



T.C.

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**PRİMİPAR KADINLARDA POSTPARTUM**  
**ANKSİYETENİN DOĞUM HAFIZASINA VE**  
**DOĞUM SONU KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SERAY GEREY**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**Bilim Alan Kodu: 10104.01**



**BALIKESİR**

2025

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR KADINLARDA POSTPARTUM ANKSİYETENİN**  
**DOĞUM HAFIZASINA VE DOĞUM SONU KONFOR**  
**DÜZEYİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**SERAY GEREY**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DR. ÖĞR. ÜYESİ RAMAZAN YAVUZ ARICAN**

**Ebelik Anabilim Dalı**  
**Bilim Alan Kodu: 10104.01**

**BALIKESİR**  
**2025**



T.C.  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**TEZ KABUL VE ONAY**

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
Çerçevesinde **Seray GEREY** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“Primipar Kadınlarda Postpartum Anksiyetenin Doğum Hafızasına ve Doğum  
Sonu Konfor Düzeyine Etkisi”**

başlıklı tez çalışması,  
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin  
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 16 /04 /2025

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

Prof. Dr. Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
**(Başkan)**

Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Yavuz  
ARICAN  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye (Danışman)

Doç. Dr. Hülya TÜRKMEN  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,  
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 18/04/2025 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin PANCARCI  
Enstitü Müdürü

## **BEYAN**

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi beyan ederim.

**18/04/2025**

**İmza**

**Seray GEREY**

**İTHAF**

*Sevgili aileme...*

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bana rehber olan, hep destekleyen, akademik hayatımı şekillendiren, fikirlerime değer veren, hep yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli hocam **Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Yavuz ARICAN' a,**

Tez sürecinde ve savunma sınavıma katılarak görüş ve katkıları ile destek sağlayan değerli jüri üyesi hocalarım **Prof. Dr. Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ' a** ve **Doç. Dr. Hülya TÜRKMEN 'e,**

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini sunan, bana büyük katkıları olan, beni her zaman destekleyen bütün bölüm hocalarıma,

Verdiğim tüm kararlarda yanımda olan, eğitim hayatım boyunca beni hep destekleyen, kendimi hep çok şanslı hissettiren canım annem **Tülay GEREY' e,** babam **Ayhan GEREY' e** ve kardeşim **Eray GEREY' e**

Bu süreçte fikirleriyle, destekleriyle yanımda olan ve beni başarabileceğime inandıran tüm arkadaşlarıma,

Ve son olarak araştırmama gönüllü katılmayı kabul eden tüm annelere sonsuz teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Soruları.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Postpartum Dönem.....	4
2.1.1 Postpartum Dönemde Annede Oluşan Fizyolojik Değişiklikler.....	5
2.1.1.1 Üreme Sistemindeki Değişiklikler.....	5
2.1.1.2 Diğer Organ ve Sistemlerdeki Değişiklikler.....	6
2.1.2 Postpartum Dönemde Annede Meydana Gelebilecek Psikolojik Değişiklikler.....	7
2.1.2.1 Annelik Hüznü.....	8
2.1.2.2 Postpartum Depresyon.....	9
2.1.2.3 Postpartum Psikoz.....	11
2.1.2.4 Anksiyete.....	12
2.1 Hafıza.....	17
2.2.1. Hafıza Nedir?.....	17
2.2.2. Hafızanın Biyolojik Temeli.....	17
2.2.3. Hafıza Aşamaları.....	19

2.2.4.	Doğum Hafızası.....	20
2.3.	Doğum Sonu Konfor .....	<b>21</b>
2.3.1.	Konfor Kavramı.....	21
2.3.2.	Konfor Kuramı .....	22
2.3.3.	Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları.....	23
2.3.4.	Doğum Sonu Konfor .....	25
<b>3.</b>	<b>GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3.1.	Araştırmanın Amacı .....	27
3.2.	Araştırmanın Tipi .....	27
3.3.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	27
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	28
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	29
3.6.1.	Tanıtıcı Bilgi Formu .....	30
3.6.2.	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Postpartum Specific Anxiety Scale).....	30
3.6.3.	Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği.....	31
3.6.4.	Doğum Sonu Konfor Ölçeği .....	31
3.7.	Araştırmanın Uygulanması.....	32
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.9.	Araştırmanın Etik Yönü .....	33
3.10.	Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33
<b>4.</b>	<b>BULGULAR .....</b>	<b>34</b>
4.1.	Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik, Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	35
4.2.	Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular .....	40

4.3.	Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik, Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerin Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
4.4.	Postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. ....	57
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>58</b>
5.1.	Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obsterik, Gebelik/Doğum Öyküsü ve Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
5.2.	Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
5.3.	Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerinin Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarıyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.4.	Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	71
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>73</b>
6.1.	Sonuçlar .....	73
6.2.	Öneriler.....	74
	<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>75</b>
	<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>87</b>
	<b>EKLER.....</b>	<b>88</b>
	<b>EK-1. Tanıtıcı Bilgi Formu .....</b>	<b>88</b>
	<b>EK-2. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği .....</b>	<b>90</b>
	<b>EK-3. Doğum Hafızası ve Hatırlama .....</b>	<b>92</b>
	<b>EK-4 Doğum Sonu Konfor Ölçeği.....</b>	<b>93</b>
	<b>EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>	<b>94</b>
	<b>EK-6. Etik Kurul Karar Formu.....</b>	<b>96</b>

## ÖZET

### PRİMİPAR KADINLARDA POSTPARTUM ANKSİYETENİN DOĞUM HAFIZASINA VE DOĞUM SONU KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

Kadınlar sadece gebelik döneminde değil doğum sonu dönemde de ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler. Yaşanılan bu ruhsal sorunlar doğum sonu dönemde birçok faktörü etkileyebilmektedir. Bu araştırma primipar kadınlarda postpartum anksiyetenin doğum hafızası ve doğum sonu konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan çalışmanın örneklemini Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Isparta Şehir Hastanesi'nde Kadın Doğum Servisinde yatan 224 lohusa oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi. Veriler "Statistical Package for the Social Sciences" programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman rho korelasyon analizi kullanıldı.

Primipar kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $74.74 \pm 16.29$  olduğu ve Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puanı ile eğitim durumu, gelir durumu, meslek, eşin eğitim düzeyi, eşin mesleği, sigara kullanımı, gebelik planlaması, doğum sonu destek varlığı, destek aldığı kişi ve bebek cinsiyetinden memnuniyet durumu arasında anlamlı fark bulundu. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği puan ortalaması  $88.1 \pm 17.77$  olup yaşanılan yer, meslek, eşin eğitim düzeyi, eşin mesleği ve doğumu yaptıran kişi arasında anlamlı bir fark bulundu. Doğum Sonu Konfor Ölçeği puan ortalaması  $125.6 \pm 14.77$  olup gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, eşin eğitim düzeyi, doğum şekli arasında anlamlı bir fark bulundu. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puanı ile Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki elde edildi. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ile Doğum Sonu Konfor Ölçeği arasında

istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki elde edildi. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ile Doğum Sonu Konfor Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki elde edildi.

Sonuç olarak, primipar kadınların anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğu, primipar kadınların anksiyetesi arttıkça doğum hafızalarının ve doğum sonu konfor düzeylerinin azaldığı belirlendi.

*Anahtar Kelimeler: Doğum hafızası, doğum sonu konfor, ebelik, postpartum anksiyete*

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF POSTPARTUM ANXIETY ON BIRTH MEMORY AND POSTNATAL COMFORT LEVEL IN PRIMIPAROUS WOMEN

Women can experience psychological issues not only during pregnancy but also in the postpartum period. These psychological issues can affect many factors during the postpartum period. This study was conducted to determine the effect of postpartum anxiety on birth memory and postnatal comfort levels in primiparous women.

The study, which is descriptive and correlational in nature, included a sample of 224 postpartum women hospitalized in the Obstetrics and Gynecology Departments of Süleyman Demirel University Research and Application Hospital and Isparta City Hospital. Data for the study were collected through face-to-face interviews using the Introductory Information Form, Postpartum Specific Anxiety Scale, Birth Memory and Recall Scale, and Postnatal Comfort Scale. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences program. Descriptive statistical analyses, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman rho correlation analysis were used in the data evaluation.

The mean Postpartum Specific Anxiety Scale score of primiparous women was  $74.74 \pm 16.29$ , and a significant difference was found between Postpartum Specific Anxiety Scale scores and factors such as education level, income level, occupation, spouse's education level, spouse's occupation, smoking status, pregnancy planning, postnatal support availability, the person providing support, and satisfaction with the baby's gender. The mean Birth Memories and Recall Questionnaire score was  $88.1 \pm 17.77$ , with significant differences found based on factors such as place of residence, occupation, spouse's education level, spouse's occupation, and the person who performed the delivery. The mean Postpartum Comfort Scale score was  $125.6 \pm 14.77$ , with significant differences based on income level, social security status, spouse's education level, and delivery method. A statistically significant negative weak correlation was found between Postpartum Specific Anxiety Scale and Birth Memories

and Recall Questionnaire scores. A statistically significant negative moderate correlation was found between Postpartum Specific Anxiety Scale and Postpartum Comfort Scale scores. A statistically significant positive weak correlation was found between Birth Memories and Recall Questionnaire and Postpartum Comfort Scale scores.

In conclusion, it was determined that the anxiety levels of primiparous women were moderate, and as the anxiety of primiparous women increased, their birth memories and postnatal comfort levels decreased.

*Keywords: Birth memory, postnatal comfort, midwifery, postpartum anxiety*

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	:American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
AAFP	:American Academy of Family Medicine (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)
ACOG	:American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
DHHÖ	:Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği
DSKÖ	:Doğum Sonu Konfor Ölçeği
DSM IV	:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EKT	:Elektro Konvülsiv Tedavi
EPDS	:Edinburg Postnatal Depression Scale (Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği)
GCQ	:General Comfort Questionary
HCG	:Human Chorionic Gonadotropin (İnsan Koryonik Gonadotropin)
HPL	:Human Placental Lactogen (İnsan Plasental Laktojen)
ICD-10	:International Classification of Disease–10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması -10)
PPD	:Postpartum Depression (Postpartum Depresyon)
PSAÖ	:Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Uluslararası Hastalık Sınıflandırmaları .....	8
---	---

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Primipar Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	35
<b>Tablo 2.</b> Primipar Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri.....	37
<b>Tablo 3.</b> Primipar Kadınların Gebelik ve Doğum Öyküsü Özellikleri. ....	38
<b>Tablo 4.</b> Primipar Kadınların Bebeklerine Ait Özellikler. ....	40
<b>Tablo 5.</b> Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeğine İlişkin Bulguları .....	41
<b>Tablo 6.</b> Primipar Kadınların Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeğine İlişkin Bulguları .....	41
<b>Tablo 7.</b> Primipar Kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeğine İlişkin Bulguları. ....	42
<b>Tablo 8.</b> Primipar Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular. ...	43
<b>Tablo 9.</b> Primipar Kadınların Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri ile Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular. ...	49
<b>Tablo 10.</b> Primipar Kadınların Gebelik ve Doğum Öyküsü Özellikleri ile Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	52
<b>Tablo11.</b> Primipar Kadınların Bebeğe Ait Özellikleri ile Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular. ....	56

# 1. GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Postpartum dönem, doğumdan sonra 6 ile 8 hafta aralığını kapsayan ve bu süreçte annede pek çok anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Kadınların yaşadığı bu değişiklikler stres, kaygı, korku gibi ambivalan duyguların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. (Türkoğlu ve ark., 2014). Bunlara maruz kalan kadında stres oluşmakta ve bazı psikiyatrik bozukluklar meydana gelebilmektedir. Annelik hüznü, postpartum depresyon, postpartum psikoz, postpartum anksiyete gibi sorunlar bu dönemde kadınlarda görülebilen psikiyatrik sorunlardır (Balaram ve Marwaha, 2023; Bingöl ve Bal, 2020; Carlson ve ark., 2024; Demirkol ve ark., 2018; Zappas ve ark., 2021). Bütün bu psikiyatrik bozuklukların içerisinde perinatal ve doğum sonu dönemde kadınlarda anksiyete oranı yükselmesine rağmen yeterince tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir (Zappas ve ark., 2021). Anksiyete, birçok kadın için doğum sonrasında dönemde, normalden çok daha yüksek ve yıkıcı seviyelere kadar değişen düzeylere ulaşabilmektedir (Nacar ve Türkmen, 2022). Doğum sonu dönemde yaşanan perine veya insizyon bölgesinde ağrı, konstipasyon, hemoroid, vajinal kanama, üriner sistem enfeksiyonları, idrar inkontinansı, sırt/bel/eklem ağrıları, baş ağrısı, uykusuzluk, memelerde hassasiyet gibi fizyolojik değişimler kadının anksiyete yaşamasına sebep olabilmektedir (Güdücü ve Kaya, 2023; Martínez-Galiano ve ark., 2019; Taşkın, 2020). Ayrıca bu dönemde yaşanan hormonal dengesizlikler annede duygusal açıdan rahatsızlıklara sebep olabilir (Taşkın, 2020; Trifu ve ark., 2019). Yeni rolüne uyum sağlamaya çalışan anne bebeğine bağlı olmakta ve tüm ilgisini bebeğe yöneltmektedir. Bu durum doğum sonu dönemde kadınların sosyal ilişkilerinin bozulmasına yol açabilmektedir (Perun, 2020).

Doğum sonu dönemde anksiyete ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, doğum sonrası dönemde kadınlarda kaygı ve bunalım oluşturan anksiyetenin görülme oranının %2 ile %45 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (Dennis ve ark., 2017).

Başka bir kaynakta genel popülasyonda gebe olmayan kadınlarda anksiyete oranı %5 ile %12 arasında iken, doğum sonrası dönemde bu oranın %15 ile %20'ye yükseldiği belirtilmiştir (Radoš ve ark., 2018). Bingöl ve Bal'ın (2020) çalışmasında primipar annelerdeki anksiyete düzeyinin, multipar annelere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, eşi ve annesiyle olumsuz ilişkiler yaşayan annelerin doğum sonrası anksiyete düzeylerinin de artış gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, kadınların yaşı ilerledikçe doğum sonrası anksiyete düzeylerinde bir azalma gözlemlenmektedir (Bingöl ve Bal, 2020). Dennis ve ark. (2016) çalışmasında anksiyete semptomatolojisinin doğum sonrası 1. haftada %22.6, 4. haftada %17.2, 8. haftada ise %14.8 olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra çok sayıda doğum yapan, psikiyatrik sorun yaşamış olan ve stres belirten kişilerde anksiyete görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Dennis ve ark., 2016). Van der Zee-van ve ark. (2021) çalışmasında ise depresyon öyküsü bulunan, erken doğum yapmış, olumsuz doğum deneyimi yaşayan, düşük öz yeterliliğe sahip olan ve mevcut sağlık durumu kötü olan annelerin doğum sonu anksiyete yaşama risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Van Der Zee-Van ve ark., 2021).

Postpartum anksiyete doğum hafızasını ve doğum anılarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Hughes ve ark., 2020). Kadının hafızasında yer alan doğum deneyimi ile ilgili bilgileri belirten doğum hafızası doğumun olumsuz veya olumlu olmasından etkilenmektedir. Olumsuz ya da travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlar doğum anının zihinlerinde daha canlı kaldığını belirtmişler ve doğum ile ilgili bu anıları kabus gibi nitelendirmişlerdir (İşbir ve İnci, 2014). Doğum deneyiminin olumlu olması ise öz saygının, öz yeterliliğin, becerilerin, anne ve bebek arasındaki bağın artması ve anne rolünün daha iyi kabul edilmesini sağlamaktadır (Tabaghdehi ve ark., 2020). Annenin doğum sonu dönemde mental sağlığının korunabilmesi için doğum anılarının olumlu olması ve olumlu bir doğum deneyimi yaşaması gerekmektedir (Ford ve Ayers, 2009). Yaş, eğitim düzeyi, düşük öyküsü, planlı gebelik, doğumda sorun yaşanıp yaşanmadığı doğum hafızası ve hatırlamayı etkilemektedir (Karakoç ve ark., 2022; Thiel ve ark., 2021). Ayrıca olumlu doğum hafızası ve hatırlama, annelerin emzirme tutumunu olumlu etkilemekteyken olumsuz doğum anıları doğum sonrası anne refahının, anne bebek etkileşiminin ve emzirme tutumunun olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (Çark ve Çankaya, 2024; Hughes ve ark., 2020).

Postpartum dönemde psikolojik bozuklukların yaşanması da doğum sonu konforu etkileyebilmektedir (Çapık ve ark., 2014). Bunu yanı sıra aile tipi, gelir düzeyi, doğum şekli, gebeliği, isteme durumu, doğum sonu fizyolojik semptomlar doğum sonu konforu etkilemektedir (Bekele ve ark., 2022; Birgili, 2020; Can ve Apay, 2020; Çapık ve ark., 2014). Kadınların doğum deneyimlerinin de doğum sonu konfor düzeyine etkisi bulunmaktadır (Zontur ve Çelik, 2022). Doğum sonu konforu arttırmak için sıcak uygulama, masaj, duş, akupunktur, akupress gibi yöntemler de uygulanabilmektedir (Kırca ve Gül, 2022; Potur ve ark., 2015; Türkmen ve Oran, 2017).

Bu bilgiler ışığında araştırma, primipar kadınlara postpartum anksiyetenin, doğum hafızasına ve doğum sonu konfor düzeyine etkisinin belirlenmesine yönelik gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada; primipar kadınlarda postpartum anksiyeteyi doğum hafızasını ve doğum sonu konfor düzeyini etkileyen sosyodemografik ve obstetrik gibi faktörlerin incelenmesiyle; doğum sonu anksiyetenin azaltılması ile doğum hafızasını, doğumu hatırlamayı ve doğum sonu konfor düzeyini arttırmaya yönelik ebelik bakımının düzenlenmesi ve bu alandaki yapılabilecek uygulamaların önünü açmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu araştırma ile birlikte bu konuda ebelik literatürüne daha fazla çalışma katabileceği öngörülmektedir.

## 1.2 Araştırmanın Soruları

1. Primipar kadınlarda, postpartum anksiyete düzeyi nedir?
2. Primipar kadınlarda, doğum hafızası ve hatırlama düzeyi nedir?
3. Primipar kadınlarda doğum sonu konfor düzeyi nedir?
4. Primipar kadınlarda, postpartum anksiyete ile doğum hafızası ve hatırlama düzeyi arasında ilişki var mıdır?
5. Primipar kadınlarda, postpartum anksiyete ile doğum sonu konfor düzeyi arasında ilişki var mıdır?
6. Primipar kadınlarda, doğum hafızası ve hatırlama düzeyi ile doğum sonu konfor düzeyi arasında ilişki var mıdır?
7. Primipar kadınların sosyo-demografik, tıbbi/obstetrik gebelik/doğum ve bebeğe ait özelliklerinin postpartum anksiyeteye, doğum hafızası ve hatırlama düzeyine, doğum sonu konfor düzeyine etkileri nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Postpartum Dönem

Lohusalık veya puerperium dönemi olarak da adlandırılan postpartum dönem plasenta ve membranların doğumundan hemen sonra başlayıp vücudun gebelikten önceki halini alıncaya kadar olan ve yaklaşık 6 ile 12 hafta aralığını kapsayan bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Şimşek ve Esencan, 2017). Bu dönemde üreme organları başta olmak üzere bütün sistem ve organların gebelik öncesi haline dönmesi beklenmektedir (Taşkın, 2020). Kadınlar bu süreçte anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamaktadırlar (Güdücü ve Kaya, 2023).

Doğum sonu dönemde annede hem gerileyici (retrogressive) hem de ilerleyici (progressive) değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu gerileyici değişimler uterus ve vajina gibi üreme organlarının gebelik öncesi durumuna dönmesini ifade ederken; ilerleyici değişimler, laktasyona hazırlanan memelerdeki değişiklikleri kapsar (Taşkın, 2020). Bu değişimler postpartum dönemde üç farklı kısımda incelenebilmektedir;

Başlangıç dönemi olarak adlandırılan akut dönem doğum sonrasındaki ilk 6 ile 12 saat aralığını kapsayan dönemdir. Bu dönemde uterus inversiyonu doğum sonu kanama, eklampsi ve amniyotik sıvı embolisi gibi acil ve riskli durumlar yaşanabilmektedir (Romano ve ark., 2010). İkinci dönem ya da subakut postpartum dönemde dediğimiz bu süreç ise 2 ile 6 hafta aralığını kapsar ve bu dönemde vücutta hemodinamik, genitoüriner sistemlerde iyileşme ve metabolizmada değişimler görülebilir. Aynı zamanda ruhsal durum açısından değişimlerin yaşandığı bir evredir. Başlangıç dönemine göre değişimler daha hızlı gerçekleşir (Romano ve ark., 2010). Üçüncü dönem de doğum sonu 6. aya kadar sürmekte olup patolojik durumların nadir görüldüğü dönemdir (Romano ve ark., 2010).

Ayrıca doğum sonrasındaki bu süreç erken postpartum dönem ve geç postpartum dönem olmak üzere de ikiye ayrılmaktadır; erken postpartum dönem, doğum sonu ilk 24 saatten başlayıp 7 ile 10 gün aralığına kadar olan süreyi içeren dönem erken postpartum dönem, ikinci haftadan başlayıp altı haftaya kadar olan

dönem ise geç postpartum dönem olarak adlandırılmaktadır (Romano ve ark., 2010; WHO, 2010).

### **2.1.1 Postpartum Dönemde Annede Oluşan Fizyolojik Değişiklikler**

Doğum sonu dönemde annenin vücut sistemindeki değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler başta üreme sistemi olmak üzere kardiyovasküler sistem, üriner sistem, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi, endokrin sistem, cilt sistemini etkilemektedir (Güdücü ve Kaya, 2023).

#### **2.1.1.1 Üreme Sistemindeki Değişiklikler**

Üreme organları (uterus, serviks, vajina) doğum sonrasında 6 ile 8 haftalık süre aralığında gebelik öncesindeki durumuna geri dönmektedir. Bu duruma involüsyon süreci adı verilir (Aslan, 2015). Başlangıçta uterusun ağırlığı yaklaşık 1000 gram civarındadır ve uterus fundusu, orta hatta yer almaktadır (Güdücü ve Kaya, 2023). Plasentanın doğumundan hemen sonra uterus konum olarak umblikus hizasında veya umblikusun 1-2 cm altındadır (Taşkın, 2020). Myometrium tabakası kontrakte durumda olup uterus duvarı yaklaşık 4-5 cm kalınlığındadır (Gasner ve Aatsha, 2023). Doğumdan hemen sonra uterus kası miyometriyumdan tonik benzeri bir aktivite yapar. Bu aktivite postpartum kanamanın önlenmesi için bir yardımcıdır (Taşkın, 2020). Kasılmalar doğum sonu birkaç gün hissedilebilir (Dişli ve Kaydırak, 2021). İnvolyasyon sürecinin ilerlemesiyle zamanla kasılmalar azalmaktadır. Multipar annelerde primipar annelere göre daha fazla rahatsızlık verebilir (Paliulyte ve ark., 2017). Bu süreçte meydana gelen vajinal akıntı loşia olarak adlandırılır (Dişli ve Kaydırak, 2021). Loşia desidua parçaları, verniks koseoza, lanugo, mekonyum, mukus gibi maddeleri içermektedir (Aslan, 2015). Doğumdan sonra ilk birkaç gün loşia rubra dediğimiz koyu kırmızı bir görünümdeydir. Daha sonra pembe ve seroz bir renk alır. Loşia seroza dediğimiz bu görünüm 4 ile 10 gün aralığında sürmektedir. 10. günden 21. güne kadar loşia alba denilen sarımsı bir renk haline gelir (Taşkın, 2020). Serviksin ise involüsyon süreci 6 hafta sürer (Güdücü ve Kaya, 2023). Serviks doğum sonu dilate, yumuşak, ödemli ve yaralı durumdadır (Taşkın, 2020). Eksternal os

doğumdan hemen sonrasında kurşun kalem genişliğindedir. Meydana gelen laserasyonlar sebebiyle serviks kalıcı olarak değişmekte olup nulliparlardaki yuvarlak görünümün yerini kesik bir şekil almaktadır (Aslan, 2015). 4. haftada eksternal osta düz çizgi halinde bir yarık mevcuttur. Bu kadının vajinal doğum yaptığının göstergesidir (Taşkın, 2020). Vulva doğumdan sonra ödemli gevşek ve yaralıdır (Karakaplan ve Eryılmaz, 2007). Ayrıca vajina da pelvik konjesyon nedeniyle şişkin ve gevşek hale gelir, tonusu azalır, duvarları pürüzsüzleşir ve kıvrımları (rugae) kaybolur (Güdücü ve Kaya, 2023). Bu durum doğumdan sonraki ilk 3 hafta boyunca devam eder sonrasında gebelik öncesindeki durumuna döner. Emzirmeyen annelerde ise 6. haftada vajina normal haline döner (Taşkın, 2020). Perine fetal basın baskısı, epizyotomi ve laserasyonlar sebebiyle yaralı olabilmektedir. Bu sebeple doğumdan sonra ödemli ve kırmızı, gevşek görünümündedir (Aslan, 2015). Doğum sonu 5. günden itibaren tonüs geri dönmeye başlar (Taşkın, 2020). Doğum sonu dönemde estrojen ve progesteron hormonlarındaki seviyenin düşmesiyle birlikte prolaktin hormonu aktive olur ve memelerde süt salınımı gerçekleşmeye başlar (Güdücü ve Kaya, 2023). Bebeğin beslenmesi ve annede bulunan antikorların bebeğe iletilmesi için hazırlanan memelerin her birinde yaklaşık 400 gram ağırlık artışı meydana gelmektedir (Aslan, 2015). Laktasyon başlamadan önce yumuşak dokuda olan memeler laktasyonun başlamasıyla genişler, sertleşir ve hassas olabilir. Kadınlar ilk 48 saat bu hassasiyeti yaşayabilmektedirler (Taşkın, 2020).

#### **2.1.1.2 Diğer Organ ve Sistemlerdeki Değişiklikler**

Üreme sisteminde görülen değişikliklerin yanı sıra diğer sistemlerde de gebelik öncesi durumlarına geri dönmesi adına bazı değişiklikler olması beklenmektedir (Chauhan ve Tadi, 2022; Kepley ve ark., 2023; Taşkın, 2020). Doğum sonu dönemde kan volümü ve kardiyak outputta artışlar meydana gelir (Datta ve ark., 2010). Doğumdan sonra ilk 48 saatte kardiyak output değeri yüksektir (Samways ve ark., 2016). Eritrosit ve hemoglobin seviyesi 2 ile 6. hafta aralığında gebelik öncesindeki durumuna geri döner. Kan değerleri 6 ile 9 hafta içerisinde normal değerlerine ulaşmaya başlar (Taşkın, 2020). Yeni doğum yapmış bir annenin yaklaşık 4-6 saatte idrar yapması beklenir (Chauhan ve Tadi, 2022; Taşkın, 2020). Fakat doğumda meydana gelen travmalar üretra ve mesanedeki tonüs kaybı bu sürenin uzamasına

sebepe olabilmektedir (Aslan, 2015; Taşkın, 2020). Doğum sonu ilk birkaç günde idrarda protein görülebilmekte ve idrar volümünde artış meydana gelmektedir (Aslan, 2015). Doğum sonrasında mesane tonüsü çoğunlukla 5 ile 7 gün içinde normal haline döner (Güdücü ve Kaya, 2023). Bağırsak fonksiyonlarının da 3 veya 4 günden sonra normale dönmesi beklenmektedir (Taşkın, 2020). Hareketin az olması, barsaklar üzerindeki basıncın azalmış olması gibi durumlardan dolayı konstipasyon ve gaz oluşumu meydana gelebilir (Chauhan ve Tadi, 2022; Datta ve ark., 2010; Taşkın, 2020). Ayrıca doğumda fetüs başının yaptığı bası, perine bölgesindeki dikişler hemoroid oluşumuna sebep olabilmektedir (Shin ve ark., 2015). Estrojen, progesteron, HCG (human chorionic gonadotropin), HPL (Human placental lactogen) gibi plasental hormonlar gebelik öncesindeki düzeylerine geri dönmektedirler (Taşkın, 2020). Gebelikte hormonal değişiklikler sebebiyle kadınlarda görülebilen hirsutismus doğum sonunda gerilemektedir. Ayrıca postpartum dönemde telogen effluvium olarak isimlendirilen saç dökülmesi meydana gelebilir (Millikan, 2006).

