

**SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM YAPAN KADINLARDA  
GÖRÜLEN RUHSAL DURUM DEĞİŞİKLİKLERİ VE BUNLARIN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

ŞENAY ŞENSÖZ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
DOÇ. DR. DAĐİŐTAN TOLGA ARIÖZ  
Tez No: 2011-011

2011- AFYONKARAHİSAR

T.C  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM YAPAN  
KADINLARDA GÖRÜLEN RUHSAL DURUM  
DEĞİŞİKLİKLERİ VE BUNLARIN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

ŞENAY ŞENSÖZ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN  
DOÇ. DR. DAĞISTAN TOLGA ARIÖZ

TEZ NO: 2011-011

AFYONKARAHİSAR-2011

**KABUL ve ONAY**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.05.2011

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Yrd. Doç. Dr. Nazlı ŞENSOY

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şenay ŞENSÖZ'ün "Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Görülen Ruhsal Durum Değişiklikleri ve Bunların Karşılaştırılması" başlıklı tezi 25.05.2011 günü saat 11.00 da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail BAYRAM

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Araştırma süresince bilgi ve önerilerinden yararlandığım, desteğini ve bilgisini esirgemeyen tez danışmanım Sayın **Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ**'e, 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğinde ve de Çocuk Hastalıkları servisinde çalışan doktor ve hemşire arkadaşlarıma, gerekli desteğini hiç esirgemeyen arkadaşım **Ayşe Özge DENİZ**'e, sürekli yanımda olup bana her türlü desteği veren, hoşgörü ve yardımını esirgemeyen canım eşim **Dr. Ahmet ÖZER**'e ve son olarak yaşamımın her alanında örnek aldığım sevgilerini, desteklerini benden hiç esirgemeyen babam **İsmail ŞENSÖZ** ve annem **Yaşar ŞENSÖZ**'e teşekkürü bir borç bilirim.

**Şenay ŞENSÖZ, 2011**

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>C / S</b>	: Cesarean Section
<b>CPD</b>	: Cephalo-Pelvic Disproportion
<b>DSM – IV</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilmiş olan Mental Bozuklukları Sınıflandırma Sisteminin 4. gözden geçirilmiş baskısı
<b>EPDÖ</b>	: Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
<b>ICD - 10</b>	: Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olup, Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasının gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu
<b>PDSS</b>	: Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği
<b>PPD</b>	: Postpartum Depresyon
<b>RDS</b>	: Respiratuar Distres Sendromu
<b>n</b>	: Denek Sayısı
<b>%</b>	: Yüzde
<b>p</b>	: Önemlilik Düzeyi
<b>X<sup>2</sup></b>	: Ki-Kare

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

Kabul ve Onay.....	iii
Önsöz.....	iii
Simgeler ve Kısaltmalar .....	iv
İçindekiler .....	v
Şekiller.....	vii
Tablolar.....	viii
<b>1.GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1- Doğum Şekilleri.....	3
2.1.1- Normal Doğum .....	3
2.1.1.1-Tanımlar .....	3
2.1.1.2- Travayın Tanımlanması .....	3
2.1.1.3- Travayın Fizyolojisi .....	4
2.1.1.4- Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri .....	5
2.1.1.5- Normal Doğumun Seyri.....	6
2.1.1.6- Normal Doğumun Mekanizması.....	7
2.1.1.7- Doğum İndüksiyonu .....	9
2.1.1.8- Doğum ve Doğum Eylemi Komplikasyonları .....	11
2.1.1.9- Epizyotomi.....	13
2.1.1.10- Ağrısız Doğum (Lomber ve Koudal Peri-Epidural Blok) ....	13
2.1.2- Sezaryen Doğum.....	14
2.1.2.1- Sezaryen Doğumun Çeşitleri: .....	15
2.1.2.2- Sezaryen Görülme Sıklığı.....	15
2.1.2.3-Sezaryen Doğumun Endikasyonları.....	16
2.1.2.3.1- Anneyle İlgili Endikasyonlar .....	17
2.1.2.3.2- Bebekle İlgili Endikasyonlar .....	18
2.1.2.3.3- Fetus Ekleriyle İlgili Endikasyonlar .....	19
2.1.2.3.4- Sosyal Endikasyonlar.....	20
2.1.2.3.5- Diğer Endikasyonlar .....	20
2.1.2.4-Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları .....	20
2.1.2.5-Sezaryen Doğumun Riskleri .....	20
2.1.2.5.1- Sezaryen Doğumun Anne İçin Riskleri .....	21
2.1.2.5.2- Sezaryen Doğumun Bebek İçin Riskleri.....	23
2.1.2.6- Sezaryen Doğumun Yararları .....	23
2.2- Postpartum Ruhsal Durum Değişiklikleri.....	24
2.2.1- Annelik Hüznü .....	25
2.2.1.1- Annelik Hüznünün Görülme Sıklığı.....	25
2.2.1.2- Annelik Hüznünün Nedenleri .....	26
2.2.1.3- Annelik Hüznünün Klinik Özellikleri.....	26
2.2.2- Postpartum Depresyon .....	27
2.2.2.1- Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı.....	27
2.2.2.2- Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri.....	28

2.2.2.3- Postpartum Depresyonun Nedenleri .....	29
2.2.2.3.1- Biyolojik Faktörler.....	29
2.2.2.3.2- Psikososyal faktörler.....	29
2.2.2.4- Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri.....	30
2.2.2.5- Postpartum Depresyonda Tanı.....	31
2.2.3- Postpartum Psikoz.....	32
2.2.3.1- Postpartum Psikozun Görülme Sıklığı.....	32
2.2.3.2- Postpartum Psikozun Nedenleri.....	33
2.2.3.3- Postpartum Psikozun Klinik Özellikleri .....	33
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>35</b>
3.1- Araştırmanın Tipi.....	35
3.2- Araştırmanın Yapıldığı Yer .....	35
3.3- Araştırmanın Evreni.....	35
3.4- Araştırmanın Örnekleme .....	35
3.5- Verilerin Toplanması .....	36
3.6- Araştırmanın Veri Kaynağı.....	37
3.7- Verilerin Değerlendirilmesi .....	37
3.8- Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler .....	38
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
4.1- Sıklık Analizi .....	39
4.1.1- Kadın ve Ailesinin Sosyodemografik Özellikleri.....	39
4.1.2- Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınların Kişisel Özellikleri ...	41
4.1.3- Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınların Ruhsal Durum Özellikleri.....	43
4.2- Çapraz Tablolar Analizi.....	47
<b>5-TARTIŞMA.....</b>	<b>58</b>
<b>6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>7.ÖZET SAYFALARI .....</b>	<b>68</b>
ÖZET.....	68
SUMMARY .....	70
<b>8.KAYNAKLAR .....</b>	<b>72</b>
<b>9.EKLER.....</b>	<b>79</b>
Ek-1 ANKET FORMU .....	79
EK-2 ÖZGEÇMİŞ.....	84

## ŞEKİLLER

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 1-</b> Doğum Mekanizmasının Şematik Açıklaması .....	9



## TABLolar

Sayfa

<b>Tablo-1:</b> İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	40
<b>Tablo-2:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gebelik Bilgilerine İlişkin Dağılım...	41
<b>Tablo-3:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Doğumlarına İlişkin Dağılımı.....	42
<b>Tablo-4:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sezaryen Doğum Yapmalarının Nedenlerine İlişkin Dağılım.....	43
<b>Tablo-5:</b> Araştırmaya Katılanların Gebeliklerini Etkileyecek Herhangi Bir Kronik Hastalıklarına İlişkin Dağılım.....	43
<b>Tablo-6:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Daha Önceden Ruhsal Problem Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Dağılım .....	44
<b>Tablo-7:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gebelik ve Doğumla İlgili Olarak Kaygı/Korku Durumlarının incelenmesine İlişkin Dağılım .....	44
<b>Tablo-8:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Doğum Sonrası Dönemde Yaşadıkları Ruhsal Problemlere İlişkin Dağılım .....	45
<b>Tablo-9:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Anne-Bebek yaklaşmasına İlişkin Dağılım .....	46
<b>Tablo-10:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tekrar Bebek Sahibi Olma İsteklerine İlişkin Dağılım .....	47
<b>Tablo-11:</b> Doğum Şekli İle Gebelik ve Doğum İle İlgili Yaşanan Kaygı/Korku Arasındaki İlişki .....	48
<b>Tablo-12:</b> Doğum Şekli İle Doğumla İlgili Kaygı/Korku Yaşandığı Zaman Psikolojik Destek Alınması Arasındaki İlişki .....	48
<b>Tablo-13:</b> Doğum Şekli İle Gebelik ve Doğumda Kaygı/Korkunun Yaşanma Zamanı Arasındaki İlişki .....	49
<b>Tablo-14:</b> Doğum Şekli İle Bebeği Kabullenememe Problemi Arasındaki İlişki ....	49
<b>Tablo-15:</b> Doğum Şekli İle Tekrar Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Arasındaki İlişki.....	50
<b>Tablo-16:</b> Doğum Şekli İle Önceki Gebelik veya Doğumda Yaşanan Ruhsal Problem Arasındaki İlişki .....	51
<b>Tablo-17:</b> Doğum Şekli İle Eş Desteği Arasındaki İlişki .....	51
<b>Tablo-18:</b> Doğum Şekli İle Doğum Sonrası Yaşanan Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki .....	52
<b>Tablo-19:</b> Doğum Şekli İle Yaş Arasındaki İlişki .....	53
<b>Tablo-20:</b> Doğum Şekli İle Doğum Tercihinin Kime Ait Olduğu Arasındaki İlişki .....	53
<b>Tablo-21:</b> Doğum Şekli İle Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Annelik Hüznü Problemi Arasındaki İlişki .....	54
<b>Tablo-22:</b> Meslek İle Doğum Sonrası Yaşanan Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki.....	55
<b>Tablo-23:</b> Doğum Şekli İle Bebek Bakımında Destek Olan Kişi Arasındaki İlişki .....	56
<b>Tablo-24:</b> Gebe Kalma Kararı İle Tekrar Çocuk Sahibi Olma Düşüncesi Arasındaki İlişki .....	56
<b>Tablo-25:</b> Gelir Düzeyi İle Doğum Sonrası Yaşanan Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki.....	57

# 1.GİRİŞ

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, konsepsiyon ürünü olan fetus ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (Taşkın, 1998). Normal doğum veya sezaryen doğum; her ikisi de basit bir süreç değildir. Her iki yöntemin de avantaj ve dezavantajları vardır (Mumcu, 2010).

Normal doğum milyonlarca yıldır bütün memeli varlıkların soylarını devam ettirmekte kullandıkları yöntemdir. En önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonrası anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte, çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Normal doğumu takiben gebelik öncesi yaşantısına hemen dönebilmekte ve hastanede kalış süresi son derece kısa olmaktadır (Mumcu, 2010).

Sezaryen operasyonu, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır (Scott, 1997). Sezaryenin bir çok kadın için uzun dönemde en önemli yararının, uterus, mesane ve diğer abdominal organları destekleyen pelvik taban kaslarının korunması olduğu savunulmaktadır (Baytur ve ark., 2005). Birçok araştırmaya göre vaginal doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında sezaryen doğum anne için daha büyük riskler taşımaktadır (Murta et al., 2004; McFarlin, 2004).

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (Robinson et al., 1986). Postpartum dönem, kadınlar için duygudurum bozuklukları, özellikle postpartum depresyon açısından önemlidir. Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858'de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (Kısa, 2004).

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Puget et al., 2005). Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülür ve postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Kadınlar özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadırlar (Manfredi et al., 2005).

Psikiyatrik ve genel hastalık tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (DSM-IV, 1992; WHO, 2007; Dubois et al., 2010). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; “annelik hüznü (maternity blues, baby blues, postpartum blues)”, “postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon)” ve “postpartum psikoz” olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır (Godfroid et al., 1996; Munoz et al., 2006).

Bu tanımlayıcı çalışma, 25.01.2010 - 30.06.2010 tarihleri arasında 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran, 0-3 aylık bebeği olan çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 200 sezaryen doğum ve normal doğum yapmış anne üzerinde yürütülmüştür. Doğum eylemi her kadın için başlı başına bir stres faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda sezaryen ve normal vajinal yol ile doğum yapan kadınlarda oluşabilecek farklı ruhsal durum değişikliklerini değerlendirmeyi ve varsa bu değişiklikleri karşılaştırmayı amaçladık.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2. 1- DOĞUM ŞEKİLLERİ**

#### **2.1.1- NORMAL DOĞUM**

##### **2.1.1.1-Tanımlar**

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gr'ın üzerinde olan ya da baş-topuk mesafesi 25mm ve üzerinde olan fetusların doğumu anlaşılmaktadır. Dünya sağlık örgütü 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere Abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de Doğum tanımlamasını getirmiştir (Notzon et al., 1994). Doğum eylemi, düzenli gelip giden rahatsız edici sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir (Zlantik, 1997). Doğum standart bir sürede meydana gelmeli ve anne ve fetus hayatı tehlikede olmamalıdır. Doğum genital kanaldan meydana gelmeli, herhangi bir müdahale yapılmamalı ve tabii kuvvetlerin etkisi altında olmalıdır. Normal doğum mekanizması%95-96 gebede fizyolojik sınırlarda seyreder (Ersoy, 2000).

##### **2.1.1.2- Travayın Tanımlanması**

Anne adayının sancı olarak algıladığı düzenli rahim kasılmalarının ortaya çıkması ile başlayan süreye“Eylem”veya“Travay”adı verilir. Her ne kadar zaman zaman yalancı ve gerçek travayın ayırıcı tanısı zor ise de genellikle bu aşağıdaki özelliklerden hareketle yapılabilir (Jack et al., 1989).

### a) Gerçek Travay Kontraksiyonları

- Kontraksiyonlar düzenli aralıklarla gelir,
- Kontraksiyonların arası gittikçe kısalır,
- Kontraksiyonların süre ve şiddetleri artar,
- Sırtta ve karında rahatsızlık vardır,
- Serviks açılmaya başlamıştır,
- Sedasyon ile rahatsızlık geçmez (Jack et al., 1989).

### b) Yalancı Travay Kontraksiyonları

- Kontraksiyonların arası düzensizdir,
- Kontraksiyonların araları uzundur,
- Kontraksiyonların süre ve şiddetinde değişiklik olmaz,
- Ağrı genellikle karındadır,
- Serviks dilate olmaz,
- Sedasyonla rahatsızlık ortadan kalkar (Jack et al., 1989; Baysal, 2004).

### 2.1.1.3- Travayın Fizyolojisi

Travay (doğum eylemi) gittikçe artan sıklıkta ve şiddette uterus kontraksiyonları olarak tanımlansa da, gerçek travayı belirleyen tanı faktörü servikal dilatasyonun başlaması ve gittikçe artmasıdır (Farrok Al-Azzawi, 1995).

**Travayın Uterustaki Safhaları:** Myometrium ve servikte belli olaylar belirli düzene göre birbirini takip etmelidir. İşte biz bu olayları 4 ana fazda değerlendiririz; Faz 0, faz 1, faz 2, faz 3. Her bir fazda morfolojik ve fonksiyonel belirgin farklılıklar vardır ve belli zaman aralıklarıyla birbirini takip eder. Bunlar:

#### **Faz 0:**

Bu devrede uterus düz adalesinin kasılma yeteneği uyku halindedir.

**Faz 1:**

Bu fazda myometriyumda ve servikte travay için gerekli hazırlıkların yapıldığı devredir. Myometriyum uyarılabilir hale gelir.

**Faz 2:**

Bu safhada uterustaki kasılmalar gittikçe sıklaşır ve şiddeti artar. Serviks dilate olmaya başlar, fetus doğum kanalında ilerler ve sonunda doğum olur.

**Faz 3:**

Bu devrede ise gebelik sırasında uterusta olmuş tüm değişiklikler yavaş yavaş geriler. Travayın başlangıcı faz 0'dan faz 1'e geçiş olarak kabul edilir (Kadayıfçı ve ark., 1996).

**2.1.1.4- Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri**

Primipar ve multipar gebeler genellikle doğum eylemi başlamadan önce aşağıdaki bulguları yaşarlar.

- a) **Hafifleme:** Eylemin başlamasından birkaç hafta evvel başın gerçek pelvise girmesi ile uterus aşağı doğru iner.
- b) **Servikal Değişiklik:** Gebeliğin başlangıcında sert olan serviks, eylemin başlaması ile birlikte fetüsün geçebileceği kadar açılır ve yumuşar. Serviksin bu yumuşama özelliğine olgunlaşma denir.
- c) **Silinme:** Uterus kaslarının kasılması ile birlikte ortaya çıkar. Kontraksiyonların etkisi ile internal os'un yakınında bulunan kas lifleri uterusun alt segmentine doğru çekilir. Bu çekilme işleminin sonucunda serviks yavaş yavaş uterusun alt kısmının bir parçası haline gelir ve uzunluğu kaybolur.
- d) **Dilatasyon (Servikal Açılma):** Dilatasyon serviksin silinmesinden sonra başlar. Serviksin etrafındaki adale liflerinin kontraksiyonlarla yanlara doğru çekilmesi sonucunda gerçekleşir.
- e) **Nişane:** Gebelik süresince oluşan servikal sekresyonlar servikal kanalı tıkarlar. Silinme ve dilatasyonla birlikte serviksi tıkayan mukoz tıkaç dışarı atılır. Bu tıkaçta nişane denir. Genellikle nişane atılımından 24-48 saat sonra eylem gerçekleşir.

**f) Membranların Açılması:** Amniyotik mayi içeren ve fetusun etrafını saran fetal membranlar, eylemden önce veya eylem sırasında kendiliğinden ya da doktor tarafından açılır. Membranlar açıldıktan 12-24 saat sonra eylemin spontan olarak başlaması beklenir (Taşkın, 1998; Jack et al., 1989).

### 2.1.1.5- Normal Doğumun Seyri

Normal doğum seyri 3 devreye ayrılır:

- Açılma periyodu,
- İtilme periyodu,
- Doğum sonu periyodu (Valet et al., 1994).

**a) Açılma Periyodu:** Eylemin başlangıcı ile başlar ve servikal dilatasyon 10 cm olunca biter (Russel et al., 1994). Doğumun en uzun bölümü olup, primigravidalarda 8-12 saat, multiparlarda ise 6-8 saat kadar sürer. Bu periyoddaki ağrıların görevi servikal kanalın açılmasını sağlamaktır. Açılma sırasındaki kasılmalar sancılıdır. Düzenli aralıklarla ve her 10 dakikada bir gelen ağrılar açılma evresinin başlangıcı kabul edilir (Ersoy, 2000). Açılma ağrılarının araları süratle 3-4 dakikaya kadar iner ve 30-60 saniye kadar devam ederler (Arısan, 1989). Bu aşama kendi içinde ikiye ayrılır:

**Latent Faz:** Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar, silinme tamamlandığında dilatasyon 2-3 cm olduğunda sonlanır. Primiparlarda 8-9 saat sürer, 20 saati geçmemesi gerekir. Multiparlarda ise, bu süre 5-6 saat olup, 14 saati geçmemesi gerekir (Taşkın, 1998). Bu faz esnasında, uterin kontraksiyonlar hafif ve irregüler şekilde başlar, ve yine bu fazın sonuna doğru şiddeti ve sıklığı artarken, regüler bir karakter kazanır (Lambrou et al., 2000).

**Aktif Faz:** Servikal açıklık 4 cm olunca başlar, 10 cm'e ulaşıncaya sonlanır. Fetus doğum kanalından ilerler, kontraksiyonlar sık ve uzun süreli ortaya çıkar (30-60 sn), ve orta şiddettedirler (Taşkın, 1998).

**b) İtilme Periyodu:** Tam servikal açıklıktan başlayarak bebeğin doğumuyla sonlanır. Primigravidalarda 2 saat, multiparlarda 1 saat kadardır (Akdoğan ve ark., 1998). Kadının ıkınmaları ve defekasyon hissi başlar (Baysal, 2004). Bu evrede perine gerilir, anüs açılır. M. Bulbokavernozus çocuk başını kavrar, baş artık gerileyemez. Sonuçta son bir ağrı ve güçlü bir ıkınma ile perineden sıyrılarak doğar (Ersoy, 2000).

**c) Doğum Sonu Periyodu:** Bebeğin doğmasından sonra plasenta ve membranların çıktığı evredir (Öncel, 1968). Bu evrede postpartum hemoraji riski fazladır (Russel et al., 1994). Doğumdan birkaç dakika sonra, plasentanın ayrılmasını sağlayan kontraksiyonlar başlar, bu kontraksiyonlar sonucu uterus hacmi küçülür (Arıson, 1989; Akdoğan ve ark., 1998).

