000000000000107.

132. **Navarro Prado S. Sánchez Ojeda MA, Martín Salvador A, Luque Vara T, Fernández Gómez E, Caro Morán E.** Development and Validation of a Rating Scale of Pain Expression during childbirth (ESVADOPA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **2020**; 17(16): 5826. Doi:10.3390/ijerph17165826.

133. **Avcıbay Vurgeç B, Navarro Prado S, Gökyıldız Sürücü S, Dursun M, Sánchez-Ojeda MA.** Psychometric Properties of the Turkish Version of the Rating Scale of Pain Expression during Childbirth Scale (ESVADOPA-TR). *Healthcare*, **2024**; 12(17): 1745. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare12171745.

134. **Price Donald D, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B**. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, **1983**; 17(1): 45-56. Doi:10.1016/0304-3959(83)90126-4.

135. **Ip WY**, **Tang K**, **Goggins WB**. An educational ıntervention to ımprove women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, **2009**; 18: 2125–2135. Doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x.

136. **Mete S**, **Çiçek Ö**, **Uludağ E**. Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2016**; 9(3): 101-104.

137. **Acavut G.** Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı Ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2020**.

138. **Bachem R**, **Maercker A**. Development and Psychometric Evaluation of a Revised Sense of Coherence Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, **2016**; 34: 206–215. Doi: https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000323.

139. **Antonovsky A.** The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, **1993**; 36(6): 725–733.

140. **Tekin HH, Kırlıoğlu M**. Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği'nin (R-DTÖ) değerlendirilmesi: Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, **2019**; 14(2): 591-604.

141. **Cox J, Holden M**, **Sagovsky R**. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, **1987**; 150: 782-86. Doi:10.1192/bjp.150.6.782.

142. **Engindeniz AN**, **Küey L**, **Kültür S**. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *1. Psikiyatri Derneği Yayınları,* **1997**: 51-52.

143. **Çevik A.** Kadınların Gebelik ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri ile Depresyon Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2020**.

144. **Büyüköztürk Ş.** *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. 20. baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayınları, **2014**.

145. **Türkiye İstatistik Kurumu**. *Dünya Nüfus Günü 2021.* TUİK, **2021**, Erişim: (https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2021-37250). Erişim tarihi: 13.08.2024.

146. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması**. *TNSA 2018 Ana Rapor*. TNSA, **2018**. Erisim: (http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf). Erişim tarihi: 13.08.2024.

147. **Akça E**, **Gökyıldız Sürücü Ş**, **Akbaş M**. Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, **2020**; 8(3): 630-642. Doi:10.33715/inonusaglik.735467.

148. **Amanak K**, **Karaçam Z**. Kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ejovoc*, **2019**; 9(1): 8-12.

149. **Eriten H.** Gebelik Döneminde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, **2019**.

150. **Yamurluklu SB.** Gebelerin Beden İmajı Kaygıları ile Özgüven Düzeylerinin Prenatal Bağlanma Üzerine Etkisi. Yüksek lisans tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2022**.

151. **Akpınar F**, **Ejder Apay S**. Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JGON*, **2020**; 17(4): 550-61.

152. **Kaya D**, **Gölbaşı Z**. Gebe kadınların sağlık uygulamaları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2023**; Özel sayı: 25-32.

153. **Narman E.** Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ile Doğum Ağrısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tokat, **2019**.

154. **Akkurt B.** Doğum Yapan Kadınlarda Bebek Cinsiyetinin Doğum Sonu Depresyona Yansıması ve Emzirme Süresine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kahramanmaraş, **2023**.

155. **Özel E**, **Güngör Tavşanlı N**. Gebelikte ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, **2020**; 6(2): 134-50.

156. **Bay F.** Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, **2019**.

157. **Kuyulu Akman A.** Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2022**.

158. **Ata Yüzügüllü D, Aytaç N, Akbaba M.** Investigation of the factors affecting mother's exclusive breastfeeding for six months. *Turkish Journal of Pediatrics*, **2018**; 53: 96-104.