### **2.1.2 Postpartum Dönemde Annede Meydana Gelebilecek Psikolojik Değişiklikler**

Postpartum dönemde kadının hayatındaki rol değişimi ve sorumluluklarındaki artış nedeni ile meydana gelen psikiyatrik bozuklukların sıklığı, gebelik süresince meydana gelen psikiyatrik bozukluklardan beş kat daha fazladır (Yar ve Yılmaz, 2021). Bu dönemde “annelik hüznü”, “postpartum depresyon” ve “postpartum psikoz” ve “anksiyete bozuklukları” en sık görülen ruh sağlığı sorunlarıdır (Akmeşe ve Çam, 2019). DSÖ 1992’de doğum sonrası dönem ruhsal bozuklukları “Uluslararası Hastalık Sınıflandırmaları (ICD-10)’na dahil etmiştir.

<b>F53</b>	Mental ve davranışsal bozukluklar, puerperium ile ilişkili olan, başka yerde sınırlanmamış
	Bu kategori puerperium ile (doğumu izleyen altı haftayı içine alan) bağlantılı olan mental bozuklukları içerir, bu bozukluklar bu bölümde başka yerde sınırlanmış bozukluklar için geçerli olan kriterleri taşımamaktadır. Bunu sebebi ya yetersiz bilginin bulunması veya onların sınırlandırılmasını mümkün kılmayan özel ek klinik bulguların varlığıdır
<b>F53.0</b>	Puerperium ile ilişkili, hafif mental ve davranışsal bozukluklar, başka yerde sınırlanmamış
	Postnatal Depresyon
	Postpartum Depresyon
<b>F53.1</b>	Puerperium ile ilişkili, şiddetli mental ve davranışsal bozukluklar, başka yerde sınırlanmamış
	Puerperal psikoz
<b>F53.8</b>	Puerperiumla ilişkili olan ve diğer mental ve davranışsal bozukluklar, başka yerde sınırlanmamış
<b>F53.9</b>	Puerperal mental bozukluk, tanımlanmamış

### Şekil 1. Uluslararası Hastalık Sınıflandırmaları

(Akmeşe & Çam, 2019; World Health Organization, 1992)

#### 2.1.2.1 Annelik Hüznü

Doğum sonu erken dönemde kendini gösteren geçici ve sınırlayıcı bir tablo olan annelik hüznü, “doğum sonrası hüznü” veya “bebek hüznü” olarak da bilinmektedir (Tosto ve ark., 2023). Kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları bu duygusal dalgalanma üçüncü ve beşinci günlerde ortaya çıkıp yedi ila on gün içerisinde kendiliğinden düzelir (Akmeşe ve Çam, 2019; Tosto ve ark., 2023). Hormonal ve sosyodemografik özellikler, stresli durumlar, doğum ile ilgili faktörler annelik hüznünün görülme nedenleri olarak sıralanabilmektedir (Akmeşe ve Çam, 2019; Rai ve ark., 2015). Genellikle kadınlarda ağlama, anksiyete, uyku bozuklukları, yorgunluk, duygu durumundaki değişiklikler ve hassasiyet şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Balaram ve Marwaha, 2023; O’Hara, 2008). Geçici bir durum olan annelik hüznü vakalarında iki haftadan uzun süren şikayetler postpartum depresyon gelişme açısından incelenmelidir (Akmeşe ve Çam, 2019). Doğum sonrasında annelik hüznü

tanısı alan bir birey doğum sonu depresyona veya doğum sonu anksiyete bozukluklarına yatkın hale gelebilmektedir (Balaram ve Marwaha, 2023). DSM-5'e göre, "annelik hüznü" yaşayan bir kadında doğum sonu depresyon meydana gelme riski, gebelik sırasında ruh hali veya anksiyete semptomları olanlarda önemli ölçüde artmaktadır (APA, 2022; Reck ve ark., 2009). Annelik hüznünde özel bir tedaviye ihtiyaç duyulmamaktadır (Akmeşe ve Çam, 2019). Belirtiler şiddetini kaybederek ortalama iki hafta içinde iyileşmektedir. Şiddetli olgularda destekleyici psikoterapötik yaklaşım sunulabilmektedir (Balaram ve Marwaha, 2023). Bu süreçte eşin, ailenin ve sağlık profesyonellerinin desteği oldukça önemlidir. Annenin hisleri ile ilgili konuşmak ve fiziksel semptomları gidermek rahatlama sağlayabilmektedir. Ayrıca doğum öncesi dönemde annelere annelik hüznü ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Uzun süren vakalarda hekime başvurulması önerilmektedir (Akmeşe ve Çam, 2019; Balaram ve Marwaha, 2023; Erdem ve Bez, 2009; Yavuz ve Bilge, 2022).

### **2.1.2.2 Postpartum Depresyon**

Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk bir yıl içerisinde kadınları etkileyen önemli bir ruh sağlığı bozukluğudur (Serati ve ark., 2016). DSM-V'de (psikiyatrik tanı sistemi) doğum sonu depresyon perinatal depresyon terimine dahil edilmiştir (APA, 2022). Postpartum depresyon, annelik hüznünden çok daha ağır ve şiddetli bir tablodur (Carlson ve ark., 2024). Prevelansı çeşitli çalışmalarda farklı bir şekilde görülmesine karşın genel popülasyonda %6.5 ile %20 aralığında olduğu bilinmektedir (Carlson ve ark., 2024). Bir kohort çalışmasında doğum sonrası depresyonun prevelansı %13,9 olarak bulunmuş olup 2010'da %9,4 olan postpartum depresyon prevelansı 2021'de %19,3'e yükseldiği belirtilmiştir (Getahun ve ark., 2023). Başka bir kaynakta postpartum depresyon prevelansının %13 ile %19 arasında değişmekte olduğu öne sürülmektedir (O'hara ve McCabe, 2013). Ülkemizde ise 52 makalenin yer aldığı bir meta-analiz çalışmasında postpartum depresyon prevelansının %23.8 olduğu ortaya konmuştur (Özcan ve ark., 2017).

Postpartum depresyonun ortaya çıkmasında çeşitli etiyolojiler rol oynamaktadır (Carlson ve ark., 2024; Çolak ve ark., 2022; O'hara ve McCabe, 2013; Schiller ve ark., 2015). Doğum sonu dönemde endokrin sistemdeki değişiklikler postpartum depresyon için risk oluşturmaktadır (Schiller ve ark., 2015). Artan östrojen

ve progesteron hormonlarının geri çekilmesi hormonal bozukluklara yol açabilmekte, kortizol salınımında oluşan değişiklikler ise duygudurum bozulmalarına sebep olabilmektedir (Carlson ve ark., 2024). Ayrıca genetik yatkınlık, yüksek riskli gebelik, obstetrik komplikasyonlar, tıbbi öyküde depresyon ve anksiyetenin yer alması, aile desteğinin ve sosyal çevrenin destek eksikliği, aile içerisindeki şiddet, genç anne yaşı, sigara kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları, egzersiz ve fiziksel aktivite azlığı postpartum depresyonun görülmesini etkileyen faktörleri arasında yer almaktadır (Çolak ve ark., 2022; Ghaedrahmati ve ark., 2017; Guintivano ve ark., 2018; Liu Bm ve ark., 2022; Yavuz ve Bilge, 2022; Zacher Kjeldsen ve ark., 2022). Postpartum depresyona sebep olan risk faktörlerinin incelendiği bir meta- analiz çalışmasında gebelikte diyabet, erkek bebek sahibi olmak ve epidural anestezinin doğum sonrasında depresyon gelişme açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir (Liu ve ark., 2022). Postpartum depresyon yaşayan kadınlarda kendini değersiz hissetme, anksiyete, panik atak, ağlama, ajitasyon, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları, umutsuz ve yetersiz hissetme, intihar ve ölüm düşüncesi gibi belirtiler görülebilmektedir (Akmeşe ve Çam, 2019; O’Hara, 2008; O’hara ve McCabe, 2013; Stewart ve Vigod, 2019). Postpartum depresyonun teşhis edilebilmesi için en az iki hafta süreyle en az beş depresif semptomun bulunması gerekmektedir ve ACOG (American Collage of Obstetrian and Gynecologists) postpartum depresyonun genellikle belirli dokuz semptom ile kendini gösterdiğini belirtmektedir. Bunlar;

- Depresif ruh durumu
- İlgi ve zevk kaybı (anhedoni)
- Uyku bozuklukları
- Psikomotor ajitasyon ve gerileme
- Değersizlik hissi veya suçluluk
- Yorgunluk veya enerjide azalma
- İntihar veya ölüm düşüncesi-girişimi
- Konsantrasyon bozukluğu veya kararsızlık
- Kiloda veya iştahta değişiklik olarak tanımlanmıştır (ACOG, 2023).

Postpartum depresyon taramasında risk teşkil eden kişileri saptayabilmek için “Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” (EPDS) gibi araçlardan yararlanılarak doğum sonrasında depresyona ilişkin ruh sağlığı değerlendirilebilmektedir (Levis ve ark., 2020). ACOG (American Collage of Obstetrian and Gynecologists), AAP

(American Academy of Pediatrics) ve AAFP ( American Academy of Family Medicine) EPDS kullanılarak her hastanın taranması gerektiğini önermektedir (ACOG, 2024; Croke, 2019).

Tedavide danışmanlık, kognitif terapi veya ilaçlar ile tedavi sağlanabilmektedir. Doğum sonrası destek grupları kadınların ihtiyaç duyduğu desteği sağlamasına yardımcı olabilmektedir. Ayrıca Elektro Konvülsiv Tedavi (EKT) gerekebilir ve bu tedavi altı aya kadar sürdürülebilmektedir (Carlson ve ark., 2024). Postpartum depresyona sahip birçok kadın altı hafta içerisinde tedaviye yanıt verebilmektedirler (Akmeşe ve Çam, 2019).

### **2.1.2.3 Postpartum Psikoz**

Postpartum psikoz çok boyutlu bir rahatsızlıktır ve psikiyatrik acil durum olarak kabul edilmektedir (VanderKruik ve ark., 2017). Genel popülasyonda oldukça nadir görülmekte olup (1000 doğumda 2-3 oranında) akut başlangıçlı şiddetli bir ataktır (Akmeşe ve Çam, 2019). Psikoza sahip kadınların %4'ünde enfantisid ve filisid davranışlar görülmektedir (Spinelli, 2009). Başlangıcı doğum sonu ilk 3 hafta içerisinde görülmekte fakat ilk 2-3 günde de bazı belirtiler gözlenebilmekte ve 3 aya kadar uzayabilmektedir (Rai ve ark., 2015; Yavuz ve Bilge, 2022). Doğum sonu dönemde östrojen düzeyinde ani düşüş gibi hormonal değişimler, kadındaki immun aktivasyonu ve sirkadiyen ritimdeki bozulmalar postpartum psikoza sebep olabilmektedir (Dias ve Jones, 2021; Perry ve ark., 2021; Yavuz ve Bilge, 2022) Bipolar bozukluk yaşayan kadınlarda %20 oranında postpartum psikoz görülme riski mevcuttur (Michalczyk ve ark., 2023). Daha önce postpartum psikoz öyküsü bulunan, stresli yaşama sahip olan sosyal destek eksikliği olan, 25 yaşın altında ve 35 yaş üzerinde olan, zararlı alışkanlıkları bulunan, düşük sosyoekonomik düzeyde olan ve preterm doğum yapan kadınlarda görülme durumu yüksektir (Akmeşe ve Çam, 2019; Dias ve Jones, 2021; Perry ve ark., 2021; Rai ve ark., 2015). Postpartum psikoz olgularında en sık görülen belirtiler uykusuzluk, huzursuzluk ve sinirlilik halidir (Yavuz ve Bilge, 2022). Sanrılar, gerçek olmayan şeylere inanma, halüsinasyonlar gibi psikotik semptomlar görülebilmektedir (Akmeşe ve Çam, 2019). Doğum ve bebek ile ilgili paranoyak durumlar gözlemlenebilmektedir (Rai ve ark., 2015). Ayrıca kafa karışıklığı, şüphecilik, ağlama nöbetleri, obsesif düşünceler gibi semptomlar meydana

gelebilir (Akmeşe ve Çam, 2019; Perry ve ark., 2021). Acil bir şekilde tedavi altına alınmazsa intihar ve cinayet gibi durumlar yaşanmasına sebep olarak hem tıbbi hem de sosyal sorunlar görülmesine yol açabilmektedir (Akmeşe ve Çam, 2019). Teşhis edilebilmesi için standart prosedürlerin olmamasına rağmen EPDS gibi ölçüm araçları risk altındaki kadınları belirlemek amacıyla yardımcı olabilmektedir (Michalczyk ve ark., 2023). Ayrıntılı öykü, fiziksel muayenenin yanı sıra laboratuvar testleri de psikozun asıl nedenlerini belirlemeye yardımcı olabilmektedir (Osborne, 2018; Raza ve Raza, 2023). Acil bir durum olarak görüldüğünden dolayı tedavi son derece önemlidir (Dias ve Jones, 2021). Zarar verme riski olan kadınların hastaneye yatışı sağlanmalıdır (Yavuz ve Bilge, 2022). Psikozu tedavi edebilmek için antiepileptik ilaçlar ve atipik antipsikotikler kullanılabilir (Akmeşe ve Çam, 2019). Lityum gebelikte kullanılmamasına rağmen doğum sonu süreçte alternatif bir tedavi seçeneğidir (Poels ve ark., 2018). Elektrokonvülsif tedavi psikozlu hastalarda fayda sağlayan bir diğer seçenektir (Akmeşe ve Çam, 2019).

#### **2.1.2.4 Anksiyete**

##### *Anksiyete Tanımı*

Anksiyete, nedeni belirsiz bir şekilde bireyin hissettiği iç sıkıntısı, kaygı olarak da belirtilen yaşamı olumsuz etkileyen, rahatsızlık hissi yaratan endişe duygusudur (Işık ve Taner, 2006). Anksiyete yaşayan kişiler genellikle huzursuzluk, korku, dikkat dağınıklığı gerginlik nefes almada zorlanma, kan basıncında yükselme gibi yakınmalar yaşayabilmektedirler (Yenici ve ark., 2019). Ayrıca kişideki kendine olan güvenin yetersiz olması, kendi benliği hakkında negatif yorum ve düşüncelere sahip olması benlik bütünlüğüne zarar vererek yoğun miktarda anksiyete yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu süreçte kişide ortaya çıkan karmaşık duygular içsel çelişkilere neden olabilmektedir (Pişirgen, 2011).

##### *Anksiyete Nedenleri*

Anksiyete bozukluğuna neden olan etmenler üç kategoride incelenebilmektedir. Bunlar; biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerdir (Shri, 2010).

Biyolojik nedenler arasında genetik faktörlerin etkisi önemlidir. Anksiyete bozukluğuna sahip bir kişinin ailesinde anksiyete yaşayan bireyler olması veya çocuklarında ve torunlarında anksiyete bozukluğunun görülme olasılığı daha yüksektir (Topçuoğlu, 2022). Beyinde yer alan bazı nörotransmitter maddelerin anksiyete nörobiyolojisiyle bağlantılı olduğu bilinmektedir. Ayrıca hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve kişinin beslenme tarzı anksiyete yaşanmasına sebep olabilmektedir (Shri, 2010)

Kişinin yaşadığı problemler ve stresli durumlar, kişisel dürtüleri, yaşanmış belirli durumlara verilen tepkiler, travmatik olaylar, çocukluk çağında ebeveyni ile güvenli bağlanmanın sağlanamaması, kişilik özellikleri, düşük öz-saygı, gelişimsel krizler etkileyen diğer faktörler arasındadır (Shri, 2010; Topçuoğlu, 2022).

Ailede yaşanan ölüm, boşanma, kazalar ve hastalıklar, ekonomik problemler, şiddete veya istismara maruz kalma, toplumsal normlar kişide anksiyete bozukluğu gelişmesinin nedenleri arasındadır (Shri, 2010).

### *Anksiyete Belirtileri*

Anksiyete bozukluğu olan kişiler belirli durumlarda veya yaygın olarak günlük yaşamında aşırı korku veya endişe yaşayabilmektedirler (Topçuoğlu, 2022). Anksiyete bozukluğuna sahip kişilerde bilişsel, duygusal davranışsal, fizyolojik birtakım belirtiler görülebilmektedir (Özkoç, 2023). Kişinin duygu durumundaki değişiklikler, kişinin gösterdiği kaçma davranışları, görülen bedensel değişiklikler anksiyete belirtisi olabilmektedir (Chand ve Marwaha, 2023; Özkoç, 2023).

Anksiyete belirtileri genel olarak;

- Konsantre olmada zorluk, odaklanamama
- Sinirli, öfkeli, gergin hissetme
- Aşırı duyarlılık
- Tehlike, panik duygusuna kapılma
- Taşikardi, çarpıntı, titreme
- Baş ağrısı, kas gerginliği, sırt ağrısı
- Nefes alıp vermede güçlük
- Normalden fazla terleme
- Uyku sorunları

- Sık idrara çıkma gibi belirtiler yaşayabilmektedirler (Chand ve Marwaha, 2023; Shri, 2010; Szuhany ve Simon, 2022; WHO, 2023).

Ayrıca anksiyete bozukluğu olan kişilerde hafızasının zayıflaması otonom sinir sisteminin fazla yoğunlaşmasına sebep olduğu için kişi kalp atımlarını hissetmeye başlar ve bunu kalp krizi olarak yorumlayabilmektedir (Robinson ve ark., 2013).

Anksiyete bozukluklarının bazı türleri mevcuttur;

- Yaygın Anksiyete Bozukluğu anksiyetenin, farklı yaşam şartları ile ilgili kontrol edilmesi zor ve gerçekçi olmayan endişelerinin 6 ay veya daha uzun süre boyunca hissedilmesidir (Munir ve Takov, 2022).
- Panik Bozukluğu beklenmeyen belirli korku ataklarının ortaya çıkması ve bu atakların tekrarlama korkusudur (WHO, 2023).
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu kişinin sosyal ortamlarda kendini aşağılanmış, mahcup hissetmesiyle yüksek düzeyde korku ve endişe görülmesidir (WHO, 2023).
- Agorafobi kamusal alanlardan veya açık alanlardan mantıksız hissedilen veya hissetmesine neden olabilecek durumlardan kaçınmasıdır (Shri, 2010).
- Ayrılık Kaygısı Bozukluğu kişilerin derin bağ kurduğu kişilerden ayrılma korkusu, endişesidir (Shri, 2010; WHO, 2023).
- Özgül Fobiler belirli eşyalara, nesnelere veya olaylara karşı yoğun ve mantıksız duyulan korkudur (Samra ve ark., 2024).
- Seçici mutizm bazı ortamlarda rahat konuşurken bazı ortamlarda konuşamama durumudur (WHO, 2023).
- Durumluk Anksiyete iç veya dış etkenlerin rol oynadığı gerçek olan veya potansiyel olarak tehdit edici bir durumdan kaynaklanan geçici bir korku deneyimidir (Hutchins ve Young, 2018).
- Sürekli Anksiyetede kişinin yapısı ve durumları yorumlama şekli anksiyeteye karşı yatkınlık göstermektedir. Bu sebeple kişi süreğen bir şekilde anksiyete yaşamaktadır (Aslan ve Erceyes, 2017).

## *Anksiyete Düzeyleri*

Kişilerin yaşadığı anksiyete farklı seviyelerde olabilmektedir. Anksiyete hafif düzey, orta düzey, şiddetli düzey ve panik düzey olmak üzere 4 düzeyde ele alınmaktadır.

Hafif Düzey Anksiyete yaşayan kişi günlük yaşamındaki durumlarda hafif gerginlikler yaşayabilmektedir. Yaşamsal bulguları normaldir. Çevre ile iletişim kurmada zorun yaşamaz ve karşılaştığı zorluklarla başa çıkabilme yeteneği mevcuttur (Özkoç, 2023).

Orta Düzey Anksiyetede bireyin olayları anlama ve kavrayabilme güçlüğü ortaya çıkmaktadır. Konsantrasyon yeteneğinde azalma, olaylara tepkisiz kalma gibi durumlar gerçekleşebilmektedir. Karşılaştığı problemleri çözme konusunda yardıma ihtiyaç duyar. Solunum, kan basıncı, nabız sayısında artma meydana gelebilmektedir (Christman, 2022).

Şiddetli Düzey Anksiyetede olayları ve durumları kavrama ve anlama durumu büyük oranda azalmıştır. Birey çevresinde gerçekleşen olayları algılayamamaya başlar. Neden-sonuç ilişkisi kuramamaktadır. Mantiğini kullanmakta zorlanır ve dikkatini kontrol etmekte zorluk yaşar. Çarpıntı, mide bulantısı, baş ağrısı, titreme gibi semptomlar yaşayabilmektedir (Christman, 2022; Özkoç, 2023).

Panik Düzey Anksiyetede kişi iletişim kuramayacak kadar çevresiyle bağlantısını kesmiş durumdadır. Uyarılara cevap veremez. Kişi kendinde değildir ve yardıma ihtiyaç duymaktadır. Titreme, kan basıncında azalma, baş dönmesi, halüsinasyon görme gibi belirtiler görülebilmektedir (Christman, 2022; Özkoç, 2023).

## *Postpartum Anksiyete*

Gebelikte kadınlarda görülen değişimler doğumu takip eden süreç boyunca da devam etmektedir (Yar ve Yılmaz, 2021). Fiziksel değişimlerin yanı sıra yeni bir bebeğin dünyaya gelişiyle ve yeni sorumlulukların ortaya çıkmasıyla birlikte annelik rolüne uyum sağlamaya çalışan kadında psikolojik değişimler de meydana gelmektedir (Deliktaş ve ark., 2015). Kadının doğum sonu dönemde yaşadığı bu değişimler stres oluşturabilir ve bu da büyük oranda anksiyete yaşamasına sebep olabilmektedir (Yar ve Yılmaz, 2021). Doğum sonu dönemde kadınlarda anksiyete görülme oranı %2 ile

%45 oranında değişmektedir (Dennis ve ark., 2017). Genel popülasyona bakıldığında gebe olmayan kadınlarda anksiyete oranı %5 ile %12 arasında görülürken doğum sonu dönemde bu oran %15 ile %20 aralığına yükselmektedir (Radoš ve ark., 2018). Annenin genç yaşa sahip olması, eğitim seviyesinin düşük olması, sosyoekonomik durumunun düşük olması, primipar olması, sezaryen doğum yapmış olması, obstetrik komplikasyonlar yaşamış olması, plansız bir şekilde gebeliğin gerçekleşmiş olması, daha önce travma sonrası stres bozukluğu veya anksiyete bozukluğu yaşamış olması, sosyal destek eksikliği olması, şiddete veya istismara uğrama öyküsü bulunması doğum sonu dönemde kadınlarda anksiyete görülme riskini büyük oranda yükseltmektedir (Bell ve ark., 2016; Bingöl ve Bal, 2020; Liu ve ark., 2020; O'Hara ve Mc Cabe, 2013). Ayrıca hipotalamus, hipofiz ve adrenal bezlerde meydana gelen bozulma, inflamatuvar mediatörlerdeki değişimler vücutta kortizol salınımı artırarak stres oluşturabilmekte ve anksiyete yaşanmasına sebebiyet verebilmektedir (Mor ve ark., 2011). Oksitosine maruz kalmak da anksiyete yaşanmasına sebep olan diğer etkenler arasında yer almaktadır. Bununla ilgili bir çalışmada doğum sonrasındaki 2 hafta içinde perinatal dönemde oksitosin uygulanan kadınlarda doğum sonrası anksiyete geliştirme olasılığının 1,44 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Kroll-Desrosiers ve ark., 2017). Anksiyete yaşayan kadınlarda bu dönemde aşırı kaygı, korku, uyku sorunları, öfke, huzursuzluk, bebeğe karşı aşırı duyarlı veya duyarsız olma, panik atak gibi belirtiler görülebilmektedir (Hantsoo ve Epperson, 2017; Şahin ve Erbaş, 2022). Ayrıca bu dönemde anksiyete yaşayan kadınlarda anne- bebek bağlanması olumsuz etkilenmekte ve emzirmeye başlama oranları düşmektedir (Paul ve ark., 2013).

Postpartum anksiyete tedavi edilmezse depresyon gibi diğer ruhsal sorunların görülme riskini arttırmaktadır. Bu nedenle ebeler bu dönemde anneye destek olmalıdır. Emzirmenin erken dönemde başlamasını sağlamalı, anne bebek bağının oluşmasına yardımcı olmalıdır. Bu dönemde yapılan eğitim ve danışmanlıklar anksiyetenin azalmasını sağlayarak görülebilecek komplikasyonları önlemektedir. Verilen ebelik bakımı bireye özgü olmalı ayrıca yenidoğan sağlığını da geliştirmek amacıyla anne ve bebek fizyolojik olarak takip edilmesinin yanı sıra psikolojik açıdan da yakından takip edilmelidir (Akmeşe & Çam, 2019).

## 2.1 Hafıza

### 2.2.1. Hafıza Nedir?

Bilgileri, geçmiş deneyimlere ait özellikleri, kazanılan alışkanlıkların farklı yollar aracılığıyla öğrenilmesini sağlayan bir yapıdır (Tulving ve Szpunar, 2009). Hafızanın gücü sayesinde bahsettiğimiz bu bilgi, deneyim ve alışkanlıklar beynin belirli bölmelerine kaydedilerek bazı durumlarda tekrar hatırlanmaktadır (Schacter et al., 2012). Mevcut problemleri çözebilme, karar verebilme, öğrenme gibi davranışlar için hafızaya gereksinim duyulmaktadır. Aynı zamanda bu süreç geçmiş yaşamı, bugünü ve gelecek yaşamı birbirine bağlamaktadır (Topkara ve Çağan, 2021; Tulving ve Szpunar, 2009).

### 2.2.2. Hafızanın Biyolojik Temeli

Hafıza beyinde hipokampus, amigdala ve korteks kısımlarından oluşur. Korteks kısa ve uzun süreli hafızadan sorumludur. Amigdala, temporal lobun uç kısmına yerleşmiştir ve kişide duyuşal hafızadan sorumludur. Hipokampus ise temporal lobda bulunan bir yapıdır. Yaşanılan durumların, anıların aktarılmasında görevlidir (Ackerman, 1992). Bu sebeple hafıza “duyuşal hafıza”, “kısa süreli hafıza” ve “uzun süreli hafıza” şeklinde üç ana türe ayrılabilir (Cowan, 2008).

### *Duyusal Hafıza*

Birey çevreden aldığı uyarınları duyu reseptörleri ile merkezi sinir sistemine iletir. Buraya gelen bilgiler anlamlandırılmak amacıyla kısa süreli hafızaya aktarılır. Bu bilgiler yorumlanıp anlamlandırılmasına kadar olan sürede bilgilerin saklandığı yer ise duyuşal hafızadır. Kısacası bilginin bellekteki anlık ve kısa örneğidir. Duyusal hafızada görsel bilgiler bir saniyeden az bir sürede, dokunma ile algılanan bilgi 2-3 saniyede, işitme ile algılanan bilgi ise 4 saniyede kaybolabileceği iddia edilmektedir (Topkara, 2019) .