#### **2.1.1.6- Normal Doğumun Mekanizması**

Tüm doğum travaylarının %95'inde fetus verteks prezantasyonu ile doğar. Fetusun prezante olan kısmı çoğu kez travaydan önce veya travay başlangıcında abdominal muayene ile tesbit edilir. Doğumun hareketleri ise; angajman, descensus (iniş), fleksiyon, internal rotasyon, ekstansiyon, eksternal rotasyon ve ekspulsiyon (çıkış) olarak sıralanır (Kadayıfçı ve ark., 1996).

**a) Angajman:** Prezente olan kısmın en geniş çapı ile pelvis girimine girmesine angajman adı verilir (Demir, 2001). Oksiputun en alt bölümü eğer spina ischiadica seviyesinde ise yani "O" pozisyonunda ise, baş angaje olmuş demektir (Lambrou et al., 2000).

**b) Descensus:** Fetal başın pelvis tabanına inişi doğum eyleminin en önemli olayıdır (Lambrou et al., 2000). Prezente olan kısmın doğum kanalı içerisinde pelvis çıkımına kadar inmesi ile tamamlanır. Başın descensusu aşağıda belirtilen 4 kuvvetten biri veya birkaçının etkisi ile olmaktadır:

- Amniyotik sıvının baskısı,
- Uterus fundusunun makat üzerine olan baskısı ve itme gücü,
- Karın ön duvarını oluşturan adalelerin kasılması,
- Fetus vücudunun gerilmesi (Demir, 2001).



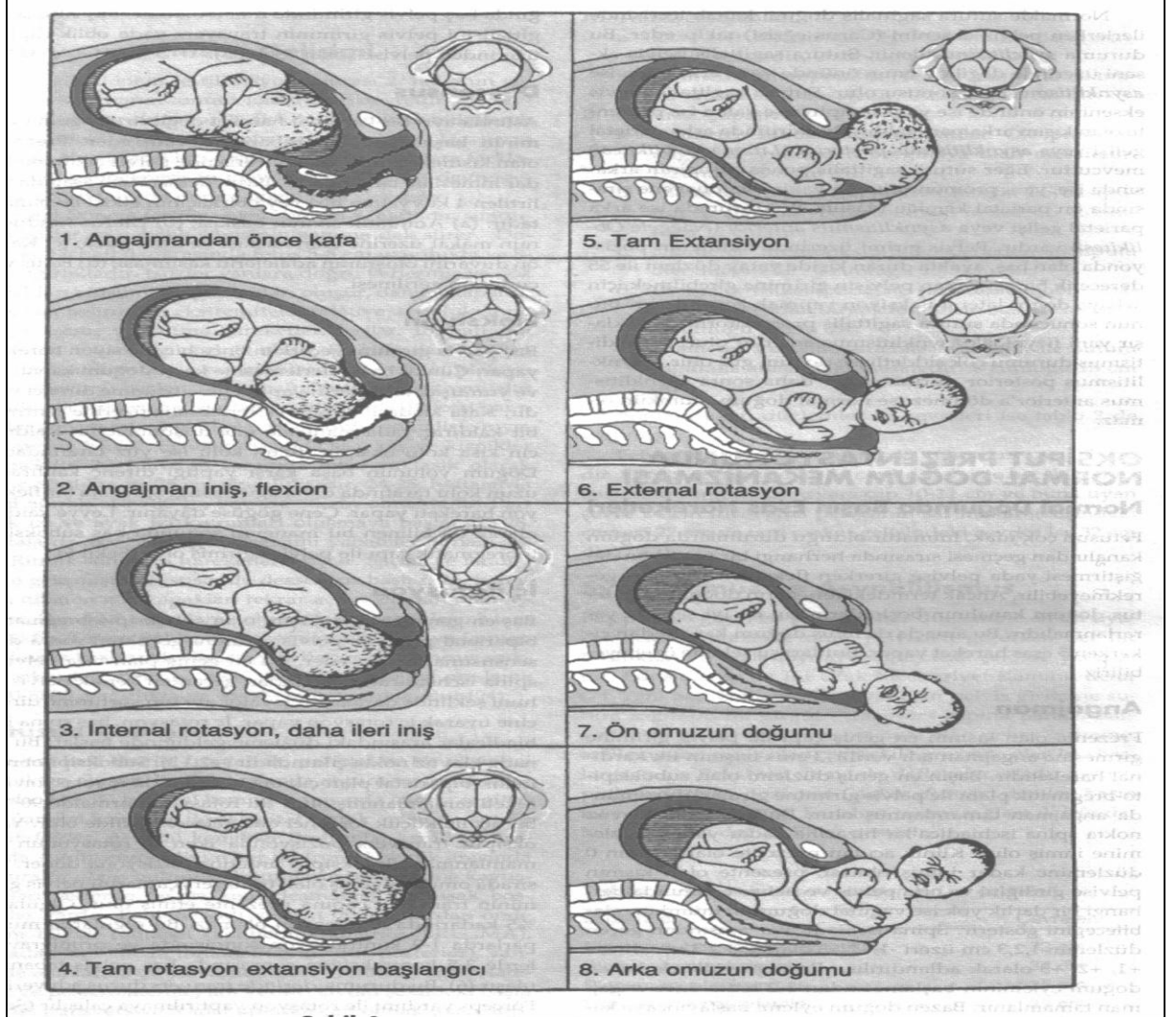
**c) Fleksiyon:** Baş doğum kanalında ilerlerken servikste, pelvis duvarında veya tabanında belirli bir dirençle karşılaşır ve bunun sonucunda başta fleksiyon oluşur. Böylece fetusun çenesi, fetusun toraksına doğru itilip iyice yaklaşır (Kadayıfçı ve ark., 1996). Bunun sonucu kafa en küçük düzlemi olan suboksipitobregmatik (ortalama 9.5 cm ) düzlem ile küçük pelvis boşluğuna girmiş olur (Ersoy, 2000).

**d) İnternal Rotasyon:** Baş en geniş geçiş düzlemi olan suboksipito bregmatik biparietal planı ile pelvis girimini geçtikten sonra desensüsüne devam eder. Bu en geniş plan orta pelviste spina ischiadicalar arasından geçerken kemik pelvis ve huni şeklinde daralan m. Levator ani'nin sürtünme direncine uyarak iç rotasyon yapar (Lambrou et al., 2000; Demir, 2001).

**e) Ekstansiyon:** Fetal baş, perineye ulaştıktan sonra gerçekleşen bir manevradır (Lambrou et al., 2000). Başın perineden sıyrılıp çıkabilmesi için geriye doğru bükülmesi yani ekstansiyon yapması gerekmektedir. Ekstansiyon arttıkça önce occiput sonra tepe, alın burun, ağız ve çene perineden sıyrılarak doğar (Kadayıfçı ve ark., 1996).

**f) Eksternal Rotasyon:** Baş pelvis çıkımından çıktıktan sonra bir kez daha rotasyon yapar. Birinci pozisyonda yüz annenin sağ femuruna, ikinci pozisyonda ise yüz annenin sol femuruna bakar. Dış rotasyon sonunda birinci pozisyon olursa omuzlar 1. oblik çap üzerinden ve ikinci pozisyon olursa omuzlar 2. oblik çap üzerinden rotasyon yaparak pelvis çıkımının ön-arka çapı üzerine döner (Demir, 2001).

**g) Ekspulsiyon:** Önce ön omuz, sonra arka omuz doğar (Demir, 2001). İnişin devamlı olması ile, ön omuz simfizis hizasına gelir. Öndeki omuzun doğurtulmasını takiben, vücudun geri kalan kısımları kolayca doğurtulur (Lambrou et al., 2000).



Şekil – 1 Doğum Mekanizmasının Şematik Açıklaması (Çiçek ve ark., 2006).

### 2.1.1.7- Doğum İndüksiyonu

Herhangi bir mekanik işlem ile ya da farmakolojik ajanlar yardımı ile uterus kasılmalarının uyarılmasına doğum indüksiyonu denmektedir. Termden önce, termde ya da postterm gebeliklerde uygulanması gerekebilir. Termden önce gebeliğin devamının fetus ya da anne için artan bir risk oluşturması durumunda gerekebilir. Termde ise preterm membran rüptürü, uzamış latent faz, dilatasyonun gecikmesi durumlarında uygulanmaktadır. Post-term gebeliklerde gebeliğin devamının fetus

için risk oluşturduğu hallerde doğum indüksiyonu uygulanır(Russel et al., 1994; Baysal, 2004; Demir, 2001).

Doğum indüksiyonunun yapılmaması gereken durumlar şunlardır:

- Geçirilmiş uterin operasyonlar (C/S, myomektomi ),
- Omuz prezentasyonu,
- Aşırı iri bebek,
- Feto-pelvik uyumsuzluk,
- Dar pelvis,
- Fetal distress (Russel et al., 1994; Baysal, 2004; Demir, 2001).

Doğum indüksiyonunun endikasyonları ise şunlardır:

- Diabetes mellitus,
- Preeklampsi,
- Rh izoimmünizasyonu,
- Kronik hipertansiyon,
- Erken Membran Ruptürü,
- Plasental yetmezlik,
- İntrauterin fetus ölümlerinde (Russel et al., 1994; Uğur ve ark., 2001).

En yaygın olarak uygulanan yöntem oksitosin infüzyonudur. Kontraksiyonlar 3 dakikada bir gelecek ve 45-60 saniye sürecek şekilde ayarlanır. Oksitosin indüksiyonu 8-12 saat uygulandıktan sonra cevap alınmaz ise veya 2 saat boyunca servikal dilatasyon ilerlemez ise ya da 1 saat geçmesine rağmen prezente olan kısım aşağıya inmemiş ise fetusun ve pelvisin durumu yeniden gözden geçirilir (Demir, 2001).

### 2.1.1.8- Doğum ve Doğum Eylemi Komplikasyonları

**a) Distosi:** Distosi terimi, doğum eyleminin normalden saptığı durumları tanımlamak için kullanılır. Diğer bir deyişle zor doğum eylemidir (Taşkın, 1998). Annenin doğum kanalı, fetus ve rahim'deki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir (Cunningham et al., 2001). Distosinin tüm gebeliklerin yaklaşık %8'inde ortaya çıktığı ve bunların %31'inde sezaryene başvurulduğu belirtilmektedir (Taşkın, 1998). Distosi üç fizyolojik faktöre göre sınıflandırılır. Bunlar:

#### Uterus Disfonksiyonu

- Uzamış latent faz: Doğum ağrılarının başladıktan sonra etkili hale gelmemesi,
- Uzamış aktif dönem: Ağrılar yeterli sıklık ve şiddette olmasına rağmen eylemin ilerlememesi açılmanın olmaması,
- Eylemde duraklama: Eylemin aktif döneminin herhangi bir anında ağrı ve açılmanın durması(Cunningham et al., 2001).

#### Doğum objesine ait distosi

- İri bebek,
- Hidrosefali,
- Fetusun ölçülerinde artma,
- Diğer fetal anomaliler,
- Fetusun prezantasyon bozuklukları (Lambrou et al., 2000).

#### Doğum kanalı ve kemik pelvise ait distosi

- Kemik pelvise ait distosi,
- Pelvisteki yumuşak dokulara ait distosi (Lambrou et al., 2000).

**b) Postpartum Hemoraji:** Vajinal doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde 500 ml'den fazla kan kaybedilmesi olarak tanımlanır. Gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalitenin%30'unu oluşturur (Lambrou et al., 2000).

**c) Uterin İnversiyon:** Doğumdan sonra rahimin içinin dışa doğru dönmesidir. 2000 doğumda bir oluşur ve plasentanın parsiyel olarak doğumu ve bunu aşırı kan

kaybı ve hipotansiyonun izlemesi ile tanı konur. İnversiyon en çok fundal yerleşimli plasentalarda görülür (Lambrou et al., 2000).

- d) Amniyotik Sıvı Embolisi:** 30.000 doğumda 1 görülür ve mortalitesi %50'dir.
- e) Koryoamniyonit:** Tüm term gebeliklerde %0.5 ile %2 arasında oluşmaktadır. Risk faktörleri kötü beslenme, uzamış membran rüptürü, gonore gibi enfeksiyonları içermektedir (Lambrou et al., 2000).
- f) Omuz Takılması:** Bebeğin başının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapılarla takılarak sıkışmasıdır. Annede diyabet, iri bebek, şişmanlık (Cunningham et al., 2001).
- g) Rahim Yırılması (Uterus Rüptürü):** Uterus adelesinin eylem sırasında ya da daha önce yırtılmasıdır. Sebepleri arasında sancıların yeterli olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş rahim ameliyatları (sezaryen), uterusu yönelik direkt travmalar, doğum esnasında dışarıdan rahime fazla miktarda basınç uygulanması, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen suni sancı verilmesi (Cunningham et al., 2001).
- h) Kordon Sarkması:** Bebeğin zarları açıldıktan sonra göbek kordonunun buradan sarkmasıdır (Cunningham et al., 2001).
- i) Akut Fetal Distres:** Eylemin herhangi bir safhasında bebeğin sıkıntıya girmesi ve kalp seslerinin yavaşlamasıdır. Plasentanın erken ayrılması (ablasyo), baş pelvis uygunsuzlukları, kordon sarkması, başın normal pozisyonunda olmaması, plasenta previa, gereksiz ve yanlış uygulanan suni sancı (Cunningham et al., 2001).
- j) Plasentanın Ayrılmaması**
- k) Uterus Atonisi:** Doğumdan sonra rahmin yeteri kadar kasılmamasıdır. Çok ciddi ve ani kanamalara neden olur. Doğumda en sık anne ölüm sebebidir. Özellikle doğum sonrası ilk 24 saat uyanık olmak gerekir (Cunningham et al., 2001).
- l) Pelvik Relaksasyon:** Tekrarlayan normal doğumlardan sonra pelvik relaksasyon (sistosel, rektosel ve üriner inkontinans) olabilmektedir (Cunningham et al., 2001).

### **2.1.1.9- Epizyotomi**

Kaba anlamda pudendanin insizyonudur. Amacı olası laserasyonlar yerine düz ve temiz bir cerrahi insizyon oluşturmaktır. Ayrıca bilinen ama kanıtlanmamış bir diğer faydası pelvik relaksasyonları önlemesidir (Cunningham et al., 2001).

**Epizyotomi Zamanlaması:** Erken yapılırsa, doğuma kadar insizyondan fazla kanama olabilir. Geç yapılırsa, laserasyonlar önlenemez. Doğru zamanı, üç-dört cm çaplı bir kontraksiyon sırasında baş görülür haldeyken epizyotomi yapmaktır.

**Epizyotomi Tipleri:** Medial, lateral ve mediolateral epizyotomi diye 3 tipi vardır. En çok kullanılan mediolateral epizyotomidir. İyileşme, cerrahi onarım, kanama ve ağrı açısından en avantajlı olan lateral epizyotomidir. Fakat epizyotomi hattı uzayarak 3. ve 4. derece laserasyonlara neden olabileceğinden dolayı genelde mediolateral epizyotomi tercih edilir (Cunningham et al., 2001).

### **2.1.1.10- Ağrısız Doğum (Lomber ve Koudal Peri-Epidural Blok)**

Bu teknikler, obstetrik anestezide çok iyi sonuçlar verdiği için son yıllarda çok popüler hale gelmiştir (John et al., 1994).

Bu yöntemler annenin bilincini etkilemeden analjezi sağlayarak, eyleme katkı sağlar. Bölgesel analjezi, spinal segmentlerden, bir vücut bölgesinin sensoriyel innervasyonunu sağlayan periferik sinirlere geçişi sağlayan santral sinirler etrafına uygulanan lokal anesteziklerle sağlanır. Oluşturulan bloklarla anne ve yenidoğanda istenmeyen etki olmaksızın mükemmel analjezi sağlanır. En yaygın olarak kullanılan yöntem sürekli epidural analjezi yöntemidir. (Erdem ve ark., 1996). Anne oksitosin almadığı sürece epidural blok, eylem yerleştikten sonra yani primiparlarda servikal açıklık 5-6 cm, multiparlarda 3-4 cm olduğunda uygulanmalıdır (John et al., 1994).

### **Ağrısız Doğum Endikasyonları**

- Preeklampsi,
- Prematür ve riskli fetus,
- Makat geliş,
- Çoğul gebelik,
- Uzamış ve ağırlı eylem,
- Annenin sistemik hastalıkları(kalp hastalığı, metabolik hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları) (Erdem ve ark., 1996).

### **Ağrısız Doğum Kontrendikasyonları**

- Nörolojik hastalıklar,
- Pıhtılaşma bozuklukları,
- Bölgesel enfeksiyon,
- İlaç alerjisi (John et al., 1994).

### **Ağrısız Doğum Komplikasyonları**

- Dura perforasyonu,
- Kan basıncının düşmesi,
- Baş ağrısı(Akçay ve ark., 2001).

## **2.1.2- SEZARYEN DOĞUM**

Sezaryen, fetusun karın yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulmasıdır (Özgüven ve ark., 2001). Uterus rüptürüne bağlı olarak fetusun abdominal yolla dışarı alınmasını veya abdominal gebeliğin tahliyesini içermemektedir (Özgüven ve ark., 2001). Sezaryen operasyonu, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır (Scott, 1997).

### 2.1.2.1- Sezaryen Doğumun Çeşitleri:

**1-Abdominal İnsizyon:** Vertikal insizyon, infra umblikal orta hat vertikal insizyon en hızlı yapılan insizyondur. İnsizyon bebeğin zorlanmadan çıkabileceği uzunlukta olmalıdır. Transvers cilt insizyonunun kozmetik avantajı aşikârdır (Ersoy, 2000).

**2-Uterus İnsizyonu:** Klasik sezaryen insizyonu olarak adlandırılan alt uterin segmentin üzerinden fundus uteriye ulaşan vertikal insizyon bugün nadir olarak kullanılır (Ersoy, 2000).

**3-Sezaryen Histerektomi:** Bazı durumlarda ve genellikle ağır obstetrik hemoraji ile komplike olan durumlarda, postpartum histerektomi hayat kurtarıcı olabilir. Operasyonların büyük bir kısmı inatçı uterin atoni, alt segment kanaması, uterin damarların laserasyonu, büyük myomlar, ağır servikal displazi veya karsinoma insituya bağlı hemorajiyi durdurmak için yapılır. Plesental implantasyon bozuklukları plasenta previa, plasenta akreta varyasyonları da dahil olmak üzere, sıklıkla mükerrer sezaryen ile ilgili olan bu durumlar günümüzde sezaryen histerektominin en yaygın endikasyonlarıdır (Valet et al., 1994).

### 2.1.2.2- Sezaryen Görülme Sıklığı

Sezaryen doğum insidansı tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde giderek artmakta olup majör bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. İstatistikler tüm dünyada sezaryen doğum oranının 20 yıldan daha az zamanda dörde katlandığını göstermektedir (Murta et al., 2004). Sezaryen operasyonu 1960'larda tüm doğumlarda %5 oranında yapılırken, 1980'lerde %25-30 oranlarına kadar yükselmiştir. Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, "Riskli gebelik" ve "Kıymetli bebek" kavramının ortaya atılması yer almaktadır (Özgünen ve ark., 2001).

Sezaryen oranının yükselmesine etki eden başka etkenler de vardır. Bunlardan biri doğum oranlarının azalması ve doğacak bebeğin sağlıklı olmasına ve



gebeliğin başarılı bir şekilde sonlanmasına verilen önemin artmasıdır. Diğer bir neden ulusal bebek ölüm oranlarının, sağlık bakımının niteliği konusunda uluslar arası bir ölçü olarak gösterilmeye başlanmasıdır. Aynı zamanda tıbbi bakımdaki ilerlemeler sezaryen doğum nedeniyle anne ölümünün azalmasına neden olmuştur. Sezaryenin kolay bir uygulama olması, operasyona kolaylıkla karar verilmesine neden olmuştur. Normal doğuma güvenli bir alternatif olan sezaryen, riskli gebeliklerin başarıyla sonlanmasını sağlayan uygulanabilir bir yoldur. Çeşitli gebelik komplikasyonlarını önlemede sezaryen doğumun yararını gösteren çalışmalar da sezaryen eğilimini artırmıştır. Doktorlar da forseps kullanımı gibi müdahale gerektiren zor doğumlarda, cerrahi uygulamayı onaylamışlardır. Sezaryen doğum oranını artıran önemli nedenlerden biri de tekrarlayan sezaryen sayısındaki artıştır. “Bir kez sezaryen, daima sezaryen” inancı, sezaryen sayısının hızla artmasına önderlik etmektedir (Murta et al., 2004). Sezaryene bağlı maternal mortalite 4-8/10000 arasında olup vajinal doğuma göre 26 kat daha fazladır (Donforth et al., 2003).