159. **İnce T, Aktaş G, Aktepe N, Aydın A.** Annelerin emzirme özyeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, **2017**; 7(3): 183-190.

160. **Wu X, Gao X, Sha T, Zeng G, Liu S, Li L, Chen C, Yan Y.** Modifiable ındividual factors associated with breastfeeding: A cohort study in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **2019**; 16(5): 820. Doi:10.3390/ijerph16050820.

161. **Aslan Ş.** Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları. Yüksek lisans tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2016**.

162. **Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES. Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, Akbayir O.** The ınfluence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **2017**; 295(5): 1127-1133. Doi:10.1007/s00404-017-4345-5.

163. **World Health Organization.** *Infant and Young Child Feeding*. WHO, **2023**. Erişim: (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding). Erişim tarihi: 13.08.2024**.**

164. **Çoban A, Taşpınar A, Sarıkaya Karabudak S, Karatepe H.** Yenidoğan umblikal kord özelliklerinin göbek düşme süresine etkisi. *Adnan Menderes University Journal of Health Sciences*, **2020**; 4(2): 80-89. Doi: https://doi.org/10.46237/amusbfd.686990.

165. **Ozdemir H, Bilgen H, Topuzoglu A, Coskun S, Soyletir G, Bakir M, Ozek E.** Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. *J Infect Dev Ctries*, **2017**; 11(2): 152-157. Doi: 10.3855/jidc.7224.

166. **Brits H, Adendorff J, Huisamen D, Beukes D, Botha K, Herbst H, Joubert G.** The prevalence of neonatal jaundice and risk factors in healthy term neonates at National District Hospital in Bloemfontein. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, **2018**; 10(1): e1-e6. Doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1582.

167. **Bante A, Ahmed M, Degefa N, Shibiru S, Yihune M.** Neonatal jaundice and associated factors in public hospitals of southern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Heliyon*, **2024**;10(2):e24838. Doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e24838.

168. **Çalık AA.** Denizli İl Merkezindeki Kadınlarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek lisans tezi, T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, **2024**.

169. **Sencan I, Tekin O, Tatli MM.** Factors ınfluencing breastfeeding duration: A survey in a Turkish population. *European Journal of Pediatrics*, **2013**; 172(11): 1459-1466. Doi:10.1007/s00431-013-2066-8.

170. **Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, Cavallaro G, Raffaeli G, Crippa BL, Colombo L, Morniroli D, Liotto N, Roggero P, Villamor E, Marchisio P, Mosca F.** Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, **2019**; 11(10): 2266. Doi: 10.3390/nu11102266.

171. **Van Haaren Ten Haken TM, Hendrix MJ, Nieuwenhuijze MJ, de Vries RG, Nijhuis JG.** Birth place preferences and women's expectations and experiences regarding duration and pain of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **2018**; 39(1): 19-28. Doi:10.1080/0167482X.2017.1285900.

172. **Yüksel B, Seven A, Yıldız Y, Gözükara İ, Kabil Kucur S, Polat M, Keskin N.** Vajinal doğum ve sezeryan öncesi ve sonrasında hastaların ağrı algılarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *TJCL*, **2015**; 6(4): 116-20.

173. **Akın B, Çankaya S.** Gebelerde tutarlılık duygusu, algılanan stres ve doğum korkusu. *TJFMPC*, **2022**; 16(4): 772-8.

174. **Ferguson S, Davis D.** I'm having a baby not a labour': Sense of coherence and women's attitudes towards labour and birth. *Midwifery*, **2019**; 79: 102529. Doi:10.1016/j.midw.2019.102529.

175. **Smrekar M, Zaletel-Kragelj L, Ledinski Fičko S, Čukljek S, Kurtović B, Hošnjak AM, Franko A.** Strength of sense of coherence among nurses and the relationship between socio-demographic and work-related factors. *Int J Environ Res Public Health*, **2023** ;20(10): 5786. Doi: 10.3390/ijerph20105786.