### ***Kısa Süreli Hafıza***

Kısa süreli hafıza, öğrenilen bilgilerin geçici olarak saklanmasını sağlayan beynin prefrontal kısmında bulunan bir depolama alanıdır. Buradaki bilgiler kısa süreli olarak depolandığından dolayı kalıcı olabilmeleri için tekrarlanmaları gerekir. Tekrarlanmadığı takdirde bilgi 30 saniye içinde kaybolabilmektedir. Bilgi kısa süreli hafızaya aktarıldıktan sonra yorumlanarak uzun süreli hafızaya aktarılmaktadır. Depolama alanı kısıtlı olduğundan dolayı tekrar edilmeyen bilgiler bir zaman sonra unutulmakta, tekrarlanan bilgiler ise korunmaktadır (Casella ve Khalili, 2024).

### ***Uzun Süreli Hafıza***

Uzun süreli hafıza, kısa süreli hafıza aracılığı ile ulaşılan bilgilerle daha önceden bulunan bilgiler arasında bağlantı kurulup ilişkilendirilmesiyle oluşan bilginin kalıcı bir şekilde depolandığı yerdir. Gelen bilginin daha uzun sürelerde (günler, aylar, yıllar gibi) bellekte tutulması olarak da ifade edilebilmektedir. Kişi bilgileri anımsamakta zorlansa bile hatırlatıcılar yardımıyla bu durum kolaylaştırılabilmektedir. Sekonder ve tersiyer hafıza adı verilen iki evreden oluşmaktadır. Sekonder hafızada yer alan bilgiler hatırlanması daha zor ve yaşam boyu saklanabilen bilgilerken, tersiyer hafızada bilgi görsel ve sözel olarak depolanabilmektedir. Ayrıca uzun süreli hafızada işitme, görme, koku aracılığıyla edindiğimiz bilgiler de saklanabilmektedir (Almaraz-Espinoza ve Grider, 2023). Uzun süreli hafıza, ifade edilen (açık) ve ifade edilemeyen (örtük) hafıza olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır (Ward ve ark., 2013).

İfade Edilebilir (Açık) Hafıza kişinin bilinçli bir şekilde hatırladığı gerçek ve kesin olan olaylardan oluşmaktadır (Ward ve ark., 2013). Epizodik ve semantik hafıza olmak üzere ikiye ayrılır.

Epizodik Hafıza yaşamın herhangi bir döneminde karşılaştığımız olaylar ve bunlarla ilgili deneyimlerimizi içeren bellektir. Geçmişte yaşanan olayların ana kaynağı olmakla birlikte unutulmaya ve değişmeye duyarlıdır. Genelde kadınlarda bulunan hafıza türüdür (De Brigard ve ark., 2022).

Semantik Hafıza çevre aracılığıyla elde edilen bilgi, kavram ve olayların kaydedildiği bellektir. Bilginin alınması, temsil edilmesi ve işlenmesinden sorumludur. Kelime, nesnelere yorumlanması ve algısal deneyimi kapsar. Bilgiler zamanla ve

aşamalı öğrenilmektedir. Daha çok erkeklerde bulunmaktadır (De Brigard ve ark., 2022).

İfade Edilemeyen (Örtük) Hafıza geçmiş deneyimlerin kullanılmasıyla hatırlamanın sağlandığı bilinçsiz hafıza olarak tanımlanmaktadır (Ward ve ark., 2013). Hazırlama, işlemsel hafıza ve koşullama olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (Keleş ve Çepni, 2006).

Hazırlama uyarının iletilmesi sonrasında, kişinin belirli bir zaman sonra yaşamış olduğu bir durumun aynısının ya da benzerinin bir iletide verdiği yanıt etkileyen bir durumu tanımlayan bileşendir (Graf ve Birt, 1996).

İşlemsel Hafıza herhangi bir durumun, olayın gerçekleşmesinde kullanılan yöntemlerin depolandığı hafıza türüdür. Bilgilerin kalıcı olması veya davranışların otomatik hale gelmesi için çok sayıda tekrar gerekir (Sanchez ve ark., 2010).

Koşullanma nötr bir uyarının normal ve olası şartlarda farklı uyaranlar tarafından yanıt meydana getirebilme yeteneği olarak açıklanmaktadır (Graf ve Birt, 1996).

### **2.2.3. Hafıza Aşamaları**

Hafıza; kodlama, depolama (saklama, kaydetme) ve geri çağırma (hatırlama) aşamalarından oluşmaktadır.

Kodlama edinilen bilgilerin anlamlı olarak düzenlenmesi ve hafızaya aktarılarak kaydedilebilecek bir hale dönüştürülmesi sürecine denir. Kodlama aşamasında ses, görüntü gibi fiziksel ileteler hafızanın onayladığı bir koda dönüştürülerek hafızaya kazanılmaktadır. Kodlama iki ayrı yöntemle gerçekleştirilebilir. Bilgilerin otomatik olarak, kendiliğinden kodlanmasına istemsiz kodlama denir. Eğer özel bir çaba ve gayretle kodlama yapılıyorsa, bu da istemli veya çaba gerektiren kodlama olarak adlandırılmaktadır (Johnson, 1978; Mcdermott ve Roediger, 2014) .

Depolama kodlanan bilgilerin hafıza da saklandığı, tutulduğu aşamadır. Bilgiler hafıza da birkaç saniye kadar tutulduysa bu bilgi duyuşal hafıza da depolanmış demektir. Birkaç saniyeden bir dakikaya kadar tutulan bilgi kısa süreli hafızada, saatlerden yıllara kadar geçen bir zamanda tutulan bilgi ise uzun süreli hafıza da depolanmıştır (Mcdermott ve Roediger, 2014).

Hatırlama (Geri Çağırma) kodlanan ve hafızada uzun süre saklanan bilgilerin tekrar bilinç düzeyine kısa süreli belleğe çıkarılması olarak tanımlanmaktadır. Kodlanan bilgiyi hatırlatacak bir ipucuna ihtiyaç vardır ve bu ipucunun güçlü olması kişinin bilgiyi hatırlamasını etkilemektedir. Hafızanın aşamalarından birinde bir problem olması kişinin bilgiyi unutmasına neden olur. Ayrıca unutma durumu kısa süreli hafıza ile alakalıyken, hatırlayamama uzun süreli hafıza ile ilişkilidir (Mcdermott ve Roediger, 2014).

#### **2.2.4. Doğum Hafızası**

Doğum eylemi fiziksel, ruhsal, mental ve sosyolojik açıdan hem kadını hem ailesini etkileyen bir deneyimdir (Taşkın, 2020). Bu deneyim her kadında ve yaşanan her doğumda farklı olabilmekte ve anı olarak kadının hafızasında yer edinmektedir (Topkara ve Çağan, 2021). Yaşanılan doğum deneyimlerinin anksiyete, doğum sonu depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, evlilik ve anne-bebek ilişkileri ile bağlantılı olduğunu göstermiştir (Bell ve Andersson, 2016; Dekel ve ark., 2017; Field, 2018; Johansson ve ark., 2020). Hafızada bulunan ve zamanla kullanılan doğuma ilişkin bu bilgilere doğum hafızası denilmektedir (Topkara ve Çağan, 2021). Doğum hafızası, doğumdan yıllar sonrasında bile hatırlanabilmektedir (Altuntuğ ve ark., 2024a; Takehara ve ark., 2014). Doğum sonrası hafıza ile ilgili yapılan bir çalışmada doğumdan birkaç gün sonra ve doğumdan 5 yıl sonra kadınların doğum anılarını hatırlama durumları incelendiğinde, 5 yıl sonra bile kadınların doğuma dair anılarını net bir şekilde hatırladıkları ortaya konulmuştur (Takehara ve ark., 2014).

Kadınların ilk doğum deneyimleri daha kalıcı olma gücüne sahiptir (Simkin, 1992). Yaş, eğitim düzeyi, gebeliğin planlı olması, önceki gebeliklerde düşük yaşama, doğum komplikasyonları, kişisel farklılıklar, kadının doğumu nasıl algıladığı, doğum sonu dönemdeki mental sağlık gibi faktörlerin doğum hafızasını etkilediği bilinmektedir (Altuntuğ ve ark., 2024a; Briddon ve ark., 2011; Özçalık ve Aksoy, 2024). Kadının doğumda deneyimlediği duygular olumlu, olumsuz, ya da karmaşık olabilmektedir (Hall ve ark., 2018). Neşe, stres, sakinlik, yaralanma endişesi bebeği için endişelenme ve ölüm korkusu gibi duygular yaşayabilmektedir (Olza ve ark., 2018). Kadının yaşadığı bu duygular, doğum anıları, hafızada kalır (Pereda-Goikoetxea ve ark., 2023). Ayrıca olumsuz duygular doğum sonu dönemde travma,

ruh sağlığı problemleri gibi sorunlarla karşılaşılabilmektedir (Garapati ve ark., 2023). Doğum sonu dönemde kadının sağlıklı bir mentale sahip olması, zihninde kalan ve hafızaya aktarılan doğuma dair anılarının olumlu olmasına bağlı bir durumdur (İşbir ve İnci, 2014). Doğumda travmatik durumlar yaşayan kadınlar doğumu olumsuz, negatif ve sıkıntılı bir deneyim olarak görüp o şekilde hatırlamaktadırlar (Topkara, 2019). Yapılan çalışmada doğumda travmatik deneyimler yaşayan kadınların %7'sinde TSSB (travma sonrası stres bozukluğu), %16'sında anksiyete bozuklukları ve %19'unda PPD (postpartum depresyon) görüldüğü ortaya konmuştur (Brummelte ve Galea, 2016). Kadınların, doğumdan sonraki dönemde yaşadıkları değişikliklere hızlı bir şekilde uyum sağlaması fiziksel olarak iyi hissetmesi, destek sistemlerinin olması, kadının benlik algısının güçlü olması, alınan bakımın nitelikli ve kaliteli olması doğum hafızasının sağlıklı kalabilmesi için oldukça önemlidir (Foley ve ark., 2014; Henriksen ve ark., 2017). Doğum hafızasının sağlıklı kalabilmesi; kadınların kendilerine olan güvenlerinin artmasında, bebekleri ile güçlü ilişkiler kurmasında ve gelecekteki yaşayacakları doğumlarına olumlu katkı sağlarken, doğum hafızasının sağlıksız olması anne ve bebek bağlanması yetersizlik, postpartum depresyon yaşama, çocuğa kalitesiz bakım sunma, cinsel isteksizlik gibi problemlerin oluşması, emzirmede sorun yaşama ve ileriki doğumları için endişe kaynağı olabilmektedir (Çankaya ve Akın, 2023; Garthus-Niegel ve ark., 2013).

## **2.3.Doğum Sonu Konfor**

### **2.3.1. Konfor Kavramı**

Konfor terimi Latince'de güçlendirmek, rahatlatmak anlamına gelen "confortare" kelimesinden türemiş bir kavramdır (Kolcaba ve ark., 2006). Çeşitli kuramcılar konfor kavramını farklı şekillerde tanımlamışlardır (Fujianti ve Krismiadi, 2024; Kolcaba, 2003; Tutton ve Seers, 2003; Yücel ve Ergin, 2021). Peplau'nun kuramında konfor temel bir ihtiyaç olarak bahsedilirken, Orlando'nun kuramında fiziksel, psikolojik konforu değerlendirme ve bu konforu arttıran durumlardan Roy'un adaptasyon modelinde ise psikolojik konfordan söz edilmiştir (Fujianti ve Krismiadi, 2024; Olufunke ve Oluwakorede, 2016; Tutton ve Seers, 2003; Yücel ve Ergin, 2021).

Watson'un modelinde konfor, sağlık bakımının değişkenleri arasında bahsedilmiştir (şentürk ve ark., 2017). Kolcaba ise konforu; "bireyin ihtiyaçlarına uygun yardım sağlama, huzuru oluşturma ve karşılaşılan problemleri çözmeye ilişkin fiziksel, sosyal, psikospiritüel ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen sonuç" olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 2003; Kolcaba ve ark., 2006; Kolcaba, 1994). Bütünsel konfor tüm gereksinimlerin karşılanmasıyla ya da karşılanan gereksinimlerin her biri için bireysel anlamda doyum hissedilmesiyle elde edilmektedir (Kolcaba, 1994). Sağlık bakım sisteminde konfor kavramı hasta bireyin, ailesinin ve toplumun konfor ihtiyacının tanılanması ve bu ihtiyaca yönelik gerekli girişimlerinin planlanması ve uygulanması olarak açıklanmaktadır (Yücel ve Ergin, 2021). Ayrıca konfor hem fiziksel ve psikospiritüel hem de sosyal ve çevresel alanlarda sağlık bakımına doğrudan rehberlik etmektedir (Terzi ve Kaya, 2017).

### **2.3.2. Konfor Kuramı**

Rahatlatma üzerine temellenen konfor ile ilgili çalışmalar Kolcaba tarafından yaklaşık 15 yıl sürdürülmüştür (Yücel ve Ergin, 2021). 1988 yılında ise konfor kavramının taksonomisini oluşturmuştur. Kolcaba konfor kuramının kavramsal kısmındaki çalışmalarını tamamladıktan sonra taksonomik yapısı ile ilgilenmiş ve test için 4'lü likert tipte olan ve 48 maddeden oluşan "Genel Konfor Ölçeği'ni" ("General Comfort Questionary-GCQ") oluşturup sonuçlarını yayınlamıştır (Kolcaba, 1991). Daha sonra Kolcaba, 2003 yılında da "Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research" ("Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma İçin Bir Görüş") adlı kitabı yayınlamıştır (Kolcaba, 2003). Kolcaba Konfor Kuramı'nın gelişim aşamasında "Holizm", "İnsan Gereksinimleri" ve "Henry Murray'ın Gereksinim- Baskı Kuramı" gibi felsefi görüşlerden etkilenmiştir (Yücel, 2011; Yücel ve Ergin, 2021).

Holizm (bütüncüllük kavramı), bireyin fiziksel yapısının yanında mental, spiritüel ve emosyonel yaşantıların birleşiminden oluşan bireyin, hayatını sürdürebilmesi için çevresel ve sosyal koşulları oluşturan alanlar içerisinde olduğunu kabul etmektedir (Kolcaba, 2003).

İnsan gereksinimleri de konfor kuramının gelişimini etkileyen önemli bir kavram ve felsefi görüştür. Sağlık bakım sürecinde bir bireyin temel ihtiyaçlarının

karşılanmasına yönelik sağlanan yardım ve beklentilerin sağlanması için kişisel ve kültürel özellikler dahilinde holistik bakımın sürdürülmesinin önemli olduğunu açıklar (Kolcaba ve Dimarco, 2005).

Öğrenilmiş Gereksinim- Baskı Kuramı,1938’de Henry Murray tarafından geliştirilen “İnsanda Baskı Kuramı” Konfor Kuramının etkilendiği bir diğer görüştür (Kolcaba, 2003). Kuramda yer alan alfa ve beta baskılar insan üzerinde baskı oluşturan uyaranlardır. Alfa baskısı dışarıdan gelen uyaranları belirtirken, beta baskısı bu uyaranları kişinin kendisinin algılamadığını ifade eder. Alfa baskısında yer alan negatif güçler sağlık bakımındaki ihtiyaçlar olarak tanımlanırken, pozitif güçler uygulanacak girişimleri ifade etmektedir. Ayrıca etkileşim içinde olan medeni durum, cinsiyet, yaş gibi güçler değişken olarak nitelendirilmektedir. Beta baskısı ise sağlık bakımında hasta kişinin ihtiyaçları ve gereksinimlere yönelik uygulanacak girişimlerin algılanması olarak adlandırılmaktadır (Kolcaba, 2003; Yücel ve Ergin, 2021).

### **2.3.3. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları**

Konfor kuramının gelişiminde Kolcaba birçok farklı disiplinden yararlanmıştır. 1988 yılında konfor kavramının taksonomisini oluşturmuştur. Bu taksonomi “ferahlama”, “rahatlama” ve “üstünlük” olmak üzere üç düzey, “fiziksel”, “psikosprituel”, “sosyokültürel” ve “çevresel” olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır aynı zamanda bu boyutları iki aşamada incelemiştir.

Ferahlama (Relief); Konforu bozan durumdan kurtulma hissi; kişinin temel gereksinimlerinin ihtiyacından doğan ve bunların karşılanması sonucu hissedilen durum olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba et al., 2006). Orlando’nun kuramında ise gereksinimleri karşılamada hasta bireyin on dört temel gereksiniminden birinin giderilmesi ile hissedilen durum olarak tanımlanmaktadır (Yücel ve Ergin, 2021). Kişinin ihtiyaç duyduğu durumlara yönelik uygulanan girişimler sonucunda konforun sağlanması ve ferahlamış hissetmesidir (Kolcaba, 2003).

Rahatlama (Ease); Konforlu Olma Durumu; sakinlik, sakin olma durumu, huzurlu olma olarak tanımlanmaktadır. Kolcaba rahatlamaı 14 temel gereksinim içerisinde yer alan fizyolojik ve psikolojik durumlardaki dengenin sağlanması ve bu dengenin sürdürülmesinin, hastanın rahat hissetmesi ve memnuniyetini belirtmesi

durumu olarak açıklamaktadır (Kolcaba, 2003; Kolcaba ve Dimarco, 2005; Yücel ve Ergin, 2021)

Üstünlük (Transdence)/Yenilenme hissi; bireyin kendi problemleri ve şikayetleri ile baş edebildiği durumdur (Yücel ve Ergin, 2021). Kişinin problemlerin üstesinden gelmesi ile birlikte gücünün arttığını açıklamaktadır. Kişi belirli zaman ve belirli durumlarda kendi yaşamını planlamada özgür olması gerektiğini amaçlar. Bunun sonucunda hasta olan kişi kendi performansını ortaya koyabilmektedir (Kolcaba, 2003).

İkinci aşamadaki konfor boyutları; “fiziksel konfor”, “psikososyal konfor”, “çevresel konfor”, “sosyokültürel” rahatlama boyutlarıdır.

Fiziksel Konfor; kişinin bedensel algılarını tanımlar. Bireyin fiziksel sağlığının normal ilerlemesi durumundaki konforunu içerir. Gevşeme, dinlenme kişinin hastalıklara karşı gösterdiği fiziksel tepki, beslenme, homeostazis, bağırsak fonksiyonlarının sürekliliği gibi fizyolojik durumları içermektedir. Kişinin yaşadığı ağrı durumu fiziksel konforun azalmasında önemli bir etki oluşturmaktadır. Sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan ve lenfotik sistem, yeterli oksijen doygunluğu fiziksel konfor için gerekli göstergeler arasındadır. Bu göstergelerin herhangi birinde var olan normal dışı durumların konforu da etkileyeceği vurgulanmaktadır (Wilson ve Kolcaba, 2004; Yücel ve Ergin, 2021).

Psikospiritüel Konfor; kişinin duygusal, ruhsal açıdan var olması ve iç dünyasındaki rahatlığı ifade etmektedir (Kolcaba ve Dimarco, 2005). Öz saygı, benlik anlayışı, cinsel dürtü, kendinin farkında olma gibi duyguları kapsar (Yücel ve Ergin, 2021). Masaj yapmak, fiziksel ya da manevi bakımı vermek gibi uygulamalar psikospiritüel konforu sağlar ve kişiyi cesaretlendirerek rahatlık gereksiniminin giderilmesine yardımcı olur (Erdemir ve Çırlak, 2013). Kişiyi anksiyeteye sebep olabilecek bilgi eksikliği, belirsizlik durumu, korku, bireyin sağlığındaki ani değişimler gibi durumlarda bu konforun sağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Wilson ve Kolcaba, 2004; Yücel ve Ergin, 2021).

Çevresel Konfor; dış etkilerin ve faktörlerin kişi üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Çevre insanın etkileşimini sağlayan ve kuramlarda yer alan önemli bir etmendir (Wilson ve Kolcaba, 2004). Aydınlik, ortamın rengi, ortamdaki ses, güvenlik ya da kişinin mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahatsız sedye ve yataklar çevresel konforu etkileyen durumlar arasında olabilmektedir (Kolcaba, 2003).

Sosyo-Kültürel Konfor; kişiyi bilgilendirme ve danışmanlık sağlama, ailenin gelenek, görenekleri, dini inançları, sahip olunan finansal yapı, kişilerarası ve sosyal kurumlarla iletişimin sağlanması, taburculuk eğitimi gibi sosyokültürel yapıyı oluşturan faktörler arasında yer almaktadır (Yücel ve Ergin, 2021). Aile içindeki dinamiklerin ve geleneklerin önemsenmemesi, bakımın kaliteli olmaması sosyal ilişkilerin kötü olması sosyokültürel konforu olumsuz yönde etkilemektedir (Wilson ve Kolcaba, 2004). Ayrıca bireye bakım veren sağlık profesyonellerinin ya da aile bireylerinin kaliteli bakım sağlanması sosyokültürel konfor açısından önemlidir (Erdemir ve Çırlak, 2013; Yücel ve Ergin, 2021).

#### **2.3.4. Doğum Sonu Konfor**

Postpartum dönem annenin, fiziksel, ruhsal, sosyolojik değişimleri yaşadığı bir uyum dönemi olarak görülmektedir (Taşkın, 2020). Annenin bebeği ile iletişiminin sağlıklı olması, emzirmenin erken başlaması ve bu süreçte meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından doğum sonu dönemde annenin konforunun sağlanması oldukça önemlidir (Ünal ve Şenol, 2022). Lohusa için doğum sonu dönemde hijyen ve beslenmeye dikkat edilmesi, kanama ve ağrı kontrolünün yapılması, hareketin kazandırılması, bebek bakımı ve emzirme konusunda anneye destek verilmesi gibi uygulamalar annenin doğum sonu konforunun olumlu şekilde etkilenmesini sağlayacaktır (Can ve Apay, 2020). Ayrıca yaşanan yoğun stres anksiyete gibi durumlar sebebiyle bu dönemde annelerde psikososyal dengelerin bozulması da mümkündür (Akmeşe ve Çam, 2019). Anneye psikolojik olarak da ailenin ve sağlık profesyonellerinin destek olması doğum sonundaki konforun artmasına yardımcı olabilmektedir (Corrigan ve ark., 2015).

Literatürde doğum sonu konfor ile ilgili çalışmalar incelendiğinde doğum şeklinin konfor düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Vajinal yolla doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapan kadınlara göre fiziksel ve sosyokültürel konfor düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Can ve Apay, 2020). Bunun sebebi sezaryen doğum yapan kadınlar vajinal yolla doğum yapan kadınlara kıyasla doğum sonu dönemde daha fazla sorunla karşılaşmasıdır (Işık ve ark., 2018). Doğum sonu konfor düzeyini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada annenin aile tipi, doğumda komplikasyon olması, doğum şekli, doğum sonu dönemde anne ve bebek

arasındaki bağıın sağlanması, annenin gelir düzeyi, gebeliği isteme durumunun ve doğum sayısının doğum sonu konfor düzeyini etkilediği saptanmıştır (Birgili, 2020).

Çekirdek bir ailede yaşayan lohusalarda eş ile iletişimin daha rahat olabilmesi sebebiyle sosyokültürel konforun daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Çapık ve ark., 2014). Ayrıca gebeliği planlı olan kadınlarda gebeliği plansız olanlara göre konfor düzeyinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Aksoy, 2020; Çapık ve ark., 2014). Perine bölgesindeki laserasyonlar epizyotomi uygulanması, uterus kasılmaları vb. sebeplerden dolayı kadının doğum sonu konforu olumsuz etkilenebilmektedir (Bakır ve ark., 2024). Yapılan başka bir çalışmada dört ve üzeri doğum öncesi bakım almış ve doğum sonu refakatçisi olan kadınların doğum sonu konforunun daha fazla olduğu bulunmuştur (Bekele ve ark., 2022).

Doğum sonu dönemde kadının ağrı, kanama vb durumlarda fiziksel konforu azalmaktadır. Akupresür uygulaması ve kadının duş alması doğum ağrısını azaltabilmekte ve doğum sonrası konforu arttırabilmektedir (Kırca ve Gül, 2022). Masaj, ağız-vücut hijyenini sağlamak ya da kadınla iletişim kurmak gibi girişimler de psikospiritüel konforu arttırmaya yönelik uygulamalardır (Potur ve ark., 2015). Ayrıca oda koşullarından memnun olmak, tek kişilik odada kalmak gibi faktörlerde çevresel açıdan konforu sağlayan durumlardır. Aynı zamanda kadının doğumu algılama şekli, sağlık profesyonellerinin davranışları, hastanede yatış süresince bilgilendirme ve eğitimlerin yapılması konfor durumunu etkilemektedir (Öztürk ve ark., 2021). Bu sebeple ebelerin de bu durumlara yönelik nitelikli bakım sağlaması gerekmektedir.

Postpartum dönemde annenin konfor düzeyini arttırmak için ebeler; (Çevik ve Vurgeç, 2022; Sumarni ve ark., 2020; Taşkın, 2020)

- Doğum sonu dönemde annenin yaşadığı ağrı, kanama gibi fizyolojik sorunların giderilmesi için gerekli uygulamalar yapma

- Anneyi emzirme konusunda teşvik etme
- Anne bebek arasında güvenli bağlanmayı sağlama
- Anneyi bebek bakımı konusunda bilgilendirme ve destekleme
- Anneyi psikolojik açıdan izleme
- Anne, bebek ve aile için taburculuk eğitimi verme
- Gereksinim duyulan konularda eğitim ve danışmanlık yapma
- Diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte iş birliği içerisinde çalışma gibi

noktalara dikkat etmelidir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı, primipar kadınlarda postpartum anksiyetenin, doğum hafızasına ve doğum sonu konfor düzeyine etkisini belirlemektir.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

#### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Isparta Şehir Hastanesi ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde Temmuz 2024- Kasım 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 15 Haziran 1994 tarihinde poliklinik hizmeti vermeye başlamış olup 31 Ekim 1994 tarihinde 30 yatak kapasitesi ile klinik hizmeti de vermeye başlamıştır. 2 Ocak 2001 tarihinde Süleyman Demirel Üniversitesi Doğu Kampüsü içerisinde 400 yatak kapasitesiyle hizmet vermeye devam etmiştir. Güncel olarak ise 598 yatak kapasitesinde 33 Anabilim Dalı, hizmet vermektedir. Hastanede toplam 603 hemşire görev yapmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 1994 yılında kurulmuş olup 5 poliklinik odası ve 38 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye devam etmiştir. Yataklı serviste 5 tane tek yataklı özel oda, 3 tane iki yataklı olmak üzere toplam 38 yatak, doğumhane ve travay, tüp bebek ünitesi bulunmaktadır. Ayrıca hastaların taburcu olduktan sonra kalabileceği 5 yataklı oda, emzirme odası ve emzirme odasından sorumlu 1 hemşire bulunmaktadır.

Isparta Şehir Hastanesi 20 Mart 2017 tarihinde aktif olarak poliklinik hizmetleriyle birlikte sağlık hizmetleri de vermeye başlamıştır. 222.571 m<sup>2</sup> ye sahip hastanede 179 poliklinik, 188 yoğun bakım ünitesi yatak sayısı, 20 ameliyathane, 8 TDL odası ve 1 suda doğum odası ile birlikte hizmet vermektedir. Hastanede toplam 840 hemşire görev yapmaktadır. Kadın doğum servisinde sezaryen/ normal doğum, ultrason, NST, riskli gebelik takibi, patoloji testleri, spiral takılması gibi işlemler uygulanmaktadır. 30 yatak kapasitesi bulunan serviste 12 ebe ve 12 doktor görev yapmaktadır.

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2024- Kasım 2024 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde doğum sonu yatan lohusalar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem hacmi belirlenirken konu ile ilgili önceden yapılmış çalışmalar incelenerek literatür taranmıştır. Kadınların yaşadığı postpartum anksiyete prevalansı yaklaşık %20 olarak ortaya konmuştur (Bingöl ve Bal, 2020). Bu oran ele alındığında örneklem büyüklüğü 224 olarak belirlenmiştir. Araştırma, olasılıksız (gelişigüzel) uygulama yöntemiyle seçilen, dahil etme kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden 224 primipar lohusa kadınlardan oluşmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde ise %95 ve 0.05 hata payı ile güvenlik seviyesine sahip bir programlama yapılmış olup, bu işlem için "G.Power-3.1.9.2" programı kullanılmıştır.