### **2.1.2.3-Sezaryen Doğumun Endikasyonları**

Sezaryen, vaginal doğumun kolay olmadığı ya da anne veya bebek için aşırı risk taşıdığı durumlarda uygulanır (Abu-Heija et al., 1998). Genel olarak sezaryen doğumların % 85'ten fazlası şu sebeplerden ötürü yapılmaktadır (Cunningham et al., 2001);

- Geçirilmiş sezaryenler,
- Distosi,
- Fetal Distres,
- Makat prezantasyonu (Cunningham et al., 2001).

Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenebilir:

- Anneyle ilgili endikasyonlar,
- Bebekle ilgili endikasyonlar,
- Fetus ekleriyle ilgili endikasyonlar,

- Sosyal endikasyonlar,
- Diğerler endikasyonlar (Cunningham et al., 2001).

### **2.1.2.3.1- Anneyle İlgili Endikasyonlar**

#### **1- Geçirilmiş sezaryen,**

**2- Baş Pelvis Uyuşmazlığı (Cephalo-Pelvic Disproportion = CPD) :** Pelvisten geçemeyecek kadar büyük bir fetal başın olduğu olgularda doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir (Coşkun ve ark., 1996).

**3- Uterin Disfonksiyon, Serviksin Dilate Olmaması:** Uterin disfonksiyon hipertonic ve hipotonik disfonksiyon olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar. Hipertonic uterin disfonksiyon daha çok anksiyetesi yüksek olan nulliparlarda görülür. Bu olgularda uterin aktivite durdurularak daha etkin bir doğum eylemi gerçekleştirilmeye çalışılır ancak hipertoni devam ederse doğum sezaryenle gerçekleştirilir. Hipotonik uterus disfonksiyonu kontraksiyonların sayısında azalma ile karakterizedir. Bu durumu doğru şekilde saptayabilmek için partograftan yararlanılır. Eğer serviks saatte 1 cm'den fazla açılmıyorsa disfonksiyonel eylem olasılığı akla gelmelidir. Bu olguların büyük bir kısmı oksitosin infüzyonu ile düzeltilebilir. Ancak oksitosin uygulaması başarılı olmazsa, sezaryen ile doğum gerçekleştirilir (Taşkın, 2003).

**4- Yumuşak Doğum Yolu İle İlgili Sebepler:** Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir (Cunningham et al., 2001).

**5- Preeklampsi-Eklampsi:** Daha önce tansiyonu normal olan bir kadında gebeliğin 20. haftasından sonra ya da postpartum erken dönemde hipertansiyon, proteinüri, anüri ve aşırı kilo alma ile birlikte gelişen duruma preeklampsi denir. Preeklampsiye konvülsiyon ve komanın eklendiği durum eklampsidir (Al-Mulhim et al., 2003).

**6- Kronik Hipertansiyon:** Kronik hipertansiyon gebe kadınların %5'inden daha fazlasında meydana gelir ve prematür doğum, fetal büyüme geriliği, plasental ayrılma ve sezaryen doğum gibi ciddi yan etkilerle anlamlı şekilde ilişkilidir (Vigil-De Gracia et al., 2004).

**7- 35 Yaş Üzeri Primipar Olma:** İdeal çocuk doğurma yaşı 20-34 yaşları arası olup, bu yaş aralığı kadının fizyolojisi ve anatomisinin gebeliği tolere edebilmesi açısından en uygun dönemdir. İleri anne yaşı doğum sonrası kanama ve uzamış doğum eylemi nedeni ile de sezaryen olasılığını artıran bir durumdur (Çoban ve ark., 2004).

**8- Annenin Boyunun Kısa Olması:** Annenin boyunun 155 cm'den kısa olması distosi ve CPD sezaryen için risk faktörü olarak görülür. Kısa annelerin gebeliklerinde daha yüksek oranda düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar, neonatal asfiksi ve düşük apgar skoru olduğu görülmektedir. Annenin boyunun kısa olması sezaryen için bağımsız bir risk faktörüdür (Sheinera et al., 2005).

**9- Annenin Diabet gibi Sistemik Hastalıkları:** Pulmoner hipertansiyon ve diabet gibi normal doğumun annenin var olan sağlık sorununu daha da artıracakları durumlarda, sezaryenle doğum gerekebilir. Annenin sağlık durumuna göre sezaryene karar verilir (Moore et al., 2003).

#### **2.1.2.3.2- Bebekle İlgili Endikasyonlar**

**1- Fetal Distres:** Fetal kalp hızında azalma ya da düzensizlik, fetüsün aşırı hareketli olması ve amnion sıvısının mekonyumlu olması fetal sağlığın tehlikede olduğunun göstergesi olup acil olarak sezaryen gerektirir (Taşkın, 2003).

**2- Prezantasyon ve Pozisyon Bozukluğu:** Fetüsün en yaygın prezantasyonu vertextir. Fetüs diğer kısımlarla prezante olduğu zaman doğum eylemi zorlaşır. 32. haftada fetüslerin %6'dan daha fazlası makat prezantasyondadır. Termdeki doğumların %3-4'ünde mevcuttur (Simm et al., 2004). Makat prezantasyon sıklıkla prematürite, multiparite, pelvik anormallikler, plasenta previa ve bazı konjenital anomalilerle ilişkilidir. Doğum travmasından dolayı makat prezantasyonla ilişkili fetal mortalite ve morbiditede artma vardır. Fetüsün pelvise inişi uzun olabilir fakat doğum eylemi genellikle fazla uzun değildir. Makat prezantasyonda fetüsün büyüklüğü, anne pelvisi ve prezantasyon durumuna göre bazen normal doğum gerçekleştirilebilir (Coşkun ve ark., 1996).

**3- Miad Aşımı:** 42 hafta aşılmasına rağmen eylem başlamamışsa surmaturasyondan bahsedilir. Postmaturite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir (Cunningham et al., 2001).

**4- Fetus Anormallikleri:** Hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik gibi durumlardır (Cunningham et al., 2001).

**5- Rh Uygunsuzluğu:** Ağır formlarında hidrops gelişebilir (Cunningham et al., 2001).

### **2.1.2.3.3- Fetus Ekleriyle İlgili Endikasyonlar**

**1- Plasenta Previa:** Plasenta genellikle uterusun ön ve arka duvarına ya da fundusa yerleşir. Ancak gebeliklerin %1'inden daha azında plasenta uterusun alt kısmına yerleşmektedir. Bu durum plasenta previa olarak adlandırılır. Plasenta previa yaklaşık 200 gebelikte bir meydana gelir ve antepartum hemorajiye ve preterm doğuma neden olabilir (Lin et al., 2001). Kanama olasılığı fazla olduğu için sezaryen neredeyse tüm plasenta previa vakalarında bebeğin sağlığı için kabul gören bir uygulamadır (Moore et al., 2003).

**2- Ablasyo Plasenta:** Normal implante olmuş plasentanın, uterus duvarından erken ayrılması durumudur. Fetal distressin gelişip gelişmemesine, zarların açılmasını takiben eylemin başlayıp başlamamasına ve vaginal doğumun iki saat içinde gerçekleşme ihtimalinin olup olmama durumuna göre sezaryen doğum uygulanır. Vaginal doğum ancak acil olarak sezaryenle doğumun gerçekleştirilebileceği bir yerde denenebilir (Taşkın, 2003).

**3- Kordon Sarkması:** Umbilikal kordun prezante olan fetüs kısmı ile kemik pelvis arasında sıkışması sonucu fetal kan akımının engellenmesi, fetal hipoksiye neden olur. Bu daha çok fetüsün makat ve transvers prezentasyonu durumunda ortaya çıkar. Multiparite, preterm doğum, çoğul gebelikler ve özellikle makat veya transvers yatış gibi malprezentasyon durumları hazırlayıcı faktörlerdir (Panter et al., 1996).

#### **2.1.2.3.4- Sosyal Endikasyonlar**

Annenin isteğine bağılı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısı ile sezaryen yapılabilir (Cunningham et al., 2001).

#### **2.1.2.3.5- Diğer Endikasyonlar**

#### **2.1.2.4-Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları**

Anne ve fetüs için potansiyel yararları ile karşılaştırıldığında, anne için çok büyük risklerin olduğu birkaç durum sezaryen için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Bu durumlar fetal ölüm, fetüsün hayatta kalmak için çok immatür ya da yaşayamayacak düzeyde bir anormalliğinin olduğu durumlar, annedeki koagülasyon defektleri, abdominal duvarın pyojenik enfeksiyonu ve uygun araç-gereç, personel ve olanağın olmadığı durumlardır (Pernoll et al., 1994).

#### **2.1.2.5-Sezaryen Doğumun Riskleri**

Sezaryen doğum en güvenli cerrahi uygulamalardan birisi olarak düşünülmesine karşın hemoraji, ileus, tromboembolik olaylar, enfeksiyon, yenidoğanda respiratuar distres sendromu (RDS) ve anestezi riskleriyle birlikte majör bir abdominal operasyondur. Bir çok araştırmaya göre vaginal doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında sezaryen doğum anne için daha büyük riskler taşımaktadır (Murta et al., 2004; McFarlin, 2004).

### 2.1.2.5.1- Sezaryen Doğumun Anne İçin Riskleri

- 1- **Enfeksiyon:** Sezaryen sonrası enfeksiyonlar renal, üriner, deri, üreme ve pulmoner sistemle ilgili olabilmektedir. Gerçekte sezaryen doğumun kendisi başlıca enfeksiyon nedenidir (Normand et al., 2002).
- 2- **Hemoraji:** Cerrahi uygulamanın bir komplikasyonu olup her tür cerrahi girişimde dikkate alınması gereken bir durumdur. Sezaryen doğum çeşitli derecelerde kan kaybına neden olmaktadır. Kanama operasyon sırasında primer veya yaygın olarak enfeksiyon ve konsepsiyon ürünlerinin retansiyonu nedeni ile sekonder olarak ortaya çıkmaktadır (Christoforidis et al., 1999).
- 3- **Üriner Sistem ve Gastro-İntestinal Sistem Yaralanması:** Uygulama bölgesinin üriner ve gastrointestinal alana yakın olması nedeniyle abdominal operasyonların tümünde olabilecek bir komplikasyondur. Klasik jinekolojik operasyonlarda mesane ve distal üreterler en sık yaralanan organlardır (Yossepowitch et al., 2004).
- 4- **Maternal Mortalite ve Morbidite:** Sezaryen doğum ile ilişkili maternal mortalite için 7 kat artmış bir relatif risk bildirilmiştir. Bildirilen çoğu ölümlerin komplike olmuş elektif olmayan işlemlerle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Cunningham et al., 2001). Vaginal doğum ile karşılaştırıldığında sezaryen doğumda maternal morbiditede artmıştır. Morbiditeyi oluşturan temel durumlar endometriozis, hemoraji, idrar yolu enfeksiyonu ve tromboembolizmdir (Cunningham et al., 2001).
- 5- **Plasenta Yerleşim Anormalliklerinde Artma:** Önceden sezaryen geçirmiş kişilerde, sonraki gebeliklerde anne ve fetüsün sağlık ve yaşamını tehlikeye sokan plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve ayrılmaya neden olabilen plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme olasılığı daha yüksektir (Leslie, 2004).
- 6- **Düşük, Ektopik Gebelik ve İnfertilite Riskinde Artma:** Sezaryen, düşük ve ektopik gebelik oluşumunda etkili olduğu kadar sekonder infertilite gibi kadının fertilitesi üzerinde de negatif bir etkiye sahiptir (Leslie, 2004).

- 7- Anestezi Komplikasyonları:** Sezaryende genel ve bölgesel (epidural, spinal ve kombine spinal-epidural anestezi) olmak üzere iki tip anestezi uygulanmakta olup, gebelik komplikasyonlarının %3'ü anestezi ile ilişkilidir (Önder ve ark., 2001).
- 8- Paralitik İleus:** Anestezi, ameliyat sırasında batın içindeki organların ellenmesi, sıvı-elektrolit dengesizliği ve ameliyat yarasının enfekte olması sonucu gelişebilen barsak hareketlerinin geçici olarak baskılanması olan paralitik ileus tüm abdominal ameliyatlarda sonrasında gelişebilen bir durumdur (Charoenkwan et al., 2005).
- 9- Negatif Sosyal ve Mali Etkiler:** Sezaryen doğumda hastanede kalma süresi vaginal doğumdan 3 kez daha uzundur. Bunun dışında vaginal yolla doğum yapanlara göre sağlığına daha geç kavuşma ya da enfeksiyon, safra kesesi hastalıkları, cerrahi yara komplikasyonları, kardiyo-pulmoner sorunlar, tromboembolik sorunlar ve apandisit gibi nedenlerle yeniden hastaneye yatma riskinde artmanın, aile üzerinde negatif sosyal ve mali etkileri vardır. Kendisi ve bebeğinin bakımı için arkadaş ya da aile üyelerinin yardımına gereksinim duyma ve başkalarına bağımlı olma sezaryenin bir başka olumsuz yönüdür (Penna et al., 2003).
- 10- Hasta Memnuniyetinde Azalma:** Normal olarak doğum, fizyolojik, emosyonel ve gebelikteki yaşam stili değişiklikleri ve lohusalık dönemi, bitkinliği içeren duygudurum değişiklikleri ve beden imajı değişiklikleriyle ilişkili stresleri içerir. Sezaryen doğum cerrahinin stresini içeren ek streslere de neden olur (Callister, 1997). Sezaryenle doğum yapan kadınlar, depresyon, anksiyete, suçluluk, kontrol kaybı ve benlik kavramı kaybı ile ilişkili olarak vaginal yolla doğum yapan kadınlara göre daha az memnuniyet ifade etmektedir (Callister, 1997).
- 11- Emzirme ve Bağlanmayı Engelleme:** Doğumdan sonraki ilk birkaç saat sağlıklı anne yenidoğan etkileşiminin kurulması için kritik bir dönemdir. Bazı anneler ve uzmanlar başarılı bir sezaryenin bile (iyileşme döneminde anne ve bebeğin saatlerce ayrı kalabilmeleri nedeniyle) emzirme ve bağlanmayı engelleyebileceğinden endişe etmektedirler. Sezaryenle doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığında vaginal doğumda anne bebek etkileşimi daha kolay kurulur ve emzirmeye daha erken başlanır (Buhimschi et al., 2006).

### 2.1.2.5.2- Sezaryen Doğumun Bebek İçin Riskleri

- 1- Solunum Problemleri:** Akciğer sıvısının emilmesinde gecikmeye bağlı görülen yenidoğanın geçici takipnesi, respiratuar distres sendromu (39. haftadan önce uygulanan sezaryenlerde risk daha da yükselir) ve pulmoner hipertansiyon (sezaryenle doğanlarda vaginal yolla doğanlara göre beş kat daha fazladır) sezaryenle doğan yenidoğanlarda görülen problemlerdendir (Mckinney et al., 2000). Sezaryenle doğan yenidoğanlarda solunum problemleri görülme riski vaginal yolla doğanlara göre 5 kat daha fazladır (Leslie, 2004).
- 2- Laserasyon ve Travmalara Bağlı Yaralanma:** Yenidoğan yaralanması doğum vaginal ya da abdominal her iki durumda da olabilecek bir tehlikedir. Operasyon sırasında meydana gelen yenidoğanın iatrojenik travması sezaryenin yan etkisidir (Buhimschi et al., 2006).
- 3- Preterm Doğum:** Gestasyonel yaşın değerlendirilmesinde hata yapılmasına bağlı preterm doğum gerçekleşebilir. Prematürite, fetal sağlık üzerine uzun dönem etkilere sahiptir. Hatta orta düzeyde prematüritelik ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir (Leslie, 2004).

### 2.1.2.6- Sezaryen Doğumun Yararları

Sezaryen fetal kırık ve sinir yaralanması gibi ciddi komplikasyonların oluşumunu engellemesi açısından yararlı olup, bu tür komplikasyonları %50'den daha fazla oranda azaltabilir (Minkoff et al., 2003). Pelvik taban, abdominal ve pelvik organları destekler, idrar ve dışkınnın kontrolünü sağlar, cinsel ilişkiye ve doğuma izin verir ve seksüel yanıtta rol oynar. Pelvik taban kaslarının gücü doğumdan sonra azalır ve vaginal doğum bir çok yazar tarafından pelvik taban hasarının önemli bir nedeni olarak kabul edilir (Penna et al., 2003; Harer, 2003). Sezaryenin bir çok kadın için uzun dönemde en önemli yararının, uterus, mesane ve diğer abdominal organları destekleyen pelvik taban kaslarının korunması olduğu savunulmaktadır (Baytur ve ark., 2005).



Bebeğin başı doğum kanalından geçerken sinirler ve kaslar zarar görebilir. Doktor forseps veya vakum kullanmak zorunda kalırsa zarar görme riski daha da artar. Bu durum koşma, gülme, ağlama sırasında meydana gelen kontrol edilemeyen idrar çıkışına neden olabilir. Üriner ve fekal inkontinans, pelvis organlarının prolapsusu ve cinsel disfonksiyon insidansı vaginal doğum sonrası daha yüksektir (Minkoff et al., 2003). Vaginal doğum ve kısmen de operatif doğumun pelvik organ desteğini ve kadınların seksüel fonksiyonlarını negatif olarak etkilediğine inanılmaktadır. Postpartum seksüel fonksiyonun azalması ile ilgili diğer faktörler emzirme, vaginal doğum, operatif vaginal doğum, perineal travma, vaginal yırtıklar ve epizyotomidir (Harer, 2003).

## **2.2- POSTPARTUM RUHSAL DURUM DEĞİŞİKLİKLERİ**

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (Robinson et al., 1986). Postpartum dönem, kadınlar için duygudurum bozuklukları, özellikle postpartum depresyon açısından önemlidir. Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858'de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (Kısa, 2004).

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Puget et al., 2005). Doğum sonrası başlangıç hem klinik görünüm hem de tedaviye yanıt açısından önemli olabilmektedir (Selvi ve ark., 2004). Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülür. Postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Kadınlar özellikle doğumdan sonraki

ilk bir yıl psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadırlar (Manfredi et al., 2005).

Psikiyatrik ve genel hastalık tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (DSM-IV, 1992; Dubois et al., 2010). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; “annelik hüznü (maternity blues,baby blues, postpartum blues)”, “postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon)” ve “postpartum psikoz” olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır (Godfroid et al., 1996; Munoz et al., 2006).

### **2.2.1- ANNELİK HÜZNÜ**

Levy erken puerperiumdaki kadınların %50-70’inde görülen annelik hüznünün geçici disfori dönemleri ile karakterize ağlama, üzüntülü hissetme, ümitsizlik duyguları, konfüzyon, anksiyete ve uykusuzluk ile karakterize bir durum olduğunu belirtmiştir (Levy, 1987). Stein 1980’de 37 hastayı içeren çalışmasında pik yapan bulguların depresyon, ağlama, irritabilite, yerinde duramama, hayal kurma, baş ağrısı olduğunu bildirmiştir (Stein, 1980).

#### **2.2.1.1- Annelik Hüznünün Görülme Sıklığı**

Annelik hüznü yeni annelerin %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen en sık görülen doğum sonu karşılaşılabilen problemlerden biridir ( Puget et al., 2005; Munoz et al., 2006).

### **2.2.1.2- Annelik Hüzünün Nedenleri**

Annelik hüznünün başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eş zamanlıdır. Bu da postpartum hüznün endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir (Harris et al., 1989). Bazı çalışmalarda postpartum hüznü hastaları ve kontrol grubu arasında belirli günlerde bakılan östrojen ve progesteron düzeyleri açısından farklılık bulunmamıştır (Hedrick et al., 1999). O'Hara ve arkadaşları ise annelik hüznü olanlarda gebeliğin 38.haftasında ve postpartum 2.-3. günlerdeki serbest östriol düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bunlarda ortalama prepartum östriol düzeylerinden postpartum düzeylere daha büyük bir düşüş olduğunu bildirmişlerdir (O'Hara et al., 1991).