176. **Bargehr B, Fischer von Weikersthal L, Junghans C, Zomorodbakhsch B, Stoll C, Prott FJ, Fuxius S, Micke O, Hübner J, Büntzel J, Hoppe C.** Sense of coherence and its context with demographics, psychological aspects, lifestyle, complementary and alternative medicine and lay aetiology. *J Cancer Res Clin Oncol.* **2023**; 149(11): 8393-8402. Doi: 10.1007/s00432-023-04760-9.

177. **Ferguson S, Browne J, Taylor J, Davis D.** Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, **2016**; 34: 158-165. Doi:10.1016/j.midw.2015.11.017.

178. **Goren G, Sarid O, Philippou P, Taylor A.** Sense of coherence mediates the links between job status prior to birth and postpartum depression: A structured equation modeling approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **2020**; 17(7): 6189. Doi:10.3390/ijerph17176189.

179. **Lim G, LaSorda KR, Farrell LM, McCarthy AM, Facco F, Wasan AD.** Obstetric pain correlates with postpartum depression symptoms: A pilot prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2020**; 2(1): 240. Doi:10.1186/s12884-020-02943-7.

180. **Cevik A, Alan S.** Are pregnancy and postpartum oxytocin level a predictive biomarker for postpartum depression? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **2021**; 47(12): 4280-4288. Doi:10.1111/jog.15023.

181. **Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, Chowdhury MAK, Arifeen SE, Billah SM.** Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PLoS One*, **2019**;14(5): e0215735. Doi: 10.1371/journal.pone.0215735.

182. **Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E.** Status of postpartum depression in Turkey: a meta-analysis. *Health Care for Women International*, **2018**; 39: 821-841. Doi:10.1080/07399332.2018.1466144.

183. **Can R, Sayıner FD, Ünsal A, Ayrancı Ü.** Postpartum dönemdeki kadınların depresyon ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, **2020;** 2(2): 73-80.

184. **Çetinkaya E.** Adıyaman'da Kadınlarda Postpartum Depresyon İnsidansı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek lisans tezi, T.C. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, 2023.

185. **Usmani S, Greca E, Javed S. Sharath M, Sarfraz Z, Sarfraz A, Salari SW, Hussaini SS, Mohammadi A, Chellapuram N, Cabrera E, Ferrer G.**Risk factors for postpartum depression during COVID-19 Pandemic: A systematic literature review. *Journal of Primary Care & Community Health*, **2021**; 12: 21501327211059348. Doi:10.1177/21501327211059348.

186. **Aydın İ.** Doğum Şeklinin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi, Konya, **2023**.

187. **Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatain M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P.** Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med*, **2009**; 12(5): 461-7.

188. **Garfield L, Giurgescu C, Carter CS, Holditch-Davis D, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, White-Traut R.** Depressive symptoms in the second trimester relate to low oxytocin levels in African-American women: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health,* 2015; 18(1);123-129. Doi: 10.1007/s00737-014-0437-4

189. **Doğrusoy T.** Postpartum Depresyonun Anne-Bebek Bağlanması ve Annelik Rolü Başarısına Etkisi. Doktora tezi, T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Aydın, **2024**.

190. **Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R.** Risk factors of postpartum depression. *Cureus*, **2022**; 14(10): e30898. Doi:10.7759/cureus.30898.

191. **Zhao XH, Zhang ZH.** Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, **2020**; 53: 102353. Doi:10.1016/j.ajp.2020.102353.

192. **Rosseland LA, Reme SE, Simonsen TB, Thoresen M, Nielsen CS, Gran ME.** Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Pain*, **2020**; 20(3): 591-602. Doi:10.1515/sjpain-2020-0025.

193. **Figueiredo B, Canário C, Field T.** Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, **2014**; 44(5): 927-936. Doi:10.1017/S0033291713001530.

194. **Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I.** Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynecol Scand,* **2004**; 83(3):257-61. Doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.0302.x.

195. **Suhitharan T, Pham TP, Chen H, Assam PN, Sultana R, Han NL, Tan EC, Sng BL.** Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: A case-control study. *Neuropsychiatr Dis Treat,* **2016**; 12:1333-9. Doi: 10.2147/NDT.S105918.