#### ***Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri***

- 18-45 yaş arası primipar kadınlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- Türkçe sözlü ve yazılı iletişim sorunu bulunmayan
- Primipar olan
- Vajinal veya epidural/spinal anestezi ile sezaryen doğum yapmış olan

### *Araştırmadan Dışlama lütleri*

- Araştırmaya katılmayı reddeden kadınlar
- Türkçe sözlü ve yazılı iletişim problemi olan kadınlar
- Psikiyatrik bir hastalığı bulunan kadınlar
- Doğum ve doğum sonu dönemde herhangi bir komplikasyon yaşamış olan kadınlar

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### *Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri*

- Postpartum Spesifik Anksiyete leği'ne (PSAÖ) göre alınan ölçek puanı,
- Sosyodemografik özellikler,
- Tıbbi ve obstetrik ilişkin özellikler
- Gebeliğe ve doğuma ilişkin özellikler
- Bebeğe ilişkin özellikler

#### *Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri*

- Doğum Hafızası ve Hatırlama leği'ne (DHHÖ) göre alınacak ölçek puanı
- Doğum Sonu Konfor leği'ne (DSKÖ) göre alınacak ölçek puanı

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Postpartum Spesifik Anksiyete leği (PSAS), Doğum Hafızası ve Hatırlama leği (DHHÖ) ve Doğum Sonu Konfor leği (DSKÖ) kullanılmıştır.

### 3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür taramasıyla araştırmacı tarafından oluşturulan form; sosyodemografik (10 soru; yaş, eğitim durumu, yaşanılan yer, gelir düzeyi, aile tipi, meslek, sosyal güvence, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği), tıbbi ve obstetrik sorular (5 soru; sürekli devam eden hastalık öyküsü, cerrahi operasyon öyküsü, düşük/kürtaj öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı), gebeliğe ve doğuma yönelik sorular (6 soru; planlanmış bir gebelik olup olmadığı, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğum öncesi eğitim aldığı kişi, doğum şekli, doğum sonrası destek durumu, doğumu yaptıran kişi) ve bebek ile ilişkili sorular (2 soru; bebeğin cinsiyeti, cinsiyetten memnuniyet durumu) özellikleri belirlemeye yönelik toplam 23 sorudan oluşmaktadır (Özkoç, 2023; Tunalı, 2023).

### 3.6.2. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Postpartum Specific Anxiety Scale)

Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği 2016 yılında Fallon ve arkadaşları tarafından doğum sonu döneme ilişkin anksiyete durumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Fallon ve ark., 2016). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirliliği Duran tarafından 2019 yılında yapılmıştır (Duran, 2019). Orjinal ölçek 51 madde olup 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; 1-15 maddelerde yer alan anne yeterliliği ve bağlılık kaygıları, 16-26. maddelerde yer alan bebek güvenliği ve refah kaygıları, 23-33. maddelerde yer alan pratik bebek bakımı kaygıları ve 34-51. maddelerde yer alan annelik için psikososyal uyum başlıklarıyla isimlendirilmiştir. Ölçeğin orjinalinde belirtildiği gibi, maddeler dört faktörlü bir yapıda incelendiğinde, farklı alt ölçekler altında gruplandıkları gözlemlenmiştir. Ölçeğin ingilizce versiyonunun 1-2-15-46. maddelerinin faktör yüklerinin 0.30’un altında kaldığı belirlenmiş ve belirtilen bu 4 maddenin Türkçe formda bulunmaması gerektiğine karar verilmiştir. Bu nedenle bahsedilen 7, 20, 36 ve 42. (Türkçe versiyon) maddeler ölçekte yer almış fakat puanlamaya dahil edilmemiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonu tek boyutlu olup 47 madde olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin toplam puanı 73 ve altında olanların postpartum anksiyete düzeylerinin düşük, 74 ve 100 arasında puanı olanların orta, 101 ve üzerinde

olanların ise yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı söylenebilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı,  $r=0.91$  olarak bulunmuştur (Duran, 2019).

### 3.6.3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği

Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği 2014 yılında Foley ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Foley ve ark., 2014). 2019 yılında ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Topkara ve Çağan tarafından yapılmıştır (Topkara, 2019). Ölçek kadınların doğum anılarını, anıların niteliğini ve doğum sonu dönemde ruhsal durumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 21 madde yer almaktadır. 7'li likert tipte ve 6 alt boyutta sahiptir. Bu alt boyutlar; duygusal hafıza, ambivalan duygusal hafıza, hafızanın merkezliliği, tutarlılık ve tekrar yaşama, duygusal hafıza ve istemsiz hafızadır. Bu alt boyutların her biri kendi içinde değerlendirilmektedir. Her bir alt boyut puanı, bu alt boyuttaki maddelerin puan ortalamasından oluşmaktadır. 1 puan “Kesinlikle katılmıyorum”, 7 puan “Kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmektedir (Topkara ve Çağan, 2021). Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 ve 21 numaralı maddeler 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 şeklinde puanlanmakta, 1, 3 ve 11 numaralı maddeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekte alınabilecek en düşük toplam puan 21, en yüksek toplam puan ise 147'dir. Foley ve arkadaşları'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı  $\alpha=0.80$ , Topkara ve Çağan'ın çalışmasında  $\alpha=0.794$  olarak bulunmuştur (Foley ve ark., 2014; Topkara ve Çağan, 2021).

### 3.6.4. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

Karakaplan ve Yıldız tarafından 2010 yılında geliştirilen ölçek vajinal yolla doğum yapan veya sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan sonraki dönemde fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konforlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 34 maddeden oluşmakta olup 5'li likert tiptedir. Ölçek fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel olmak üzere 3 boyutta değerlendirilmektedir Her bir madde için “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadeler ve puanlamalar yapılmaktadır. Olumlu olan cümlelerde “tamamen

katılıyorum” ifadesi en yüksek konfor düzeyini (5 puan), olumsuz cümlelerde ise düşük konfor düzeyini (1 puan) ifade etmektedir. Olumsuz soruların yer aldığı 4, 6, 8, 9, 10, 12,13, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34. maddelerde ters kodlama bulunmakta olup “tamamen katılıyorum” cevabı düşük konforu, “kesinlikle katılmıyorum” cevabı yüksek konforu ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 34, en yüksek toplam puan 170 dir. Puanın yüksek olması kişinin konforunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu ölçeğin Cronbach Alfa değerleri, fiziksel alt boyutta 0.83, psikospiritüel alt boyutta 0.80, sosyokültürel alt boyutta 0.64 olarak bulunmuş olup ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri ise 0.87 bulunmuştur (Karakaplan ve Yıldız, 2010).

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle, etik kurul izni alınmıştır. Daha sonra Isparta İl Sağlık Müdürlüğü’ne başvuru yapılarak Isparta Şehir Hastanesi ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edip gönüllü olan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlara bilgi verilmiş, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatılmış ve yazılı/sözlü onamları alınmıştır. Bununla birlikte kadınlara Tanıtıcı Bilgi Formu, Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS), Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) uygulanmıştır. Veri formlarının uygulanması sırasında annelerin mahremiyetin sağlanmasına önem verilmiş ve yeterli zaman tanınmıştır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler IBM SPSS 29 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. İkili gruplara göre verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar incelendi. Normal dağılmayan ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman’s rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Analiz sonuçları nicel veriler için

$X \pm SS$ , ortanca şeklinde kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak sunuldu. Önem düzeyi  $p < 0.05$  olarak alındı.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılacak olan Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAÖ) için Songül DURAN'dan, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) için Fatma Nilüfer TOPKARA'dan ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) için Hatice YILDIZ'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (04.06.2024 tarihli ve E-16657963-799-245471000 sayılı) izin alınmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için Isparta İl Sağlık Müdürlüğünden ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Verilerin toplanması öncesinde katılımcılardan Gönüllü Olur Formu ile onamları alınmış ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı katılımcılara belirtilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verileri Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Isparta Şehir Hastanesi'nde toplandığı ayrıca örnekleme uyan kadınların araştırmaya dahil edilmesinden dolayı genellenemez. Sadece belirli bir süre aralığında hastanede yatış yapan kadınlar katılım sağlaması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Çalışma sadece primipar lohusalara yapıldığından dolayı araştırma bulgularının tüm lohusalara genellenememesi araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

## 4. BULGULAR

- 4.1 Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik, Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2 Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular
- 4.3 Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özellikleri ile Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 4.4 Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

#### 4.1. Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik, Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde primipar kadınların sosyo-demografik, tıbbi/obstetrik, gebelik/doğum ve bebeğe ait özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1.** Primipar kadınların sosyodemografik özellikleri.

	<b>X±SS</b>	<b>Ortanca (min-max)</b>
Yaş	26.52±4.35	26 (18-42)
Eşin Yaşı	29.59±4.49	29 (21-44)
<b>Özellikler</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş grup</b>		
18-34 yaş	209	93.3
35 yaş ve üzeri	15	6.7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	3	1.3
İlkokul	8	3.6
Ortaokul	30	13.4
Lise	96	42.9
Üniversite	79	35.3
Lisansüstü	8	3.6
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Şehir	120	53.6
İlçe	81	36.2
Köy	23	10.3
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden fazla	10	4.5
Gelir gidere eşit	204	91.1
Gelir giderden az	10	4.5

**Tablo 2. (devam)** Primipar kadınların sosyodemografik özellikleri.

<b>Özellikler</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	220	98.2
Geniş Aile	4	1.8
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	171	76.3
İşçi	10	4.5
Memur	35	15.6
Serbest Meslek	6	2.7
Diğer	2	0.9
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	205	91.5
Yok	19	8.5
<b>Eşin Yaş Grubu</b>		
18-34 yaş	191	85.3
35 yaş üzeri	33	14.7
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	10	4.5
Ortaokul	20	8.9
Lise	109	48.7
Üniversite	82	36.6
Lisansüstü	3	1.3
<b>Eşin Mesleği</b>		
İşçi	66	29.5
Memur	66	29.5
Serbest Meslek	61	27.2
Diğer	31	13.8

Primipar kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları **Tablo 1** de yer almaktadır. Araştırmada yer alan primipar kadınların yaş ortalamaları

26.52±4.35'dir (min:18 ; max:42). Kadınların yaş gruplarına bakıldığında %93.3'ü 18-34 yaş aralığında, %6.7'si ise 35 yaş ve üstündedir. Primipar kadınların eğitim durumları incelendiğinde %1.3 okuryazar, %3.6 ilkokul, %13.4 ortaokul, %42.9 lise, %35.3 üniversite, %3.6'sının ise lisansüstü eğitimden mezun olduğu görüldü. Primipar kadınların yaşadıkları yerler incelendiğinde %53.6'sının şehirde, %36.2'sinin ilçede, %10.3'ünün ise köyde yaşadığı belirlendi. Gelir durumlarına bakıldığında %4.5'inin geliri giderinde fazla, %91.1'inin geliri giderine denk ve %4.5'inin geliri giderinden az olduğu görüldü. Aile tipleri incelendiğinde %98.2'sinin çekirdek, %1.8'inin geniş ailede yaşadığı belirlendi. Primipar kadınların meslekleri incelendiğinde %76.3'ünün ev hanımı, %4.5'inin işçi, %15.6'sının memur, %2.7'sinin serbest meslek, %0.9'unun daha farklı bir işte çalıştığı görüldü. Sosyal güvence varlığına bakıldığında kadınların çoğunun (%91.5) sosyal güvencesi olduğu sonucuna varıldı. Primipar kadınların eşlerinin yaş ortalamaları 29.59±4.49' dur (min:21 ; max:44). Eşlerinin yaş grupları incelendiğinde %85.3'ü 18-34 yaş aralığında, %14.7'si 35 yaş ve üstündedir. Eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında Araştırmaya katılan primipar kadınların eşlerinin %4.5'inin ilkokul, %8.9'u ortaokul. %48.7'si lise, %36.6'sı üniversite ve %1.3'ünün lisansüstü mezunu olduğu belirlendi. Primipar kadınların eşlerinin meslekleri incelendiğinde %29.5'inin işçi, %29.5'inin memur, %27.2'sinin serbest meslek, %13.8'inin daha farklı bir işte çalıştığı görüldü.

**Tablo 3.** Primipar kadınların tıbbi ve obstetrik özellikleri.

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Sürekli devam eden hastalık varlığı</b>		
Var	16	7.1
Yok	208	92.9
<b>Önceden geçirilmiş cerrahi operasyon varlığı</b>		
Var	14	6.2
Yok	210	93.8

**Tablo 4. (devam)** Primipar kadınların tıbbi ve obstetrik özellikleri.

<b>Özellikler</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Düşük/kürtaj yaşama durumu</b>		
Var	23	10.3
Yok	201	89.7
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	25	11.2
Hayır	199	88.8
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	1	0.4
Hayır	223	99.6

Katılımcıların tıbbi ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları **Tablo 2** de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan primipar kadınların %92.9'unun sürekli devam eden bir hastalığının olmadığı, %93.8'inin daha önce cerrahi bir operasyon geçirmediği, %89.7'sinin daha önce düşük veya kürtaj deneyimi yaşamadığı, %88.8'inin sigara, %99.6'sının ise alkol kullanmadığı görüldü.

**Tablo 5.** Primipar kadınların gebelik ve doğum öyküsü özellikleri.

<b>Özellikler</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>		
Evet	189	84.4
Hayır	35	15.6
<b>Doğum öncesi eğitim alma durumu</b>		
Evet	38	17
Hayır	186	83

**Tablo 6. (devam)** Primipar kadınların gebelik ve doğum öyküsü özellikleri.

Özellikler	Frekans(n)	Yüzde(%)
<b>Doğum öncesi eğitimi kimden aldı</b>		
Almadı	186	83
Ebe	33	14.7
Hemşire	3	1.3
Doktor	2	0.9
<b>Doğum şekli</b>		
Normal/Vajinal	49	21.9
Sezaryen	175	78.1
<b>Doğum sonu destek varlığı</b>		
Var	221	98.7
Yok	3	1.3
<b>Doğum sonu destek olan kişi</b>		
Yok	3	1.3
Anne	115	51.3
Eş	56	25.0
Kayınvalide	33	14.7
Görümce	9	4
Kardeş	8	3.6
<b>Doğumu yaptıran kişi</b>		
Ebe	34	15.2
Hekim	190	84.8

Katılımcıların gebelik ve doğum öyküsü özelliklerine göre dağılımları **Tablo 3'** te yer almaktadır. Araştırmaya katılan primipar kadınların %84.4'ünün gebeliğinin planlı, %15.6'sının gebeliğinin plansız olduğu görüldü. Primipar kadınların %83'ünün doğum öncesi eğitim almadığı, sadece %17'sinin doğum öncesi eğitim aldığı ve bu eğitimi daha çok ebeden (%14.7) aldıkları ortaya kondu. Kadınların doğum şekli

incelendiğinde %78.1'inin sezaryen, %21.9'unun normal doğum yaptığı belirlendi. Primipar kadınların doğum sonu destek alma durumları incelendiğinde çoğunun (%98.7) doğum sonu destek verecek bir yakını olduğu ortaya kondu. Primipar kadınların en çok destek aldıkları kişinin kendi anneleri (%51.3) olduğu belirlendi. Katılımcıların doğumunu yaptıran sağlık profesyonelleri incelendiğinde doğumların %84.8'ini hekimin, %15.2'sini ebenin yaptırdığı sonucuna varıldı.

**Tablo 7.** Primipar kadınların bebeklerine ait özellikler.

Özellikler	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>		
Kız	117	52.2
Erkek	107	47.8
<b>Cinsiyetten memnuniyet durumu</b>		
Evet memnun	219	97.8
Hayır memnun değil	5	2.2

Katılımcıların bebeklerine ait özelliklerine göre dağılımları **Tablo 4'** te verilmiştir. Primipar kadınların bebeklerinin %52.2'sinin kız, %47.8'inin erkek olduğu belirlendi. Cinsiyetten memnuniyet durumları incelendiğinde kadınların %97.8'inin bebeklerinin cinsiyetinden memnun olduğu görüldü.

#### **4.2. Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular**

Bu kısımda, primipar kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 8.** Primipar kadınların postpartum spesifik anksiyete ölçeğine ilişkin bulguları.

	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>PSAÖ Puanı</b>	74.74	16.29	70.50	48.00	129.00

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, Min= Minimum, Max= Maximum

Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular **Tablo 5**'te yer almaktadır. Araştırmaya katılan primipar kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puanı ortalama  $74.74 \pm 16.29$  olup, minimum 48 ve maksimum 129 olarak bulunmuştur.

**Tablo 9.** Primipar kadınların doğum hafızası ve hatırlama ölçeğine ilişkin bulguları.

	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Duygusal Hafıza</b>	11.79	3.82	11.00	3.00	21.00
<b>Ambivalan Duygusal Hafıza</b>	8.37	2.13	8.00	2.00	14.00
<b>Hafızanın Merkeziliği</b>	18.54	4.93	19.00	6.00	28.00
<b>Tutarlılık ve Tekrar Yaşama</b>	24.57	6.24	24.00	11.00	40.00
<b>Duyusal Hafıza</b>	17.66	6.52	18.00	4.00	28.00
<b>İstemsiz Hatırlama</b>	7.21	2.92	7.00	2.00	14.00
<b>DHHÖ Toplam Puan</b>	88.16	17.77	90.00	33.00	129.00

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, Min= Minimum, Max= Maximum

**Tablo 6**'ya göre primipar kadınların Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği "Duygusal Hafıza" alt boyut ortalama puanı  $11.79 \pm 3.82$ , "Ambivalan Duygusal Hafıza" alt boyut ortalama puanı  $8.3 \pm 2.13$ , "Hafızanın Merkezliliği" alt boyut ortalama puanı  $18.5 \pm 4.93$ , "Tutarlılık ve Tekrar Yaşama" ortalama puanı  $24.5 \pm 6.24$ ,

“Duyusal Hafıza” ortalama puanı  $17.6 \pm 6.52$ , “İstemsiz Hatırlama” ortalama puanı  $7.2 \pm 2.92$  olarak belirlendi. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ortalama toplam puanı  $88.1 \pm 17.77$  (minimum 33 ve maksimum 129) olarak bulundu.

**Tablo 10.** Primipar kadınların doğum sonu konfor ölçeğine ilişkin bulguları.

	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>DSKÖ</b>	46.90	8.12	46.00	26.00	69.00
<b>Fiziksel</b>					
<b>DSKÖ</b>	43.90	4.41	44.50	31.00	50.00
<b>Psikospiritüel</b>					
<b>DSKÖ</b>	34.84	4.74	35.00	19.00	49.00
<b>Sosyokültürel</b>					
<b>DSKÖ</b>	125.65	14.77	126.00	77.00	158.00
<b>Toplam</b>					

X= Ortalama, SS= Standart Sapma, Min= Minimum, Max= Maximum

Primipar kadınların Doğum Sonu Konfor Ölçeği “Fiziksel Konfor” alt boyut ortalama puanı  $46.9 \pm 8.12$ , “Psikospiritüel Konfor” alt boyut ortalama puanı  $43.9 \pm 4.41$ , “Sosyokültürel Konfor” alt boyut ortalama puanı  $34.8 \pm 4.74$  olarak belirlendi. Doğum Sonu Konfor Ölçeğinin toplam ortalama puanı ise  $125.6 \pm 14.77$  olarak bulundu.

#### **4.3. Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik, Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerin Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bu bölümde, primipar kadınların sosyo-demografik tıbbi/obstetrik, gebelik/doğum ve bebeğe ait özellikler ile Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 11.** Primipar kadınların sosyo-demografik özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortanca (min-max)	X±SS	Ortanca (min-max)	X±SS	Ortanca (min-max)
<b>Yaş grup</b>								
18-35 yaş	209	93,3	74,34±16,16	70 (48-129)	87.98±17.94	90 (33-129)	125.67±14.63	126 (94-158)
36 yaş ve üzeri	15	6,7	80,26±17,61	81 (55-114)	90.73±15.50	94 (58-121)	125.33±17.15	127 (77-143)
			Test ist.	U=1301.0	Test ist.	U=1482.000	Test ist.	U=1480.500
			p= 0.271		p=0.724		p=0.720	
<b>Eğitim durumu</b>								
Okuryazar	3	1.3	70.00±1.73	71 (68-71)	75.66±2.30	77 (79-77)	140.00±5.19	143 (134-143)
İlkokul	8	3.6	88.25±15.67	89 (66-112)a	82.12±11.44	82 (58-96)	123.75±10.37	121 (115-142)
Ortaokul	30	13.4	84.70±18.27	92 (51-129)b	87.10±12.73	91 (58-103)	120.20±14.53	121 (94-147)
Lise	96	42.9	72.31±15.75	69 (48-123)ab	87.31±19.68	90 (33-129)	127.92±13.45	127 (99-154)
Üniversite	79	35.3	72.30±15.15	68 (50-114)ab	89.72±16.87	91 (45-122)	124.08±15.69	122 (77-158)
Lisansüstü	8	3.6	79.00±9.38	79 (67-91)	97.75±23.85	106.50 (45-122)	130.75±20.35	131 (103-158)
			Test ist.	X <sup>2</sup> = 19567	Test ist.	X <sup>2</sup> = 8.514	Test ist.	X <sup>2</sup> =10.921
			<b>p = 0.002</b>		p= 0.130		p= 0.053	

**Tablo 8. (devam)** Primipar kadınların sosyo-demografik özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortanca (min-max)	X±SS	Ortanca (min max)	X±SS	Ortanca (min max)
<b>Yaşadığı Yer</b>								
Şehir	120	53.6	74.30±16.00	70(50-123)	90.81±16.93	92 (45-122)a	126.04±14.99	125.50 (77-158)
İlçe	81	36.2	75.11±15.98	70 (50-123)	89.76±15.85	93 (33- 129)b	124.33±14.09	122 (99-154)
Köy	23	10.3	75.73±19.31	71 (48-129)	68.69±17.12	66 (33-112)ab	128.26±16.11	128 (94-151)
			Test ist.	X <sup>2</sup> = 0.154	Test ist.	X <sup>2</sup> =28.159	Test ist.	X <sup>2</sup> =2.214
			p= 0.926		<b>p= &lt;0.001</b>		p= 0.331	
<b>Gelir durumu</b>								
Gelir giderden fazla	10	4.5	62.00±7.25	62 (54-76)a	92.50±2019	93 (61-117)	141.90±8.3	142 (130-153)ab
Gelir gidere eşit	204	91.1	75.60±16.19	72.50 (48-129)a	87.96±16.85	90.50 (33-122)	124.70±14.56	125 (77-158)a
Gelir giderden az	10	4.5	70.00±19.6	65.50 (51-112)	87.90±31.44	90 (45-129)	128.80±15.22	127 (114-152)b
			Test ist.	X <sup>2</sup> = 9.551	Test ist.	X <sup>2</sup> =0.561	Test ist	X <sup>2</sup> =13.482
			<b>P=0.008</b>		p= 0.756		<b>p= 0.001</b>	
<b>Aile Tipi</b>								
Çekirdek	220	98.2	74.57±1591	70.50 (48-129)	88.18±17.74	90 (33-129)	125.59±14.7	125.50 (77-158)
Geniş	4	1.8	84.25±33.41	86.00 (51-114)	87.25±22.24	91 (58-109)	128.75±16.11	133.50 (106-142)
			Test ist.	U = 401.500	Test ist.	U=437.000	Test ist	U=364.000
			p =0.764		p=0.981		p=0.554	

**Tablo 8. (devam)** Primipar kadınların sosyo-demografik özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortanca (min max)	X±SS	Ortanca (min max)	X±SS	Ortanca (min max)
<b>Meslek</b>								
Ev Hanımı	171	76.3	74.41±15.53	73 (48-124)a	86.70±17.70	90 (33-129)abc	124.43±14.11	123 (94-158)
İşçi	10	4.5	89.70±24.27	82 (67-129)bc	77.30±11.94	81.50 (58-92)ade	128.30±17.15	133.50 (97-152)
Memur	35	15.6	68.74±15.50	61 (53-114)ab	96.65±16.26	98 (45-122)bd	130.08±17.69	130 (77-158)
Serbest Meslek	6	2.7	70.83±10.26	73.50 (58-81)	91.50±18.94	83 (73-121)	127.50±7.79	128.50 (118-138)
Diğer	2	0.9	59.50±0.70	59.50 (59-60)c	109.00±8.48	109 (109-115)ce	133.50±6.36	133 (129-138)
			Test ist.	X <sup>2</sup> =14.862	Test ist.	X <sup>2</sup> =17.592	Test ist.	X <sup>2</sup> =7.003
			<b>p= 0.005</b>		<b>p= 0.001</b>		p=0.136	
<b>Sosyal Güvence</b>								
Var	205	91.5	74.37±16.26	71 (48-129)	88.81±17.78	91 (33-129)	125.01±14.75	125 (77-158)
Yok	19	8.5	78.73±16.53	68 (55-112)	81.10±16.46	90 (58-113)	132.52±13.48	135 (94-154)
			Test ist.	U= 1656.500	Test ist.	U=1437.500	Test ist.	U=1309.000
			p= 0.281		p=0.059		<b>p=0.018</b>	
<b>Eşin yaş grubu</b>								
18-35	191	85.3	75.06±16.30	73 (48-129)	87.50±18.19	91 (33-129)	125.47±14.51	125 (94-158)
36 yaş ve üzeri	33	14.7	72.90±16.35	67 (51-114)	91.96±14.78	90 (58-121)	126.69±16.42	128 (77-154)
			Test ist.	U=2788.500	Test ist.	U= 2891.500	Test ist.	U=2896.500
			p= 0.291		p=0.449		p=0.458	

**Tablo 8. (devam)** Primipar kadınların sosyo-demografik özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama (max min)	X±SS	Ortalama (max min)	X±SS	Ortalama (max min)
<b>Eşin eğitim düzeyi</b>								
İlkokul	10	4.5	80.10±20.36	74.50 (59-124)a	91.80±7.05	93 (80-102)a	135.90±11.84	135 (117-154)ab
Ortaokul	20	8.9	72.65±13.86	68.50 (51-112)b	82.10±16.93	83 (58-114)b	130.95±10.75	134.50 (108-147)ce
Lise	109	48.7	78.21±16.29	77 (51-129)ce	88.23±17.61	91 (33-129)c	122.36±15.24	117 (94-158)acfg
Üniversite	82	36.6	70.70±15.29	68 (48-123)de	88.12±18.58	89.50 (33-122)d	126.50±13.67	127 (77-158)bfh
Lisansüstü	3	1.3	55.33±2.30	54 (54-58)abcd	115.00±3.46	117 (111-117)abcd	152.33±1.15	153 (151-153)egh
			Test ist.	X <sup>2</sup> =17.402	Test ist.	X <sup>2</sup> =10.011	Test ist.	X <sup>2</sup> =23.053
			<b>p= 0.002</b>		<b>p= 0.040</b>		<b>p=&lt;0.001</b>	
<b>Eşin mesleği</b>								
İşçi	66	29.5	81.04±16.65	80 (51-124)abc	93.04±14.83	94 (33-122)ab	125.15±14.34	127.50 (77-158)
Memur	66	29.5	69.60±14.59	68 (48-123)a	84.25±19.32	84 (33-121)a	125.77±12.78	125.50 (104-151)
Serbest Meslek	61	27.2	73.90±14.52	68 (53-119)b	87.54±14.31	90 (52-114)b	124.45±15.08	121 (99-158)
Diğer	31	13.8	73.93±18.45	69 (53-129)c	87.32±23.76	83 (45-129)	128.80±18.80	128 (94-153)
			Test ist	X <sup>2</sup> = 18.184	Test ist.	X <sup>2</sup> =7.927	Test ist.	X <sup>2</sup> =2.187
			<b>p= &lt;0.001</b>		<b>p=0.048</b>		<b>p=0.535</b>	

X=Ortalama, SS=Standart Sapma, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-h: Aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı fark vardır.

