



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDE KADINLARDAKİ SİGARA  
KULLANIMININ POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ: VAKA-  
KONTROL ÇALIŞMASI**

**ESRA IŞIK ŞİMŞEK**

**ORCID NO: 0000-0002-1630-4960**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SIVAS-2023**

**T.C.**  
**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDE KADINLARDAKİ SİGARA  
KULLANIMININ POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ:  
VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI**

**ESRA IŞIK ŞİMŞEK**

**ORCID NO: 0000-0002-1630-4960**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DR. ÖĞR. ÜYESİ SEMRA KOCATAŞ**

**SİVAS-2023**



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecinde tanıdığım, halk sağlığı hemşireliğinde rol model oluşturan, tez süreci boyunca kendisini yorsam da mesleki bilgi ve birikimini her koşulda paylaşan çok değerli tez danışmanım Sn. Dr. Öğr. Üyesi Semra KOCATAŞ'a,

Eğitim sürecim boyunca eşsiz bilgi ve deneyimlerini paylaşan hocam Sn. Prof. Dr. Nuran GÜLER'e,

Her zaman destekçi olan, olaylara olan olumlu, çözümcü ve farklı bakış açısıyla örnek aldığım çok sevdiğim hocam, Sn. Dr. Öğr. Üyesi Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU'ya,

Lisans eğitimim boyunca onlardan öğrendiğim hemşirelik mesleğini sevdiren, profesyonel bakış açısını kazandıran birbirinden değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Dilek AYDIN AVCI, Prof. Dr. Diler AYDIN YILMAZ, Sn. Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA ve gönül verdiğim halk sağlığı hemşireliğini kendisiyle tanıdığım Doç. Dr. Kevser TARI SELÇUK olmak üzere tüm saygıdeğer hocalarıma,

Her zaman iyi ki varlar dediğim, emeklerini ödeyemeyeceğim, varlıkları için şükrettiğim güzel annem Esmâ IŞIK, canım babam Nurettin IŞIK ve canımın içleri kardeşlerim Kevser Sena IŞIK ve Muhammed Onur IŞIK'a,

Beni benden çok düşünen, her zaman destekleyen, çalışma prensiplerine hayranlık duyduğum, tez sürecim boyunca en çok yordüğüm, yol arkadaşım, çok sevdiğim eşim Mustafa ŞİMŞEK'e,

Lisans eğitimim boyunca en büyük akademik destekçim, süreçleri güzelleştiren, her zaman iyiki karşılaştık dediğim, meslektaşım ve dostum Uzman Hemşire Canan DEMİR DOĞAN'a,

Hayatıma güzellik katan, üniversite hayatımın değerlileri, akademik olarak beni teşvikleriyle destekleyen canım dostlarım Betül DOMAN, Kübra ÖZTÜRK, Gülcan GÜVEN, Kübra HARMANBAŞI'na,

Araştırmaya katılmayı kabul eden güzel annelere,

Ve üzerimde emeği olan diğer herkese teşekkür ederim.

## ÖZET

# DOĞUM SONRASI DÖNEMDE KADINLARDAKİ SİGARA KULLANIMININ POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

**ESRA ŞİMŞEK**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Semra KOCATAŞ**

**2023, xiv, 96 sayfa**

Bu çalışma, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla bir vaka-kontrol çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, Ankara il merkezi Keçiören İlçesinde bulunan 7 Aile Sağlığı Merkezine başvuran doğum sonrası dönemde bulunan kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen ve çalışma kriterlerini sağlayan 294 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri 25.06.2022-25.12.2022 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare testi, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA Varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve Regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki katılımcıların %51.9'unun, vaka grubundaki katılımcıların %60.1'inin 30-42 yaş aralığında olduğu, kontrol grubundaki kadınların %45.8'inin, vaka grubundaki kadınların %50.9'unun yükseköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu, kontrol ve vaka grubundaki kadınların %64'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %84.7'sinin, vaka grubundaki kadınların %74.8'inin normal yolla gebe kaldığı, kontrol grubundaki kadınların %81.7'sinin, vaka grubundaki kadınların %68.1'inin gebelikte herhangi bir