196. **Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H.** Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues (Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues). *Encephale,* **2007**; 33(5):805-10. Doi: 10.1016/j.encep.2006.10.002.

197. **Sekizuka N, Nakamura H, Shimada K, Tabuchi N, Kameda Y, Sakai A.** Relationship between sense of coherence in final stage of pregnancy and postpartum stress reactions. *Environ Health Prev Med,* **2006**;11(4):199-205. Doi: 10.1007/BF02905279.

198. **Weidner K, Bittner A, Pirling S, Galle M, Junge-Hoffmeister J, Einsle F, Stöbel-Richter Y.** Was halt Schwangere gesund? Protecktive Faktoren fur postpartale Depression [Protective factors for postpartum depression]. *Z Psychosom Med Psychother,* **2013**;59(4):391-407.

199. **Jeschke E, Ostermann T, Dippong N, Brauer D, Pumpe J, Meissner S, Matthes H.** Identification of maternal characteristics associated with the use of epidural analgesia. *J Obstet Gynaecol,* **2012**; 32(4): 342-6. Doi: 10.3109/01443615.2012.661491.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız: ……..

2. Eğitim durumunuz: 1.Okur-yazar() 2.İlkokul() 3.Ortaokul() 4.Lise() 5.Üniversite ve üzeri()

3. Çalışma durumunuz: 1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor ()

4. Sosyal güvenceniz: 1.Var () 2.Yok ()

5. Gelir Düzeyiniz: 1.Çok iyi () 2.İyi () 3.Orta () 4.Kötü ()

6. Aile tipiniz: 1.Çekirdek aile () 2.Geniş aile ()

7. Evlilik süreniz: ….. yıl/ ….. ay

8. Yaşadığınız yer: 1.İl () 2.İlçe () 3.Köy ()

9. Mevcut alışkanlıklarınız var mı? 1.Yok () 2.Sigara () 3.Alkol () 4.Madde/diğer…….. ()

10. Mevcut gebelik haftanız:…….

11. Gebeliğinizi isteme durumunuz:

1.Planlı gebelik () 2.Plansız Gebelik ()

12. Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? Açıklayınız.

1.Evet ()…….. 2.Hayır ()

13. Antenatal takip ve kontrollerinize düzenli olarak gittiniz mi?

1.Evet () 2.Hayır ()

14. Doğum eyleminin evlerine göre süresi

Latent evre süresi (1-5 cm dilatasyon): ……..….

Aktif evre süresi (6-10 cm dilastasyon): ……

15. Oksitosin uygulandımı mı? 1. Evet …….. (uygulama süresinedir? doz/saat) 2. Hayır

16. Doğum şekli

1. Müdahaleleli vajinal doğum
2. Müdahalesiz vajinal doğum

17. Bebeğin kilosu:…….. gr

18. Bebeğin APGAR skoru : 1. Dk:…….. 5. Dk:……..

19. Emzirmeye başlama zamanı

1. Doğumdan hemen sonra
2. Doğum sonu ilk 12
3. Doğum sonu ilk 12 saatten sonra

20. Yaşantınızı etkileyen önemli bir yaşam değişikliğiniz /olayınız oldu mu? (Boşanma, yakın birinin ölümü, yakın birinin ciddi bir sağlık problemi gibi)

1. Evet (……..açıklayınız)
2. Hayır

21. Emzirmeyi sürdürüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

22. Emzirme ile ilgili davranışlar?

1.Yalnızca anne sütü

2.Anne sütü + mama

3. Yalnızca mama

23. Bebeğinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı?

1. Evet (…….açıklayınız)
2. Hayır

24. Tedavi gördüğünüz herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

1. Evet (…….açıklayınız)
2. Hayır

EK-2: Visual Analog Skala (VAS)

Hiç ağrı yok — En dayanılmaz ağrı



EK-3: Doğum Eyleminde Ağrı İfadesi Derecelendirme Ölçeği (DAİDÖ)

Yüz Kasları (YK)