**Tablo 8'**de araştırmaya katılan primipar kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre PSAÖ bulguları görülmektedir. Araştırmada PSAÖ puanı ile eğitim durumu ( $p=0.002$ ), gelir durumu ( $p=0.008$ ), meslek ( $p=0.005$ ), eşin eğitim durumu ( $p=0.002$ ), eşin mesleği ( $p=<0.001$ ) arasında anlamlı fark bulundu. İlköğretim mezunu olan primipar kadınların lise ve üniversite mezunu olan primipar kadınlara göre PSAÖ puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca ortaokul mezunu olanların da lise ve üniversite mezunu olanlara göre PSAÖ puanları daha yüksekti. Gelir durumu gider durumuna eşit olan kadınların gelir durumu gider durumundan fazla olan kadınlara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. İşçi olarak çalışan primipar kadınların memur olarak çalışan primipar kadınlara göre anksiyete düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti. Ev hanımı olan kadınların memur olarak çalışan kadınlara göre anksiyete düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Daha farklı işlerde çalışan kadınların işçi olarak çalışan kadınlara göre anksiyete düzeyi daha düşüktü. Eşleri lise mezunu olan kadınların, eşii üniversite mezunu olan kadınlara göre anksiyete düzeyleri anlamlı derecede yüksekti. Eşinin eğitim durumu lisansüstü olan kadınların diğer gruplara göre anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. Eşii işçi olarak çalışan kadınların, memur, serbest meslek ve daha farklı bir işte çalışan gruplara göre anksiyete düzeyi anlamlı derecede daha yüksekti. Ayrıca PSAÖ toplam puanı ortalaması ile kadınların yaş grubu ( $p=0.271$ ), yaşadığı yer ( $p=0.926$ ) aile tipi ( $p=0.764$ ), sosyal güvence ( $p=0.281$ ) ve eşin yaş grubuna ( $p=0.291$ ) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ( $p>.05$ ).

**Tablo 8'**de primipar kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre DHHÖ' ye ait bulguları yer almaktadır. Araştırmada DHHÖ puan ortalamaları ile yaşanan yer ( $p=<0.001$ ), meslek ( $p=0.001$ ), eşin eğitim durumu ( $p=0.040$ ) ve eşin mesleğine ( $p=0.048$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Şehirde yaşayan kadınların köyde yaşayan kadınlara göre DHHÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksekti. Aynı zamanda ilçede yaşayan kadınların köyde yaşayan kadınlara göre DHHÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu. İşçi olarak çalışan kadınların ev hanımı, memur, ve daha farklı bir işte çalışan kadınlara göre DHHÖ puan ortalamaları daha düşük bulundu. Ev hanımı olan kadınların memur olan ve daha farklı bir işte çalışan kadınlara göre DHHÖ puan ortalamaları daha düşüktü. Primipar kadınların eşii lisansüstü mezunu olan kadınların diğer gruplara göre DHHÖ puan ortalamaları daha yüksekti. Eşii işçi olan kadınların eşii memur olan ve serbest meslek yapanlara göre DHHÖ puanları daha yüksek bulundu. Primipar kadınların DHHÖ puan ortalamaları ile yaş grubu ( $p=0.724$ ), eğitim düzeyi ( $p=0.130$ ), gelir düzeyi ( $p=0.756$ ), aile tipi ( $p=0.981$ ), sosyal güvence durumu ( $p=0.059$ )

ve eşin yaş grubu ( $p=0.449$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8**'de araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile DSKÖ 'ye ait bulgulara yer verilmiştir. Gelir düzeyi ( $p=0.001$ ), sosyal güvence durumu ( $p=0.018$ ) ve eşin eğitim düzeyi ( $p<0.001$ ) ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu. Gelir düzeyi giderden fazla olan kadınların geliri giderine eşit olan kadınlara göre doğum sonu konfor düzeyi daha yüksek bulundu. Gelir düzeyi giderden az olan kadınların geliri giderinden fazla olan kadınlara göre ise doğum sonu konfor düzeyi daha düşüktür. Sosyal güvencesi olmayan kadınların sosyal güvencesi olan kadınlara göre doğum sonu konfor düzeyi daha yüksek bulundu. Eşi lisansüstü mezunu olan kadınların, eşi ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan kadınlara göre konfor düzeyi daha yüksek bulundu. Ayrıca eşi ilkokul mezunu olan kadınların lise ve üniversite mezunu olanlara göre doğum sonu konfor puanları daha yüksektir. Eşi lise mezunu olanların ise ortaokul ve üniversite mezunu olanlara göre doğum sonu konfor düzeyleri düşüktür. Yaş grubu ( $p=0.720$ ), eğitim durumu ( $p=0.053$ ), yaşanılan yer ( $p=0.331$ ), aile tipi ( $p=0.554$ ), meslek ( $p=0.136$ ), eşin yaş grubu ( $p=0.458$ ) ve eşin mesleği ( $p=0.535$ ) ile DSKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12.** Primipar kadınların tıbbi ve obstetrik özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama (min max)	X±SS	Ortalama (min max)	X±SS	Ortalama (min max)
<b>Sürekli devam eden hastalık varlığı</b>								
Var	16	7.1	77.56±11.65	76 (56-95)	94.12±23.25	97 (61-129)	123.75±22.21	115 (103-158)
Yok	208	92.9	74.52±16.59	70 (48-129)	87.70±17.26	90 (33-122)	125.79±14.10	126.50 (77-158)
			Test ist.	U=1377.500	Test ist.	U=1409.000	Test ist.	U=1434.500
			p= 0.251		p=0.307		p=0.358	
<b>Cerrahi operasyon öyküsü</b>								
Evet	14	6.3	70.85±7.73	73 (55-83)	83.35±18.08	82.50 (61-112)	129.57±12.46	127 (103-149)
Hayır	210	93.8	75.00±16.68	70 (48-129)	88.48±17.74	91 (33-129)	125.39±14.90	125 (77-158)
			Test ist.	U=1359.500	Test ist	U=1224.500	Test ist	U=1212.500
			p= 0.638		p=0.295		p=0.273	
<b>Düşük/kürtaj öyküsü</b>								
Evet	23	10.3	76.04±20.16	71 (51-119)	87.17±14.60	90 (58-113)	128.30±15.19	129 (105-158)
Hayır	201	89.7	74.59±15.84	70 (48-129)	88.27±18.12	91 (33-129)	125.34±14.73	125 (77-158)
			Test ist.	U=2262.500	Test ist	U=2190.000	Test ist	U=2041.000
			p= 0.868		p=0.680		p=0.358	

**Tablo 9. (devam)** Primipar kadınların tıbbi ve obstetrik özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama (min max)	X±SS	Ortalama (min max)	X±SS	Ortalama (min max)
<b>Sigara kullanımı</b>								
Evet	25	11.2	81.40±15.59	81 (55-100)	88.48±15.04	90 (62-120)	123.12±17.40	118 (94-158)
Hayır	199	88.8	73.90±16.22	69 (48-129)	88.12±18.11	90 (33-129)	125.96±14.42	127 (77-158)
			Test ist.	U=1728.000	Test ist	U=2407.500	Test ist	U=2097.500
			<b>P=0.013</b>		P=0.793		P=0.201	
<b>Alkol Kullanımı</b>								
Evet	1	0.4	75.00±	75 (75-75)	73.00±	73 (73-73)	120.00±	120 (120-1209)
Hayır	223	99.6	74.74±16.32	70 (48-129)	88.23±17.78	90 (33-129)	125.67±14.80	126 (77-158)
			Test ist.	U= 93.000	Test ist	U=42.500	Test ist	U=87.500
			p= 0.775		p=0.384		p=0.786	

X=Ortalama, SS=Standart Sapma, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği

**Tablo 9** 'da primipar kadınların tıbbi ve obstetrik özellikler ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarına ait bulgular yer almaktadır. PSAÖ puan ortalaması ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p=0.013$ ). Sigara kullanan kadınların kullanmayanlara göre anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Sürekli devam eden bir hastalığın olması ( $p=0.251$ ), cerrahi operasyon öyküsü ( $p=0.638$ ), kürtaj/düşük öyküsü ( $p=0.868$ ), alkol kullanımı ( $p=0.775$ ) ile PSAÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak fark bulunmadı.

DHHÖ puanları ile sürekli devam eden bir hastalığın olması ( $p=0.307$ ), cerrahi operasyon öyküsü ( $p=0.295$ ), kürtaj/düşük öyküsü ( $p=0.680$ ), sigara kullanımı ( $p=0.793$ ) alkol kullanımı ( $p=0.384$ ) arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı.

Aynı zamanda DSKÖ puanları ile sürekli devam eden bir hastalığın olması ( $p=0.358$ ), cerrahi operasyon öyküsü ( $p=0.273$ ), kürtaj/düşük öyküsü ( $p=0.358$ ), sigara kullanımı ( $p=0.201$ ) alkol kullanımı ( $p=0.786$ ) arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görüldü.

**Tablo 13. (devam)** Primipar kadınların gebelik ve doğum öyküsü özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama ( min max)	X±SS	Ortalama ( min max)	X±SS	Ortalama (min max)
<b>Gebelik planlaması</b>								
Evet	189	84.4	73.44±15.71	69 (48-124)	88.25±18.14	91 (33-129)	125.86±14.42	127 (77-154)
Hayır	35	15.6	81.77±17.75	78 (56-129)	87.65±15.86	89 (58-120)	124.51±16.70	124 (94-158)
			Test ist.	U= 2368.00	Test ist	U=3171.500	Test ist	U=3115.000
			<b>p= 0.008</b>		p=0.699		p=0.584	
<b>Doğum öncesi eğitim</b>								
Evet	38	17	77.36±18.66	72 (55-123)	89.60±17.89	91 (60-122)	127.42±19.38	128.50 (77-158)
Hayır	186	83	74.20±15.76	70 (48-129)	87.87±17.77	90 (33-129)	125.29±13.68	125 (97-154)
			Test ist.	U=3294.500	Test ist	U=3372.000	Test ist	U=3177.000
			p= 0.510		p=0.656		p=0.327	
<b>Kimden Eğitim aldı</b>								
Almadı	186	83	74.20±15.76	70 (48-129)	87.87±17.77	90 (33-129)	125.29±13.68	125 (97-154)
Ebe	33	14.7	75.12±17.67	69 (55-119)	86.96±17.14	85 (60-122)	126.21±19.20	128 (77-158)
Hemşire	3	1.3	90.33±28.30	75 (73-123)	107.66±18.82	117 (86-120)	139.66±28.36	154 (107-158)
Doktor	2	0.9	95.00±00.00	95 (95-95)	106.00±0.00	106 (106-106)	129.00±0.00	129 (129-129)
			Test ist.	X <sup>2</sup> = 4.873	Test ist.	X <sup>2</sup> =6.566	Test ist.	X <sup>2</sup> =2.095
			p= 0.181		p=0.087		p=0.553	

**Tablo10. (devam)** Primipar kadınların gebelik ve doğum öyküsü özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama (min max)	X±SS	Ortalama (min max)	X±SS	Ortalama (min max)
<b>Doğum şekli</b>								
Normal	49	21.9	74.26±18.02	68 (48-124)	87.14±20.03	93 (33-122)	129.89±14.20	132 (77-151)
Sezaryen	175	78.1	74.88±15.82	73 (50-129)	88.45±17.13	90 (33-129)	124.46±14.74	124 (94-158)
			Test ist.	U= 4089.00	Test ist.	U=4212.000	Test ist.	U=3207.000
			p= 0.620		p=0.851		<b>p=0.007</b>	
<b>Destek</b>								
Evet	221	98.7	74.28±15.81	70 (48-129)	88.34±17.79	91 (33-129)	125.71±14.77	126 (77-158)
Hayır	3	1.3	108.33±19.13	114 (87-124)	75.00±11.35	80 (62-83)	121.00±17.34	117 (106-140)
			Test ist.	U= 59.000	Test ist.	U=151.000	Test ist.	U=273.500
			<b>p= 0.014</b>		p=0.105		p=0.603	

**Tablo10. (devam)** Primipar kadınların gebelik ve doğum öyküsü özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama (max-min)	X±SS	Ortalama (max-min)	X±SS	Ortalama (max-min)
<b>Kimden destek alıyor</b>								
Destek yok	3	1.3	108.33±19.13	114 (87-124)abc	75.00±11.35	80 (62-83)	121.00±17.34	117 (106-140)
Anne	115	51.3	76.13±15.37	74 (51-129)ade	86.76±17.16	89 (33-122)	124.26±14.88	125 (94-158)
Eş	56	25.0	67.12±12.81	67 (48-112)bdf	90.89±21.24	93 (33-129)	131.05±13.85	128 (105-153)
Kayınvalide	33	14.7	72.78±16.21	69 (50-123)ceg	89.45±13.25	91 (66-117)	124.39±14.02	125 (104-158)
Görümce	9	4	92.00±00.00	92 (92-92)efg	92.33±1.00	93 (91-93)	122.11±12.52	116 (109-135)
Kardeş	8	3.6	84.12±22.95	95 51-114	84.12±25.73	91.50 (45-106)	118.62±17.88	128 (77-129)
			Test ist.	X <sup>2</sup> =34.248	Test ist.	X <sup>2</sup> =2.615	Test ist.	X <sup>2</sup> =8.849
			<b>p= &lt;0.001</b>		p=0.624		p=0.065	
<b>Doğumu yaptıran</b>								
Ebe	34	15.2	75.00±16.88	68.50 (55-124)	93.14±14.80	95 (62-122)	130.97±13.30	133.50 (77-149)
Hekim	190	84.8	74.70±16.22	71.50 (48-129)	87.27±18.14	90 (33-129)	124.70±14.85	124 (94-158)
			Test ist	U=3207.000	Test ist.	U=2210.000	Test ist.	U=2567.000
			p= 0.947		<b>p=0.003</b>		p=0.057	

X=Ortalama, SS=Standart Sapma, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-g: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark vardır.

**Tablo 10'da** araştırmaya katılan kadınların gebelik ve doğum öykülerine ait özellikler ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. PSAÖ puan ortalaması ile gebelik planlaması ( $p=0.008$ ), doğum sonu destek varlığı ( $p=0.014$ ) ve destek aldığı kişi ( $p<0.001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Gebeliği planlı olan kadınlar plansız olan kadınlara göre daha düşük anksiyete düzeyine sahipti. Doğum sonu desteği olmayan kadınların desteği olan kadınlara göre anksiyete düzeyi daha yüksekti. Desteği olmayan kadınların anne, eş ve kayınvalidesi destek olanlara göre anksiyetesi daha yüksek bulundu. Görümcesi destek olanların anne, eş ve kayınvalidesi destek olanlara göre anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. Annesi destek olan kadınların eşi destek olanlara göre anksiyetesi yüksek bulundu. Doğum öncesi eğitim alma ( $p=0.510$ ), eğitimi aldığı kişi ( $p=0.181$ ), doğum şekli ( $p=0.620$ ), doğumu yaptıran kişi ( $p=0.927$ ) ile PSAÖ puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı.

DHHÖ puan ortalamaları ile doğumu yaptıran kişi ( $p=0.003$ ) arasında anlamlı bir fark bulundu. Katılımcıların doğumunu yaptıran kişi ebe olanların doktor olanlara göre DHHÖ puan ortalamaları daha yüksekti ( $p=0.003$ ). DHHÖ puan ortalamaları ile gebelik planlaması ( $p=0.699$ ), doğum öncesi eğitim alma durumu ( $p=0.656$ ), doğum öncesi eğitimi aldığı kişi ( $p=0.087$ ), doğum şekli ( $p=0.851$ ), doğum sonu destek varlığı ( $p=0.105$ ) ve doğum sonu desteği aldığı kişi ( $p=0.624$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

DSKÖ puan ortalamaları ile doğum şekli ( $p=0.007$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü. Vajinal doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapan kadınlara göre doğum sonu konfor düzeyi daha yüksekti. Gebelik planlaması ( $p=0.584$ ), doğum öncesi eğitim alma durumu ( $p=0.327$ ), doğum öncesi eğitim aldığı kişi ( $p=0.553$ ), doğum sonu destek alma durumu ( $p=0.603$ ), doğum sonu destek alınan kişi ( $p=0.065$ ) ve doğumu yaptıran kişi ( $p=0.057$ ) ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

**Tablo14.** Primipar kadınların bebeğe ait özellikleri ile postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

			Postpartum Spesifik Anksiyete		Doğum Hafızası ve Hatırlama		Doğum Sonu Konfor	
	n	%	X±SS	Ortalama (max min)	X±SS	Ortalama (max min)	X±SS	Ortalama (max min)
<b>Bebek cinsiyeti</b>								
Kız	117	52.2	72.85±13.53	73 (48-104)	88.84±18.72	90 (33-129)	126.64±13.64	127 (94-158)
Erkek	107	47.8	76.81±18.69	70 (50-129)	87.42±16.71	91 (45-122)	124.56±15.91	124 (77-154)
			Test ist.	U=5780.000	Test ist.	U=5801.000	Test ist.	U=5824.000
			p= 0.322		p=0.344		p=0.368	
<b>Cinsiyet memnuniyeti</b>								
Evet	219	97.8	74.22±15.97	70 (48-129)	88.25±17.86	90 (33-129)	125.49±14.85	125 (77-158)
Hayır	5	2.2	97.40±15.02	92 (87-124)	84.20±13.62	93 (62-93)	132.40±8.87	135 (117-140)
			Test ist.	U= 158.500	Test ist.	U=372.000	Test ist.	U=444.000
			<b>p= 0.007</b>		p=0.220		p=0.470	

X=Ortalama, SS=Standart Sapma, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği

**Tablo 11’ de** göre cinsiyetten memnun olma durumu ile PSAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p=0.007$ ). Bebeğin cinsiyetinden memnun olan kadınların olmayan kadınlara göre anksiyete düzeyi daha düşüktü. Bebeğin cinsiyeti ile PSAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farka rastlanmadı ( $p=0.322$ ). DHHÖ puan ortalaması ile bebek cinsiyeti ( $p=0.344$ ) ve cinsiyetten memnuniyet durumu ( $p=0.220$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmadı. DSKÖ puan ortalaması ile bebek cinsiyeti ( $p=0.368$ ) ve cinsiyetten memnuniyet durumu ( $p=0.470$ ) arasında da anlamlı bir fark bulunmadı.

#### 4.4. Postpartum Spesifik Anksiyete, Doğum Hafızası ve Hatırlama ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

**Tablo 15.** Postpartum spesifik anksiyete, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

				<b>Postpartum Spesifik Anksiyete Puanı</b>	<b>Doğum Hafızası ve Hatırlama Puanı</b>
<b>Doğum Hafızası ve Hatırlama Puanı</b>	<b>ve</b>	<b>r</b>		-0.188	
		<b>p</b>		0.005	
<b>Doğum Sonu Konfor Puanı</b>		<b>r</b>		-0.468	0.207
		<b>p</b>		<0.001	0.002

PSAÖ puanı ile DHHÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki elde edilmiştir ( $p=0.005$ ). PSAÖ ile DSKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki elde edilmiştir ( $p<0.001$ ). DHHÖ ile DSKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki elde edilmiştir ( $p=0.002$ ) (**Tablo 12**).

## 5. TARTIŞMA

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde fiziksel sağlık kadar annenin ruhsal sağlığının korunması ve desteklenmesi de oldukça önemlidir. Anneyi etkileyen bu ruhsal sorunlar arasında yer alan anksiyete doğum sonu dönemde kadında çeşitli etkilere sebebiyet verebilmektedir. Anne ve bebek arasındaki bağlanmayı etkilediği gibi aynı zamanda bebeğin davranışsal, sosyal ve duygusal gelişimini de etkilemektedir. Annenin ruh sağlığını korumak anne- bebek arasındaki iletişimin temellerini oluşturmaktadır. Bu nedenle doğum sonu anksiyete ve diğer ruh sağlığı sorunları hem kadın sağlığı hem de ebelik hizmetleri açısından önem verilmesi gereken konulardan bir tanesidir. Bu bağlamda çalışmada, primipar kadınlarda postpartum anksiyetenin doğum hafızasına ve doğum sonu konfor düzeyine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın bulguları literatürdeki çalışmalar ile dört başlık altında tartışılmıştır. Bu başlıklar şunlardır;

**5.1.Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obsterik, Gebelik/Doğum Öyküsü ve Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.2.Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.3.Primipar Kadınların Sosyo-Demografik Tıbbi/Obstetrik Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özellikleri ile Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

**5.4.Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

## 5.1. Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik, Gebelik/Doğum Öyküsü ve Bebeğe Ait Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, primipar kadınların yaş ortalaması  $26.52 \pm 4.35$  olarak bulunmuştur. Aslan ve Okumuş' un (2017) çalışmasında  $29.77 \pm 4.54$ , Evcili vd. (2018)'nin çalışmasında  $26.8 \pm 5.4$ , Çankaya ve Ocaktan (2022)'nin çalışmasında  $28. \pm 4.2$ , Dünder ve Yüksel'in (2024) çalışmasında ise  $25.59 \pm 4.28$ , Gönenli vd. (2019) çalışmasında  $29.12 \pm 4.35$  olduğu bulunmuştur. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) verilerine göre ilk doğumunu yapan ortanca anne yaşı 25-49 yaş grubundaki kadınlar için %23.3 olarak bulunmuştur. Bu araştırmadaki primipar kadınların yaş ortalamasının hem literatürdeki diğer araştırmalara hem de Türkiye ortalamasına benzer olduğu görülmüştür. (Aslan ve Okumuş, 2017; Çankaya ve Ocaktan, 2022; Dünder ve Yüksel, 2024; Evcili ve ark., 2018; Gönenli ve ark., 2019; TNSA, 2018).

Bu çalışmada primipar kadınların %1.3'ünün okuryazar, %3.6'sının ilköğretim, %13.4'ünün ortaokul, %42.9'unun lise, %35.3'ünün üniversite, %3.6'sının lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Literatürü incelediğimizde Kartal ve Özhan' ın (2014) çalışmasında %46.4 ünün lise mezunu, Pınar ve Polat 'ın (2019) çalışmasında %50' sinin ilköğretim mezunu, Erçel ve Süt'ün (2020) çalışmasında %51.6'sının lise ve üzeri, Can vd. (2020) çalışmasında %58 'inin ortaokul ve altı öğrenim düzeyi, Özkan vd. (2024) çalışmasında %40.5' i üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. TNSA 2018 verilerine göre, Türkiye'de kadınların %29'u ilköğretim, %20'si ortaokul, %41'i ise lise ve daha yüksek düzeyde eğitim almıştır. Araştırmamızda yer alan kadınların eğitim durumu bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken bazı çalışmalardaki kadınlardan daha düşük veya daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin çalışmalardaki toplumsal yapının, kültürel normların ve ekonomik şartların farklı olmasından kaynaklı olduğundan dolayı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki kadınların eğitim durumu TNSA 2018 verileri ile uyumlu bulunmuştur.(Can ve ark., 2020; Erçel ve Süt, 2020; Kartal ve ark., 2014; Özkan ve ark., 2024; Pınar ve Polat, 2019; TNSA, 2018)

Bu çalışmada primipar kadınların %53.6'sı şehirde, %36.2'si ilçede %10.3'ü köyde yaşamaktadır. Katı ve Altuntuğ'un (2024) çalışmasında %60.3'ü, Öztürk vd. (2021) çalışmasında %51.5 ilde yaşamakta, Nacar ve Türkmen'in (2022) çalışmasında

%73.7'si şehirde ikamet etmektedir (Katı ve Altuntuğ, 2024; Nacar ve Türkmen, 2022; Öztürk ve ark., 2021). Çalışmamızdaki katılımcıların yaşadıkları yerler literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların gelir durumu incelendiğinde %91.1'inin gelir durumunun gider durumuna eşit olduğu bulunmuştur. Ergezen vd. (2021) çalışmasında kadınların %76.6'sının, Arıkan ve Gözüyeşil'in (2021) çalışmasında %63.4'ünün, Şenol ve Pekyigit'in (2021) çalışmasında %54.1, Katı ve Altuntuğ'un (2024) çalışmasında %70.1'inin gelir durumunun orta olduğu ortaya konmuştur (Arıkan ve Gözüyeşil, 2021; Ergezen ve ark., 2021; Katı ve Altuntuğ, 2024; Şenol ve Pekyigit, 2021). Çalışmamızın bulguları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların %98.2'sinin çekirdek ailede yaşadığı ortaya konmuştur. Akça vd. (2021) çalışmasında %71.1, Öztürk vd. (2021) çalışmasında %79.1, Öztaş ve Sohbet'in (2023) çalışmasında %73.2'i çekirdek ailede yaşamaktadır (Akça ve ark., 2021; Öztaş ve Sohbet, 2023; Öztürk ve ark., 2021). Doğum Sonu Erken Dönemde Anksiyetenin Emzirme Üzerine Etkisi 'nin araştırıldığı bir çalışmada kadınların %80.5'nin çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur (Nacar ve Türkmen, 2022). Kadınların Doğum Hafızası ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelendiği bir çalışmada kadınların %91.3 'ünün çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir (Sarısoy ve Tuğut, 2023). Araştırmamızın bulgusu yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların %76.4'ünün ev hanımı, %4.5'inin işçi, %15.6'sının memur, %2.7'sinin serbest meslek, %0.9'unun daha farklı bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Zontur'un (2022) çalışmasında kadınların %85.4'ünün ev hanımı olduğu bulunmuştur (Zontur ve Çelik, 2022). Sarısoy ve Tuğut 'un (2023) çalışmasında kadınların %85.3'ünün, Arıkan ve Gözüyeşil'in (2021) çalışmasında kadınların %80.3'ünün çalışmadığı belirtilmiştir (Arıkan ve Gözüyeşil, 2021; Sarısoy ve Tuğut, 2023). Çalışma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların %91.5'inin sosyal güvencelerinin olduğu bulunmuştur. Karataş ve Apay'ın (2021) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %87'sinin, sezaryen doğum yapan kadınların %88.2'sinin sosyal güvenceleri olduğu sonucuna varılmıştır (Karataş ve Apay, 2021). Akça vd. (2021) yaptığı bir çalışmada kadınların %73.3'ünün sosyal güvencesi olduğu belirtilmektedir (Akça ve ark., 2021). Araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada primipar kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $29.59 \pm 4.49$  olarak bulunmuş. Eşlerin yaş grubuna bakıldığında %85.3'ünün 18-34 arası olduğu bulunmuştur. Duran ve Kaynak'ın (2021) alışmasında kadınların eşlerinin yaşlarının 28-32 yaş aralığında %48.4 olduğu ortaya konmuştur (Duran ve Kaynak, 2021). Sarısoy ve Tuğut'un (2023) alışmasında kadınların eşlerinin yaşı 18-35 arasında olanların %65.3 olduğu ortaya konmuştur (Sarısoy ve Tuğut, 2023). Çalışmamızın verileri literatüre göre yakınlık göstermektedir.