sağlık sorunu yaşamadığı, kontrol grubundaki kadınların %67.9'unun, vaka grubundaki kadınların %69.4'ünün gebelikte düzenli olarak kontrollere gitmediği, kontrol grubundaki kadınların %67.2'sinin, vaka grubundaki kadınların %73.6'sının bebeğini emzirdiği, kontrol grubundaki kadınların %79.4'ünün, vaka grubundaki kadınların ise %74.2'sinin bebek bakımıyla ilgili evde destek alabileceği kişinin olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların %51.6'sının, vaka grubundaki kadınların %51.9'unun sigara içtiği, kontrol grubundaki kadınların sigaraya başlama yaşının ortalama  $23.90 \pm 6.14$ , vaka grubundaki kadınların ortalama  $21.85 \pm 4.71$  yaş olduğu, kontrol grubundaki kadınların %28.4'ünün arkadaş etkisiyle, vaka grubundaki kadınların %20.2'sinin stres nedeniyle sigaraya başladığı, kontrol grubundaki kadınların %16.3'ünün, vaka grubundaki kadınların ise %4.6'sının bağımlılık düzeylerinin çok yüksek olduğu belirlenmiştir.

Vaka grubunun Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması ile Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Prenatal Bağlanma Envanteri toplam puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Nikotin bağımlılık düzeyi çok yüksek olan kadınların, nikotin bağımlılık düzeyi çok düşük olan kadınlara göre postpartum depresyon görülme oranının 7.34 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonrası dönemdeki kadınların, bu dönemde karşılaşılabilecekleri ruhsal sorunlar karşısında etkisiz bir baş etme yöntemi olarak sigara içme davranışı sergilememeleri için doğum sonrası dönemde kadınlarda postpartum depresyon gelişmesini önlemeye yönelik sosyal ve profesyonel destek sağlanması, postpartum depresyon belirtileri açısından kadınların değerlendirilmesi ve mevcut bir depresyon durumunda ise erken tanı ve tedavi süreçlerinin uygulanması ve kadının baş etmelerinin güçlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonrası dönem, kadınlarda sigara kullanımı, postpartum depresyon, vaka-kontrol çalışması.

## **ABSTRACT**

### **THE RELATIONSHIP WITH POSTPARTUM DEPRESSION OF SMOKING USE IN WOMEN IN THE POSTPARTUM PERIOD: A CASE-CONTROL STUDY**

**Esra ŞİMŞEK**

**Master's Thesis**

**Department of Public Health Nursing**

**Supervisor: Dr. Faculty Member Semra KOCATAŞ**

**2023, xiv, 96 page**

This study was carried out as a case-control study to determine the relationship between smoking and postpartum depression in postpartum women.

The research was carried out with women in the postpartum period who applied to 7 Family Health Centers in Keçiören District of Ankara city center. The sample of the study consisted of 294 women who were determined by simple random sampling method and met the study criteria. The data of the study were collected between 25.06.2022 and 25.12.2022 by face-to-face interview technique using Personal Information Form, Fagerström Nicotine Dependence Test (FNBT) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Descriptive statistics, Chi-Square test, t test for independent groups, One Way ANOVA Analysis of Variance, Pearson correlation analysis and Regression analysis were used in the evaluation of the data. In the study, the significance level was accepted as  $p<0.05$ .

The participants of 51.9% in the control group participating in the study, 60.1% of the participants in the case group were between the ages of 30-42, 45.8% of the women in the control group, 50.9% of the women in the case group had a higher education level, that the women in the control and case group It was determined that 64% of them did not work. 84.7% of the women in the control group, 74.8% of the women in the case group got pregnant naturally, 81.7% of the women in the control group, 68.1% of the women in the case group did not have any health problems during

pregnancy, 67.9% of the women in the control group, 69.4% of the women in the case group did not go to regular check-ups during pregnancy, 67.2% of the women in the control group, 73.6% of the women in the case group breastfed their baby, 79.4% of the women in the control group and 74.2% of the women in the case group were related to infant care. It has been determined that there is a person who can get support at home.