O'Hara ve arkadaşlarının (1991) 180 olguluk prospektif bir çalışmasında, annelik hüznü olan kadınlarda premenstrual disfori öyküsünün daha sık olduğu, psikiyatrik öz ve soygeçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır (Gülseren ve ark., 2006). Annelik hüznü gelişen olgular postpartum depresyon ya da psikozun varlığının göz ardı edilmemesi yönünden psikiyatrik açıdan izlenmelidir. Annelik hüznünün primipar kadınlarda daha sık olduğu, psikososyal problemler ve evlilik uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Williams et al., 1998).

### **2.2.1.3- Annelik Hüzünün Klinik Özellikleri**

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3-5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygulanımda hızlı değişiklik, öfke, konsantrasyon güçlüğü, hareketsiz kalamama, bitkinlik, uykusuzluk, baş ağrısı, hayal kırıklığı, kayıp ve keder duyguları görülür (Puget et al., 2005; Munoz et al., 2006). Bu durum doğumdan sonraki ilk üç-beş günde çok yoğun olarak yaşanmakta ve genellikle 10. günde sakinleşmekte, 2 haftada sonlanmaktadır (Munoz et al., 2006)

## **2.2.2- POSTPARTUM DEPRESYON**

Postpartum depresyon, DSM-IV’ de “Duygudurum Bozuklukları” içinde yer almakta ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (DSM-IV, 1992). Postpartum depresyonda belirtiler ‘annelik hüznü’ tablosuna göre daha şiddetli olup hastada intihar düşünceleri olabilmektedir (Munoz et al., 2006). Postpartum dönemde görülen depresyon sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlüklerde yaşarlar (Munoz et al., 2006).

### **2.2.2.1- Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı**

Postpartum depresyonun yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda birbiri ile çelişen sonuçlar çıkmasının sebebi, yapılan çalışmaların bazılarının depresyonu tanısal değerlendirmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanmasından kaynaklanmaktadır (Munoz et al., 2006; İnandı ve ark., 2005).

Postpartum depresyonun görülme sıklığı, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem hacmi ve populasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermekte ve %3,5-50 arasında değişmektedir (Moses-Kolko et al., 2004; Munoz et al., 2006). Genel olarak klinik görüşme ile yapılan standart tanı yönteminin kriter olarak kullanıldığı çalışmalarda prevalans %3,5-17,5 olarak bildirilmekte; öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda ise %50'lere ulaşmaktadır (Akman ve ark.,2007). DSM-IV’ göre depresyonun özellikle doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda annenin postpartum depresyon açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir. Diğer bazı çalışmalarda başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere

1 yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmektedir (Georgiopoulos et al., 1999). Bazı çalışmalarda postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında prepartum depresif semptomlar ve annelik hüznü bildirilmiştir (Baker et al., 1999).

### **2.2.2.2- Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri**

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve risk grubunda olan anneleri yakından izlemek önemlidir (Munoz et al., 2006).

Çalışmalar sonucu tespit edilebilen risk faktörleri: Kişisel ve ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal anksiyete / depresyon, daha önceki gebeliklerde depresyon hikayesi, kişisel yapı (obsesif-kompulsif, panik, anksiyeteli gibi kişilik özellikleri), özgüven eksikliği, ilk bebeğe sahip olma, çocuk bakım stresi, çocukta sağlık problemleri, huysuz / huzursuz bebek, daha önce çocuklarla deneyimin olmayışı, doğum sonrası ciddi tıbbi komplikasyonlar, multiparite, küçük yaşta çocuk sahibi olma, yaşam stresi, istenmeyen yaşam olayları, sosyal destek yokluğu, evlilik problemleri, eşle iletişimin kötü olması, boşanma / yalnız yaşama, düşük gelir düzeyi, düzenli iş sahibi olamama, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen / planlanmayan gebelikler, kötü çocukluk tecrübeleri, annenin güvensiz bağlanma biçimi, anneliği istememe / anneliğe adapte olamama, kendi annesi ile arasında zayıf ilişki, annelik hüznü, kötü doğum tecrübesi, PMS olarak tespit edilmiştir (Unterman et al., 1990; Parry, 1995; Kendell et al., 1987).

Doğumdan sonraki 5 hafta içinde depresyonun başlama oranı 3 kat daha fazla bulunmuştur (Cox et al., 1993). Toplumdaki sosyokültürel özellikler, özellikle doğumdan sonra ilk haftalarda anneye karşı çevrenin ilgi ve desteğinin iyi olması, sonraki dönemlerde annenin bu konuda yalnızlık hissetmesi bu durumun ortaya

çıkmasının nedeni olabilir. İlk doğumunu yapanlarda doğum sonrası depresyon riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Parry, 1995).

### **2.2.2.3- Postpartum Depresyonun Nedenleri**

Risk faktörleri belirlenmiş olmasına rağmen, postpartum depresyonun nedeni henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, biyolojik ve psikososyal faktörler ile açıklanmaktadır (Akdeniz ve ark., 2004).

#### **2.2.2.3.1- Biyolojik Faktörler**

Postpartum dönemde östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrası dönemde, hormon düzeyindeki değişikliklerin depresyon etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (Akdeniz ve ark., 2004).

Gebelik sürecince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygu durum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir (Akdeniz ve ark., 2004).

#### **2.2.2.3.2- Psikososyal Faktörler**

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (Munoz et al., 2006; Unterman et al., 1990).

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (Unterman et al., 1990). İstenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker (Gitlin et al., 1989). Doğumla birlikte kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir (Karamustafalıoğlu ve ark., 2000).

#### **2.2.2.4- Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri**

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80’inde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (Harer, 2003). Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen majör depresif epizoda benzemektedir. Bunlar arasında;

- Kendini değersiz hissetme,
- Anksiyete ve hatta panik ataklar,
- Suçluluk,
- Bebekle ilgili endişeler,
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama,
- Hareket ve konuşmada yavaşlık,
- Ajitasyon veya hiperaktivite,
- Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme),

- Uyku bozuklukları,
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma,
- Duygusal dengesizlik,
- Öfke hissi,
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi,
- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler,
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma,
- Seksi de içeren aktivitelerde azalma ,yer almaktadır (Puget et al., 2005; Munoz et al., 2006).

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmada, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (Karamustafalıoğlu ve ark., 2000).

#### **2.2.2.5- Postpartum Depresyonda Tanı**

Postpartum depresyonun tanısı klinik görüşme gerektirmektedir. Tanı, DSM-IV kriterlerine göre konur (DSM-IV, 1992). Doğum yapan tüm kadınlar ya da ruhsal birtakım semptomları olan postpartum dönemdeki tüm kadınlarla klinik görüşme yapılması hem zaman açısından hem de ekonomik yönden yüksek maliyete sahiptir. Bu nedenle, problemi ortaya koymak için, çabuk uygulanabilen ve düşük maliyetli tarama araçlarının kullanılması daha yerinde bir yaklaşımdır (Evins et al., 1997). Bu amaçla geliştirilmiş, kadının ruhsal durumunu değerlendirmek için kullanılabilen bazı standart kendini bildirim tarama araçları da bulunmaktadır. Depresyon belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu araçlar psikolojik sıkıntının derecesi hakkında bilgi verebilir ve kadının doğum sonrası depresyonda olduğunu gösterebilirler.



Özellikle hafif yada orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, PPD'nin başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (Postpartum Depression Screening Scale=PDSS) gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (Munoz et al., 2006).

### **2.2.3- POSTPARTUM PSİKOZ**

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetli formudur (Kısa, 2004).

#### **2.2.3.1- Postpartum Psikozun Görülme Sıklığı**

Literatür bilgileri gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığının 10-20 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum psikoz vakaları aslında oldukça ender tablolar olup, insidansı 1000 doğumda 1-2 olarak bildirilmektedir (Kendell et al., 1987).

Kendell, hastaneye psikiyatrik başvuruların postpartum ilk ayda doğum öncesi döneme göre ortalama 6 kat ve ilk 3 ayda 3-8 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Kendell, 1985). Loğusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, daha önce psikoz geçirmiş olanlar, duygudurum bozukluğu öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden ailesel yükümlülüğü olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (Kendell et al., 1987).

### **2.2.3.2- Postpartum Psikozun Nedenleri**

Postpartum psikozun az bir kısmı enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi tıbbi durumlara bağılı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin postpartum psikoz ile bağılantılı olabileceğı ileri sürülmekle birlikte bu hormonlarla tedavinin etkili olmadığı görülmüştür (Steiner, 1990).

Postpartum dönemde majör depresyon tanısı alan kadınların çoğı, daha sonra bipolar bozukluk tanısı alan ataklar yaşamışlardır. Bu bulgular postpartum psikoz olgularının genelde birincil duygudurum bozukluklarının doğum stresi ile ortaya çıkmış ataklar olduğunu düşündürmektedir (Kendell et al., 1987).

Bazı araştırmacılar, ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve postpartum psikoz ile son stresli yaşantılar arasında bağılantılar olduğunu belirtmişlerdir. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak istemeyebilir, diğerleri mutsuz evlilikleri içinde kendilerini kapana kısılmış hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyumsuzlukları, postpartum psikoz sıklığının artmasına yol açabilir (Benjamin et al., 2003).

### **2.2.3.3- Postpartum Psikozun Klinik Özellikleri**

Genellikle postpartum psikoz doğumu takip eden 2-3 hafta içinde baslar ve 2-3 ay kadar sürer (Kendell et al., 1987). Postpartum psikoz, semptomları açısından çok değışkendir. Bu nedenle postpartum psikozu tanımlarken ‘mercurial’ kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial, civalı bir türlü yerinde durmayan değışken anlamındadır (Unterman et al., 1990). Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenemeden yakınır. Ağlama, duygusal oynaklık dönemleri olabilir. Daha

sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygudurumda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25'inde ortaya çıkar (Benjamin et al., 2003).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (Benjamin et al., 2003).

Postpartum psikozun postpartum depresyondan ayırıcı tanısında; postpartum depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi postpartum psikoza göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (Munoz et al., 2006).

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1- Araştırmanın Tipi

Bu araştırma 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran normal doğum veya sezaryen doğum yapmış, 0-3 aylık sağlıklı bebeği olan annelerde ruhsal durum değişikliklerini araştırmak ve bunları karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

### 3.2- Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlam Çocuk Polikliniğinde yapılmıştır.

### 3.3- Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, 25.01.2010 – 30.06.2010 tarihleri arasında İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran normal doğum veya sezaryen doğum yapmış, 0-3 aylık sağlıklı bebeği olan anneler oluşturmaktadır.

### 3.4- Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, 25.01.2010 – 30.06.2010 tarihleri arasında İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran normal doğum veya sezaryen doğum yapmış, 0-3 aylık sağlıklı bebeği olan, 15-49 yaşları arasında (doğurganlık yaşında) bulunan, 200 anne oluşturmaktadır. Bunların 90 tanesi normal doğumla, 110 tanesi ise sezaryen doğumla bebeklerini dünyaya getirmişlerdir.

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (Robinson et al., 196). Postpartum dönem, kadınlar için duygudurum bozuklukları, özellikle

postpartum depresyon açısından önemlidir (Kısa, 2004). Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Puget et al., 2005).

Bu bilgiler ışığında; annenin içinde bulunduğu postpartum dönemi düşünürsek bebeğinin sağlıklı olması halinde annede var olan ruhsal durum değişikliklerini ortaya koyabiliriz. Bebeğinin hasta olması halinde annenin ruhsal durumu etkilenecektir. Bu yüzden Hasta Çocuk Polikliniğine, diğer Çocuk polikliniklerine başvuran anneler ve bebeği hastanede yatmakta olan anneler çalışmamıza dahil edilmemiştir. Ayrıca bu gebeliğinden önce ölü doğum yapmış, kürtaj olmuş, düşük yapmış anneler çalışmamıza dahil edilmemiştir.

### **3.5- Verilerin Toplanması**

Aralık 2009 ayı içerisinde postpartum ruhsal durum değişikliklerine yönelik anket formu oluşturulduktan sonra 04.01.2010'da İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Sağlam Çocuk Polikliniğinde 20 şer anne üzerinde ön uygulama yapılmış, aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilerek son düzenlemeler yapılmıştır.

25.01.2010 – 30.06.2010 tarihleri arasında, mesai saatleri içinde, herhangi bir nedenle çalışmanın yürütüldüğü 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran 0-3 aylık bebeği olan annelere çalışmanın amacı ve anket içeriği ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan annelere yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır. Okuma yazması olmayan ya da o anda anketi kendi başına okuyup cevaplayamayacağını söyleyen annelere, araştırmacı anket formunun uygulanmasındaki soru ve cevap seçeneklerini tek tek okuyarak yardımcı olmuştur. Anket uygulaması eğer o anda boş bir oda mevcutsa (emzirme odası, aşı odası... vs)

anneyi oraya alarak, mümkün olamadığı durumda da bekleme koridorunda gerçekleştirilmiştir. Bir kişiye anket formu uygulanması yaklaşık 10 dakikadır. Verilerin toplanması, 6,5 aylık bir çalışma sonucunda tamamlanabilmektedir.

### **3.6- Araştırmanın Veri Kaynağı**

Araştırmada veri kaynağı olarak Annenin Sosyodemografik Özellikleri, Kişisel Özellikleri ve Ruhsal Durum Özelliklerine ait anket formu kullanılmıştır.

#### **Anket Formu**

Araştırmada kullanılan anket formu 3 bölüm ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Anketin 9 soru içeren birinci bölümü annenin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Bu bölümde annenin yaşı, annenin eğitim durumu, annenin ve eşinin mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir düzeyi, annenin evlilik yaşı, yaşadığı yer ve aile tipi ile ilgili sorular bulunmaktadır. Annenin kişisel özellikleri ile ilgili olan ikinci bölüm 7 sorudan oluşmuştur. Bu bölümde Annenin gebe kalma durumu, kronik bir hastalığının olup olmaması durumu, doğum şekli, doğum yöntemleri hakkındaki bilgisi, doğum şeklinin tercihi, sezaryen doğumun sebepleri, doğumun kaçınıcı gebelik haftasında gerçekleştiği ile ilgili sorular bulunmaktadır. Anketin 3. bölümü ise annenin ruhsal durum özellikleri ile ilgili olup 14 sorudan oluşmaktadır.

Ruhsal durum değişikliklerine yönelik sorular araştırmanın planlanma aşamasında konuyla ilgili literatürün (Godfroid et al., 1996; Munoz et al., 2006) gözden geçirilmesiyle oluşturulmuştur.

### **3.7- Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri SPSS 15,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programına aktarılmış, veri girişi tamamlanıp veri kontrolü yapılmış ve bu paket programında analiz edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı özellikler ve postpartum depresyon sıklığı sayı ve yüzde (%) cinsinden sunulmuştur. Tanımlayıcı özelliklere göre postpartum depresyon bulunma durumu, her bir özellik için ayrı ayrı, “Ki-kare”

testi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. Bu değerden kk ya da eşit p değerleri için ‘‘istatistiksel olarak anlamlı’’; büyük değerler için ise ‘‘istatistiksel olarak anlamlı değil’’ yorumu yapılmıştır

### **3.8- Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler**

Anket uygulamasının, sağlık kuruluşu içerisinde annelerle görüşmeye tahsil edebilecek ayrı özel bir yer sağlanması konusunda bazen uygun olmaması sebebiyle çoğunlukla kalabalık bekleme koridorunda yapılması, annenin yanında bulunan bebeğin huzursuzlaşması, ağlaması zaman zaman uygulamanın bölünmesi ve uzamasına sebep olmuş, araştırmacı ile katılımcılar arasında iletişim sorunlarına neden olmuştur.

## **4.BULGULAR**

Bu bölümde sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri ve bunların karşılaştırılmasına yönelik olarak elde edilen araştırma bulguları yer alacaktır. Öncelikle katılımcıların kendilerine ve ailelerine yönelik sosyodemografik özellikleri, sezaryen ve normal doğum yapmış kadınların kişisel özellikleri, sezaryen ve normal doğum yapmış kadınların ruhsal durum özelliklerine yönelik sıklık analizleri gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, sezaryen ve normal doğum yapmış kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri de çapraz tablolar analizi ile ele alınmıştır

### **4.1- Sıklık Analizi**

Sıklık analizleri kapsamında; kadın ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, sezaryen ve normal doğum yapmış kadınların kişisel özellikleri, sezaryen ve normal doğum yapmış kadınların ruhsal durum özellikleri ele alınmıştır. Katılımcıların bu başlıklar altında oluşturulan sorulara verdikleri yanıtların sıklıkları ve yüzdeleri incelenmektedir.

#### **4.1.1- Kadın ve Ailesinin Sosyodemografik Özellikleri**

Bu bölümde örneklem grubunun yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, eşlerinin meslekleri, sağlık güvenceleri, ailenin aylık geliri, evlenme yaşı, yaşanan yer ve aile tipine ilişkin sıklık analizi gerçekleştirilmiştir.



**Tablo-1:** İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=200).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>YAŞ</b>		
15-24	40	20,0
25-34	119	59,5
35-44	36	18,0
45 ve üstü	5	2,5
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>EĞİTİM</b>		
Okur-yazar değil	9	4,5
İlkokul	50	25,0
İlköğretim	25	12,5
Lise	57	28,5
Üniversite	54	27,0
Yüksek Lisans	5	2,5
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>MESLEK</b>		
Ev Hanımı	122	61,0
Memur	55	27,5
İşçi	13	6,5
Diğer	10	5,0
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>EŞ MESLEK</b>		
Memur	64	32,0
Serbest Meslek	80	40,0
İşçi	52	26,0
Çalışmıyor	4	2,0
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>SAĞLIK GÜVENCESİ</b>		
SGK	174	87,0
Yeşil Kart	10	5,0
Özel Sigorta	3	1,5
Yok	13	6,5
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>AYLIK GELİR</b>		
499TL VE ALTI	19	9,5
500 -999 TL	61	30,5
1000 -1999 TL	68	34,0
2000TL ve üzeri	52	26,0
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>EVLİLİK YAŞI</b>		
15-18	32	16,0
19-22	63	31,5
23-25	49	24,5
25 yaş ve üzeri	56	28,0
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>YAŞADIKLARI YER</b>		
Köy-Kasaba	14	7,0
İlçe	113	56,5
İl	73	36,5
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>AİLE TİPİ</b>		
Çekirdek Aile	166	83,0
Geniş Aile	33	16,5
Parçalanmış Aile	1	0,5
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların %59,5'ini (200/119) muhtemel doğum yapma (25-34 yaşları arasında) yaşında olduğu; %28,5'ini (200/57) eğitim açısından lise mezunu; meslek açısından %61'inin (200/122) ev hanımı olduğu; %40'ının (200/80) eşinin serbest meslekle uğraştığı; sağlık güvencesi açısından %87'sinin (200/174) SGK'lı oldukları; aylık gelir durumu açısından %34'ünün (200/68) 1000TL- 1999 TL arasında olduğu; evlilik yaşı açısından ise %31,5'inin (200/63) 19-22 yaşları arasında olduğu; yaşadıkları yer açısından %56,5'inin (200/113) ilçede yaşadığı; aile tipleri bakımından ise %83'ünün (200/166) çekirdek aile şeklinde yaşadığı gözlenmiştir.

#### 4.1.2- Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınların Kişisel Özellikleri

Bu bölümde katılımcıların gebe kalma kararı, gebeliğini etkileyebilecek herhangi bir kronik hastalığının olup olmaması, doğum yöntemleri hakkındaki düşünceleri, doğum tercihleri, doğumun kaçınıcı gebelik haftasında gerçekleştiği ile ilgili sorulara verilen yanıtların sıklıkları ve yüzdesel dağılımları incelenmiştir.

**Tablo-2:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gebelik Bilgilerine İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>GEBE KALMA KARARI</b>		
Kendim	13	6,5
Eşim	19	9,5
Eşim ve Ben	124	62,0
Plansız	44	22,0
<b>TOPLAM</b>	200	100,0

Elde edilen bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların %62'sinin (200/124) eşiyile birlikte gebe kalmaya karar verdikleri gözlenmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak katılımcılarımızın büyük bir çoğunluğunun planlı bir gebeliğin olduğu anlaşılmaktadır.