Bu araştırmada kadınların eşlerinin eğitim durumu %4.5'i ilkokul, %8.9'u ortaokul, %48.7'si lise, %36.6'sı üniversite, %1.3'ü lisansüstü mezundur. Katı ve Altuntuğ'un (2024) alışmasında kadınların eşlerinin %52.9'unun lise mezunu olduğu ortaya konmuştur (Katı ve Altuntuğ, 2024). Öztürk vd. (2021) kadınlarının eşinin %37.4'ünün lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve ark., 2021). Karataş ve Apay'ın (2021) alışmasında normal doğum yapan kadınların eşlerinin %38.5'inin eğitim durumu lise iken sezaryen doğum yapan kadınların %40.9'unun eşlerinin eğitim durumu üniversitedir (Karataş ve Apay, 2021). Türkeli 'nin (2022) yüksek lisans tez çalışmasında kadınların eşlerinin %67'sinin eğitim durumu lisedir (Türkeli, 2022). Araştırmamızın verileri literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda primipar kadınların eşlerinin %29.5'inin işçi, %29.5'inin memur, %27.5'inin serbest meslek %13.8'inin daha farklı bir işte çalıştığı bulunmuştur. Can ve Apay 'ın (2020) alışmasında eşlerin %21.4'ünün memur, %30.6'sının işçi, %48.0'ının serbest meslek olduğu bulunmuştur (Can ve Apay, 2020). Ören vd'nin çalışmasında doğum sonu dönemdeki kadınların eşlerinin % 97.7'sinin çalıştığı belirtilmiştir (Ören ve ark., 2023). Bu farklılığın sebebinin farklı bölgelerdeki çalışma imkanlarından kaynaklı olabildiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların %92.9'unun sürekli devam eden bir kronik hastalığı yoktur. Kaplan ve ağlı'nın (2022) alışmasında kadınların %96.2'sinin kronik bir hastalığı yoktur (Kaplan ve ağlı, 2022). Özdemir vd. (2023) yaptığı çalışmada %93.16'sının bir kronik hastalığı olmadığı belirtilmektedir (Özdemir ve ark., 2023). Aksoy vd. (2016) alışmasında %88'inin bir kronik hastalığı bulunmamaktadır (Aksoy ve ark., 2016). Çalışmamızın bulguları ile literatür benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların %93.8'inin daha önce cerrahi bir operasyon geçirmediği belirtilmiştir.

Bu çalışmada primipar kadınların %89.7'sinin düşük/kürtaj öyküsü bulunmamaktadır. Cömert ve Bingöl'ün (2021) çalışmasında ise kadınların %82.5'inin düşük öyküsünün bulunmadığı ortaya konmuştur (Cömert ve Bingöl, 2021). Kaplan ve Çağlı'nın (2022) çalışmasında kadınların %77.3'ünün düşük öyküsü bulunmadığı belirtilmiştir (Kaplan ve Çağlı, 2022). Can ve Apay'ın (2020) yaptığı çalışmada normal doğum yapan kadınların %21.5'inin, sezaryen doğum yapan kadınların %25'inin abortus yaşadığı ortaya konmuştur (Can ve Apay, 2020). Araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların %99.6'sı alkol, %88.8'i sigara kullanmamaktadır. Demir vd (2016) çalışmasında kadınların %65.8'i sigara ve alkol kullanmamaktadır (Demir ve ark., 2016). Kaplan ve Çağlı'nın (2022) kadınların %88.6'sı sigara kullanmamaktadır (Kaplan ve Çağlı, 2022). Özdemir vd. (2023) çalışmasında ise kadınların %90.55'inin sigara kullanmadığı ortaya konmuştur (Özdemir ve ark., 2023). Akça vd. (2021) çalışmasında %89.6'sının sigara kullanmadığı belirtilmiştir (Akça ve ark., 2021). Qui vd. (2022) çalışmasında gebeliklerinde alkol tüketen kadınların, alkol tüketmeyenlere kıyasla postpartum depresyon geliştirme riskinin önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Qiu ve ark., 2022). Çalışmamızdaki bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların %84.4'ünün gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir. Arıkan ve Gözüyeşil'in (2021) çalışmasında %96.5'inin gebeliğinin planlı olduğu sonucuna varılmıştır (Arıkan ve Gözüyeşil, 2021). Özöztürk vd. (2022) yaptığı çalışmada kadınların %72'sinin gebeliğinin planlı olduğu belirtilmektedir (Özöztürk ve ark., 2022). Can ve Apay'ın (2020) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %70.8'inin, sezaryen doğum yapan kadınlarda %66.3'ünün gebeliğinin planlı olduğu bulunmuştur (Can ve Apay, 2020). Işık ve Bal'ın (2022) çalışması kadınların %90.8'inin gebeliğini planladığını göstermektedir (Işık ve Bal, 2022). Çalışmamızdaki bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Doğum öncesi alınan eğitimin kadınlarda psikolojik stresi, depresyonu ve kaygıyı azaltma potansiyeline sahip olduğu literatürdeki çalışmalarda belirtilmektedir (Buultjens ve ark., 2021; Dragonas ve Christodoulou, 1998; Kaplan ve ark., 2007). Bu çalışmada primipar kadınların %83'ü gebeliklerinde doğum öncesi eğitim almamıştır. Buna paralel olarak Bektaş'ın (2023) yüksek lisans tez çalışmasında kadınların %82.7'sinin gebeliklerinde doğum öncesi eğitim almadığı belirtilmektedir. Demir ve

Taşpınar'ın (2021) çalışmasında kadınların %64.1'i doğum öncesi eğitim almamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Can ve Apay'ın (2020) çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %68.4'ünün, sezaryen doğum yapan kadınların %75.5'inin doğum öncesi dönemde eğitim aldığı bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi Can ve Apay'ın çalışmasında kadınların çoğunun üniversite mezunu olmasından kaynaklı olarak eğitim seviyesinin yüksek olması doğum öncesi eğitim alma durumunu etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamızda doğum öncesi dönemde eğitim alan kadınların %14.7'sinin bu eğitimi ebeden, %1.3'ü hemşireden, %0.9'unun doktordan aldığı ortaya çıkmıştır. Bal vd. (2022) çalışmasında doğum öncesi bakımı alan kadınların %92.4'ü, Demir ve Taşpınar'ın (2021) çalışmasında ise kadınların %11.5'inin sadece doktordan doğum öncesi bakım aldığı belirtilmiştir (Bal ve ark., 2022; Demir ve Taşpınar, 2021).

Bu çalışmada primipar kadınların %21.9'u vajinal doğum yapmış olup, %78.1'i sezaryen doğum yapmıştır. Özöztürk vd. (2022) çalışmasında kadınların %39'u vajinal doğum %61'i sezaryen doğum yapmıştır (Özöztürk ve ark., 2022). Ergezen vd. (2021) çalışmasında kadınların %68.6'sı, Katı ve Altuntuğ'un (2024) çalışmasında %73.5'i, Öztürk vd. (2021) çalışmasında %58.3'ü sezaryen doğum yapmıştır (Ergezen ve ark., 2021; Katı ve Altuntuğ, 2024; Öztürk ve ark., 2021). Bu çalışmalarda çalışmamıza benzer olarak sezaryen doğum oranı daha yüksekken bunu tam aksi olarak Çankaya vd. (2017) çalışmasında kadınların %74.9'u, Aksoy vd. (2024) çalışmasında %61.8'i, Işık ve Bal'ın (2022) çalışmasında %83.2'si vajinal doğum yapmıştır (Aksoy ve ark., 2024; Çankaya ve ark., 2017; Işık ve Bal, 2022). Bu farklılığın sebebi çalışmaların yapıldığı bölgelerde sezaryen ve normal doğum oranlarının farklılığından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. TÜİK verilerine göre Türkiye'de sezaryen doğumların canlı doğumlar içerisindeki oranı 2014 yılında %51.1 iken 2018 yılında %54.9 olduğu ortaya konmuştur (TÜİK, 2020). Ayrıca çalışmamızda doğumların %84.8'ini hekimin yaptırdığı ortaya konmuştur. Bunun sebebi doğumların büyük çoğunluğunun sezaryen doğum olmasından kaynaklanabilmektedir.

Bu çalışmada primipar kadınların %98.7'sinin doğum sonu dönemde destek alabileceği bir yakını bulunmaktadır. Arıkan ve Gözüyeşil'in (2021) çalışmasında annelerin %43.5 oranında doğum sonu dönemde destek aldığı ortaya konmuştur (Arıkan ve Gözüyeşil, 2021). Katı ve Altuntuğ'un (2024) çalışmasında doğum sonu dönemde annelerin %90.2'sinin destek aldığı sonucuna varılmıştır (Katı ve Altuntuğ,

2024). Öztürk ve Erci'nin (2016) çalışmasında ise %89.1'inin annelerinden destek aldığı belirlenmiştir (Öztürk ve Erci, 2016). Literatür çalışmamızdaki bulgularla çoğunlukla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda kadınların %51.3'ünün Gülşen ve Merih'in (2018) çalışmasında kadınların %70.2'si eşten destek beklerken, Bay ve Soğukpınar'ın (2019) çalışmasında kadınların %30.3 ile en çok anneden destek aldığını belirtmişlerdir (Bay ve Soğukpınar, 2019; Gülşen ve Merih, 2018).

Bu çalışmada doğan bebeklerin cinsiyetinin %52.2 oranında kız ve %47.8 oranında erkek olduğu bulunmuştur. Akça vd. (2021) çalışmasında doğan bebeklerin %56.3'ü, Bilgiç vd. (2021) çalışmasında %51.8'i kız bebektir (Akça ve ark., 2021; Bilgiç ve ark., 2021). Katı ve Altuntuğ'un (2024) çalışmasında %53.4'ü, Duran ve Kaynak'ın (2021) çalışmasında %53.4'ünün erkek bebek olduğu bulunmuştur (Duran ve Kaynak, 2021; Katı ve Altuntuğ, 2024). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada primipar kadınların %97.8'i bebeklerinin cinsiyetlerinden memnun olduklarını bildirmişlerdir. Çankaya vd. çalışmasında bu oran %90.7'dir (Çankaya ve ark., 2017).

## **5.2. Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Postpartum dönemde edinilen annelik rolü evrensel bir deneyim olmasına rağmen, annelerin yenidoğan bebeklerinin bakımı ve annelik rolüne uyum sağlamaları bazı durumlarda lohusaların anksiyete seviyelerinin artmasına neden olabilmektedir (Fallon ve ark., 2016). Bu araştırmada PSAÖ 'ın puan ortalamasının ise  $74.74 \pm 16.29$  olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçtan hareketle kadınların orta düzeyde anksiyete yaşadığını söylemek mümkündür. Duran ve Kaynak'ın (2021) Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ile yaptığı çalışmada PSAÖ' nün ortalama puanı  $89.72 \pm 15.40$  olarak bulunmuştur (Duran ve Kaynak, 2021). Bingöl ve Bal'ın (2021) Postpartum Anksiyete Ölçeği ile yaptığı çalışmada kadınların PAÖ toplam puan ortalaması  $112.6 \pm 4.0$  olarak bulunmuş ve kadınların %37.4'ünün anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu ortaya konmuştur (Bingöl ve Bal, 2020). Dennis vd.'nin (2017) Durumluk Özellik Kaygı Envanteri ile yaptığı çalışmada sürekli doğum sonrası anksiyetenin yaygınlığının oranı %12.6 olarak bulunmuştur (Dennis ve ark., 2017). Yıldız vd. (2017) çalışmasında

perinatal dönemde anksiyete yaşayan kadınların yaygınlık oranı %20.3 ile %22.6 arasında değiştiği belirtilmiştir (Yıldız ve ark., 2017). Cena vd. (2021) çalışmasında doğum sonu spesifik anksiyete, yaygınlığı 1-24. haftalarda %34.5 olarak bulunmuştur (Cena ve ark., 2021). Muller vd. (2021) çalışmasında kadınların doğum sonu dönemde %68.4'ünün minimal düzeyde, %21.6'sının hafif düzeyde %7.6'sının orta düzeyde ve %2.4'ünün ise şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (Muller ve ark., 2021). Çalışma bulgularımız bazı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Bazı çalışmalara göre ise bizim çalışmamızda anksiyete düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi doğum sonu farklı dönemlerde annelerin anksiyete düzeyinin değişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızdaki kadınların eğitim seviyelerinin lise ve üniversite düzeyinde olmasından kaynaklı anksiyete düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Doğum anılarının, kadınların doğum sonrası doğum olaylarını algılama biçimleri ve ebeveynliğe uyum sağlamalarıyla da ilişkili olduğu bilinmektedir (Foley ve ark., 2014). Kadınların doğum olaylarını nasıl hatırladıkları, doğum deneyiminin yoğunluğu, kadınların doğum olaylarını nasıl değerlendirdikleri ve doğum sonrası ruh hali veya psikolojik bozukluklar dahil olmak üzere bir dizi faktörden etkilenme olasılığı yüksektir (Briddon ve ark., 2011). Çalışmada DHHÖ'ne ait toplam puan ortalaması  $88.16 \pm 17.77$ , Duygusal Hafıza Alt Ölçeği puan ortalamasının  $11.79 \pm 3.82$ , Ambivalan Duygusal Hafıza Alt Ölçeği puan ortalamasının  $8.37 \pm 2.13$ , Hafızanın Merkezliliği Alt Ölçeği puan ortalamasının  $18.14 \pm 4.93$ , Tutarlılık ve Tekrar Yaşama Alt ölçeği puan ortalamasının  $24.57 \pm 6.24$ , Duyusal Hafıza Alt Ölçeği puan ortalamasının  $17.66 \pm 6.52$  ve İstemsiz Hatırlama Alt ölçeği puan ortalamasının  $7.21 \pm 2.92$  olduğu saptanmıştır. Çakmak'ın (2022) çalışmasında Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği toplam puan ortalamasının  $82.73 \pm 20.00$ , Duygusal Hafıza Alt Ölçeği puan ortalamasının  $9.50 \pm 4.66$ , Ambivalan Duygusal Hafıza Alt Ölçeği puan ortalamasının  $6.54 \pm 3.18$ , Hafızanın Merkezliliği Alt Ölçeği puan ortalamasının  $18.08 \pm 6.12$ , Tutarlılık ve Tekrar Yaşama Alt Ölçeği puan ortalamasının  $25.19 \pm 7.71$ , Duyusal Hafıza Alt Ölçeği puan ortalamasının  $16.20 \pm 7.18$  ve İstemsiz Hatırlama Alt Ölçeği puan ortalamasının  $7.19 \pm 3.92$  olduğu saptanmıştır (Çakmak, 2022). Topkara ve Çağan'ın (2021) yaptığı çalışmada ise DHHÖ toplam puanı  $6.71 \pm 3.85$ , Duygusal Hafıza Alt Ölçek puan ortalaması  $2.84 \pm 1.71$ , Ambivalan Duygusal Alt Ölçek puan ortalaması  $3.55 \pm 1.86$ , Hafızanın Merkezliliği Alt Ölçek puan ortalaması  $4.18 \pm 1.69$ ,

Tutarlılık ve Tekrar Yaşama Alt Ölçek puan ortalaması  $6.44 \pm 1.96$ , Duyusal Hafıza Alt Ölçek puan ortalaması  $2.74 \pm 1.07$ , İstemsiz Hatırlama Alt Ölçek puan ortalaması  $3.34 \pm 1.94$  olduğu ortaya konmuştur (Topkara ve Çağan, 2021). Yılmaz ve Kılıç'ın (2024) çalışmasında kadınların Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği toplam puan ortalaması  $81.09 \pm 22.69$  duygusal bellek alt boyutu puan ortalaması  $9.91 \pm 5.78$ , ambivalan duygusal bellek alt boyutu puan ortalaması  $9.72 \pm 6.01$ , belleğin merkeziliği alt boyutu puan ortalaması  $17.27 \pm 6.28$ , tutarlılık alt boyutu puan ortalaması  $22.67 \pm 7.56$ , duygusal bellek alt boyutu puan ortalaması  $14.89 \pm 6.91$ , istemsiz hatırlama alt boyutu puan ortalaması  $14.89 \pm 6.91$  olarak bulunmuştur (Yılmaz & Kiliç, 2024).

Çalışmamız Çakmak'ın yaptığı çalışma ile Yılmaz ve Kılıç'ın yaptığı çalışmayla toplam puan ortalaması, alt boyut puan ortalaması açısından benzerlik göstermekte fakat Topkara ve Çağan'ın çalışmasındaki DHHÖ toplam puan ortalaması ile alt boyut puan ortalamalarının bizim çalışmamızdan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılığın sebebi çalışmamızda sadece primipar olan ve postpartum erken dönemdeki kadınlarla çalışmış olmamızdan kaynakladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların doğum sonu konfor düzeyini değerlendirmek için DSKÖ kullanılmıştır. Araştırmamızda ölçeğin toplam puan ortalaması  $125.6 \pm 14.77$  bulunmuştur. Ölçeğin fiziksel konfor alt boyutunun puan ortalaması  $46.9 \pm 8.12$ , psikospiritüel konfor alt boyutunun puan ortalaması  $43.9 \pm 4.41$ , sosyokültürel konfor alt boyutunun puan ortalamasının  $34.8 \pm 4.74$  olarak ortaya çıkmıştır. Çapık vd. (2014) çalışmasında DSKÖ toplam puan ortalamasının  $118.28 \pm 13.62$ , fiziksel konfor alt boyutunun  $45.61 \pm 7.65$ , psikospiritüel konfor alt boyutunun  $38.20 \pm 4.66$ , sosyokültürel konfor alt boyutunun  $31.86 \pm 5.11$  olduğu bulunmuştur (Çapık ve ark., 2014). Öztürk vd. (2021) çalışmasında Doğum Sonu Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $115.43 \pm 15.51$ , fiziksel konfor alt boyutunun  $44.42 \pm 8.06$ , psikospiritüel konfor alt boyutunun  $40.76 \pm 5.47$ , sosyokültürel konfor alt boyutunun  $30.24 \pm 5.88$  olduğu ortaya konmuştur (Öztürk ve ark., 2021). Kaya vd. (2024) çalışmasında annelerin DSKÖ toplam puan ortalaması  $119.38 \pm 15.76$ , fiziksel konfor alt boyutu  $44.55 \pm 7.96$ , psikospiritüel konfor alt boyutu  $42.06 \pm 6.69$ , sosyokültürel konfor alt boyutunun  $32.75 \pm 6.43$  olarak bulunmuştur (Kaya ve ark., 2024). Akgün ve Aksoy (2020) çalışmasında Doğum Sonu Konfor Ölçeği puan ortalamasının  $122.88 \pm 15.02$ , fiziksel konfor alt boyutunun  $46.27 \pm 7.66$ , psikospiritüel konfor alt boyutunun  $43.48 \pm 5.10$ , sosyokültürel konfor alt boyutunun  $33.09 \pm 6.59$  olarak ortaya konmuştur (Akgün ve

Aksoy, 2020). Birgili'nin (2020) yaptığı çalışmada doğum yapan kadınların DSKÖ toplam puan ortalamasının  $110.42 \pm 9.12$ , fiziksel konfor alt boyutunun  $38.68 \pm 10.75$ , psikospiritüel konfor alt boyutunun  $18.39 \pm 5.31$ , sosyokültürel konfor  $28.14 \pm 4.61$  alt boyutunun olduğu belirtilmiştir (Birgili, 2020). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

### **5.3. Primipar Kadınların Sosyo-Demografik, Tıbbi/Obstetrik Gebelik/Doğum ve Bebeğe Ait Özelliklerinin Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarıyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada primipar kadınların düşük eğitim düzeyinin anksiyeteyi arttırdığı bulundu. Çalışmamızın bulgularını destekler biçimde Karademir 'in (2021) yaptığı çalışmada eğitim durumu düşük olan annelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Karademir, 2021). Benzer şekilde Shrestha vd. (2014) yaptığı çalışmada düşük eğitime sahip annelerin daha yüksek düzeyde doğum sonu anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Shrestha ve ark., 2014). Ancak literatürde yüksek eğitim düzeyinin anksiyeteyi arttırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Bener ve ark., 2012; Van Der Zee-Van ve ark., 2021). Yüksek eğitim düzeyinin anksiyeteyi azaltması ve artırması arasındaki bu çelişkili bulguların sebebinin toplumsal ve ekonomik faktörlerden kaynaklandığı ayrıca anksiyete için ölçüm araçlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda primipar kadınların gelir durumları ile PSAÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızda gelir durumu fazla olanların anksiyete seviyesi düşüktür. Shrestha vd (2014) yaptığı çalışmada benzer şekilde düşük sosyoekonomik düzeye sahip kadınların postpartum anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Shrestha ve ark., 2014). Gelir durumu düşük olan kadınların bebeklerine kaliteli bir bakım sağlama konusundaki düşüncelerinden dolayı anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki primipar kadınların meslekleri ve PSAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ev hanımı olan kadınlar memur olanlara göre, işçi olarak çalışan kadınların diğer gruplara göre daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Karademir'in (2021) çalışmasında ev hanımlarında anksiyete düzeyi

daha yüksek bulunmuştur (Karademir, 2021). Duran ve Kaynak'ın (2021) çalışmasında çalışmayan kadınlarda anksiyete seviyesi daha yüksek bulunmuştur (Duran ve Kaynak, 2021). Çalışan annelerin çalışmayan annelere göre sosyoekonomik açıdan daha rahat olması düşük anksiyete düzeyine sebebiyet vermiş olabilmektedir. Ayrıca çalışmayan anneler bebek bakımı konusunda daha fazla sorumluluk aldığı için baskı hissedebilmekte ve anksiyete seviyeleri yüksek olabilmektedir.

Eşin eğitim durumunu yüksek olan kadınlarda anksiyete seviyesi düşük bulunmuştur. Eşi lisansüstü mezunu olan kadınların anksiyete seviyesi diğer gruplara göre daha düşüktür. Karademir'in (2021) çalışmasında eşin eğitim durumu düşük olan kadınların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Karademir, 2021). Çalışmamızdan farklı olarak Kılıç'ın (2022) çalışmasında ise eşi lisans ve üstü mezunu olan annelerin PSAÖ aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Kılıç, 2022). Eğitim durumu yüksek olan babalar eşlerine destek olma konusunda daha bilinçli olmalarından kaynaklı olarak kadınların anksiyete düzeylerinin düşük olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eşi işçi olanların anksiyete seviyesi yüksek bulunmuştur. Karademir'in (2021) çalışmasında eşi memur olanların işçi ve esnaf olanlara göre anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur (Karademir, 2021). Duran ve Kaynak'ın (2021) çalışmasında eşin mesleği ve anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Duran ve Kaynak, 2021). Eşi işçi olanların, eşin çalışma koşullarından kaynaklı olarak kadında anksiyete düzeyinin artmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanan kadınların kullanmayanlara göre anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Farr vd. (2014) çalışmasında gebelik boyunca sigara içmenin doğum sonrası anksiyete ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. (Farr ve ark., 2014). Chen vd. (2019) yaptığı bir meta-analiz çalışmasında doğum öncesi sigara içmenin doğum sonu dönemde depresyonla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Chen ve ark., 2019). Sigaranın içinde bulunan nikotin beyin kimyasını bozan etkiler ile ilişkilendirildiği için anksiyete depresyon gibi durumlara sebep olabilmektedir (Castro ve ark., 2023).

Çalışmamızda doğum sonu desteği olan kadınların anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur. Ayrıca eşi destek olan kadınların diğer gruplara göre anksiyete düzeyi daha düşüktür. Özkan vd. (2024) çalışmasında algılanan sosyal destek ile postpartum anksiyete arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Özkan ve ark., 2024). Bener vd. (2012)

çalışmasında aile desteğinin eksikliği doğum sonrası kaygı ile ilişkili bulunmuştur (Bener ve ark., 2012). Shrestha vd. (2014) çalışmasında eşler veya kayınvalide ile olan zayıf ilişkiler ve düşük sosyal destek, doğum sonrası dönemde kaygı ve depresyonun gelişmesini etkilediği ortaya konmuştur (Shrestha ve ark., 2014). Doğum sonu dönemde kadınların fiziksel olarak iyileşmesi ile birlikte bebek bakımı, ev işleri, günlük sorumluluklar daha fazla artmakta ve bu durum kadında bir yük oluşturabilmektedir. Bununla birlikte sosyal desteği olmayan kadınlar kendilerine vakit ayıramamakta ve bu durum anksiyete depresyon gibi durumlara sebep olabildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebeliği planlı olan kadınların anksiyete seviyesi daha düşüktür. Alikamali vd. (2020) çalışmasında istenmeyen gebeliği olan kadınların anksiyete yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Alikamali et al., 2020). Çalışmamızdan farklı olarak Kılıç'ın (2022) çalışmasında planlı gebeliği olan kadınların anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (Kılıç, 2022). Planlı olmayan gebelikler kadınların anneliğe hazır olmamasından kaynaklı olarak anksiyete seviyesini arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza göre şehirde yaşayan kadınların DHHÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Şehirde yaşayan kadınların kırsal bölgede yaşayan kadınlara göre eğitim olanakları, sağlık hizmetlerine erişimi ve yaşam tarzları farklı olabildiği için doğum hafızalarının farklı olabildiği düşünülmektedir. Ayrıca ev hanımlarının ve işçi olarak çalışan kadınların DHHÖ puanları daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebinin bilişsel yetersizlik, duygusal baskı, kaygı gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyal güvencesi olan kadınların olmayan kadınlara göre doğum hafızası ve hatırlama puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Sosyal güvencesi olmayan kadınlar, sağlık masrafları, çocuk bakımı ve diğer günlük ihtiyaçları karşılamakta zorlanabilmektedirler. Bu da anksiyete ve stres seviyelerinin artmasına yol açabilmektedir. Uzun süreli stresin, hafızayı olumsuz etkileyebilmesi ve bilişsel işlevlerde zayıflamalara neden olabilmesinden kaynaklı olarak sosyal güvencesi olmayan kadınların doğum hafızalarının düşük olduğu düşünülmektedir.

Eşin eğitimi lisansüstü olan kadınların DHHÖ puanları daha yüksektir. Kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması eşin sağladığı psikolojik desteği etkileyebilmektedir. Bu da kadınların ruh sağlığını korumasından kaynaklı doğum

hafızalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Eşin mesleği ile DHHÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Eşin mesleği evde geçirdiği zamanı kadına vereceği psikolojik ve fiziksel desteği etkileyeceğinden dolayı doğum hafızasını etkilediği düşünülmektedir. Altuntuğ vd. (2024) yaptığı çalışmada sosyodemografik özelliklerin DHHÖ puanlarını etkilemediği sonucuna varılmıştır (Altuntuğ ve ark., 2024). Çalışmamızın bulgularına benzer olarak Karakoç vd. (2022) çalışmasında DHHÖ ile eğitim durumunun ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Karakoç ve ark., 2022). Farklı olarak Özçalık ve Çiftçi'nin (2024) çalışmasında yüksek eğitim düzeyinin doğum anılarını olumlu etkilediği görülmüştür (Özçalık ve Çiftçi, 2024). Bu farklılığın sebebi çalışmamızdaki örneklem grubunun primipar ve erken postpartum dönemde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş faktörünün doğum hafızası ve hatırlama puanlarını etkilemediği görülürken bazı çalışmalarda yaşın artmasıyla doğum anılarını hatırlama sıklığının azaldığı görülmektedir (Karakoç ve ark., 2022; Özçalık ve Çiftçi, 2024; Thiel ve ark., 2021). Bunun sebebi katılımcılarımız primipar kadınlar olduğundan dolayı ve büyük çoğunluğunun 18-34 yaş aralığında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğumu yaptıran kişinin ebe olması kadınların doğum anılarını hatırlama sıklığını olumlu yönde etkilemiştir literatürde bununla ilgili bir bulguya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda gelir durumu iyi olanların doğum sonu konfor puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Çapık vd. (2014) çalışmasında geliri giderinden az olan bireylerin geliri giderine denk olanlardan daha düşük puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir (Çapık ve ark., 2014). Bunun sebebi gelir durumu iyi olanların, ekonomik güvence, yaşam standartları ve stres düzeylerinin bir araya gelerek kadının doğum sonrası deneyimlerini olumlu yönde etkileyebilmesi ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda eşin eğitim düzeyinin doğum sonu konfor durumunu etkilediği ortaya konmuştur. Çapık vd. (2014) çalışmasında eşi ilköğretim ve altı eğitim alanların puan ortalamasının lise, üniversite ve üzeri eğitim alanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesinin yüksek olması doğum sonu desteği arttırabileceğinden dolayı kadınların doğum sonu konfor düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapan kadınlara göre doğum sonu konfor düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Doğum şekli açısından çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (Çapık ve ark., 2014; Özkan ve ark., 2024; Pınar ve ark., 2009). Sezaryen doğum yapan kadınlar doğum sonu dönemde ağrı, kanama vb. sorunlar yaşamalarından kaynaklı olarak doğum sonu konfor düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Doğum sonu eş desteğinin doğum sonu konforu arttırdığı görülmüştür. Eşin sağladığı duygusal destek ile kadınlar stres, kaygı ve depresyon gibi doğum sonrası olumsuz durumları daha kolay aşabilmektedirler. Bunun da doğum sonrası konforun artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Ebelerin yaptırdığı doğumda kadınların yaşadığı doğum sonu konfor daha yüksektir. Ebeler genellikle doğum sürecini daha bireysel ve kişiye özel ve bütüncül bir şekilde yönetmektedirler. Ayrıca ebelerin doğum sürecinde daha az müdahale sergileyen yaklaşımı benimsemelerinin kadınlarda doğum sonu konfor düzeyini arttırdığını düşündürmektedir.