The women of 51.6 % in the control group and 51.9% of the women in the case group smoked, the mean age of starting smoking was  $23.90 \pm 6.14$  years in the women in the control group, the mean age of the women in the case group was  $21.85 \pm 4.71$  years, 28.4% of the women in the control group were affected by friends. It was determined that 20.2% of the women in the study group started smoking due to stress, 16.3% of the women in the control group and 4.6% of the women in the case group had very high addiction levels.

A significant, positive and weak correlation was found between the Edinburgh Postpartum Depression Scale total score average and the Fagerstrom Nicotine Dependence Test Prenatal Attachment Inventory total score average of the case group ( $p < 0.05$ ). It was determined that women with very high nicotine addiction levels were 7.34 times more likely to have postpartum depression than women with very low nicotine addiction levels.

Providing social and professional support to prevent the development of postpartum depression in women in the postpartum period, evaluation of women in terms of postpartum depression symptoms, and early treatment in case of depression, so that women in the postpartum period do not exhibit smoking behavior as an ineffective way of coping with the mental problems they may encounter during this period. It is recommended to implement diagnosis and treatment processes and to strengthen women's coping.

**Keywords:** Postpartum period, smoking in women, postpartum depression, case-control study.

## KISALTMALAR/SİMGELER

<b>ACOG</b>	Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EPDÖ</b>	Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
<b>FNBT</b>	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
<b>maks.</b>	Maksimum
<b>min.</b>	Minimum
<b>N</b>	Evren
<b>n</b>	Sayı
<b>Ort.</b>	Ortalama
<b>p</b>	Anlamlılık Değer
<b>PPD</b>	Postpartum Depresyon
<b>r</b>	Korelasyon Değer
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>WHO</b>	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
<b><math>\bar{x}</math></b>	Aritmetik Ortalama

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR/SİMGELER</b> .....	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	6
1.4. Araştırmanın Tipi .....	6
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Kadın Sağlığı Kavramı ve Önemi .....	6
2.1.2. Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde Kadın Sağlığı ve Annelik Rolü .....	7
2.2. Doğum Sonu Dönem .....	8
2.2.1. Postpartum Erken/Akut Lohusalık Dönemi .....	9
2.2.2. Postpartum İkinci /Subakut Lohusalık Dönemi .....	9
2.2.3. Postpartum Üçüncü/Geç Lohusalık Dönemi .....	10
2.4. Doğum Sonu Dönemde Karşılaşılan Sağlık Sorunları .....	12
2.4.1. Fiziksel Sağlık Sorunları .....	13
2.4.2. Ruhsal Sağlık Sorunları .....	14
2.5. Doğum Sonu Dönem Duygu Durum Bozuklukları.....	14
2.5.1. Postpartum Hüzün (Annelik Hüznü).....	15
2.5.2. Postpartum Psikoz.....	15
2.5.3. Gebelik ve Doğum Sonu Depresyonu.....	16
2.6. Depresyon ve Kadın .....	16
2.6.1. Postpartum Depresyon Tanımı (PPD) .....	16
2.6.2. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri.....	16
2.6.3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri ve Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi .	18
2.6.4. Postpartum Depresyonda Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımları .....	19
2.6.5. Postpartum Depresyonun Anne ve Çocuk Sağlığına Olan Etkileri .....	20
2.7.Kadın ve Sigara .....	21
2.7.1. Dünyada ve Türkiye’de Kadınlarda Sigara Kullanım Sıklığı.....	21
2.7.2. Kadınlarda Sigara Kullanım Nedenleri ve Sağlık Riskleri .....	22