0. Tüm kontraksiyon süresince rahat.

1. Kontraksiyonun çoğunda, hafif yüz kasılması ile rahat.

2. Sadece kontraksiyonun zirvesinde kaş çatma/ yüz buruşturma / dişleri sıkma.

3. Tüm kontraksiyon süresince kaş çatma / yüz buruşturma / dişleri sıkma.

Vücut Yanıtı (VY)

0. Tüm kontraksiyon süresince rahat

1. Kontraksiyonun çoğunda ellerde, kollarda ve/veya ayak parmaklarında ve bacaklarda hafif bir fleksiyon ile rahat.

2. Artış: kontraksiyonun zirvesinde, parmaklarda, kollarda ve/veya ayak parmaklarında ve bacaklarda fleksiyon.

3. Artış: tüm kontraksiyon süresince parmaklarda, kollarda ve/veya bacaklarda fleksiyon.

Sözel Yanıt (SY)

0. Tüm kontraksiyon süresince sessiz veya konuşması akıcı

1. Kontraksiyonun çoğunda hafifçe inleme ve hıçkırarak ağlama

2. Kontraksiyonun zirvesinde bağırma, şikayet, sızlanma ve hıçkırarak ağlama.

3. Tüm kontraksiyon süresince bağırma, şikayet, sızlanma ve hıçkırarak ağlama

Huzursuzluk (H)

0. Tüm kontraksiyon süresince sakin, rahat ve normal hareketler.

1. Kontraksiyonun çoğunda sakin, rahat ve huzursuzluğu gösteren hafif kıpırtılı hareketler.

2. Kontraksiyonun zirvesinde ara sıra huzursuz hareketler ve/veya pozisyon değişiklikleri.

3. Tüm kontraksiyon süresince huzursuz hareketler ve / veya pozisyon değişiklikleri

Rahatlama Yeteneği (RY)

0. Kasılma süresince rahat ve sakin.

1. Refakatçisinin veya sağlık profesyonelinin dokunuşu ve/veya sesi ile sakinleşir.

2. Refakatçisinin veya sağlık profesyonelinin dokunuşu ve/veya sesi ile sakinleşmesi zorlaşmaya başlar.

3. Refakatçisinin veya sağlık profesyonelinin dokunuşunu ve/veya sesini reddeder.

İstemsiz Belirtiler (İB)

0. İstemsiz belirtiler yok.

1. Terleme ve/veya bulantı.

2. Terleme, bulantı ve/veya baş dönmesi.

3. Terleme, bulantı, kusma, baş dönmesi, artmış kan basıncı (KB), taşikardi ve/veya göz bebeklerinin büyümesi

EK-4: Revize Edilmiş Tutarlılık Duygusu Ölçeği (R-TDÖ)

Aşağıda yaşam ile ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak size en uygun ifadeyi 1 rakamı "hiç doğru değil"e 5 rakamı "çok doğru" ya karşılık gelecek şekilde işaretleyiniz.					
1. Her şeye rağmen kötü deneyimlerden ders çıkarabilirim.	1	2	3	4	5
2. Kötülüğün de dünyada yeri vardır.	1	2	3	4	5
3. Gerçekten korkunç veya sarsıcı bir şey ile aniden karşılaşabileceğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
4. Çoğu olumsuz duygunun (örneğin öfke) ayrıca olumlu tarafları da olduğuna ikna oldum.	1	2	3	4	5
5. Düşüncelerim ve eylemlerimde, olayların iyi ve kötü olmak üzere sıklıkla iki yönü olduğunu dikkate alırım.	1	2	3	4	5
6. Güç durumlar beni aşırı zorlar.	1	2	3	4	5
7. İnsan hayattaki acılarla baş etmenin bir yolunu her zaman bulabilir.	1	2	3	4	5
8. Hayattaki deneyimlerim sayesinde yeni durumları iyi bir şekilde idare edebilirim.	1	2	3	4	5
9. Değiştirilemeyecek şeyleri kabul edebilirim.	1	2	3	4	5
10. Durumlara genel olarak iyi bir açıdan bakabilmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
11. Genelde bir durumu çeşitli açılardan ele alabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her zaman olayları kendi bağlamı içinde anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13.Sorunlu durumlara maruz kaldığımda farklı bakış açılarını göz önünde bulundurmaya gayret ederim.	1	2	3	4	5