#### **5.4. Primipar Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği, Doğum Sonu Konfor Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu araştırmada primipar kadınların PSAÖ puanı ile DHHÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki elde olduğu ortaya konmuştur. Buna göre primipar kadınlarda anksiyete düzeyi azaldıkça doğum anılarını hatırlama düzeyi artmaktadır. Kadınların doğum olaylarını nasıl hatırladıkları, doğum deneyiminin yoğunluğu, kadının doğum olaylarını nasıl değerlendirdiği ve doğum sonrası ruh hali veya psikolojik bozukluklar dahil olmak üzere bir dizi faktörden etkilenebilmektedir (Bridson ve ark., 2011). Anksiyete/depresyon semptomları için gizli değişkenler, doğumla ilgili olumsuz anıların hem anneler hem de babalar için refahla çarpıcı biçimde benzer ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur (Hughes ve ark., 2020a). Yapılan bir diğer çalışmada olumsuz doğum deneyiminin annenin ruh sağlığını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Nahaee ve ark., 2020). Doğum hafızası, doğum sonrası iyilik hali ve psikolojik sağlıkla yakından ilişkilidir (Topkara ve Çağan, 2021). Kadının doğum sonrası dönemde ruhsal sağlığını koruyabilmesi için doğumu

hatırladığında olumlu doğum anıları ve duyguları yaşaması beklenmektedir (Altuntuğ ve ark., 2024). Kadının doğumla ilgili hafızasında olumsuz anıların bulunmasının, annelik görevini doğru ve dikkatli bir şekilde yerine getirme becerisini ciddi şekilde olumsuz etkileyebilmektedir ve bu durum, söz konusu kadınların doğum sonrası depresyon ve anksiyete gibi durumlara sebep olduğu düşünülmektedir.

PSAÖ ile DSKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki elde edilmiştir. Buna göre primipar kadınlarda anksiyete düzeyi azaldıkça doğum sonu konfor düzeyi artmaktadır. Kadının yaşadığı ruhsal sorunların doğum sonu konforu etkileyebileceği bilinmektedir (Forder ve ark., 2020). Kadınların anksiyeteleri azaldıkça, doğum süreci üzerindeki kontrol duygusu artmakta ve kendini güvende hissetmektedir. Bu durumun doğum sonrası dönemde rahatlama ve konfor hissini arttırdığı düşünülmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

DHHÖ ile DSKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki elde edilmiştir. Buna göre primipar kadınların doğum hafızası ve hatırlama düzeyi arttıkça doğum sonu konfor düzeyi artmaktadır. Hughes vd. (2020) çalışmasında olumsuz doğum deneyimleri ve anıları doğum sonu dönemde annenin konforunu azalttığı ortaya konmuştur (Hughes ve ark., 2020). Doğum hafızası kadının doğum deneyimlerinden etkilenmektedir ve olumlu doğum deneyimi yaşayan kadınların bu sebeple doğum sonu konfor düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Primipar kadınlarda anksiyetenin, doğum hafızası ve doğum sonu konfor düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Primipar kadınların %93.3' ünün 18-34 yaş aralığında olduğu, %49.9'unun lise mezunu olduğu, %53.6'sının şehirde yaşadığı, %91.1'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %98.2'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %76.3'ünün ev hanımı olduğu, %91.5'inin sosyal güvencesi olduğu, %85.3'ünün eşinin 18-34 yaş aralığında olduğu, %48.7'sinin eşinin eğitim durumunun lise olduğu, %29.5'inin eşinin memur %29.5'inin işçi olduğu sonucuna varılmıştır. Primipar kadınların %92.9'unun sürekli devam eden bir hastalığı olmadığı, %93.8'inin cerrahi operasyon öyküsü olmadığı, %89.7'sinin kürtaj/düşük öyküsü olmadığı, %88.8'inin sigara kullanmadığı, %99.6'sının alkol kullanmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca %84.4'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %83'ünün doğum öncesi eğitim almadığı, %14.7'sinin doğum öncesi eğitimi ebeden aldığı, %78.1'inin sezaryen doğum yaptığı, %98.7'sinin doğum sonu desteği olduğu, %51.3'ünün bu desteği annelerinden aldığı, %84.8'inin doğumunu ebeğin yaptırdığı ortaya konmuştur. %52.2'sinin bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %97.8'inin bebeklerinin cinsiyetinden memnun oldukları saptanmıştır. Primipar kadınların PSAÖ puan ortalaması  $74.74 \pm 16.29$  dur. DHHÖ "Duygusal Hafıza" alt boyut ortalama puanı  $11.79 \pm 3.82$ , "Ambivalan Duygusal Hafıza" alt boyut ortalama puanı  $8.3 \pm 2.13$ , "Hafızanın Merkezliliği" alt boyut ortalama puanı  $18.5 \pm 4.93$ , "Tutarlılık ve Tekrar Yaşama" ortalama puanı  $24.5 \pm 6.24$ , "Duyusal Hafıza" ortalama puanı  $17.6 \pm 6.52$ , "İstemsiz Hatırlama" ortalama puanı  $7.2 \pm 2.92$  dir. DHHÖ toplam puanı 33 ile 129 arasında değişmekte olup; ortalama puanı  $88.1 \pm 17.77$  dir.

DSKÖ “Fiziksel Konfor” alt boyut ortalama puanı  $46.9 \pm 8.12$ , “Psikospiritüel Konfor” alt boyut ortalama puanı  $43.9 \pm 4.41$ , “Sosyokültürel Konfor” alt boyut ortalama puanı  $34.8 \pm 4.74$  olarak belirlendi. DSKÖ toplam ortalama puanı ise  $125.6 \pm 14.77$  bulundu. Araştırmada PSAÖ puanı ile eğitim durumu, gelir durumu, meslek, eşin eğitim düzeyi, eşin mesleği arasında anlamlı fark bulundu. Araştırmada DHHÖ puan ortalamaları ile yaşanan yer, meslek, eşin eğitim düzeyi ve eşin mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gelir düzeyi, sosyal güvence durumu ve eşin eğitim düzeyi ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. PSAÖ puan ortalaması ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark bulundu. PSAÖ puan ortalaması ile gebelik planlaması, doğum sonu destek varlığı ve destek aldığı kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. DHHÖ puan ortalamaları ile doğumu yaptıran kişi arasında anlamlı bir fark bulundu. DSKÖ puan ortalamaları ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü. Bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu ile PSAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulundu. PSAÖ puanı ile DHHÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki elde edilmiştir. PSAÖ ile DSKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki elde edilmiştir. DHHÖ ile DSKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki elde edilmiştir.

## 6.2. Öneriler

Primipar kadınlarda postpartum anksiyetenin, doğum hafızası ve hatırlama ve doğum sonu konfor ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdakiler önerilebilir

- Doğum öncesi dönemden itibaren primipar kadınların, ruhsal sağlığı değerlendirilmeli, primipar kadınlarda, anksiyete oluşumuna sebep olabilecek risk faktörleri belirlenmeli ve gerekli yaklaşımlar sağlanmalı, doğum öncesi dönemde kadınlara yönelik eğitimler verilmeli ve bu eğitimlerin içeriğine ruh sağlığı ile ilgili bilgilendirmeler eklenmeli, postpartum anksiyete, doğum hafızası ve doğum sonu konfora yönelik araştırmalar planlanmalı ve yürütülmelidir.

## KAYNAKLAR

- Ackerman, S. (1992). Learning, Recalling and Thinking. *In Discovering the Brain*.
- ACOG. (2023). Treatment and Management of Mental Health Problems in Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstetrics and Gynecology*, 141(6), 1262–1288
- ACOG. (2024). Patient Screening. American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Akça, E. İ., Şenoğlu, A., Sürücü, Ş. G., ve Öztürk, M. (2021). Lohusaların Obstetrik Öykülerinin Doğum Sonu Bebeklerin Beslenme Şekillerine Etkisi. *TJFMPC*, 15(3), 501–509.
- Akgün, Ö., ve Aksoy, Ö. D. (2020). Determination of Mothers' Postpartum Comfort Levels and Affecting Factors. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(3), 385–393.
- Akmeşe, Z. B., & Çam, O. (2019). *Ebelik ve Toplum Sağlığı* (M. G. Özentürk, Ü. Yücel, & R. Meseri (eds.)).
- Aksoy, D.Y., Erdemoğlu, Ç., Benli, T. E., ve Karakayali Ay, Ç. (2024). The Effect of Perception of Traumatic Birth on Postpartum Physical Symptom Severity in Postpartum Women. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 7(1), 177–184.
- Aksoy, Ö. D. (2020). Determination of Mothers' Postpartum Comfort Levels and Affecting Factors. *J Contemp Med*, 10(3), 385–393.
- Alikamali, M., Khodabandeh, S., Motesaddi, M., Bagheri, Z., & Esmaeili, M. A. (2020). The Association Between Demographic Characteristics and Attempting of Pregnancy with Postpartum Depression and Anxiety Among Women Referring to Community Health Centres: A Cross Sectional Study. *Malays J Med Sci*, 27(3), 93–104.
- Almaraz-Espinoza, A., & Grider, M. H. (2023). Physiology, Long Term Memory. *StatPearls*.
- Altuntuğ, K., Kiyak, S., & Ege, E. (2024). Relationship between birth memories and recall and perception of traumatic birth in women in the postpartum one-year period and affecting factors. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 43(1), 1.
- APA. (2022). Diagnostic and Stastiscial Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision. *In American Psychiatric Association*.
- Arıkan, B., ve Gözüyeşil, E. (2021). Doğum Sonu Dönemde Kadınların Destek Düzeyleri Uyku Kaliteleri Bebeklerini Algılama Durumları ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TJFMPC*, 15(3), 461–471.
- Aslan, E. (2015). Normal Lohusalık Süreci ve Bakım. In N. K. Beji (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (pp. 355–403).
- Aslan, M., ve Erceyes, H. N. (2017). *Elektif Sezaryen Operasyonu Planlanan Gebelerde İlk Sezaryen İle Mükerrer Sezaryen Olacak Olanların Anksiyetesinin Karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi). Ulusal Tez Merkezi.
- Aslan, Ş., ve Okumuş, F. (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *HSP*, 4(1), 32–40.
- Bakır, S., Gök, E., Gün, S., ve Kavlak, O. (2024). Vajinal Doğum Yapan Kadınların Epizyotomi ile İlgili Görüşleri ve Doğum Memnuniyeti. *Journal of TOGU Health Sciences*, 4(1), 50–65.

Bal, Z., Gökbulut, N., ve Uçar, T. (2022). Doğum Öncesi Bakım Memnuniyetinin Doğum Memnuniyetiyle İlişkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 798–808.

Balaram, K., and Marwaha, R. (2023). Postpartum Blues. *StatPearls*.

Bay, H., ve Soğukpınar, N. (2019). Doğum Sonu Dönemde Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(3), 242–250.

Bekele, S. B., Yirdaw, B. W., Abuhay, M., & Gebremichael, M. A. (2022). Immediate Postnatal Care Satisfaction and Associated Factors Among Postnatal Women in Public Health Facilities at Debre Markos Town, Northwest Ethiopia, 2021. *Patient Preference and Adherence*, 16, 137.

Bell, A. F., ve Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123.

Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. J., & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 219–227.

Bener, A., Gerber, L. M., ve Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, 4(1), 191.

Bilgiç, D., Demirel, G., ve Dağlar, G. (2021). Doğum Deneyiminin Erken Postpartum Dönem Depresyon Riski ile İlişkisi. *Journal of Ankara Health Sciences*, 10(2), 25–35.

Bingöl, F. B., ve Bal, M. D. (2020). Doğum Sonrası Maternal Anksiyete ve Bağlanmayı Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 60–68.

Birgili, F. (2020). Doğum Yapan Kadımların Doğum Sonu Konforu ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(3), 351–360.

Briddon, E., Slade, P., Isaac, C., and Wrench, I. (2011). How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1001–1007.

Brummelte, S., and Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166.

Can, E. K., ve Apay, S. E. (2020). Doğum Şekli: Doğum Sonu Konfor ve Doğumdan Memnuniyet Düzeylerini Etkiler Mi? *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 547–565.

Can, R., Sayiner, F. D., Ünsal, A., ve Ayrancı, Ü. (2020). Postpartum Dönemdeki Kadınların Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 73–80.

Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., and Siddiqui, W. (2024). Postpartum Depression. *StatPearls*, 1–3.

Cascella, M., and Khalili, Y. Al. (2024). Short-Term Memory Impairment. *StatPearls*, 6.

Castro, E. M., Lotfipour, S., & Leslie, F. M. (2023). Nicotine on the developing brain. *Pharmacological research*, 190, 106716.

Cena, L., Gigantesco, A., Mirabella, F., Palumbo, G., Trainini, A., and Stefana, A. (2021). Prevalence of Maternal Postnatal Anxiety and Its Association With Demographic and Socioeconomic Factors: A Multicentre Study in Italy. *Front Psychiatry*, 12, 1–7.

Chand, S. P., and Marwaha, R. (2023). Anxiety. *StatPearls*.

- Chauhan, G., and Tadi, P. (2022). Physiology, Postpartum Changes. *StatPearls*.
- Chen, H. L., Cai, J. Y., Zha, M. L., & Shen, W. Q. (2019). Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(2), 97-105.
- Christman, E. K. (2022). Nursing: Mental Health and Community Concepts. *Chippewa Valley Technical College*.
- Cömert, D., ve Bingöl, F. B. (2021). Postpartum Akut Stresin, Sosyal Destek ve Depresif Belirti Düzeyi ile İlişkisi. *Acıbadem Univ Sağlık Bilim. Derg*, 12(2), 502–509.
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., and Groh, C. J. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48.
- Cowan, N. (2008). What are the differences between long-term, short-term, and working memory? *Progress in Brain Research*, 169, 323.
- Croke, L. (2019). Perinatal Depression: AAP Policy Statement on Recognition and Management. *American Family Physician*, 100(7), 443–444.
- Çakmak, H. (2022). *Annelerde Doğum Hafızasının Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi: Kastamonu İli Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi.
- Çankaya, S., ve Akın, B. (2023). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Doğum Hafızası ile Annelik Fonksiyonu Arasındaki İlişki. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(2), 380-388.
- Çankaya, S., ve Ocaktan, C. (2022). Postpartum Erken Dönemde Primipar Annelerin Travmatik Doğum Deneyimlerinin ve Algısının, Emzirme Tutumu ile İlişkisi. *BAUN Sağ Bil Derg*, 11(2), 227–234.
- Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Can, R., ve Kodaz, N. D. (2017). Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 4, 232–240.
- Çapık, A., Özkan, H., ve Apay, S. E. (2014). Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *DEUHYO ED*, 7(3), 186–192.
- Çark, B., ve Çankaya, S. (2024). The effect of birth memory, recall level, and related factors on breastfeeding attitude of mothers in the postpartum period: a prospective study. *Current Psychology*, 43(27), 22808–22819.
- Çevik, A., ve Vurgeç, B. A. (2022). Ebe Liderliğinde Postpartum Bakım. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(1), 37–45.
- Çolak, B., Ongun, F., Aras, Ö. S., ve Demirkol, M. E. (2022). *Gebelik ve doğum sonrası depresyon*. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 1(2), 43–49.
- Datta, S., Kodali, B. S., and Segal, S. (2010). Maternal Physiological Changes During Pregnancy, Labor, and the Postpartum Period. *Obstetric Anesthesia Handbook*, 1–14.
- De Brigard, F., Umanath, S., and Irish, M. (2022). Rethinking the distinction between episodic and semantic memory: Insights from the past, present, and future. *Memory and Cognition*, 50(3), 459–463.
- Dekel, S., Stuebe, C., and Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8(APR), 244276.
- Deliktaş, A., Körükcü, Ö., ve Kukulu, K. (2015). Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi. *MÜSBED*, 5(4), 274–283.
- Demir, R., ve Taşpınar, A. (2021). Doğum Öncesi Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *BAUN Sağ Bil Derg*, 10(2), 155–165.

- Demir, S., Şentürk, M. B., Çakmak, Y., ve Altay, M. (2016). Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Med Bull Haseki*, 54, 83–89.
- Demirkol, M. E., Kızıltoprak, A., Şenbayram,. (2018). Postpartum Psikoz Postpartum Psychosis. *Archives Medical Review Journal*, 27(2), 206–222.
- Dennis, C.-L., Brown, H. K., Hassani, K. F., Marini, F. C., and Vigod, S. N. (2017). Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 213, 131–137.
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., and Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323.
- Dennis, C., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., Vigod, S. N., Ka Shing, L., Dennis, C.-L., and Bloomberg, L. S. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 485–493.
- Dias, M. C., and Jones, I. R. (2021). Postpartum Psychosis. *The Global Library of Women's Medicine*.
- Dişli, D., ve Kaydırak, M. M. (2021). Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 143–151.
- Dündar, T., ve Yüksel, R. (2024). Sezaryen Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğuma Yönelik Metaforik Algıları Metaphorical Perceptions of Primiparous Mothers Undergoing Cesarean Section. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 182–191.
- Duran, S. (2019). Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS): Reliability and validity of the Turkish version. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 95–101.
- Duran, S., ve Kaynak, S. (2021). Investigation of the Relationship Between Postpartum-Specific Anxiety and Maternal Attachment and Affecting Factors in a Turkish Sample. *Original Research Euras J Fam Med*, 10(4), 219–245.
- Erçel, Ö., ve Süt, H. K. (2020). Postpartum Dönem Kadınlarda Uyku ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 7(1), 23–30.
- Erdem, Ö., ve Bez, Y. (2009). Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1), 32–37.
- Erdemir, F., ve Çırlak, A. (2013). Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *DEUHYO ED*, 6(4), 224–230.
- Ergezen, Y., Efe, E., Özdöl, F. Ç., ve Dikmen, Ş. (2021). Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3), 217–223.
- Erkal Aksoy, Y., Ünal, F., İnçke, G., Çil, G., Oruç, K., Yildirim, Ş., ve Dereli Yılmaz, S. (2016). The Effects of Postpartum Depression on Breastfeeding. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUSBD*, 5(3), 90–96.
- Evcili, F., Bekar, M., Yurtsal, B., Abak, G., Tali, B., ve Temel, S. (2018). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınlarda Annelik Rolüne Hazıroluşluk Durumlarının ve Özgüvenlerinin Değerlendirilmesi. *JCME*, 27(1), 56–61.
- Fallon, V., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., and Harrold, J. A. (2016). The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1079.
- Farr, S. L., Dietz, P. M., O' Hara, M. W., Burley, K., and Ko, J. Y. (2014). Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women. *J Womens Health (Larchmt)*, 23(2), 120–128.

- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24–32.
- Foley, S., Crawley, R., Wilkie, S., and Ayers, S. (2014). The Birth Memories and Recall Questionnaire (BirthMARQ): Development and evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–8.
- Ford, E., and Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 260–268.
- Forder, P. M., Rich, J., Harris, S., Chojenta, C., Reilly, N., Austin, M., and Loxton, D. (2020). Honesty and comfort levels in mothers when screened for perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*, 33(2), e142–e150.
- Fujianti, M. E. Y., and Krismiadi, D. (2024). Model Theory Development: Adaptation of Roy, Comfort Kolcaba, & The Andrews/Boyle Transcultural Interprofessional Practice in Breast Cancer Patients. *Nursing Genius Journal*, 1(2).
- Garapati, J., Jajoo, S., Aradhya, D., Reddy, L. S., Dahiphale, S. M., and Patel, D. J. (2023). Postpartum Mood Disorders: Insights into Diagnosis, Prevention, and Treatment. *Cureus*, 15(7).
- Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Vollrath, M. E., and Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1–10.
- Gasner, A., and Aatsha, P. A. (2023). Physiology, Uterus. *StatPearls*.
- Getahun, D., Oyelese, Y., Peltier, M., Yeh, M., Chiu, V. Y., Takhar, H., Khadka, N., Mensah, N., Avila, C., and Fassett, M. J. (2023). Trends in Postpartum Depression by Race/Ethnicity and Pre-pregnancy Body Mass Index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(1), S122–S123.
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., and Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(1), 60.
- Gönenli, S., Ayar Kocatürk, A., ve Yeşilçiçek Çalık, K. (2019). Normal Doğum Yapan Primipar Annelerin Erken Doğum Sonu Dönemde Emzirme Başarısı ve Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 191–200.
- Graf, P., and Birt, A. R. (1996). Explicit and Implicit Memory Retrieval: Intentions and Strategies. In L. M. Reder (Ed.), *Implicit Memory and Metacognition*.
- Güdücü, N., ve Kaya, H. D. (2023). Doğum Sonu Dönem. In T. Yılmaz & H. D. Kaya (Eds.), *Ebeler için Doğum ve Doğum Sonu Dönem* (pp. 29–40).
- Guintivano, J., Manuck, T., and Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603.
- Gülşen, Ç., ve Doğan Merih, Y. (2018). Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor? *KASHED*, 4(1), 20–34.
- Hall, P. J., Foster, J. W., Yount, K. M., and Jennings, B. M. (2018). Keeping it together and falling apart: *Women's dynamic experience of birth*. *Midwifery*, 58, 130–136.
- Hantsoo, L., and Epperson, C. N. (2017). Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, 15(2), 162.
- Health Organization, W. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., and Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39.

Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., Holmes, E. A., Hughes, C., Mesman, J., Blair, C., Alink, L., Branger, M., Browne, W., Emmen, R., Lindberg, A., McHarg, G., and Woudstra, M. L. (2020). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 371–377.

Hutchins, B. E., and Young, S. G. (2018). State Anxiety. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1–3.

İşbir, G. G., ve İnci, F. (2014). Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *KASHED*, 1(1), 29–40.

Işık, E., ve Taner, Y. I. (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları (Asimetrik). *Golden Print*

Işık, G., Cetişli, N. E., ve Başkaya, V. A. (2018). Doğum Şekline Göre Annelerin Postpartum Ağrı, Yorgunluk Düzeyleri ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri. *DEUHFED*, 11(3), 224–232.

Işık, M., ve Bal, M. D. (2022). Doğum Sonrası Dönemde Eş Desteğinin Travma Sonrası Stres Belirti Düzeyine Etkisi. *Journal of Health Sciences and Management*, 2(2), 27–32.

Johansson, M., Benderix, Y., and Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1).

Johnson, N. F. (1978). Coding Processes in Memory. In W. K. Estes (Ed.), *Linguistic Functions in Cognitive Theory*.

Kaplan, Ö., ve Çağlı, F. (2022). Postpartum Dönemdeki Kadınların Pandemi Sürecinde Sosyal Destek Düzeyleri, Ruh Sağlığı Durumları ve İlişkili Faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 278–285.

Karademir, T. (2021). Annelerin Postpartum Dönemde Anksiyete Düzeyi İle Yenidoğan Bakımına Yönelik Özgüvenleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tez). Ulusal Tez Merkezi.

Karakaplan, S., ve Eryılmaz, H. Y. (2007). *Doğum Şeklini Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri* (Yüksek Lisans Tez Çalışması). Ulusal Tez Merkezi.

Karakaplan, S., ve Yıldız, H. (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* (3)1, 55–65.

Karakoç, H., Bekmezci, E., ve Meram, H. E. (2022). The relationship between mothers' birth memories and attachment styles. *J Psychiatric Nurs*, 13(4), 306–315.

Karataş, P., ve Apay, S. E. (2021). Lohusaların Doğum Şekline Göre Doğum Sonu Fonksiyonel Durumlarının Karşılaştırılması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(4), 781–793.

Kartal, B., Özhan, T., ve Cirik, M. (2014). Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4).

Katı, G. N., ve Altuntuğ, K. (2024). Eş Desteğinin Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri ile İlişkisi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 22–34.

Kaya, D., Gölbaşı, Z., ve Aksoy, H. (2024). Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda postpartum konfor düzeyinin emzirme öz yeterliliği ile ilişkisi The relationship between postpartum comfort level and breastfeeding self-efficacy in women who gave birth by cesarean section. *Anatolian J Health Res*, 5(2), 128–133.

Keleş, E., ve Çepni, S. (2006). Beyin ve Öğrenme. *Journal of Turkish Science Education*, 3(2), 66–82.

- Kepley, J. M., Bates, K., and Mohiuddin, S. S. (2023). Physiology, Maternal Changes. *StatPearls*.
- Kılıç, E. (2022). *Annelerde Postpartum Anksiyete ve Annelik Fonksiyonu Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi.
- Kırca, A. S., ve Gül, D. K. (2022). Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 273, 98–104.
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice A Vision for Holistic Health Care and Research*.
- Kolcaba, K., and Dimarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. 31(3).
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538–544.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184.
- Kroll-Desrosiers, A. R., Nephew, B. C., Babb, J. A., Guilarte-Walker, Y., Moore Simas, T. A., and Deligiannidis, K. M. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depression and Anxiety*, 34(2), 137.
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., and Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, 371.
- Liu Bm, X., Student, G., Wang, S., Wang, | Guangpeng, and Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), 2665–2677.
- Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W., and Jiang, H. (2020). Prevalence and Associated Factors of Postpartum Anxiety and Depression Symptoms Among Women in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 848–856.
- Martínez-Galiano, J. M., Delgado-Rodríguez, M., Rodríguez-Almagro, J., and Hernández-Martínez, A. (2019). Symptoms of Discomfort and Problems Associated with Mode of Delivery During the Puerperium: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22).
- Mcdermott, K. B., and Roediger, H. L. (2014). *Memory (Encoding, Storage, Retrieval)*.
- Michalczyk, J., Miłosz, A., and Soroka, E. (2023). Postpartum Psychosis: A Review of Risk Factors, Clinical Picture, Management, Prevention, and Psychosocial Determinants. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 29, e942520-1.
- Millikan, L. (2006). Hirsutism, postpartum telogen effluvium, and male pattern alopecia. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 5(1), 81–86.
- Mor, G., Cardenas, I., Abrahams, V., and Guller, S. (2011). Inflammation and pregnancy: the role of the immune system at the implantation site. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1221(1), 80.
- Muller, E. V., Martins, C. M., and Borges, P. K. de O. (2021). Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. *Rev. Bras. Saúde Mater Infant*, 21(4), 995–1004.
- Munir, S., and Takov, V. (2022). Generalized Anxiety Disorder. *StatPearls*.