2.7.3. Sigara Kullanımının Üreme Sağlığına Olan Etkisi-Anne ve Bebek-Çocuk Sağlığına Olan Etkileri .....	22
2.8. Gebelik-Doğum-Doğum Sonrası Sigara Kullanımı .....	23
2.9. Postpartum Depresyon ve Sigara Kullanımı İlişkisi .....	24
2.9.1. Doğum Sonrası Dönemde Sigara Kullanımının Anne, Yenidoğan ve Çocuk Sağlığına Etkileri.....	24
2.10. Doğum Sonrası Dönemde Kadınlardaki Sigara Kullanımı Önleme ve Bırakma Yolları ve Hemşirelik Yaklaşımları .....	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	29
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	29
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	30
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	33
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	33
3.4.2. Bağımsız Değişkenler .....	33
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Çıkarılma Ölçütleri .....	33
3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri .....	33
3.5.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri .....	33
3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri:.....	33
3.6. Veri Toplama Araçları .....	33
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu .....	34
3.6.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) .....	34
3.6.3. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) .....	35
3.7. Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması .....	35
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi .....	37
3.9. Araştırmacının Eğitimi.....	38
3.10. Etik Boyut .....	38
3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları .....	39
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>40</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>62</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>69</b>
6.1. Sonuçlar .....	69
6.2. Öneriler.....	72
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>73</b>

## TABOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.Kontrol ve Vaka Grubu Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi .....	41
Tablo4.2. Konrol ve Vaka Grubu Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=294).....	43
Tablo 4.3. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Özellikleri (n=294) .....	45
Tablo.4.4. Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi.....	48
Tablo 4.5. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ile Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 4.6. Doğum Sonrası Dönemde Kadınlarda Sigara Kullanımıyla Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 4.7. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	51
Tablo 4.8. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları .....	52
Tablo 4.9. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Özelliklerine Göre Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları .....	57
Table 4.10.Lojistik Regresyon Analizi .....	59

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.Doğum Sonrası Dönemdeki Annede İzlem Sıklığı.....	12
Şekil 2.Ülkelere Göre Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı .....	17
Şekil 3.Doğum Sonu Dönemde Sigara Bırakma Tedavisinin Olumlu Olumsuz Özellikler.....	27
Şekil 4.Araştırma Akış Şeması .....	32
Şekil 5.Aile Sağlığı Merkezleri ve Araştırmaya Katılan Lohusa Kadın Sayısı .....	33
Şekil 6.Aile Sağlığı Merkezleri ve Bebek İzlem Günleri .....	36



# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum süreci kadınların yaşamlarında pozitif bir deneyim, eşi benzeri olmayan özel bir dönemdir (Işık ve ark., 2023; Taşkın, 2016). Bu özel zamanlar normal olarak başlasa da doğum eylemi kadın ve bebeği için hastalık ve ölüm riski taşıyan bir süreçtir (Arslantaş ve ark., 2020). Doğum sonrası hormon düzeylerinde gözlenen değişiklikler, bebeğin bakıma muhtaçlığı, yeni annelik durumuna uyum sorunu, stres ve gerginlik oluşturan durumların oluşması, evliliğindeki eş desteğinin zayıf olması, kadındaki psikososyal destek sistemlerindeki yetersizlikler, bedensel değişiklikler, bireyin iş hayatındaki durumunun değişimi gibi pek çok faktör doğum sonu süreçte kadınları etkilemektedir (Asadi ve ark., 2021; Gülşen ve ark., 2018; Zubaran ve ark., 2013). Doğum sonrası ilk günlerde annelik süreci ve bebeğin doğumu aileye neşe, keyif ve mutluluk getirirken, zaman ilerledikçe birçok kadın kendisini stres ve kaygı içerisinde bulmaktadır (Ay ve ark., 2018; Özkan ve ark., 2019). Kadınlar için temel yaşam gereksinimlerinin dışında sağlık bakım gereksinimlerinin de arttığı doğum sonrası süreçte kadın destek görmek istemekte, eşi ve aile bireylerinden yeterli destek göremeyen kadınlar ruhsal sorunlar yaşamaya başlamaktadır (Çankaya ve ark., 2017). Doğum sonrası süreçte görülen ruhsal sorunlardan birisi de postpartum (doğum sonu) depresyondur (Aktaş ve ark., 2017).