**Tablo-3:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Doğumlarına İlişkin Dağılımı

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>		
Normal Doğum	90	45,0
Sezaryen Doğum	110	55,0
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>DOĞUM YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ ALINAN KİŞİ</b>		
Doktordan	70	35,0
Hemşire-Ebe	13	6,5
Aile Büyüklerinden	15	7,5
Diğer	51	25,5
Bilgim Yok	51	25,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>DOĞUM ŞEKLİNİN TERCİHİ</b>		
Kendime Ait	63	31,5
Eşime Ait	2	1,0
Eşim-Aile ve Bana Ait	11	5,5
Doktora Ait	89	44,5
Doktora ve Bana Ait	35	17,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>DOĞUMUN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ GEBELİK HAFTASI</b>		
24-28	7	3,5
29-33	16	8,0
34-38	68	34,0
39-42	109	54,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0

Elde edilen bulgular incelendiğinde katılımcıların %45'i (200/90) doğumlarını normal doğum olarak, %55'i (200/110) ise doğumlarını sezaryen doğum olarak gerçekleştirdikleri, bu bilgiler ışığında ise doğum şekilleri açısından büyük bir farklılığın olmadığı, katılımcıların %35'inin (200/70) doğum yöntemleri hakkındaki bilgiyi doktorlarından edindikleri, %44,5'inin (200/89) doğum şekline doktorunun karar verdiği, %54,5'i (200/109) ise doğumlarını 39-42 haftalarda yaptıkları gözlenmektedir.

**Tablo-4:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sezaryen Doğum Yapmalarının Nedenlerine İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>SEZARYEN DOĞUM YAPMA SEBEBİ</b>		
Bebekte Sıkıntı Olması	47	43,1
Açıklığa Rağmen Doğum Olmaması	3	2,8
Daha Önceki Doğumun Sezaryen Olması	28	25,7
Ağrı Çekmek İstememesi	2	0,9
Normal Doğum Korkusu	10	9,2
İleri Yaş	1	0,9
Diğer	19	17,4
<b>TOPLAM</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Katılımcılardan sezaryen ile doğum yapan 110 kişi bu soruyu yanıtlamıştır. Bu doğrultuda elde edilen bulgular incelendiğinde katılımcıların %43,1'inin (110/47) bebekte sıkıntı olmasından dolayı sezaryen doğum yaptıkları gözlenmektedir.

**Tablo-5:** Araştırmaya Katılanların Gebeliklerini Etkileyecek Herhangi Bir Kronik Hastalıklarına İlişkin Dağılımı

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>KRONİK HASTALIK</b>		
Hipertansiyon	11	5,5
Diyabet	4	2,0
Böbrek hastalığı	3	1,5
Kalp hastalığı	2	1,0
Diğer	21	10,5
Yok	159	79,5
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Elde edilen bulguları incelediğimizde katılımcıların %79,5'inin (200/159) herhangi bir kronik rahatsızlıklarının olmadığı gözlenmektedir.

#### 4.1.3- Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınların Ruhsal Durum

##### Özellikleri

Bu bölümde gebelik, doğum ve doğum sonrasında yaşanan ruhsal sıkıntılarla ilgili olarak sorulara verilen yanıtların sıklıkları ve yüzdesel dağılımları incelenmektedir.

**Tablo-6:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Daha Önceden Ruhsal Problem Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>DAHA ÖNCE DEN RUHSAL PROBLEM YAŞAMA</b>		
EVET	42	21,0
HAYIR	158	79,0
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Elde edilen bulgular incelendiğinde katılımcıların %21'inin (200/42) daha önceden ruhsal bir problem yaşadığını, %79'unun (200/158) ise daha önceden ruhsal bir problem yaşamadığını görmekteyiz.

**Tablo-7:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gebelik ve Doğumla İlgili Olarak Kaygı/Korku Durumlarının incelenmesine İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>KAYGI/KORKU YAŞAMA</b>		
Evet	114	57,0
Hayır	86	43,0
<b>TOPLAM</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<b>KAYGI/KORKUNUN YAŞANILDIĞI DÖNEM</b>		
İlk Üç Ay	44	38,6
İkinci Üç Ay	23	20,2
Üçüncü Üç Ay	40	35,1
Doğum Sonrası	7	6,1
<b>TOPLAM</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>
<b>KAYGI/KORKU YAŞANDIĞI ZAMAN PSİKOLOJİK DESTEK ALIP ALMAMA</b>		
Evet	78	68,4
Hayır	36	31,6
<b>TOPLAM</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>
<b>PSİKOLOJİK DESTEK ALINAN KİŞİ</b>		
Psikiyatrist	2	2,6
Psikolog	1	1,3
Kadın Hastalıkları Uzmanı	26	33,3
Hemşire-Ebe	2	2,6
Eşim	34	43,6
Aile Büyükleri	13	16,7
<b>TOPLAM</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Elde edilen bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların % 57'si (200/114) kaygı/korku yaşadıklarını, %43'ü (200/86) ise kaygı/korku yaşamadıklarını, Kaygı/Korku yaşayan katılımcıların %38,6 sı (114/44) gebeliğin ilk üç aylık döneminde, %35,1'i (114/40) ise gebeliğin üçüncü üç aylık döneminde yaşadıklarını, Kaygı/Korku yaşanıldığı zaman ise katılımcıların %68,4' ünün (114/78) psikolojik destek aldığı, bu psikolojik desteği de %43,6'sının (78/34) eşlerinden, %33,3 ünün (78/26) ise Kadın Hastalıkları Uzmanından aldıkları gözlenmektedir.

**Tablo-8:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Doğum Sonrası Dönemde Yaşadıkları Ruhsal Problemlere İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>ANNELİK HÜZNÜ BELİRTİLERİ</b>		
Kimsesizlik	24	12,0
Yoğun Üzüntü	15	7,5
Uykusuzluk	27	13,5
Huzursuzluk-Gerginlik	48	24,0
Diğer	17	8,5
Problem Yok	69	34,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>DEPRESYON BELİRTİSİ</b>		
Yeme Bozukluğu	14	7,0
Uyku Bozukluğu	18	9,0
Sinir Bozukluğu	14	7,0
Enerji Ve Motivasyon Kaybı	8	4,0
Konsantre Olamama	5	2,5
Umutsuzluk Veya Çaresizlik	25	12,5
İçe Kapanma Ağlama	22	11,0
Yalnızlık Korku	13	6,5
Suçluluk Değersizlik Hissi	4	2,0
Cinsel İsteksizlik	17	8,5
Diğer	4	2,0
Yok	56	28,0
<b>TOPLAM</b>	200	100,0

Elde edilen bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların %65,5'inin (200/131) annelik hüznü belirtilerini yaşadığı, bunların %12'si (200/24) doğum sonrası dönemde kimsesizlik yaşadıklarını, %7,5'i (200/15) yoğun üzüntü yaşadıklarını, %13,5'i (200/27) uykusuzluk yaşadıklarını, %24'ü (200/48) huzursuzluk-gerginlik yaşadıklarını, %8,5'i (200/17) diğer problemler yaşadıklarını

belirtmişlerdir. Katılımcıların %34,5'i (200/69) ise doğum sonrasında problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %72'sinin (200/144) depresyon belirtisi yaşadığı, bunların % 7'si (200/14) yeme bozukluğu yaşadıklarını, %9'u (200/18) uyku bozukluğu yaşadıklarını, %7'si (200/14) sinir bozukluğu yaşadıklarını, %4'ü (200/8) enerji ve motivasyon kaybı yaşadıklarını, %2,5'i (200/5) konsantre olamama sorunu yaşadıklarını, %12,5'i (200/25) umutsuzluk veya çaresizlik hissettiklerini, %11'i (200/22) içe kapanma ve ağlama yaşadıklarını, %6,5'i (200/13) yalnızlık ve korku yaşadıklarını, %2'si (200/4) suçluluk, değersizlik hissi yaşadıklarını, %8,5'i (200/17) cinsel isteksizlik yaşadıklarını ve %2'si (200/4) diğer sıkıntıları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %28'i (200/56) ise hiçbir depresyon belirtisi yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo-9:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Anne-Bebek yaklaşmasına İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>BEBEĞİ KABULLENEMEME PROBLEMİ</b>		
Evet	18	9,0
Hayır	182	91,0
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>BEBEK BAKIMINDA YAŞANAN GÜÇLÜKLER</b>		
Emziremiyorum	33	16,5
Dokunamıyorum	3	1,5
Uyutamıyorum	7	3,5
Yeterince İlgilenemiyorum	15	7,5
Diğer	5	2,5
Yok	137	68,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>BEBEK BAKIMINDA DESTEK OLAN KİŞİ</b>		
Annem	84	42,0
Kayınvalidem	31	15,5
Eşim	40	20,0
Bakıcı	8	4,0
Hiç kimse	37	18,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0

Elde edilen bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların %91'inin (200/182) bebeğini kabullenememe problemi yaşamadıkları, katılımcıların %9'unun (200/18) bebeğini kabullenememe problemi yaşadığı, katılımcıların %68,5'inin bebeklerinin bakımları ile ilgili herhangi bir gúçlük yaşamadıkları, bebeklerine bakımında %42'sinin (200/84) kendi annelerinin destek olduğu gözlenmektedir.

**Tablo-10:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tekrar Bebek Sahibi Olma İsteklerine İlişkin Dağılım

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>TEKRAR BEBEK SAHİBİ OLMA İSTEĞİ</b>		
Evet	39	19,5
Hayır	161	80,5
<b>TOPLAM</b>	200	100,0
<b>İSTENİLEN BEBEĞİN DOĞUM YÖNTEMİ</b>		
Normal Doğum	20	51,3
Sezaryen	19	48,7
<b>TOPLAM</b>	39	100,0

Elde edilen bulgular incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların %19,5'i (200/39) tekrar çocuk sahibi olmayı düşündüklerini, %80,5'i (200/161) ise tekrar çocuk sahibi olmayı düşünmediklerini belirtmişlerdir. Tekrar çocuk sahibi olmayı isteyen katılımcıların %51,3'ü (39/20) normal doğumla tekrar çocuk sahibi olmayı düşündüklerini, %48,7'si (39/19) ise sezaryenle tekrar çocuk sahibi olmayı düşündüklerini belirtmişlerdir.

#### 4.2- Çapraz Tablolar Analizi

Sezaryen ve normal doğum yapmış kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri de çapraz tablolar analizi ile ele alınmıştır.



**Tablo-11:** Doğum Şekli İle Gebelik ve Doğum İle İlgili Yaşanan Kaygı/Korku Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>								
Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		X <sup>2</sup>	P	
N	%	N	%	N	%			
<b>GEBELİK VE DOĞUMLA İLGİLİ KAYGI/KORKU</b>								
EVET	47	41,3	67	58,7	114	100,0	0,712	0,242
HAYIR	43	50,0	43	50,0	86	100,0		
TOPLAM	90	45,5	110	55,5	200	100,0		

Not: Pearson Chi-Square Value: 0,712(p= 0,242).

Katılımcıların doğum şekilleri ile gebelik ve doğumları ile ilgili yaşadıkları kaygı/korkuya verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir ( $X^2 = 0,712$  ve  $p = 0,242$ ). Gebelik ve doğumla ilgili yaşanan kaygı/korkunun %58,7'sini (114/67) sezaryen ile doğum yapanlar, %41,3'ünü (114/47) normal doğum yapan katılımcılar oluşturmaktadır. Bu sonuç katılımcıların her iki doğum şeklinde de kaygı/korku yaşadıklarını göstermektedir.

**Tablo-12:** Doğum Şekli İle Doğumla İlgili Kaygı/Korku Yaşandığı Zaman Psikolojik Destek Alınması Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>								
Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		X <sup>2</sup>	P	
N	%	N	%	n	%			
<b>PSİKOLOJİK DESTEK</b>								
EVET	30	38,4	48	61,6	78	100,0	1,810	0,127
HAYIR	18	50,0	18	50,0	36	100,0		
TOPLAM	48	42,1	66	57,9	114	100,0		

Not: Pearson Chi-Square Value: 1,810 (p= 0,127).

Katılımcıların doğum şekilleri ile doğumla ilgili kaygı/korku yaşandığı zaman psikolojik destek alıp almamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir ( $X^2 = 1,810$  ve  $p = 0,127$ ). Kaygı/korku yaşandığı zaman psikolojik

destek alanların %61,6'sını (78/48) sezaryen ile doğum yapmış olan, %38,4'ünü (78/30) normal doğum yapmış olan katılımcılar oluşturmaktadır.

**Tablo-13:** Doğum Şekli İle Gebelik ve Doğumda Kaygı/Korkunun Yaşanma Zamanı Arasındaki İlişki

	<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>				<b>Toplam</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
	<b>Normal doğum</b>		<b>Sezaryen doğum</b>		<b>n</b>	<b>%</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>KAYGI/ KORKUNUN NE ZAMAN YAŞANDIĞI</b>								
İLK ÜÇ AY	15	34,1	29	65,9	44	100,0		
2. ÜÇ AY	11	50,0	12	50,0	23	100,0		
3. ÜÇ AY	20	42,1	20	57,9	40	100,0	4,706	0,195
DOĞUM SONRASI	1	14,3	6	85,7	7	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>47</b>	<b>41,2</b>	<b>67</b>	<b>58,8</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 4,706 (p= 0,195).

Katılımcıların doğum şekilleri ile gebelik ve doğumda kaygı/korku yaşanma zamanına verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir ( $X^2 = 4,706$  ve  $p = 0,195$ ). İstatistiksel bilgiler incelendiğinde sezaryen doğum yapmış katılımcıların %65,9'u (44/29) ilk üç aylık dönemde ve %85,7'si (7/6) doğum sonrası dönemde, normal doğum yapmış katılımcılara göre daha fazla kaygı/korku yaşadıkları gözlenmektedir.

**Tablo-14:** Doğum Şekli İle Bebeği Kabullenememe Problemi Arasındaki İlişki

	<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>				<b>Toplam</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
	<b>Normal doğum</b>		<b>Sezaryen doğum</b>		<b>n</b>	<b>%</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>BEBEĞİ KABULLENEME PROBLEMİ</b>								
Evet	12	33,3	6	66,7	18	100,0		
HAYIR	78	42,9	104	57,1	182	100,0	3,752	0,046
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 3,752 (p= 0,046).

Katılımcıların doğum şekilleri ile bebeği kabullenememe problemi arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlenmektedir ( $X^2 = 3,752$  ve  $p = 0,046$ ). Katılımcıların %9'u (200/18) bebeğini kabullenememe problemi yaşamıştır. Bunların %66,7'sini (18/12) normal doğumla bebeğini dünyaya getiren katılımcılar, %33,3'ünü (18/6) ise sezaryenle bebeğini dünyaya getiren katılımcılar oluşturmaktadır. Normal doğumla bebeklerini dünyaya getiren katılımcılar bebeklerini kabullenememe problemi yaşarken sezaryenle bebeklerini dünyaya getiren katılımcıların çok az bir kısmı bu problemi yaşamaktadırlar.

**Tablo-15:** Doğum Şekli İle Tekrar Çocuk Sahibi Olmayı Düşünme Arasındaki İlişki

	<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>				Toplam		$X^2$	P
	Normal doğum		Sezaryen doğum		n	%		
	N	%	N	%				
<b>BİR SONRAKİ ÇOCUK SAHİBİ OLMA YÖNTEMİ</b>								
NORMAL D.	17	85,0	3	15,0	20	100,0		
SEZARYEN D.	2	10,5	17	89,5	19	100,0	21,631	P<0.001
<b>TOPLAM</b>	<b>19</b>	<b>48,7</b>	<b>20</b>	<b>51,3</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 21,631 ( $p < 0,001$ ).

Katılımcıların doğum şekilleri ile bir sonraki çocuk sahibi olma yöntemi arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlenmektedir ( $X^2 = 21,631$  ve  $p < 0,001$ ). Katılımcıların %19,5'i (200/39) tekrar çocuk sahibi olmayı planladıklarını belirtmiştir. Katılımcılardan normal doğum yapanların % 89,4'ü (19/17) tekrar normal doğumla, sezaryen doğum yapanların %85'i (20/17) tekrar sezaryen ile doğum yapmayı istediklerini belirtmiştir. Bu durum normal doğumla bebek sahibi olanların tekrar normal doğumla bebek sahibi olmayı istediklerini, sezaryenle doğum yapanların ise tekrar sezaryenle doğum yapmayı istediklerini göstermektedir.

**Tablo-16:** Doğum Şekli İle Önceki Gebelik veya Doğumda Yaşanan Ruhsal Problem Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>							
Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		X <sup>2</sup>	P
N	%	N	%	n	%		
<b>ÖNCEKİ GEBELİKTE VEYA DOĞUMDA YAŞANAN RUHSAL PROBLEM</b>							
KORKU	7	70,0	3	30,0	10	100,0	
GERGİNLİK	6	42,8	8	52,7	14	100,0	
SİNİRLİLİK	8	47,0	9	53,0	17	100,0	
AĞLAMA	4	36,3	7	63,7	11	100,0	1,845 0,933
UYKUSUZLUK	4	50,0	4	50,0	8	100,0	
DİĞER	3	37,5	5	52,5	8	100,0	
PROBLEM YOK	19	46,3	22	53,7	41	100,0	
<b>TOPLAM</b>	<b>51</b>	<b>46,7</b>	<b>58</b>	<b>53,3</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	

Not: Pearson Chi-Square Value: 1,845 (p= 0,933)

Katılımcıların doğum şekli ile önceki gebelikte veya doğumda yaşanan problemler arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir. ( $X^2 = 1,845$  ve  $p = 0,933$ ). Katılımcılardan daha önceki gebeliğinde veya doğumunda %62,3'ü (109/68) ruhsal problem yaşamıştır, %37,7'si (109/41) ise ruhsal problem yaşamamıştır. Daha önceki gebeliğinde veya doğumunda ruhsal problem yaşayan katılımcıların % 47'si (68/32) normal doğum, % 53'ü (68/36) ise sezaryen doğum yapmıştır.

**Tablo-17:** Doğum Şekli İle Eş Desteği Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>							
Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		X <sup>2</sup>	P
N	%	N	%	n	%		
<b>EŞ DESTEĞİ</b>							
FİZİKSEL	8	47,0	9	53,0	17	100,0	
DUYGUSAL- PSİKOLOJİK	11	44,0	14	56,0	25	100,0	11,414 0,010
HER İKİSİDE	55	39,8	83	60,2	138	100,0	
DESTEK YOK	16	80,0	4	20,0	20	100,0	
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Not: Pearson Chi-Square Value: 11,414 (p=0,010).

Katılımcıların doğum şekilleri ile eş desteği arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlenmektedir ( $X^2 = 11,414$  ve  $p=0,010$ ). Katılımcıların hem fiziksel hem de duygusal-psikolojik anlamda eşlerinden destek alanların %60,2'sinin (138/83) sezaryen doğum yaptığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların eşlerinden hiçbir şekilde destek almayanların %80,0'ini (20/16) ise normal doğum yaptığı anlaşılmaktadır. Sezaryen doğum yapanların hem fiziksel hem de duygusal-psikolojik anlamda normal doğum yapanlara göre daha fazla eşleri tarafından desteklendiği, normal doğum yapanların ise sezaryen doğum yapanlara göre yüksek oranda eşleri tarafından desteklenmediği anlaşılmaktadır.

**Tablo-18:** Doğum Şekli İle Doğum Sonrası Yaşanan Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>							
	<b>Normal doğum</b>		<b>Sezaryen doğum</b>		<b>Toplam</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
<b>DOĞUM SONRASI YAŞANAN DEPRESYON BELİRTİLERİ</b>							
Yeme Bozukluğu	6	42,9	8	57,1	14	100,0	
Uyku Bozukluğu	5	27,8	13	72,2	18	100,0	
Sinir Bozukluğu	10	71,4	4	28,6	14	100,0	
Enerji -Motivasyon Kaybı	4	50,0	4	50,0	8	100,0	
Konsantre Olamama	4	80,0	1	20,0	5	100,0	
Umutsuzluk-Çaresizlik	8	32,0	17	68,0	25	100,0	
İçe kapanma Ağlama	8	36,4	14	63,6	22	100,0	13,517 0,261
Yalnızlık- Korku	5	38,5	8	61,5	13	100,0	
Suçluluk-Değersizlik Hissi	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Cinsel İsteksizlik	10	58,8	7	41,2	17	100,0	
Diğer	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
PROBLEM YOK	27	48,2	29	51,8	56	100,0	
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	

Not: Pearson Chi-Square Value: 13,517 (p= 0,261).