- Nacar, G., ve Türkmen, S. (2022). Doğum Sonu Erken Dönemde Anksiyetenin Emzirme Üzerine Etkisi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Scien*, 7(21), 175–183.
- Nahae, J., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Abbas-Alizadeh, F., Martin, C. R., Hollins Martin, C. J., Mirghafourvand, M., and Hassankhani, H. (2020). Pre- And during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: A prospective analytical study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–11.
- O’Hara, M. W. (2008). Postpartum Mental Disorders. *The Global Library of Women’s Medicine*.
- O’Hara, M. W., and Mc Cabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(2013), 379–407.
- Olufunke, O. C., and Oluwakorede, O. (2016). Peplau’s Theory of Psychodynamic Nursing and the Nurse-Patient Interaction: A Literature Review. *South American Journal of Nursing Special Edition*.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., and Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women’s psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), 20347.
- Osborne, L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), 455.
- Ören, EDT, Ünsal Atan, Ş. ve Kavlak, O. (2023). Doğum Sonu Dönemindeki Kadınların Emzirme Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 27-35.
- Özçalık, H. B., ve Aksoy, Y. E. (2024). The relationship between maternal functioning and birth memory and trauma. *Midwifery*, 132, 103974.
- Özçalık, H. B., ve Çifci, Ş. (2024). Erken Postpartum Dönemdeki Annelerin Doğum Hafızası ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerinin Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 454–464.
- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., ve Dinç, H. (2017). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420–428.
- Özdemir, R., Kargi, N., ve Afacan, M. (2023). Postpartum Dönemde Ortaya Çıkan Maternal ve Neonatal Komplikasyonlar ve İlişkili Faktörler: Bir Özel Hastane Örneği. *BAUN Sağ Bil Derg*, 12(2), 311–319.
- Özkan, H., Aktaş, E. O., ve Işık, H. K. (2024). The effect of mode of delivery on postpartum comfort level and breastfeeding self-efficacy: a systematic review and meta-analysis. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 10(1).
- Özkan, S. A., Şenol, D. K., ve Erdemoğlu, Ç. (2024). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Postpartum Anksiyete Arasındaki İlişki. *Journal of Academic Research in Nursing*, 10(1), 48–56.
- Özkoç, M. (2023). *Erken Postpartum Dönem Primipar Annelere Verilen Bebek Bakımı Eğitiminin Annelik Rolü ve Doğum Sonu Anksiyete Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi (787028).
- Özöztürk, S., Tokat, M. A., Nur, N., Akbağ, A., ve Ekinci, F. (2022). Doğum Şekli ve Pariteye Göre Doğum Memnuniyeti ile Doğum Sonu Konfor İlişkisi. *TJFMPC*, 16(1), 179–188.
- Öztaş, H. G., ve Sohbet, R. (2023). Lohusaların Doğum Sonu Dönemdeki Sağlıkla İlgili Davranışlarının ve Öz Bakım Gücü Düzeylerinin İncelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(1), 97–105.

- Öztürk, R., Yağız, R., ve Güneri, S. E. (2021). Doğum Yapan Kadınların Konfor ve Taburculuğa Hazır Oluşluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(2), 272–280.
- Öztürk, S., ve Erci, B. (2016). Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa ve Yenidoğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUSBD*, 5(2), 25–31.
- Paliulyte, V., Drasutiene, G. S., Ramasauskaite, D., Bartkeviciene, D., Zakareviciene, J., and Kurmanavicius, J. (2017). Physiological Uterine Involution in Primiparous and Multiparous Women: Ultrasound Study. *Obstetrics and Gynecology International*, 2017.
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., and Weisman, C. S. (2013). Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *Pediatrics*, 131(4), e1218–e1224.
- Pereda-Goikoetxea, B., Marín-Fernández, B., Huitzi-Egilegor, J. X., and Elorza-Puyadena, M. I. (2023). The voice of memory in hospital birth: A phenomenological study. *Midwifery*, 116.
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., and Jones, I. (2021). Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sciences*, 11(1), 1–14.
- Perun, M. B. (2020). Maternal identity of women in the postpartum period. *Journal of Education Culture and Society*, 4(1), 95–105.
- Pişirgen, T. N. (2011). *Riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ulusal Tez Merkezi, 80.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., ve Çakmak, F. (2009). Annelerin dogum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg*, 36(3), 184–190.
- Pınar, Ş. E., ve Polat, Ş. (2019). Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağıllığı ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 448–456.
- Poels, E. M. P., Bijma, H. H., Galbally, M., and Bergink, V. (2018). Lithium during pregnancy and after delivery: a review. *International Journal of Bipolar Disorders*, 6(1), 26.
- Potur, D. C., Merih, Y. D., ve Külek, H. (2015). Doğum Konforu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4).
- Qiu, X., Sun, X., Li, H. ., Wang, D. ., and Zhanf, S. . (2022). Maternal alcohol consumption and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. *Public Health*, 163–170.
- Radoš, S. N., Tadinac, M., and Herman, R. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39.
- Rai, S., Pathak, A., and Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), S216.
- Raza, S. K., and Raza, S. (2023). Postpartum Psychosis. *StatPearls*.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., and Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113(1–2), 77–87.
- Robinson, O. J., Vytal, K., Cornwell, B. R., and Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7.
- Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., and Rosa, B. La. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of Prenatal Medicine*, 4(2), 22.

- Şahin, G., ve Erbaş, N. (2022). *Pandemi Döneminde Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakımda Tedavi Gören Annelerin Yaşadıkları Koronavirüs-19 Fobisi ile Doğum Sonu Anksiyete Durumu Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi.
- Samra, C. K., Torrico, T. J., and Abdijadid, S. (2024). Specific Phobia. *StatPearls*.
- Samways, J. W., Vause, S., Kontopantelis, E., Eddleston, J., Ingleby, S., Roberts, A., and Clarke, B. (2016). Maternal heart rate during the first 48 h postpartum: a retrospective cross sectional study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 206, 41–47.
- Sanchez, D. J., Gobel, E. W., and Reber, P. J. (2010). Performing the unexplainable: Implicit task performance reveals individually reliable sequence learning without explicit knowledge. *Psychonomic Bulletin & Review*, 17(6), 790.
- Sarısoy, S., ve Tuğut, N. (2023). Kadınların Doğum Hafızası ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Süreci. *Journal of Health Sciences Institute*, 8(2), 185–192.
- Schacter, D. L., Addis, D. R., Hassabis, D., Martin, V. C., Spreng, R. N., and Szpunar, K. K. (2012). The Future of Memory: Remembering, Imagining, and the Brain. *Neuron*, 76(4), 677–694.
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., and Rubinow, D. R. (2015). The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectrums*, 20(1), 48.
- Şenol, D. K., ve Pekiği, A. (2021). Normal Doğum ve Sezaryende Doğum Sonu Stresin Emzirme Özyeterliliğine Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(4), 1062–1069.
- Şentürk, S. G., Küçükgüçlü, Ö., and Watson, J. (2017). Caring For Caregivers of Individuals With Dementia: From the Perspective of Watson's Theory of Human Caring. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), 62–72.
- Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., and Altamura, A. C. (2016). Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 193, 391–404.
- Shin, G. H., Toto, E. L., and Schey, R. (2015). Pregnancy and postpartum bowel changes: Constipation and fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology*, 110(4), 521–529.
- Shrestha, S., Adachi, K., and Petrini, M. A. (2014). Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. *Int Nurs Rev*, 61(3), 427–434.
- Shri, R. (2010). Anxiety: Causes and Management. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), 100–118.
- Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth*, 19(2), 64–81.
- Şimşek, Ç., ve Esencan, T. Y. (2017). Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(10), 183–189.
- Spinelli, M. G. (2009). Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management.
- Stewart, D. E., and Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu. Rev. Med.*, 70, 183–196.
- Sumarni, S., Prawitasari, S., and Putrika. (2020). The effect of midwife training in strengthening the mental health of postpartum mother. *Journal of Community Empowerment for Health*, 3(1), 60–66.
- Szuhany, K. L., and Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), 2431–2445.
- Tabaghdehi, M. H., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., and Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233.

Takehara, K., Noguchi, M., Shimane, T., and Misago, C. (2014). A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 221.

Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 16. Baskı. ISBN: 975-94661-0-4 Ankara- 2020.  
Terzi, B., & Kaya, N. (2017). *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 1.

Thiel, F., Berman, Z., Dishy, G. A., Chan, S. J., Seth, H., Tokala, M., Pitman, R. K., and Dekel, S. (2021). Traumatic Memories of Childbirth Relate to Maternal Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102342.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (Temmuz 2024). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 10.07.2024, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA\\_2018\\_anarapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf)

Topçuoğlu, V. (2022). Anxiety Disorders. *Istanbul Kent University J Health Sciences*, 1(1), 38–40.

Topkara, F. N. (2019). *Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Güvenirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevelansı*. E.O.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi

Topkara, F. N., ve Çağan, Ö. (2021). Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *J Psychiatric Nurs*, 12(3), 245–253.

Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., and Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1).

Trifu, S., Vladuti, A., and Popescu, A. (2019). The Neuroendocrinological Aspects of Pregnancy and Postpartum Depression. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, 15(3), 410.

TÜİK. (2020). İstatistiklerle Çocuk,2019. Erişim 06.08.2024, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2019-33733>

Tulving, E., and Szpunar, K. K. (2009). Episodic memory. *Scholarpedia*, 4(8), 3332.

Tunalı, N. Ş. (2023). *Erken Postpartum Dönemde Doğum Hafızası ve Hatırlamanın Emzirme Başarısı İle İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi (803811).

Türkeli, N. N. (2022). *Kadınlarda Doğum Memnuniyeti İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki*. Ulusal Tez Merkezi.

Türkmen, H., ve Oran, N. T. (2017). *Masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısı ve konfora etkisi* (Doktora Tezi). Ulusal Tez Merkezi.

Türkoğlu, N., Sis Çelik, A., ve Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin Doğum Sonrası Sosyal Destek İhtiyaçlarının ve Alınan Desteğin Belirlenmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 11(1), 18–24.

Tutton, E., and Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 689–696.

Ünal, E., ve Şenol, D. K. (2022). Primipar Annelerde Doğum Şeklinin Doğum Sonu Konfor ve Emzirme Başarısına Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 158–165.

Van Der Zee-Van Den Berg, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., and Reijneveld, S. A. (2021). Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 286, 158–165.

VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L. S., Barbour, K., Cecatti, J. G., Cottler, S., Fawole, O., Firoz, T., Gadama, L., Ghérisi, A., Gyte, G., Hindin, M., Jayathilaka, A.,

- Kalamar, A., Kone, Y., Lange, I., von Dadelszen, P. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1).
- Ward, E. V, Berry, C. J., and Shanks, D. R. (2013). Age effects on explicit and implicit memory. *Hypothesis and Theory Article*, 4(1).
- WHO. (2010). WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. World Health Organization.
- WHO. (2023). Anxiety disorders. World Health Organization.
- Wilson, L., and Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
- Yar, D., ve Yılmaz, M. (2021). Gebelik ve Postpartum Dönemde Kadın Ruh Sağlığı: Derleme Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 93–100.
- Yavuz, M. Y., ve Bilge, Ç. (2022). Annelik Hüzününden Postpartum Depresyon ve Psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1–10.
- Yenici, A., Aydın, N., ve Mine, Ç. (2019). Kronik Nörolojik Hastalık Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde Görülen Depresyon ve Anksiyete. *Çocuk Dergisi*, 19(2), 89–95.
- Yıldız, P. D., Ayers, S., ve Phillips, L. (2017). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*, 55, 29–37.
- Yılmaz, N., & Kiliç, M. (2024). The Relationship of the Traumatic Birth Perception of Women with Birth Memories and Recall. *Nigerian journal of clinical practice*, 27(4), 424–429.
- Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 79–88.
- Yücel, Ş. Ç., ve Ergin, E. (2021). Konfor. Kaşıkçı M. K. ve Akın E. (Eds.), *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, ilkeler, Uygulamalar* (pp. 405–412).
- Zacher Kjeldsen, M. M., Bricca, A., Liu, X., Frokjaer, V. G., Madsen, K. B., and Munk-Olsen, T. (2022). Family History of Psychiatric Disorders as a Risk Factor for Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(10), 1004.
- Zappas, M. P., Becker, K., and Walton-Moss, B. (2021). Postpartum Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 60–64.
- Zontur, B., ve Çelik, N. (2022). *Kadınların doğum deneyimlerinin, doğum sonu konforuna ve emzirme üzerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi.

## ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Seray GEREY
Eğitim	
Lise	İnebey Anadolu Lisesi (2017)
Lisans	Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi (2017-2021)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2022-2025)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	Yeterli (YÖKDİL: 61,25, Eylül 2023)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	-

## EK-1. Tanıtıcı Bilgi Formu

### TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli anneler;

Bu anket Doğum Sonu Dönemde Anksiyetenin Doğum Hafızası ve Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisini araştırmak amacıyla oluşturulmuştur. Ankette bazı kişisel sorular ve sizin düşüncelerinizi değerlendirebilmek adına bazı ifadeler yer almaktadır. Ankete katılımınız gönüllü olmakla birlikte verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak sadece bu araştırma için kullanılıp kimseyle paylaşılmayacaktır. Zaman ayırdığınız ve bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Lohusanın Adı Soyadı:

Tarih:

Tel:

Lohusanın Sosyodemografik Özellikleri:

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Eğitim durumunuz nedir ?  
a) Okuryazar      b) İlkokul      c) Ortaokul      d) Lise      e) Üniversite  
f) Lisansüstü
3. Yaşadığınız yer neresidir?  
a) Şehir      b) İlçe      c) Köy
4. Aylık gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?  
a) Gelir giderden fazla      b) Gelir gidere eşit      c) Gelir giderden az
5. Aile tipiniz nedir?  
a) Çekirdek aile      b) Geniş aile      c) Diğer.....
6. Mesleğiniz nedir?  
a) Ev Hanımı      b) İşçi      c) Memur      d) Serbest Meslek      e) Diğer.....
7. Sosyal güvence durumunuz nedir?  
a) Var      b) Yok
8. Eşinizin yaşı kaçtır? .....
9. Eşinizin eğitim durumu nedir?  
a) Okuryazar      b) İlkokul      c) Ortaokul      d) Lise      e) Üniversite      f) Lisansüstü
10. Eşinizin mesleği?  
a) Çalışmıyor/İşsiz      b) İşçi      c) Memur      d) Serbest Meslek      e) Diğer.....

Lohusanın Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri

11. Sürekli devam eden bir hastalığınız var mı? Varsa isimlerini yazınız.  
a) Var .....      b) Yok
12. Daha önce cerrahi bir ameliyat geçirdiniz mi? Varsa isimleri nelerdir?  
a) Evet.....      b) Hayır
13. Daha önce düşük/kürtaj yaptınız mı?  
a) Evet, yaptım.....kez      b) Hayır, yapmadım
14. Sigara kullanıyor musunuz?  
a) Evet      b) Hayır

15. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Lohusanın Gebelik ve Doğum Öyküsü

16. Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

- a) Evet planlıydı b) Hayır planlı değildi

17. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi eğitim aldınız mı?

- a) Evet, aldım b) Hayır, almadım

18. Eğitim aldıysanız kimden eğitim aldınız?

- a) Almadım b) Ebe c) Hemşire Doktor

19. Doğum şekliniz nedir?

- a) Normal/ Vajinal Doğum b) Sezaryen Doğum

20. Doğum sonrasında size destek olacak biri var mı? Varsa kim?

- a) Evet var .....

- b) Hayır yok

21. Doğumunuzu kim yaptırdı?

- a) Ebe b) Hekim

Bebeğe ait Özellikler

22. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- a) Kız b) Erkek

23. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?

- a) Evet, memnunum b) Hayır, memnun değilim

## EK-2. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği

KATILIMCI:		HAFTA OLARAK BEBEĞİN YAŞI:		TARİH:			
Sorular	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği	1 = Hiç	2 = Bazen	3 = Çoğu kez	4 Neredeyse Her zaman		
1.	Diğer sorumluluklarım ile anneliği dengelemekte yetersiz hissediyorum.						
*2.	Ailem ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine oranla daha çok endişeleniyorum.						
3.	Bebeğime istemeyerek zarar verme konusunda endişe duyuyorum.						
4.	Etrafımda bana yardım edebilecek birileri olmadığında bebeğimle nasıl başa çıkacağımı endişeleniyorum.						
5.	Yeterince destek almadığımı hissediyorum.						
6.	Basit görevlere bebeğim doğmadan öncekinden daha az konsantre olabiliyorum.						
7.	Bebeğime bakmam için yardıma ihtiyaç duymamam gerektiğini hissediyorum.						
8.	Bebeğim benimle birlikte değilken korktuğumu hissediyorum.						
9.	Bebeğim ağladığında ne yapacağımı bilememekten endişeleniyorum.						
*10.	Eşim ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine göre daha fazla endişeleniyorum.						
11.	Bebeğimin başka birinin bakımından daha fazla hoşnut olmasından endişeleniyorum.						
*12.	Ailemden ve arkadaşlarımdan soyutlanmış hissediyorum.						
13.	Bebeğimin kilosu hakkında endişe duyuyorum.						
14.	Bebeğimi rutine sokmak ile ilgili endişe duyuyorum.						
15.	Bebeğime bakamayacak kadar çok hasta olmaktan endişe duyuyorum.						
16.	Bebeğimin kazara birisi ya da bir şey tarafından zarar görmesinden endişe duyuyorum.						
17.	Bebeğimin temel bakım ihtiyaçlarını karşılamada kendimi yetersiz ve güvensiz hissediyorum.						
18.	Bebeğimi yatıştırma konusunda yetersiz kalmaktan endişeleniyorum.						
19.	Bebeğim doğmadan öncekine göre işleri daha belirli ve düzenli bir şekilde yapma konusunda daha fazla ihtiyac hissediyorum.						
20.	Bebeğimle olan ilişkimle alakalı olumsuz düşüncelere sahibim.						
*21.	Arkadaşlarımla olan ilişkimle alakalı bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum.						
22.	Bebeğimin mikroplara maruz kalmasını önlemenin yollarını düşünüyorum.						
23.	Bebeğimin diğer bebeklerden daha az mutlu olmasından endişeleniyorum.						
24.	Diğer annelerin bebekleriyle benden daha iyi baş ettiğini hissediyorum.						
25.	Olmak istediğim şekilde bir ebeveyn olmadığımı hissediyorum.						
26.	Ev işlerini tamamlama konusunda bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum.						

Sorular	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği	1 = Hiç	2 = Bazen	3 = Çoğu kez	4 Neredeyse Her zaman
27.	Bebeğimin zarar görme ihtimalinden korktuğum için günlük aktivitelerde bebeğimle birlikte katılmıyorum.				
28.	Bebeğimin süt alımı ile ilgili endişeleniyorum.				
29.	Bebeğim doğmadan öncekine göre geçen günümle ilgili daha az kontrole sahip olduğumu hissediyorum.				
30.	Mali durumum hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum.				
31.	Başkalarından güvence aldıktan sonra bile bebeğimin sağlığı hakkında endişeleniyorum.				
32.	Yardım aldığımda bir faydası olmadığını hissediyorum.				
33.	Bebeğim uyurken nefesinin kesilmesinden endişe duyuyorum.				
34.	Bebeğimin sağlığı hakkında emin olmak için interneti kullanıyorum.				
35.	Bebeğimi Çocuk Bakım ortamına bırakma konusunda endişeleniyorum.				
36.	Bebeğimin başkası tarafından daha iyi bakılacağını hissediyorum.				
37.	Uykumu yeterince almayacağım konusunda endişeleniyorum.				
38.	Anneliğin beklediğimden çok daha zor olduğunu hissediyorum.				
39.	Bebeğimin benim kaygılarımı fark edeceğinden endişeleniyorum.				
40.	Bebeğimle aramdaki bağ hakkında endişe duyuyorum.				
41.	Bebeğimin uyurken geçirdiği sürenin uzunluğu hakkında endişe duyuyorum.				
*42.	İşe geri dönme konusunda endişe duyuyorum.				
43.	Görünüşüm hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum.				
44.	Uyuma şansım olduğunda bile uyuma konusunda güçlük çekiyorum.				
45.	Diğer insanların ebeveynlik becerilerimin yetersiz olduğunu düşünmesinden endişe duyuyorum.				
*46.	Eşimin beni bebeğim doğmadan öncekine göre daha az çekici bulmasından endişe duyuyorum.				
47.	Bebeğimin diğer bebekler kadar hızlı gelişmemesinden endişeleniyorum.				
*48.	Eşıme karşı kırgınlık hissediyorum.				
49.	Bebeğimi besleme şeklim hakkında endişe duyuyorum.				
50.	Uyuyan bebeğimi defalarca kontrol ediyorum.				
51.	İyi miktarda bir dinlenmeden sonra bile yorgun hissediyorum.				
<b>- SON -</b>		<b>SONUÇ: _____ / 204</b>			

### EK-3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği

<b>DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ (DHHÖ)</b>									
Bu ölçek en son çocuğunuzun doğumunun hatıralarının nasıl olduğu ve doğumu şu anda hatırladığınızda nasıl hissettiğiniz ile ilgili ifadeler içermektedir. Doğum anılarınıza ilişkin aşağıda bulunan ifadeleri değerlendirip, ilgili rakamı daire içerisine alarak katılma derecenizi belirtiniz. Teşekkür ederiz.									
	<b>DUYGUSAL HAFIZA</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyor</b>							<b>Kesinlikle Katılıyorum.</b>
1	Doğum anındaki duygularım son derece olumluydu.	1	2	3	4	5	6	7	
2	Doğum anındaki duygularım son derece olumsuzdu.	1	2	3	4	5	6	7	
3	Doğumu hatırladığımda, duygularım son derece olumludur.	1	2	3	4	5	6	7	
<b>AMBİVALAN DUYGUSAL HAFIZA</b>									
4	Doğum anında olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7	
5	Doğumu hatırladığımda olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7	
<b>HAFIZANIN MERKEZLİLİĞİ</b>									
6	Doğum deneyimi, yaşamımdaki diğer deneyimlerden etkilenmiştir.	1	2	3	4	5	6	7	
7	Doğum deneyimi kendimi ve dünyayı anlamamda odak noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7	
8	Doğum deneyimi yaşamımda bir dönüm noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7	
9	Doğum deneyiminin geleceğim üzerindeki etkileri hakkında sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7	
<b>TUTARLILIK VE TEKRAR YAŞAMA</b>									
10	Doğumu anını içerisinde büyük eksiklikler olmayan, mantıklı ve tutarlı bir olay olarak hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7	
11	Doğum anını bazı kısımları eksik olarak, parçalar halinde hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7	
12	Doğumu hatırladığımda, doğum anında gördüklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7	
13	Doğumu hatırladığımda, doğum anında vücudumda hissettiklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7	
14	Doğumu hatırladığımda, doğumu geçmişte olmuş gibi değil de sanki doğum şuan oluyormuş gibi hissedip, tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7	
15	Doğumu hatırladığımda, doğum anında duyduğum sesleri tekrar duyarım.	1	2	3	4	5	6	7	
<b>DUYUSAL HAFIZA</b>									
16	Doğumu düşündüğümde, kokuları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
17	Doğumu düşündüğümde, tatları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
18	Doğumu düşündüğümde, sesleri hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
19	Doğumu düşündüğümde, dokunuşları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
<b>İSTEMSİZ HATIRLAMA</b>									
20	Doğum anı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmı) ben düşünmesem bile kendiliğinden aklıma gelir.	1	2	3	4	5	6	7	
21	Günlük yaşamımda gerçekleşen olaylar beklenmedik bir şekilde doğum anını (ya da doğum anındaki olayların bir kısmını) hatırlatır.	1	2	3	4	5	6	7	

## EK-4. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

	İTEMLER VE İFADELENDİRME	Tamamen Katılıyor	Katılıyor	Biraz Katılıyor	Katılmıyor	Kesinlikle Katılmıyor
1.	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2.	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5.	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6.	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	Ağrımla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgesiyle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyac duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyac duyuyorum					

## EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma **primipar kadınlarda postpartum anksiyetenin doğum hafızasına ve doğum sonu konfor düzeyine etkisini** inceleyen bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı; “**primipar kadınlarda postpartum anksiyetenin, doğum hafızasına ve doğum sonu konfor düzeyine etkisini belirlemek**” dir. Bu çalışmada ilk kez doğum yapan kadınlarda doğum sonrası anksiyetenin doğum hafızasını ve doğum sonundaki konfor düzeyini ortaya çıkarmayı hedeflemekteyiz. Sizlerin de bu çalışmaya katılımızı önermekteyiz Bu bilgilendirmeyi okuduktan sonra araştırmaya katılmak istiyorsanız formu imzalamanız yeterlidir. Ayrıca anketi doldurduğunuz sırada istemezseniz son verebilirsiniz. Araştırmadan elde edilen veriler; gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar ulaşabilir. Bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçlar dışında verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını etkileyeceğinden dolayı yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz veriler yardımcı araştırmacı Seray GEREY tarafından toplanacak ve kaydedilecektir. Çalışmayı yapabilmemiz için bazı kişisel ve sağlık bilgilerinize ihtiyaç duyulmaktadır. Veriler Anket formu ile yüze yüze toplanacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve katılımınızı reddetmeniz durumunda uygulanan yöntemlerde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca, çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı geri alma hakkınız bulunmaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Balıkesir Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Anabilim Dalı

Tel: 0537 784 00 00

E-mail: seray.yereg590@gmail.com

Seray GEREY

Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Yavuz ARICAN

Sayın Ramazan Yavuz ARICAN / Seray GEREY tarafından Balıkesir Üniversitesi'nin Ebelik Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilecek olan araştırma için yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı.

Bu çalışmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmanın gizlilik esasına dayandığı ve araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlar için kullanılacağı tarafıma açıklanmıştır. Çalışmadan istediğim zaman ayrılabilirim biliyorum. Araştırma uygulamaları nedeniyle doğrudan ya da dolaylı olarak meydana gelebilecek herhangi bir sağlık problemi durumunda, gerekli tıbbi müdahalenin sağlanacağına dair araştırmacılar tarafından güvence verilmiştir. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma esnasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda veya bilgi almak istediğimde araştırmacı Ramazan Yavuz ARICAN'ı ve Seray GEREY' i telefonundan her zaman arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmam zorunlu değildir ve katılmama hakkım vardır. Araştırmaya katılmam yönünde herhangi bir baskı ile karşılaşmadım. Eğer katılmayı reddedersem, bunun tıbbi bakımımı veya araştırmacı ile olan ilişkiyi olumsuz etkilemeyeceğini de biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdı iki kopya şeklinde düzenlenir ve bir kopyası katılımcıya verilir

**Gönüllü Katılımcının ;**

Adı Soyadı :

İmza:

**Tarih: ...../...../.....**

**Araştırmacının;**

Adı Soyadı :

Telefon numarası

İmza:

## EK-6. Etik Kurul Karar Formu



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Üniversite Etik Kurulu



Sayı :E-87432956-050.99-736136  
Konu :Bilimsel Çalışma Onayı.

Tarih: 30.04.2024

Araştırma Görevlisi Seray GEREY

Yürütcülüğünü yaptığımız "*Primipar Kadınlarda Postpartum Anksiyetenin Doğum Hafızasına ve Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi*" başlıklı bilimsel çalışmanız Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 29.04.2024 tarihli ve 75/4 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti gönderilmiş olup, başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Alim KOŞAR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 37E820E  
SDÜ Batı Yerleşkesi Çünür/İSPARTA  
Tel No:(246) 211-8052 Faks No:(246) 237-0431  
E-Posta:zihalbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi:www.sdu.edu.tr  
Kep Adresi: sdu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/sdu-ebys>

Bilgi İçin Zühal Sema BARDAK  
Şef  
Tel No:2118052



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri  
Etik Kurul Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
29.04.2024	75	4

4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi Arş.Gör.Seray GEREY tarafından yürütülen "*Primipar Kadınlarda Postpartum Anksiyetenin Doğum Hafızasına ve Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi*" başlıklı bilimsel çalışma hk.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi Arş.Gör.Seray GEREY tarafından yürütülen "*Primipar Kadınlarda Postpartum Anksiyetenin Doğum Hafızasına ve Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi*" başlıklı bilimsel çalışmanın kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,

Mevcutun oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Alim KOŞAR

[Signature]

Prof.Dr. M. Ç. K. K. Ç. KAR

[Signature]

Prof.Dr. M. Okan ÖZKAYA

[Signature]

(İZİNLİ)

Prof.Dr. Mehmet ŞAHİN  
Üye

Prof.Dr. F. Yeşim KIRZIOĞLU  
Üye

[Signature]

Prof.Dr. Vedat Ali YÜREKLİ

[Signature]

Prof.Dr. Zeliha BAŞKURT  
Üye

[Signature]

Zuhal BARDAK  
Raportör

[Signature]



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

Balıkesir Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanlık



(0 266) 612 14 62

sagbilen@balikesir.edu.tr

<http://www.balikesir.edu.tr>