Postpartum depresyon (PPD) doğum sonrası altı haftayı takiben belirtileri ortaya çıkabilen ve 12. aya kadar devam edebilen psikiyatrik rahatsızlıklardandır (APA, 2017; Hahn Holbrook ve ark., 2018) ve PPD, DSM-5' e göre peripartum başlangıçlı major depresif bozukluk olarak adlandırılırken gebelik sürecinde veya doğum sonrası 4 haftaya kadar görüldüğünde doğum sonrası depresyon PPD olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020).

Doğum sonu süreçle birlikte doğum öncesinde annenin daha önceden yaşamış bulunduğu depresyon veya anksiyetenin varlığı, ailede depresyon öyküsünün bulunması, daha önceki doğumlar sonrasında PPD geçirilmiş olması, yenidoğanın oluşu ve bakıma muhtaçlığının oluşturduğu stresler, annelik hüznü, annenin benlik saygısında düşüklük, kadının sosyal çevresindeki destek eksikliği, eğitim durumunun düzeyi, annenin mesleği, gerçekleştirdiği doğum sayısı, küçük yaşta anne olma, vajinal kesi durumu yada sezaryen doğumlar, ekonomik durum ve gebelik durumu, bebeğin

istenip-istenmeme durumunun kadınlarda PPD gelişimini etkilediği belirtilmektedir (Ay ve ark., 2018). PPD belirtileri zamanla, şiddeti yavaş yavaş artarak anneleri etkilemektedir (Nnadozie ve ark., 2017).

Yeni doğum yapmış annelerin fiziksel sağlıkları yakın takip altında olmasına rağmen, ruhsal sağlıklarının takibi yeterli düzeyde yapılmamaktadır (Corrigan, 2015; Glover, 2014; WHO, 2018). Postpartum dönemde kadınların psikolojik sağlıklarına önem verilmelidir (Melterz ve ark., 2018). Annelerin %10-35'inin PPD yaşadığı görülmektedir (Banker ve ark., 2014; Irwin ve ark., 2016). 6 hafta-1 yaş bebeği olan annelerde PPD sıklığı %30,6 bulunmuştur (Şahin ve ark., 2021).

PPD riski altında olan kadınların tanımlanması, bu sorunun yol açacağı olumsuzlukların ve hastalıkların azaltılmasında son derece önemlidir (Özdamar, 2014). PPD'nin geniş aralıkta seyreden bir yaygınlığı olduğu için bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gerektiği öne sürülmektedir (Dağlar ve ark., 2015). Annede PPD bulunması, annenin ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt duyguların ortaya çıkmasına neden olmakta (Erdem ve ark., 2012), çocuklarda bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik sorunların yanında büyüme gelişme geriliği gibi fiziksel sorunlara da yol açabilmektedir (Durukan ve ark., 2011; Erdoğan ve ark., 2014). PPD anne bebek arasında kurulması beklenen bağı ve annenin ebeveynlik rolünü benimsemesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Koçak, 2016). Kişisel ve sosyal, ekonomik faktörler PPD ile ilişkili olup doğum sonrasında tüm bu faktörler dikkate alınmalıdır.

Doğum sonu süreçte her kadın sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda iyi değerlendirilmelidir (Demir ve ark., 2021). Doğum sonu dönemde birçok kadın annelik kimliğinin vermiş olduğu sorumlulukla birlikte psikolojik ve sosyal sorunlarından uzaklaşmak için etkisiz yaşam biçimi davranışlarından birini seçmektedir. Tütün ürünleri kullanımı kadınların bu dönemin stresi ile başetme yöntemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigara kullanımını stres azaltıcı olarak algılayarak kullanmaya başlamakta veya gebeliğinden bu yana sigara kullanmaya devam edebilmektedir (Bağcıçek, 2016).

Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta 1.2 milyar kişi tütün kullanmaktayken ülkemizde ise 15 yaş üzeri yaklaşık 16 milyon kişi tütün kullanmaktadır (Kahyalıoğlu, 2017). Ülkemizde ise 18 milyon kişi %29.6 ve kadınların %17.5'i her gün tütün kullanmaktadır (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2016; TÜSEB-TÜHKE, 2021).

Gelişmiş ülkelerde tütün ürünlerini erkek ve kadın kullanım oranları birbirine yakın seyrederken, sigara içme durumuna kadın cinsiyeti üzerinden bakıldığında gelişmiş ülkelerde kadın nüfus içinde sigara kullanım durumu gelişmekte olan ülkelere oranla daha yüksek seyretmektedir (Kocataş ve ark., 2019; Türkoğlu, 2021).

Dünya etrafında yaklaşık 180 milyona yakın insan her gün sigara kullanmaktadır. Genelinde kadınlarda sigara kullanım oranları %12-16 olarak belirtilmiştir (DSÖ Küresel Tütün Kullanımı Eğilimleri 2000-2025 Raporu). Türkiye’de ise kadınlarda sigara kullanma sıklığı %18.2’dir ve 15 yaş üzeri sigara kullanan kadın nüfusunun %13’ü her gün sigara içmektedir (TUIK, 2018). Sigara içme alışkanlığı kadınlarda gebelikte ve doğum sonrası dönemde bırakılamayan bir alışkanlık olarak karşımıza çıkmaktadır. İngiltere’de sigara kullanan kadınların yarısı gebe kaldıktan sonra sigarayı bırakmaya çalışmaktadır ancak 75’i postpartum bir yıl içinde tekrar başlamaktadır (Orton ve ark., 2017).

Gebelik öncesinde sigara içenlerin oranı gebelikte azalmakta iken doğum sonrası dönemde ise artmaktadır (Kocataş ve ark., 2020). Birçok çalışmada gebeliği sırasında sigara içmeyi bırakan kadınların %70’nin doğumu izleyen 1 yıl içinde yeniden başladığını, kadınların çoğunun doğumu izleyen 6 ay içinde kaldığı yerden sigara kullanmaya devam ettiğini göstermektedir (Erbaş ve ark., 2020; Rockhill ve ark., 2016). Sigara kullanımı olan fakat gebeliği sırasında sigarayı bırakmış kişilerin doğum sonrası sigaraya tekrar başlanmış olma durumu %79.4 bulunmuştur (Ergin ve ark., 2020).

Gebelik süreci ve postpartum dönemde sigara içilmesi anne ve bebekte morbidite ve mortaliteye neden olur ve kötü gebelik sonuçlarına yol açan önemli risk faktörlerinden biridir (Kahyaoğlu ve ark., 2018). Tütün kullanımı ve maruziyeti prenatal dönemden itibaren çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kadınlarda tütün tüketimi ve pasif sigara dumanı maruziyeti düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkili bulunmuştur (Kahyaoğlu ve ark., 2018; Türkiye Tütün Kontrol Çalışmaları, 2017).

Gebelikte sigara kullanım durumunun plasenta previa, ablasyo plasenta, preterm eylem, erken membran rüptürü ve abortus gibi komplikasyonlara sebep olabileceği, fetüste intrauterin gelişme geriliğine, düşük doğum ağırlığına, ölü doğuma, ani bebek ölümünlerine sebep olabilmektedir (Çınar ve ark., 2015; Özel ve ark., 2019).