Katılımcıların doğum şekilleri ile doğum sonrası yaşanan depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir ( $X^2 = 13,517$  ve  $p= 0,261$ ). Bu durum katılımcıların doğum şekline göre yaşadıkları depresyon belirtilerinde herhangi bir farklılığın olmadığını göstermektedir. Katılımcıların normal doğum yapanların %70'i (90/63), sezaryen doğum yapanların ise %73,6'sı (110/81) doğum

sonrası depresyon belirtisi göstermektedir. Katılımcılardan normal doğum yapanların %30'u (90/27), sezaryen doğum yapanların %26,3'ü (110/29), tüm katılımcıların %23'ü (200/56) herhangi bir depresyon belirtisi göstermemektedir.

**Tablo-19:** Doğum Şekli İle Yaş Arasındaki İlişki

	<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
	<b>Normal doğum</b>		<b>Sezaryen doğum</b>		<b>Toplam</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>YAŞ</b>								
15-24	20	50,0	20	50,0	40	100,0		
25-34	55	46,2	64	53,8	119	100,0		
35-44	10	27,8	26	72,2	36	100,0	10,901	0,012
45 ve Üzeri	5	100,0	0	0,0	5	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 10,901 (p= 0,012).

Katılımcıların doğum şekilleri ile yaş arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlenmektedir ( $X^2 = 10,901$  ve  $p = 0,012$ ). Katılımcıların %53,8'ini (119/64) 25-34 yaşında olanlarla, %72,2 'sini (36/26) 35-44 yaşında olanların sezaryen doğumu tercih ettiklerini, bu sonuçtan yola çıkarak yaş arttıkça sezaryen oranlarının normal olarak arttığını, 45 yaş ve üzerinde olanların ise normal doğumu tercih ettiklerini fakat 45 yaş ve üzeri yaş grubu katılımcıların sayıca çok az olmasından dolayı bu bilginin anlamlı olmadığını göstermektedir.

**Tablo-20:** Doğum Şekli İle Doğum Tercihinin Kime Ait Olduğu Arasındaki İlişki

	<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
	<b>Normal doğum</b>		<b>Sezaryen doğum</b>		<b>Toplam</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>DOĞUM TERCİHİNİN KİME AİT OLDUĞU</b>								
Kendime Ait	46	73,0	17	27,0	63	100,0		
Eşime Ait	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
Eşim- Aile ve Bana Ait	10	90,9	1	9,1	11	100,0	58,438	p<0,001
Doktora Ait	15	16,9	74	83,1	89	100,0		
Doktora -Bana Ait	18	51,4	17	48,6	35	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 58,438 (p< 0,001).

Katılımcıların doğum şekli ile doğum tercihinin kime ait olduğu arasında anlamlı bir farklılığın olduğu gözlenmektedir. Bu durum katılımcıların doğum tercihi kendisine ait olanların %73'ü (63/46) ile doğum tercihi eşine, ailesine ve kendisine ait olanların %90,9'u (11/10) normal doğumu tercih ettiğini, doğum tercihi doktora ait olanların %83,1'inin (89/74) ise sezaryen doğumu tercih ettiğini göstermektedir.

**Tablo-21:** Doğum Şekli İle Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Annelik Hüznü Problemi Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>									
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		X <sup>2</sup>	P	
	N	%	N	%	n	%			
<b>ANNELİK HÜZNÜ PROBLEMİ</b>									
Kimsesizlik	12	50,0	12	50,0	24	100,0			
Yoğum Üzüntü	8	53,3	7	46,7	15	100,0			
Uykusuzluk	12	44,4	15	55,6	27	100,0			
Huzursuzluk- Gerginlik	24	50,0	24	50,0	48	100,0	5,374	0,372	
Diğer	10	58,8	7	41,2	17	100,0			
Problem Yok	24	34,8	45	65,2	69	100,0			
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>			

Not: Pearson Chi-Square Value: 5,374 (p= 0,372).

Katılımcıların doğum şekli ile doğum sonrası yaşanan annelik hüznü problemi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir (X<sup>2</sup> =5,374 ve p= 0,372). Katılımcıların %34,5'ini (200/69) doğum sonrasında hiçbir annelik hüznü problemini yaşamadığını, bunların %34,8'inin (69/24) normal doğum yapmış katılımcılar, %65,2'sini (69/45) ise sezaryen doğum yapmış katılımcılar oluşturmaktadır. Sezaryen doğum yapmış katılımcıların normal doğum yapmış katılımcılara göre büyük bir oranla doğum sonrası dönemde annelik hüznü belirtileri hususunda problem yaşamadıkları gözlenmektedir. Annelik hüznü belirtisi yaşayan katılımcıların %49,7'si (131/66) normal doğum, %50,3'ü (131/65) ise sezaryen ile doğum yapmıştır.

**Tablo-22:** Meslek İle Doğum Sonrası Yaşanan Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>												
	Ev Hanımı		Memur		İşçi		Diğer		Toplam			
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
<b>DOĞUM SONRASI YAŞANAN DEPRESYON BELİRTİLERİ</b>												
Yeme Bozukluğu	10	71,4	4	28,6	0	0,0	0	0,0	14	100,0		
Uyku Bozukluğu	14	77,8	3	16,7	0	0,0	1	5,6	18	100,0		
Sinir Bozukluğu	9	64,3	0	0,0	4	28,6	1	7,1	14	100,0		
Enerji -Motivasyon Kaybı	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0		
Konsantre Olamama	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0		
Umutsuzluk-Çaresizlik	18	72,0	6	24,0	0	0,0	1	4,0	25	100,0		
İçe kapanma Ağlama	15	68,2	5	22,7	1	4,5	1	4,5	22	100,0	48,428	0,041
Yalnızlık- Korku	9	69,2	2	15,4	1	7,7	1	7,7	13	100,0		
Suçluluk-Değersizlik	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	4	100,0		
Hissi												
Cinsel İsteksizlik	6	35,3	7	41,2	4	23,5	0	0,0	17	100,0		
Diğer	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0		
PROBLEM YOK	28	50,0	22	39,3	2	3,6	4	7,1	56	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>122</b>	<b>61,0</b>	<b>45</b>	<b>22,5</b>	<b>13</b>	<b>6,5</b>	<b>10</b>	<b>5,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 48,428 (p= 0,041)

Katılımcıların meslekleri ile doğum sonrası yaşanan depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmektedir ( $X^2 = 48,428$  ve  $p = 0,041$ ). Katılımcıların %72'sinde (200/144) doğum sonrası depresyon belirtisi gözlenmektedir. İstatistiksel sonuçlara bakıldığında doğum sonrası depresyon belirtilerinin %65,2'sinin (144/94) ev hanımlarında görüldüğü ortaya çıkmıştır.



**Tablo-23:** Doğum Şekli İle Bebek Bakımında Destek Olan Kişi Arasındaki İlişki

<b>DOĞUM ŞEKLİ</b>								
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	n	%		
<b>BEBEK BAKIMINDA DESTEK OLAN KİŞİ</b>								
Annem	33	39,3	51	60,7	84	100,0		
Kayınvalidem	18	58,1	13	41,9	31	100,0		
Eşim	16	40,0	24	60,0	40	100,0		
Bakıcı	5	62,5	3	37,5	8	100,0	4,839	0,304
Hiç kimse	18	48,6	19	51,4	37	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>45,5</b>	<b>110</b>	<b>55,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 4,839 (p= 0,304).

Katılımcıların doğum şekli ile bebek bakımında destek olan kişi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir. Bebek bakımında her iki doğum şekli içinde katılımcılara %42 (200/84) kendi annelerinin destek olduğu gözlenmektedir.

**Tablo-24:** Gebe Kalma Kararı İle Tekrar Çocuk Sahibi Olma Düşüncesi Arasındaki İlişki

<b>TEKRAR ÇOCUK SAHİBİ OLMA DÜŞÜNCESİ</b>								
	EVET		HAYIR		TOPLAM		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	n	%		
<b>GEBE KALMA KARARI</b>								
Kendim	1	7,7	12	92,3	13	100,0		
Eşim	2	10,5	17	89,5	19	100,0		
Eş ve Ben	27	21,8	97	78,2	124	100,0	2,563	0,464
Plansız	9	20,5	35	79,5	44	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>39</b>	<b>19,5</b>	<b>161</b>	<b>80,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 2,563 (p= 0,464).

Katılımcıların gebe kalma kararı ile tekrar çocuk sahibi olma düşüncesi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir. İstatistiksel veriler incelendiğinde katılımcıların %80,5'inin (200/161) tekrar çocuk sahibi olmayı planlamadıkları gözlenmektedir.

**Tablo-25:** Gelir Düzeyi İle Doğum Sonrası Yaşanan Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki

	<b>AYLIK GELİR DÜZEYİ</b>										$\chi^2$	P
	<b>499TL ve ALTI</b>		<b>500TL-999TL</b>		<b>1000TL-1999TL</b>		<b>2000TL ve ÜZERİ</b>		<b>TOPLAM</b>			
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%		
<b>DOĞUM SONRASI YAŞANAN DEPRESYON BELİRTİLERİ</b>												
Yeme Bozukluğu	1	7,1	7	50,0	2	14,3	4	28,6	14	100,0		
Uyku Bozukluğu	2	11,1	8	44,4	4	22,2	4	22,2	18	100,0		
Sinir Bozukluğu	2	14,3	5	35,7	6	42,9	1	7,1	14	100,0		
Enerji -Motivasyon Kaybı	2	25,0	1	12,5	2	25,0	3	37,5	8	100,0		
Konsantre Olamama	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0		
Umutsuzluk-Çaresizlik	3	12,0	6	24,0	11	44,0	5	20,0	25	100,0		
İçe kapanma Ağlama	4	18,2	8	36,4	7	31,8	3	13,6	22	100,0	32,030	0,515
Yalnızlık- Korku	0	0,0	2	15,4	7	53,8	4	30,8	13	100,0		
Suçluluk-Değersizlik Hissi	0	0,0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100,0		
Cinsel İsteksizlik	0	0,0	3	17,6	5	29,4	9	52,9	17	100,0		
Diğer	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100,0		
PROBLEM YOK	5	8,9	16	28,6	18	32,1	17	30,4	56	100,0		
<b>TOPLAM</b>	<b>19</b>	<b>9,5</b>	<b>61</b>	<b>30,5</b>	<b>68</b>	<b>34,0</b>	<b>52</b>	<b>26,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Not: Pearson Chi-Square Value: 32,030 (p=0,515)

Katılımcıların aylık gelir durumları ile doğum sonrası yaşanan depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir ( $X^2 = 32,030$  ve  $p = 0,515$ ). Katılımcıların %72'sinde (200/144) doğum sonrası depresyon belirtisi gözlenmiştir. İstatistiksel sonuç incelendiğinde doğum sonrası depresyon belirtilerinin aylık gelir durumu %31,25 (144/45) 500TL-999TL, %34,7 (144/50) 1000TL-1999TL, %24,35 (144/35) 2000TL ve üzerinde olan katılımcıların, %9,7 (144/14) 499TL ve altında olan katılımcılara oranla daha fazla doğum sonrası depresyon belirtilerinden etkilendiklerini göstermektedir. Ancak 499TL ve altında aylık gelir durumu olan katılımcıların sayısı tüm araştırmaya katılan katılımcıların sayısına oranla az olmasından dolayı bu bilginin anlamlı olmadığı düşünülmektedir.

## 5-TARTIŞMA

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (Robinson et al., 1986).

Postpartum dönem, kadınlar için duygudurum bozuklukları, özellikle postpartum depresyon açısından önemlidir. Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858’de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (Kısa, 2004).

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Puget et al., 2005). Postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir (Moses-Kolko et al., 2004). Kadınlar özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadırlar (Manfredi et al., 2005).

Psikiyatrik ve genel hastalık tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (DSM-IV, 1992; WHO, 2007; Dubois et al., 2010). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; “annelik hüznü (maternity blues, baby blues, postpartum blues)”, “postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon)”

ve “postpartum psikoz” olmak üzere baslıca üç grupta toplanmaktadır (Godfroid et al., 1996; Munoz et al., 2006).

Çalışmalar sonucu tespit edilebilen postpartum depresyonun risk faktörleri: Kişisel ve ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal anksiyete / depresyon, daha önceki gebeliklerde depresyon hikayesi, kişisel yapı (obsesif-kompulsif, panik, anksiyeteli gibi kişilik özellikleri), özgüven eksikliği, ilk bebeğe sahip olma, çocuk bakım stresi, çocukta sağlık problemleri, huysuz / huzursuz bebek, daha önce çocuklarla deneyimin olmayışı, doğum sonrası ciddi tıbbi komplikasyonlar, multiparite, küçük yaşta çocuk sahibi olma, yaşam stresi, istenmeyen yaşam olayları, sosyal destek yokluğu, evlilik problemleri, eşle iletişimin kötü olması, boşanma / yalnız yaşama, düşük gelir düzeyi, düzenli iş sahibi olamama, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen / planlanmayan gebelikler, kötü çocukluk tecrübeleri, annenin güvensiz bağlanma biçimi, anneliği istememe / anneliğe adapte olamama, kendi annesi ile arasında zayıf ilişki, annelik hüznü, kötü doğum tecrübesi, PMS olarak tespit edilmiştir (Unterman et al., 1990; Parry, 1995; Kendell et al., 1987).

Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcıların %65,5’inin (200/131) annelik hüznü belirtilerini yaşadığı, bunların %12’si (200/24) doğum sonrası dönemde kimsesizlik yaşadıklarını, %7,5’i (200/15) yoğun üzüntü yaşadıklarını, %13,5’i (200/27) uykusuzluk yaşadıklarını, %24’ü (200/48) huzursuzluk-gerginlik yaşadıklarını, %8,5’i (200/17) diğer problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %34,5’i (200/69) ise doğum sonrasında problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda normal doğum yapmış katılımcı ile sezaryen doğum yapmış katılımcı arasında annelik hüznü belirtileri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Çalışmamız kapsamında ise katılımcıların %72’sinin (200/144) depresyon belirtisi yaşadığı, bunların % 7’si (200/14) yeme bozukluğu yaşadıklarını, %9’u (200/18) uyku bozukluğu yaşadıklarını, %7’si (200/14) sinir bozukluğu yaşadıklarını, %4’ü (200/8) enerji ve motivasyon kaybı yaşadıklarını, %2,5’i (200/5)

konsantre olamama sorunu yaşadıklarını, %12,5'i (200/25) umutsuzluk veya çaresizlik hissettiklerini, %11'i (200/22) içe kapanma ve ağlama yaşadıklarını, %6,5'i (200/13) yalnızlık ve korku yaşadıklarını, %2'si (200/4) suçluluk, değersizlik hissi yaşadıklarını, %8,5'i (200/17) cinsel isteksizlik yaşadıklarını ve %2'si (200/4) diğer sıkıntıları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %28'i (200/56) ise hiçbir depresyon belirtisi yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doğum sonu dönemde huzursuzluk, yoğun üzüntü, kimsesizlik, yalnızlık, sinirlilik, kolayca ağlama, korku-gerginlik sorunlarını yaşayan kadınların %83'ünde doğum sonrası depresyon geliştiği belirtilmektedir (Kara ve ark., 2001). Bizim çalışmamızla diğer çalışmalar arasında paralellik olduğu düşünülmektedir.

İncelenen diğer çalışmalarda da düzenli bir işe sahip olamamanın postpartum depresyona neden olduğu vurgulanmıştır (Unterman et al., 1990; Parry, 1995; Kendell et al., 1987). Bizim çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, katılımcıların meslekleri ile doğum sonrası yaşanan depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmektedir ( $p < 0.05$ ). Bu durumda çalışmamızın sonucu olarak doğum sonrası depresyon belirtilerinin %65,2'sinin (144/94) ev hanımlarında daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Diğer çalışmalarla uyumluluk içerisinde olduğu gözlenmiştir.

Sünter ve arkadaşlarının çalışmasında ise bizim çalışma bulgularının aksine çalışan kadınlarda postpartum depresyon görülme durumunun çalışmayan kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Sünter ve ark., 2002). Bu sonuç çalışan kadınların doğum sonu erken dönemde çalışma yaşamına yeniden başlamaları, bebeğin bakım sorumlulukları nedeniyle sık sık iş yerinden izin almak zorunda kalmaları ve bunun sonucunda iş veren ve iş arkadaşlarının olumsuz tutumlarıyla karşılaşabilme olasılıklarının artması nedeniyle depresyon görülme olasılığının artması ile ilişkilendirilmiştir (Bilen, 1995).

Danacı ve arkadaşları çalışmalarında, ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Danacı

ve ark., 2000). Bizim çalışmamızın istatistiksel sonucunda da, katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile doğum sonrası yaşanan depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir ( $p>0.05$ ). Aylık gelir düzeyinin düşük yada yüksek olması postpartum depresyon gelişme riskini artırır yada azaltır diye bir ifade söyleyebilmemiz bizim çalışmamız için mümkün değildir. Çalışmamızın diğer çalışmalarla aynı paralellikte olduğu görülmüştür.

Postpartum psikozun postpartum depresyondan ayırıcı tanısında; postpartum depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi postpartum psikoza göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (Munoz et al., 2006).

Çalışmamız kapsamında katılımcılardaki postpartum psikozu değerlendirmek için yöneltilen soruya katılımcılar bebekleriyle ilgilenememe, ilgisizlik veya yetersizlik duygusu gibi yada kendine veya bebeğine zarar verme gibi düşüncelerinin olmadığını dile getirmişlerdir, sadece %9 (200/18) katılımcı bebeklerini kabullenememe problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %91'inin (200/182) bebeğini kabullenememe problemi yaşamadıklarını, %68,5 (200/137) ise bebeklerinin bakımları ile ilgili herhangi bir güçlük yaşamadıklarını, bebeklerine bakımında %42'sinin (200/84) kendi annelerinin destek olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %9'unun (200/18) bebeklerini kabullenememe sebepleri ise katılımcılar tarafından plansız bebek olması, normal doğum esnasında yaşanan yoğun acı, erken doğum yapmış olması, bebek bakımında tecrübesiz olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Postpartum psikoz açısından riskli bir katılımcıya ulaşamadığı için diğer çalışmalarla değerlendirilememiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda bebeklerini kabullenememe problemi yaşayan katılımcıların doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu çapraz tablo analizinde gözlenmiştir. Katılımcıların %9'u (200/18) bebeğini

kabullenememe problemi yaşamıştır. Bunların %66,7'sini (18/12) normal doğumla bebeğini dünyaya getiren katılımcılar, %33,3'ünü (18/6) ise sezaryenle bebeğini dünyaya getiren katılımcılar oluşturmaktadır. Normal doğumla bebeklerini dünyaya getiren katılımcılar bebeklerini kabullenememe problemi yaşarken sezaryenle bebeklerini dünyaya getiren katılımcıların çok az bir kısmı bu problemi yaşamaktadırlar ( $p<0,05$ ). Normal doğum yapan anne adaylarının sezaryen doğum yapan anne adaylarına oranla bebeğini kabullenememe problemi yaşama olasılığının daha fazla olduğu yaptığımız istatistiksel çalışma sonucunda düşünülmektedir. Bunun nedenini ise katılımcıların normal doğum esnasında yaşadıkları yoğun acıdan kaynaklandığı katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Bununla ilgili herhangi bir çalışma karşılaştırma açısından bulunamamıştır.

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gr'ın üzerinde olan ya da bastopuk mesafesi 25mm ve üzerinde olan fetusların doğumu anlaşılmaktadır. Dünya sağlık örgütü 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere Abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de Doğum tanımlamasını getirmiştir (Notzon et al., 1994). Doğum eylemi, düzenli gelip giden rahatsız edici sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir (Zlantik, 1997). Doğum standart bir sürede meydana gelmeli ve anne ve fetus hayatı tehlikede olmamalıdır. Doğum genital kanaldan meydana gelmeli, herhangi bir müdahale yapılmamalı ve tabii kuvvetlerin etkisi altında olmalıdır. Normal doğum mekanizması%95-96 gebede fizyolojik sınırlarda seyreder (Ersoy, 2000).

Sezaryen, fetusun karın yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulmasıdır (Özgünen ve ark., 2001). Sezaryen operasyonu, obstetrik ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır (Scott, 1997). Sezaryen operasyonu 1960'larda tüm doğumlarda %5 oranında yapılırken, 1980'lerde %25-30 oranlarına kadar yükselmiştir. Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak

istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, “Riskli gebelik” ve “Kıymetli bebek” kavramının ortaya atılması yer almaktadır (Özgünen ve ark., 2001).