EK-5: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

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

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

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

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

EK-6: Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
134		2 Haziran 2023

KARAR NO 55. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Burcu Averbay Vurgeç yönetiminde, Gülnaz Erdi tarafından yürütülmesi öngörülen, "Doğum Ağrısı, Tutarlılık Duygusu ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

EK-7: Kurum İzin Belgesi

T.C.
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-72307149-604.02.01-231052071 06.12.2023
Konu : Arş.Görevlisi Gülnaz ERDİ'nin Bilimsel Çalışma Ön İzni hk

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Arş.Görevlis Gülnaz ERDİ'nin **"Doğum Ağrısı, Tutarlılık Duygusu ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** konulu çalışması için, Müdürlüğümüze yaptığı ön izin başvurusu incelenmiş olup, çalışmasının tesisinizd yapılmasına engel bir durumun olmadığı;

Bilimsel İnceleme Komisyonunca karara bağlanmıştır.Konu ile ilgili komisyon kararları ekte sunulmu olup, gereğinin yapılmasını;

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Mehmet Kubilay GÖKÇE
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Değerlendirme Formları.

TC Sağlık Bakanlığı

BİLİMSEL ÇALIŞMA DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı	Gülnaz ERDİ
Kurum/Ünvan	KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik Bölümü
Araştırmanın Konusu	Doğum Ağrısı, Tutarlılık Duygusu ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Araştırmanın Statüsü	Bireysel Araştırma Projesi
Çalışmanın Yapılacağı Tesis	Necip Fazıl Şehir Hastanesi
Araştırmanın Süresi	9(Dokuz) Ay
Bütçe	KULLANILMAMAKTADIR.

Bilimsel Çalışma Genel Değerlendirmesi:

( ) Uygun Değil (X)Uygun

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

EK-8:Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, doğum eylemindeki ağrının, tutarlılık duygunuz ve postpartum depresyon düzeyi ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Kullanılacak ölçüm araçları herhangi bir girişim gerektiren araçlar değildir. Tümü anket formu şeklindedir. Yaklaşık 5-10 dakika sürecektir. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde doğum sonu 1. 3. ve 6. aylarda da tekrar görüşme sağlanacaktır. Çalışmanın herhangi bir yerinde onayınızı çekme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılarak, kadınlar içim önemli bir sorun olan postpartum depresyon ve doğum ağrısı arasındaki ilişkilere yönelik bulguları elde etmemize katkı sağlayacaksınız. Bu çalışma karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Az sonra soracağım soruları yanıtlayarak araştırmaya katılırsanız çok mutlu oluruz. Vermiş olduğunuz tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Elde edilen bilgileri sadece araştırma grubunda yer alan kişiler görebilecektir. Araştırma raporunda ise kimliğinize ilişkin herhangi bir bilgi yer almayacaktır. Bu çalışma sonuçlarını daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde sunmayı hedeflemekteyiz. Çalışma sonuçları hakkında bilgi almak istediğiniz anda bize ulaşabilirsiniz.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı

Gülnaz ERDİ

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon:

Email:

Yukarıda sözü geçen araştırmanın amacı, uygulama süresi, uygulanacak ölçüm araçları ve yöntemi konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

İmza

Tercih edilen iletişim bilgisi

Tel:

Email:

ÖZGEÇMİŞ

Gülbaz ERDİ, 1994 yılında Adana ilinin Seyhan ilçesinde doğdu. İlk ve orta [redacted] rında tam[redacted]nladı. Ebe[redacted]ağlık Yük[redacted]ağlık Evi'[redacted]maraş Şeh[redacted]urova Üni[redacted]isans eğit[redacted]mam Üni[redacted]evlisi olar[redacted]