Çalışmamıza katılan katılımcıların %55,5’i (200/110) sezaryen doğumu tercih etmiştir. Sezaryeni tercih etme sebeplerine bakıldığında %43,1’i (110/47) bebekte sıkıntı olduğunu, %25,7’si (110/28) ise önceki doğumunu sezaryen ile yaptığını, %17,4’ü (110/19) ise diğer sebeplerden dolayı sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Bektaş’ın çalışmasındaki olgular yaş gruplarına göre doğum tercihi açısından incelendiğinde; 15-24 yaş arası gebelerin %10,2’si sezaryen isterken, 34 yaş ve üzeri gebelerin %29’u sezaryen istemektedir. Görüldüğü gibi yaş arttıkça sezaryen isteği de artmaktadır ( $p < 0.05$ ) (Bektaş, 2008).

Çalışmamızın istatistiksel sonucunda doğum şekli ile yaş arasında anlamlı bir farklılığın olduğu gözlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların %53,8’i (119/64) 25-34 yaşında, %72,2 ‘si (36/26) 35-44 yaşında olanların sezaryen doğumu tercih ettiklerini, bu sonuçtan yola çıkarak yaş arttıkça sezaryen oranlarının normal olarak arttığını, 45 yaş ve üzerinde olanların ise normal doğumu tercih ettiklerini fakat 45 yaş ve üzeri yaş grubu katılımcıların sayıca çok az olmasından dolayı bu bilginin anlamlı olmadığını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Katılımcıların gebeliğiyle ilgili verdiği bilgiler ışığında %62’si (200/124) eşleriyle birlikte gebe kalmaya karar verdiklerini belirtmişlerdir. Bu bilgidен yola çıkarak katılımcıların planlı bir şekilde gebeliğe hazır oldukları gözlenmektedir. Ancak katılımcıların %72’sinde (200/144) postpartum depresyon belirtisi gözlenmiştir. Çalışmamızda gebeliğin planlı olup olmaması postpartum depresyonun oluşumunda anlamlı bir fark ifade etmemektedir ( $p > 0.05$ ). Yapılan bir çalışmada, gebeliğe eşiyile birlikte karar veren kadınların, gebeliğe eşiyile birlikte karar vermeyen kadınlara göre, doğum sonu depresyon puanlarının düşük olduğu ve



istatistiksel açıdan aralarındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Taşdemir ve ark., 2006). Çalışmalar arasında paralellik gözlenmemiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, katılımcıların doğum şekli ile doğum tercihinin kime ait olduğu arasında anlamlı bir farklılığın olduğu gözlenmektedir ( $p<0,05$ ). Bu bilgi ışığında katılımcıların doğum tercihi kendisine ait olanların %73'ü (63/46) ile eşine, ailesine ve kendisine ait olanların %90,9'u (11/10) normal doğumu tercih ettiğini, doğum tercihi doktora ait olanların %83,1'i (89/74) ise sezaryen doğumu tercih ettiğini söylemek mümkündür. Veriler incelendiğinde sezaryen doğum yapmış katılımcıların % 43,1'i (110/47) sezaryen doğum yapmasının sebebinin; bebekte oluşan sıkıntılardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Bu doğrultuda hem anne hem de bebeğin hayatını tehlikeye atmamak adına doktorların sezaryeni tercih ederek en doğru kararı verdikleri düşünülmektedir.

Sezaryen doğum oranını artıran önemli nedenlerden biri de tekrarlayan sezaryen sayısındaki artıştır. "Bir kez sezaryen, daima sezaryen" inancı, sezaryen sayısının hızla artmasına önderlik etmektedir (Murta et al., 2004).

Çalışma kapsamında katılımcıların %19,5'u (200/39) tekrar çocuk sahibi olmayı planladıklarını belirtmiştir. Hangi yöntemle doğum yaparsınız sorusuna ise katılımcılar tarafından verilen cevaplar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Katılımcılardan normal doğum yapanların % 89,4'ü (19/17) tekrar normal doğumla, sezaryen doğum yapanların %85'i (20/17) tekrar sezaryen ile doğum yapmayı istediklerini belirtmiştir. Bu durum normal doğumla bebek sahibi olanların tekrar normal doğumla bebek sahibi olmayı istediklerini, sezaryenle doğum yapanların ise tekrar sezaryenle doğum yapmayı istediklerini göstermektedir. Bu bilgi doğrultusunda bizim çalışmamızda "Bir kez sezaryen, daima sezaryen" inancını desteklemektedir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı ABD, Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran 0-3 aylık bebeği olan normal doğum veya sezaryen doğum yapmış annelere uygulanan çalışmamıza katılan katılımcıların 110 tanesi (%55,5) sezaryen doğum, 90 tanesi (%45,5) ise normal doğum yapmıştır. Postpartum dönem, kadınlar için duygudurum bozuklukları, özellikle postpartum depresyon açısından önemlidir.

Kadınlar gebe kaldıklarını öğrendikleri günden itibaren hem bebeklerinin hem kendilerinin hem de sürecin nasıl sona ereceği ile ilgili çeşitli kaygı/korku yaşamaktadırlar. Çalışmadan da elde edilen bulgulara göre katılımcıların % 57'si (200/114) kaygı/korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. İstatistiksel sonuçlar doğrultusunda sezaryen doğum yapmış katılımcıların %65,9'u (44/29) ilk üç aylık dönemde ve %85,7'si (7/6) doğum sonrası dönemde, normal doğum yapmış katılımcılara göre daha fazla kaygı/korku yaşadıkları belirlenmiştir. Bu kaygı/korkunun ilk ve de son üç aylık dönemde daha fazla görülmesinin sebepleri arasında annenin hem kendi sağlığı hem de bebeğin sağlığı konusunda tam bir bilgiye sahip olmamasından kaynaklandığı, bu yüzdende endişeye kapıldığı düşünülmektedir. Kaygı/korku yaşayan annelere gerekli desteğin verilmesi durumunda sorunun ortadan kalkacağı unutulmamalıdır.

Toplumumuzda bir kişinin psikolojik destek alması düşüncesine çok iyi gözle bakılmamasına karşın katılımcıların %68,4'ünün (114/78) gebelik ve doğumla ilgili kaygı/korku yaşadıkları zaman psikolojik destek aldıklarını söylemek mümkündür. Katılımcıların %33,3'ü kadın hastalıkları uzmanından, %43,6'sı eşlerinden, %16,7'si aile büyüklerinden psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir. Gebelik sürecinde anneye eşi ve ailesi, doktor ve de sağlık personelleri tarafından gerekli desteğin sağlandığı çalışmamızın sonucundan anlaşılmaktadır.

Katılımcıların %65,5'i (200/131) postpartum dönemde annelik hüznü problemi yaşadığı gözlenmektedir. Annelik hüznü problemi postpartum depresyon oluşumunda etkili risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Katılımcıların postpartum dönemde ruhsal durumlarında değişikliklerin olduğu çalışmamızın sonucunda gözlemlenmiştir. Eğer problemin ortadan kalkmaması halinde annede postpartum depresyon oluşma riski artmaktadır. Annelik hüznünün postpartum depresyonu etkileyen risk faktörü olduğu unutulmamalıdır. Problemlili geçen doğum sonrası süreç sürekli olarak izlenmeli, gerekli destek sağlanmalı ve annenin ruh halinin tüm süreç boyunca değerlendirilmesi gerekmektedir. Her iki doğumda da problem gözlenmiştir, anlamlı bir farklılık yoktur( $p>0,05$ ).

Katılımcıların %72'sinde (200/144) ise postpartum depresyon belirtileri gözlenmiştir. Doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur, her iki doğum şeklinde de postpartum depresyon belirtileri gözlenmektedir ( $p>0,05$ ). Bu sorunu yaşayan katılımcılar hiç azımsanmayacak derecede yüksek bir orandadır. Sorunu ortadan kaldırmak için doğum sonrasında anneye yönelik çeşitli psikolojik destek programlarının sunulması ve annenin takibinin sağlanması çok önemlidir ve de gereklidir. Anneye hem ailesinin destek olması, hem de doğum sonrası hastaneye ya da sağlık ocağına kontrollere gittiğinde tüm sağlık personellerinin destek olması, anneyi olası tehlikelerden koruyacağı unutulmamalıdır. Hem anne hem de bebeğin hayatı söz konusudur bu yüzden konu hafife alınmaması gereken bir konudur. Katılımcılara eğer şikayetlerinin daha da fazlaşması durumunda öncelikli olarak birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimlerine başvurması önerilmiştir. Aile hekimlerinin gerekli görmeleri durumunda da en yakın psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelidirler. Postpartum dönem annelerde özellikle de postpartum depresyon açısından riskli bir dönemdir, çalışmamız sonucunda da bu bilginin doğruluğu gözlemlenmiştir.

Öte yandan çalışmamız kapsamında istatistiksel veriler ışığında doğum sonrası depresyon belirtilerinin %65,2'sinin (144/94) ev hanımlarında daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. Annelerin eşlerine ve de aile büyüklerine bu konuda büyük

görevler düşmektedir. Anneye gerekli fiziksel ve de duygusal desteğin sağlanması anneyi rahatlatacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların %9'u (200/18) bebeğini kabullenememe problemi yaşamıştır. Bunların %66,7'sini (18/12) normal doğumla bebeğini dünyaya getiren katılımcılar, %33,3'ünü (18/6) ise sezaryenle bebeğini dünyaya getiren katılımcılar oluşturmaktadır. Normal doğumla bebeklerini dünyaya getiren katılımcılar bebeklerini kabullenememe problemi yaşarken sezaryenle bebeklerini dünyaya getiren katılımcıların çok az bir kısmı bu problemi yaşamaktadırlar ( $p<0,05$ ). Katılımcılar tarafından bu sonucun sebebinin normal doğum esnasında yaşadıkları yoğun acıdan kaynaklandığı dile getirilmiştir. Belli bir zaman geçtikten sonra anne bebeği ile yeterli zaman geçirdikçe tüm acılarını unutacağı ve bebeğini kabullenememe probleminin ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın istatistiksel sonucunda doğum şekli ile yaş arasında anlamlı bir farklılığın olduğu gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Katılımcıların %53,8'ini (119/64) 25-34 yaşında olanlarla, %72,2 'sini (36/26) 35-44 yaşında olanların sezaryen doğumu tercih ettiklerini, bu sonuçtan yola çıkarak yaş arttıkça sezaryen oranlarının normal olarak arttığını söylemek mümkündür. Anne ve bebek sağlığı açısından herhangi bir olası riski en aza indirmek için en doğru kararın hem doktor hemde anne ve ailesi tarafından verileceği unutulmamalıdır.

Bununla birlikte katılımcıların %19,5'u (200/39) tekrar çocuk sahibi olmayı planladıklarını belirtmiştir. Normal doğum ve sezaryen doğum yapmış katılımcılar tarafından tekrar hangi yöntemle doğum yaparsınız sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Normal doğum yapan katılımcılar tekrar normal doğumla bebek sahibi olmayı planladıklarını, sezaryenle doğum yapan katılımcılar ise tekrar sezaryen doğumla bebek sahibi olmayı planladıklarını belirtmişlerdir. Bu bilgi doğrultusunda bizim çalışmamızda 'Bir kez sezaryen, daima sezaryen' inancını desteklemektedir.

## 7.ÖZET SAYFALARI

### ÖZET

#### **Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Görülen Ruhsal Durum Değişiklikleri ve Bunların Karşılaştırılması**

Doğum eylemi her kadın için başlı başına bir stres faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırmada sezaryen ve normal vajinal yol ile doğum yapan kadınlarda oluşabilecek farklı ruhsal durum değişikliklerini değerlendirmek ve bunları karşılaştırmak amaçlanmıştır. Konu oldukça popüler olması yanı sıra kesin risk faktörleri saptanamaması dolayısıyla tekrar tekrar üzerinde çalışılması gerekmektedir. Normal doğum ve sezaryen ile doğum yapan kadınların varsa ruhsal durum değişikliklerini araştırmak bu konuya orijinallik katacaktır.

Bu çalışmaya 25.01.2010 – 30.06.2010 tarihleri arasında İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran normal doğum veya sezaryen doğum yapmış, 0-3 aylık sağlıklı bebeği olan, 15-49 yaşları arasında (doğurganlık yaşında) bulunan, 200 gönüllü anne katılmıştır. Araştırmada veri kaynağı olarak Annenin Sosyodemografik Özellikleri, Kişisel Özellikleri ve Ruhsal Durum Özelliklerine ait anket formu oluşturulmuştur. Veriler, örneklem olarak seçilen katılımcılar ile karşılıklı olarak yüz yüze görüşme tekniği ile yazılı anket sorularına cevap alınmak suretiyle elde edilmiştir. Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare testi ve çapraz tablolar kullanılmıştır.

Çalışmamıza katılan 200 katılımcıdan 110 tanesi (%55,5) sezaryen doğumla, 90 tanesi (%45,5) ise normal doğumla bebeklerini dünyaya getirmiştir.

Psikiyatrik ve genel hastalık tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır. Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; “annelik hüznü (maternity blues, baby blues, postpartum blues)”, “postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon)” ve “postpartum psikoz” olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır.

Çalışma kapsamında katılımcıların %65,5'i (200/131) annelik hüznü belirtilerini yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunların %12'si doğum sonrası dönemde kimsesizlik yaşadıklarını, %7,5'i yoğun üzüntü yaşadıklarını, %13,5'i uykusuzluk yaşadıklarını, %24'ü huzursuzluk-gerginlik yaşadıklarını, %8,5'i diğer problemler (konsantre olamama, ağlama... gibi) yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %34,5'i ise doğum sonrası problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan

istatistiksel değerlendirme sonucunda normal doğum yapmış katılımcı ile sezaryen doğum yapmış katılımcı arasında annelik hüznü belirtileri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Çalışma kapsamında katılımcıların %72'sinin (200/144) postpartum depresyon belirtisi yaşadığı, bunların % 7'si yeme bozukluğu yaşadıklarını, %9'u uyku bozukluğu yaşadıklarını, %7'si sinir bozukluğu yaşadıklarını, %4'ü enerji ve motivasyon kaybı yaşadıklarını, %2,5'i konsantre olamama sorunu yaşadıklarını, %12,5'i umutsuzluk veya çaresizlik hissettiklerini, %11'i içe kapanma ve ağlama yaşadıklarını, %6,5'i yalnızlık ve korku yaşadıklarını, %2'si suçluluk, değersizlik hissi yaşadıklarını, %8,5'i cinsel isteksizlik yaşadıklarını ve %2'si diğer sıkıntıları yaşadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %28'i ise hiçbir depresyon belirtisi yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda normal doğum yapmış katılımcı ile sezaryen doğum yapmış katılımcı arasında postpartum depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Çalışmamız kapsamında katılımcılardaki postpartum psikoza değerlendirmek için yöneltile soruya katılımcılar bebekleriyle ilgilenememe, ilgisizlik veya yetersizlik duygusu gibi yada kendine veya bebeğine zarar verme gibi düşüncelerinin olmadığını dile getirmişlerdir, sadece %9 katılımcı bebeklerini kabullenememe problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %9'unun bebeklerini kabullenememe sebepleri ise katılımcılar tarafından plansız bebek olması, erken doğum yapmış olması, bebek bakımında tecrübesiz olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.

Postpartum dönem anne için yeni bir hayata geçiş, ebeveynliğe hazırlık dönemi olduğundan dolayı eski yaşam biçimi ile yenisine uyum sağlamada katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ruhsal olarak etkilendikleri istatistiksel olarak gözlenmiştir. Doğum sonrası problemlili geçen katılımcılara, bu dönemde her kadında bu şikâyetlerin olabileceği anlatılmış, şikâyetlerinin daha da yoğunlaşması halinde en yakın sağlık kuruluşlarının psikiyatri polikliniklerine başvurması gerektiği anlatılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** 1.Sezaryen Doğum 2.Vajinal Doğum 3.Ruhsal Durum 4. Annelik Hüznü 5. Postpartum Depresyon

## SUMMARY

### **The Psychological Situation And Changes Of The Women Giving Birth In Caesarean Operation And Vajinal Birth And Their Comparison**

Giving birth appears in itself a stress factor for every woman. In this study, it is aimed to evaluate the probable different mental status change between the women who give birth by cesarean section and normal vaginal birth and to compare them. In addition to being very popular of this topic, it is very essential to be focused on the topic due to not having determined certain risk factors. If mental status changes exist, to investigate will add authenticity to this issue.

In this study, 200 voluntary mothers are included who gave birth normally or by caesarean section birth in Izmir 9 September University Faculty of Medicine Department of Pediatrics Well Baby Clinic between the dates 25.01.2010 – 30.06.2010, who have 0-3 month old healthily baby and who are between the ages of 15-49 (child bearing age). In this research, as a source of data, a questionnaire was created for Socio-demographic Characteristics, Personal Characteristics and Properties of Mental Status of mother. The data were obtained by face to face interview with participants who are selected for sample and by taking a written response to questionnaire. The obtained data, as a result of research, are evaluated by using appropriate statistical methods in SPSS 15.0 package programme. In addition, the Chi-square test and cross-tables were used for statistical comparison of descriptive data.

The study involved 200 participants, 110 of them (55.5%), cesarean section, 90 of them (45.5%) gave birth to babies of normal birth.

Psychiatric illness and general diagnostic systems (DSM-IV and ICD-10) of psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum period were not defined as a distinct clinical diagnosis. Mood disorders occurred in postpartum period are collected in three major groups by classifying them according to the severity of symptoms, characteristics, treatment and prognosis as “maternity blues (maternity blues, baby blues, postpartum blues)”, “postpartum depression (post-natal depression)” ve “postpartum psychosis”.

In the study 65.5% (200/131) of the participants stated that they have maternity blues symptoms. 12% of them stated they have desolation during the postpartum period, 7.5% of them stated having experienced intense sadness, 13,5% of them stated having experienced insomnia, 24% of them stated having experienced anxiety-tension, and 8.5% of them stated having other problems (inability to concentrate, do not cry ... etc.). 34.5% of the participants stated that they did not face problems after birth. As a result of the statistical evaluation, no significant maternity blues symptoms difference was observed between the attendees who gave birth normally and who gave birth by the caesarean ( $p>0,05$ ).

In the context of this study, it is determined that 72% (200/144) of the participants have symptoms of postpartum depression, 7% of them have eating disorder, 9% of them have sleep disorder, 7% of them have nervous breakdown, 4% of them have loss of energy and motivation, 2.5% of them have problems of Inability in concentration, 12.5% of them feel hopeless and despair, 11% of them have social withdrawal and crying, 6.5 % of them have loneliness and fear, 2% of them have the sense of guilt and worthlessness, 8.5% of them have sexual aversion, and 2% of them have other distresses. 28% of the participants reported no symptoms of depression. As a result of the statistical evaluation, no significant postpartum depression symptom was observed between the attendees who gave birth normally and who gave birth by the caesarean birth. ( $p>0,05$ ).

The participants put into words to the question asked in order to assess the postpartum psychosis of the participants who are in the scope of our study that they do not have any sense of such as disinterestedness with their babies, apathy to their babies, feelings of inadequacy or any thoughts such as self harming of harming to their babies, only 9% of the participants stated that they have problems such as non acceptance of their babies. The reason in the 9% of the participants who have the feeling of non acceptance of their babies are resulting from having unplanned baby, giving premature birth and being inexperienced in baby care.

It is seen that a majority of the participants are affected morally in adaption to new one with old life style because of postpartum period means for the mother transition to a new life, parenting preparation period. The participants who transited to post birth period were told about every women might have such as complaints. In case of having more complaints, the necessity of going to psychiatric clinic of the nearest hospital is told to the participants.

**Key Words:** 1. Caesarean Operation 2.Vaginal Birth 3. Psychological Situation 4.Maternity Blues 5. Postpartum Depression



## 8.KAYNAKLAR

Abu-Heija, A., Zayed, F. (1998). Primer And Repeat Caesarean Section: Comparison And Indications. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 18(5): 432-434.

Akçay T., Göl K., Şahin İ., Şimşek M. (2001) Sezaryen sonrasıvajinal doğumun güvenilirliği. *T Klin Jinekolo Obst*, 11:224-227.

Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2004; 2; 70-74.

Akdoğan A., Aras D. (1998) Kadın-Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 306-315,339-341.

Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48:343– 347.

Al-Mulhim, A., Abu-Heija,A., Al-Jamma, F., El-Harith, E. A. (2003). Pre-Eclampsia: Maternal Risk Factors And Perinatal Outcome. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 18(4): 275-280.

Arısan K.(1989) Doğum Bilgisi. Kaan Kitabevi, İstanbul,395-405.

Baker D, North K. Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Social Science and Medicine* 1999; 49(1):121–131.

Baysal B. (2004) Normal Doğum ve Takibi, İn: Berkman S., Has R.(eds), İn: Doğum Bilgileri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 47-50.

Baytur, Y. B., Deveci, A., Uyar, Y., Özçakır, H. T., Kızılkaya, S., Çağlar, H. (2005). Mode Of Delivery And Pelvic Floor Muscle Strength And Sexual Function After Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(3): 276-280.

Bektaş, E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. 2008; 59-60.

Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*, 7th edition 2003: 494-496.

Bilen, M. Sağlıklı İnsan İlişkileri Ailede/ Kurumlarda/ Toplumlarda. 1995; 5: 128-191, Armoni Ltd.Şti., Ankara.

Buhimschi, C. S., Buhimschi, I. A. (2006). Advantages Of Vaginal Delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49(1): 167-183.

Callister, L.C. (1997). The Role Of The Nurse In Childbirth Perceptions Of The Childbearing Woman. *Birth*, 24(1):27-34.

Charoenkwan, K., Palapinyo, C. (2005). Early Solid Food After Cesarean Section And Postoperative Ileus. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90(2): 144-145.

Christoforidis, N., Dawlatly, B., Gouk, E., Murray, B. (1999). Massive Secondary Postpartum Haemorrhage Three Weeks After Caesarean Section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 19(2):197-198.

Coşkun, A., Ekizler, H., İnanç, N., Karanisoglu, H., Kömürçü, N., Okumus, H ve dig. (1996). *Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı*. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.

Cox J et al. Postnatal depression: a comparison of African and Scottish women. *Social Psy* 1993; 18: 25-28.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean section and postpartum hysterectomy In: *Williams Obstetrics*. 21st Ed 2001 p:537- 65.

Çicek MN, Akyurek C, Cetin C, Haberal A: Normal doğum: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı 2006 sy:217- 237.

Çoban, A., Saruhan, A. (2004). \_leri Anne Yasının Beraberinde Getirdikleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,7(1):39-41.

Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 204-211.

Danforth D.N., PhD,MD. (2003) *Operative Delivery* In: R.C. Benson. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. (2003) 939-948.

Demir N., (2001) *Normal Doğum* In: Beksaç S.(Eds), *Obstetrik Maternal- Fetal Tıp&Perinatoloji*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1258-1296.

DSM-IV Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington 1992. Türkçe çevirisi Köroğlu E. Medikomat, Ankara. 1995.

Erdem K., Özgen S., Coşkun F., (1996) *Obstetrik Analjezi ve Anestezi*. In: Kışnişçi H. (ed), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 179-180.

Ersoy İ. (2000) *Kadın- Doğum*. Türkiye Klinikleri Yayını, Ankara, 86-90,208-210.

Evins GG, Theofrastous JP: Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Primary care update for Ob/Gyns*, 4(6): 241, 1997.

Farrok Al-Azzawi (1995) Çev. Işıloğlu H., AktaşE. Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası. Birol Basın Yayın A.Ş. İstanbul, 27-40.

Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP and et. Population-based screening for postpartum depression. *Obstetrics and gynecology* (1999); 93: 653-657.

Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1413-1421.

Godfroid IO, Charlot A. Postpartum psychiatry. *Revue médicale de Bruxelles* 1996;17(1):22-36.

Gülseren L, Erol A et al. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reported Med* 2006; Dec 51(12): 995-960.

Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 777-780.

Harer, W. B. (2003). Sezaryenden Sonra Vaginal Dogum. *JAMA Türkiye (Aylık Çeviri Dergisi)*, 16(1): 45-48.

Harris B, John S et al. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 660-667.

Hedrick V et al. Biological determinants of postpartum depression. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), Washington DC, American Psychiatry Pres, Inc. 1: 65-82. 1999.

İnanđı T, Buğdaycı R,Dündar P, Sümer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. *Social Psychiatry &Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 725–730.

Jack A. Pritchard, MD. Paul C. MacDonald, MD. Norman F. Gant, MD. Çev.Yılmaz İ., Aydemir V. (1989) *Williams Obstetrics (Doğum Bilgisi) Güneş Kitabevi* , Ankara, 415-439.

John S., Mcdonald M.D., (1994) *Obstetrik Analjezi ve Anestezi*, In: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Saraçoğlu F., ÇağdaşObstetrik Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, syf 646.

Kadayıfçı O., Evrücke C., Yazır M. (1996) *Doğum Fizyolojisi ve Normal Doğum*. In: Gökşin E. (ed), *Temel Kadın Hastalıklarıve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 259-285.

Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., Türeci, F. *Doğum Sonu Depresyon*. 2001; 10(9): 333.

Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. Duygudurum dizisi 2000; 2: 64-71 behavior 1999; 20: 325-359.

Kendell RE: Emotional and physical factors to the genesis of puerperal mental disorders. J Psychosom Res 1985; 29: 3-11.

Kendell RE et al. Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry 1987; 150: 662-673.

Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi Aralık 2004; (ek 4): 36.

Lambrou N., Morse A., Wallach E. (2000) Çev. Vicdan K., Işık A.Z., Danışman N. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (Jinekoloji Obstetrik El Kitabı) Atlas Kitapçılık, Ankara, 22-25.

Leslie, M. S. (2004). Counseling Women About Elective Cesarean Section. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(2): 155-159.

Levy V. The maternity blues in postpartum and postoperative women. Br J Psychiatry 1987; 151:368-372.

Lin, C-H., Wang, S-T., Hsu, Y-C., Lin, Y-J., Yeh, T-F., Chang, F-M. (2001). Risk For Respiratory Distress Syndrome In Preterm Infants Born To Mothers Complicated By Placenta Previa. Early Human Development, 60(3): 215-224.

Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child? Acta Psychiatrica Scandinavica 2005; 112: 233-237.

McFarlin, B. L. (2004). Elective Cesarean Birth: Issues And Ethics Of An Informed Decision. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(5): 421-429.

Minkoff, H., Chervenak, F.A. (2003). Elective Primary Cesarean Delivery. The New England Journal of Medicine, 348(10): 946-950.

Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum And Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. Journal of Women's Health. 2004; 59(3): 181-197.

Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L. Postpartum Depression. Detection and Treatment in the Primary Care setting. The Journal of Nurse Parctitionars 2006; april: 247-253.

Murta, E. F. C., Nomelini, R. S. (2004). Is Repeated Caesarean Section A Consequence Of Elective Caesarean Section? The Lancet, 364(9435): 649-650.

Normand, M. C., Damato, E. G. (2002). Postcesarean Infection. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 30(6): 642-647.

Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK: Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol* 170:495, 1994.

O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues. Biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 16: 921-932.

Öncel B. (1968) Ebe ve Hemşirenin Doğum Kitabı AR Basım yayım ve dağıtım A.Ş. İstanbul, 66-76.

Önder, S., Derbent, A. (2001). Sezaryen Seksiyo'da Uygun Anestezi Seçimi. *Sendrom, Aralık*: 96-104.

Özgüven T., Evrücke C., (2001) Sezaryen In: Beksaç S.(Eds), *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1322-1328.

Panter, K. R., Hannah, M. E. (1996). Umbilical Cord Prolapse: So Far So Good? *The Lancet*, 347(8994): 74.

Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6(1), HI Kaplan, BJ Sadock (Ed): Baltimore, Williams&Wilkins. 1995; 1059- 1066.

Penna, L., Arulkumaran, S. (2003). Cesarean Section for Non-Medical Reasons. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3): 399-409.

Pernoll, M. L. (1994). Çeviri Editörü: F. Saraçoğlu. *Çağdas Obstetrik ve Jinekolojik Teshis ve Tedavi. Cilt 2.* İstanbul: Barış Kitabevi, 694-709.

Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. Pregnancy complications and baby blues. *La Revue de médecine interne* 2005 Jul;26 Suppl 2: 226-229.

Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. *Can Med Assoc J* 1986; 134: 31-37.

Russel K., Manoj K., Biswas MD., (1994) Normal Eylem ve Doğumun Seyri, In: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Çiçek N., Çağdas Obstetrik Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Barış Kitabevi, İstanbul, cilt 1, 236-261.

Scott JR., (1997) Sezaryen Doğumu Çeviri Edit. Erez S. *Obstetrik ve Jinekoloji, Çevik Matbaacılık*, 1. Baskı, İstanbul, 563-572.

Selvi Y, İnci R, Kıran KÜ, Ağargün MY, Özer AÖ, Eryonucu B. Postpartum Depresyon ve Serum Kolesterolü. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:48-50.

Sheinera, E., Levyb, A., Katza, M., Mazora, M. (2005). Short Stature—An Independent Risk Factor For Cesarean Delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 120 (2): 175–178.

Simm, A., Woods, A. (2004). Fetal Malpresentation. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(4): 231-238.

Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *J Psychosom Res* 1980; 24: 164-171.

Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Canadian journal of psychiatry* 1990; 35: 89-95.

Sünter, A.T., Güz, H., Ordulu, F. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 2002; 855-858.

Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar, A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(2): 105-118.

Taşkın L., (1998) Doğum Eylemi. In: Taşkın L.(Ed), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Sistem Ofset, 155-175.

Taskın, L. (2003). *Dogum ve Kadın Saglığı Hemşireliği*. (6. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Uğur S., Işık Ç. (2001) *Obstetrik ve Jinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 182-187,214-216.

Unterman RR et al. Postpartum depressive disorders: Changing Trends. *Birth* 1990; 17: 131-137.

Valet A., Goerke K., Steller J. (1994) Çev. Karaaliler Ş. *Klinik Muayene-Tanı Tedavi-Acil Klavuzu Kadın Hastalıklarıve Doğum*. Yüce Yayınları, İstanbul, 179-181,218-220.

Vigil-De Gracia, P., Lasso, M., Montufar-Rueda, C. (2004). Perinatal Outcome in Women With Severe Chronic Hypertension During The Second Half of Pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85(2): 139-144.

Williams KE & Casper RC. *Reproduction and its psychopathology*. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*, Casper RC (Ed), Cambridge University Pres, (1): 14-35, 1998.

Yossepowitch, O., Baniel, J., Livne, P. (2004). Urological Injuries During Cesarean Section: Intraoperative Diagnosis And Management. *The Journal of Urology*, 172(1): 196-199.

Zlatnik F. (1997) Normal Doğum Eylemi ve Doğum. In: Scott JR. (eds), Çeviri Edit. Erez S., Obstetrik ve Jinekoloji, Çevik Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul, 105-128.

Dubois V, Gillain B. Troubles Psychiques aigus du postpartum.  
Erişim: [[http://www.sfm.u.org/fr/formation/cours\\_sup/telecharger/?id=46](http://www.sfm.u.org/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=46)].  
Erişim tarihi: 06.08.2010.

Hera Kadın Sağlığı Merkezi, Doğum nasıl gerçekleşir?  
Erişim: [[http://www.eserdag.com/dogumun\\_baslamasi.htm](http://www.eserdag.com/dogumun_baslamasi.htm)].  
Erişim Tarihi: 16.08.2010.

Moore, M., Costa. C. (2003). Cesarean Section : Understanding And Celebrating Your Baby's Birth. The Johns Hopkins University Press.  
Erişim: [<http://site.ebrary.com/lib/akdeniz/Doc?id=10070265>].  
Erişim tarihi:10.08.2010.

Mumcu A., Sezaryen- Genel Bilgiler.  
Erişim: [<http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=47>].  
Erişim Tarihi: 26.05.2010.

World Health Organization. ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th (The) ICD-10 Revision Version for 2007.  
Erişim: [<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>].  
Erişim tarihi: 13.06.2010.

## 9.EKLER

### Ek-1 ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket, “sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri ve bunların karşılaştırılması” konulu tez çalışmam için gereken verileri toplamak amacıyla bir yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmaktadır. Anket üç bölümden oluşmakta olup ve her bölümün başında gerekli açıklamalar bulunmaktadır. Elde edilen sonuçlar genel olarak bilimsel amaçlarla değerlendirilecek ve kişisel değerlendirmeler yapılmayacaktır. Bu nedenle ankete isim yazmanız gerekmemektedir. Araştırma sonuçlarının geçerli ve güvenilir olması sizin soruları eksiksiz ve içten doldurmanızla mümkün olacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Şenay ŞENSÖZ  
Afyon Kocatepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD  
Yüksek Lisans Öğrencisi



**Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Görülen Ruhsal Durum Değişiklikleri ve Bunların Karşılaştırılması Araştırmasının Değerlendirme Formu.**

**A ) KADIN VE AİLESİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ HAKKINDA BİLGİ FORMU**

1) Kaç yaşındasınız?

- a)15–24 yaş arası      b)25- 34 yaş arası      c)35–44 yaş arası      d)45 ve üzeri

2) Eğitim Durumunuz nedir?

- a)Okur-Yazar Değilb) İlkokul mezunu      c)Ortaokul mezunu  
d)Lise mezunu      e)Üniversite mezunu      f)Yüksek Lisans mezunu

3) Mesleğiniz nedir?

- a)Ev Hanımı      b)Memur      c)İşçi      d)Diğer...

4) Eşinizin mesleği nedir?

- a)Memur      b)Serbest Meslek      c)İşçi      d)Çalışmıyor

5) Sağlık güvenceniz nedir?

- a)SGK (SSK, Bağ-Kur, E.Sandığı) b)Yeşil Kart      c)Özel Sigorta      d)Yok

6) Ailenizin aylık gelir durumu ne kadar?

- a)499 TL ve altı      b)500 TL - 999 TL arası  
c)1000 TL – 1999 TL arası      d)2000 TL ve üzeri

7) Kaç yaşında evlendiniz?

- a)15–18 yaş arasında      b)19–22 yaş arasında  
c)23–25 yaş arasında      d)25 yaş üstünde

8) Nerede yaşıyorsunuz?

- a)Köyde / Kasabada      b)İlçede      c)İlde

9) Aile tipiniz nedir?

- a)Çekirdek Aile ( anne-baba-çocuklar )  
b)Geniş Aile (aile büyükleri-anne-baba-çocuklar )  
c)Parçalanmış Aile ( anne-baba ayrı )

Diğer sayfaya geçiniz

**B) SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM YAPMIŞ KADINLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE AİT BİLGİ FORMU**

- 1) Gebe kalma kararını kim verdi?
  - a)Kendim
  - b)Eşim
  - c)Eşim ile birlikte
  - d)Plansız gebelik
- 2) Gebeliği etkileyebilecek herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
  - a) Hipertansiyon
  - b) Diyabet
  - c) Böbrek hastalığı
  - d) Kalp hastalığı
  - e) Diğer...
  - f) Yok
- 3) Doğum şekliniz nedir?
  - a)Normal Doğum
  - b)Sezaryen Doğum
- 4) Doğum yöntemleri hakkında bilginiz var mı, var ise bu bilgiyi kimden aldınız?
  - a)Doktorumdan
  - b)Hemşireden- ebeden
  - c)Aile büyüklerinden
  - d)Diğer.....
  - e)Bilgim yok
- 5) Doğum tercihiniz kime ait?
  - a)Kendime ait
  - b)Eşime ait
  - c)Eşime, aileme ve bana ait
  - d)Doktora ait
  - e)Doktora ve bana ait( Normal doğum yapanlar 7. soruya geçiniz. )
- 6) Sezaryen doğum yapmanızın sebebi nedir?
  - a) Bebekte sıkıntı olması
  - b) Açıklık olmasına rağmen doğum eyleminin ilerlememesi
  - c) Daha önceki doğumunu sezaryen ile yapmış olması
  - d) Ağrı çekmek istememesi
  - e) Normal doğum korkusu
  - f) İleri yaş
  - g) Diğer...
- 7) Doğumunuz kaçınıcı gebelik haftasında gerçekleşti?
  - a) 24.-28. Haftada
  - b)29.-33. Haftada
  - c)34.-38. Haftada
  - d)39.-42. Haftada

Diğer sayfaya geçiniz.

### C) SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM YAPMIŞ KADINLARIN RUHSAL DURUM ÖZELLİKLERİNE AİT BİLGİ FORMU

( ilk doğumu olanlar 2. soruya geçiniz. )

- 1) Önceki gebelikte, doğum sonrası dönemde aşağıdaki problemlerden hangisini yaşadınız?
  - a) Korku
  - b) Gerginlik
  - c) Sinirlilik
  - d) Ağlama
  - e) Uykusuzluk
  - f) Diğer...
  - g) Hiçbir problem yaşamadım
- 2) Bu gebelik ve doğumla ilgili kaygı / korku yaşadınız mı?
  - a) Evet
  - b) Hayır( Hayır, cevabını verenler 6. Soruya geçiniz. )
- 3) Bu gebelik ve doğumla ilgili kaygı / korkunuzu en çok hangi dönemde yaşadınız?
  - a) İlk üç aylık dönemde
  - b) İkinci üç aylık dönemde
  - c) Üçüncü üç aylık dönemde
  - d) Doğum sonrasında
- 4) Bu gebelik ve doğumla ilgili kaygı/korku yaşadığımız zaman herhangi bir psikolojik destek aldınız mı?
  - a) Evet
  - b) Hayır
- 5) Cevabınız evet ise kimden aldınız?
  - a) Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ( psikiyatrist)
  - b) Psikolog
  - c) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı
  - d) Hemşire – Ebe
  - e) Eşim
  - f) Aile büyükleri
- 6) Daha önceden ruhsal yönden problem yaşadınız mı?
  - a) Evet
  - b) Hayır
- 7) Doğum sonrası dönemde aşağıdaki ruhsal problemlerden herhangi birisini yaşadınız mı? Yaşadıysanız hangisini – hangilerini yaşadınız?
  - a) Kimsesizlik
  - b) Yoğun Üzüntü
  - c) Uykusuzluk
  - d) Huzursuzluk, Gerginlik
  - e) Diğer...
  - f) Gebelikte ruhsal problem yaşamadım

Diğer sayfaya geçiniz.

- 8) Doğum öncesi ve sonrası dönemde eşiniz size destek oldu mu?
- Fiziksel olarak destek oldu ( ev işlerinde, bebek bakımında, alışveriş... vs)
  - Duygusal-Psikolojik olarak destek oldu
  - Her ikisi de
  - Destek olmadı
- 9) Doğum sonrası dönemde aşağıdaki depresyon belirtisi olabilecek durumlardan en çok hangisi ile karşılaştınız?
- Yeme bozuklukları ( aşırı yemek yeme ya da iştahsızlık )
  - Uyku bozukluğu
  - Sinir bozukluğu
  - Enerji ve motivasyon kaybı
  - Konsantre olamama
  - Umutsuzluk veya çaresizlik
  - İçe kapanma, ağlama
  - Yalnızlık, korku
  - Suçluluk, değersizlik hissi
  - Cinsel isteksizlik
  - Diğer...
  - Hiçbirisi
- 10) Bebeğinizi kabullenememe problemi yaşadınız mı?
- Evet
  - Hayır
- 11) Bebeğinizin bakımında yaşadığınız güçlükler var mı, varsa hangi güçlükleri yaşıyorsunuz?
- Emziremiyorum
  - Dokunamıyorum
  - Uyutamıyorum
  - Yeterince ilgilenemiyorum
  - Diğer...
  - Hiçbir güçlük yaşamıyorum
- 12) Bebeğinizin bakımında size destek olan kimse var mı?
- Annem
  - Kayınvalidem
  - Eşim
  - Bakıcı
  - Hiç kimse
- 13) Tekrar çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
- 14) Çocuk sahibi olmayı düşünüyorsanız hangi yöntemle doğum yapmak istersiniz?
- Normal doğum
  - Sezaryen ile doğum

## EK-2 ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ŞENSÖZ, ŞENAY  
Uyruğu : T.C.  
Doğum tarihi ve yeri : 16.08.1985-UŞAK  
Telefon : 05073996717  
e-mail : sensoz20@hotmail.com

### Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi Uşak Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2008
Lise	Simav Nurullah Koyuncuoğlu Anadolu Lisesi	2003

### İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
Eylül 2008- Şubat 2009	Afyon Kocatepe Üni. Hastanesi	Hemşire
Şubat 2009- Aralık 2010	İzmir 9 Eylül Üni. Hastanesi	Hemşire
Şubat 2011- Halen	Muş Varto Devlet Hastanesi	Hemşire

### Yabancı Dil

İngilizce

### Hobiler

Müzik dinlemek, kitap okumak, yüzmek, seyahat etmek .....vs