Yenidoğan döneminde ise; ani bebek ölümü sendromuna, çocukluk dönemlerinde anne sütü alımının olumsuz yönde etkilemesine, sık enfeksiyonlara ve büyüme ve gelişme geriliğine neden olabildiği belirtilmektedir (Çınar ve ark., 2015). Sigara kullanımı emzirme döneminde anneyi ve anne sütünü oldukça kötü etkilediği ve sigaradan uzak durulması, dumanına dahi maruz kalınmaması gerektiği belirtilmektedir (Anne Sütü ve Emzirme Eğitim Rehberi, 2016). Emzirme döneminde annenin sigara kullanması anne sütünün iyot, C ve E vitamini, uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri (LCPUFA), lipid ve protein bileşiminin seviyelerini etkiler. Maternal kandaki nikotin, meme bezlerinin büyümesini uyararak laktasyonun başlaması ve sürdürülmesi için esas hormon olan prolaktinin üretimini inhibe eder (Ahmed ve ark., 2019; AAP, 2020; British Medical Association, 2020; Napieralammazelaj ve ark., 2016). Buna bağlı olarak sigara içen annelerde prolaktin üretimi azalır bu da daha az süt verimine neden olur (British Medical Association, 2020; Primo ve ark., 2013; Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

Doğum sonu dönemde sigara kullanan annenin, sigara kullanmayan anneye kıyasla süt verimindeki kaybın günde 250 ml'den daha fazla olduğu belirtilmektedir (Hazar ve Gültekin,2021). Emzirme sürecinde annesi sigara içen bebeklerin emzirmeyi erken kesmeye sebep olabilecek davranışlar (örneğin kolik ve ağlama) sergilediği (Banderali, 2015; Primo ve ark., 2013) ve annenin sigara kullanımının erken süttten kesme riskini ve formül mamasına geçme tercihini artırdığı belirtilmektedir (Ogbonna, 2016). Bebeklerde yenidoğanın boy kısalığı ve konjenital anomaliler gibi komplikasyonlar için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Özel ve ark.,2019). Yenidoğan döneminde orta kulak iltihabı, bronşit, zatürre gibi solunum yolu hastalıkları, huzursuzluk, çocukluk çağında dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu, düşük IQ ve kronik hava yolu hastalıkları da daha yüksek oranlarda izlenmektedir (Behrooz ve ark., 2018). Postpartum dönemde sigara içen annelerin erkek bebeklerinde testis sorunları görülmüş ve testosteron düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Adamcova ve ark., 2017). Başka bir çalışmada ise çocuklarda bilişsel fonksiyon, zekâ, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, alkol-uyuşturucu kullanımı, duyu durum bozukluğu, ergenlik döneminde kriminal suç işleme, Tip 2 diyabet ve obezite, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çocuk sağlığını tehdit eden bir diğer sağlık sorunu olan

obezitenin risk faktorlerinden biri de prenatal sigara maruziyeti olduğu kanıtlanmıştır (Peterson ve ark., 2017). Sigara içen annelerin çocuklarında depresyon riskinin artmış olduğu saptanmıştır (Dolan, 2016). Ayrıca, sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre postpartum depresyon görülmesi fazla bulunmuştur (Karakaş ve ark., 2014). Hastaneye yatan riskli gebelerde ve postpartum dönemde annede ruhsal durum değerlendirmesinin geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçeklerle değerlendirilmesi ve tespit edilmesinin, planlanan hemşirelik bakımı içerisinde yer almasının gerekli olduğu düşünülmektedir (Şen ve ark., 2020).

Hemşireler sağlıklı/hasta bireyin davranışlarını ilk değerlendiren kişilerdir. Sağlık Bakanlığı, doğum yapan her kadının postpartum dönemde taburculuk öncesi 3 kez, taburculuk sonrası 3 kez olmak üzere en az 6 defa izlenmesini, bu izlemlerde psikolojik durumun da değerlendirilmesini ve EPDÖ'nün uygulanmasını önermektedir. Bu izlemlerde, taburculuk öncesi dönemde risk tespit edilen vakalara gerekirse konsültasyon istenmesini, taburculuk sonrası risk tespit edilen loğusalar belirlenerek gerekli sağlık hizmeti ve hemşirelik uygulamaları yapılmasını ve doğum sonu 8. Haftada EPDÖ ile yeniden değerlendirme yapılmasını önermektedir (Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2014). Annelik motivasyonunun da etkisiyle DSÖ'ye göre gebe kalmak ve yeni çocuk sahibi olmak, sigara içmeyi bırakmak gibi sağlıklı davranışlar kazanmak ve yaşam stilini değiştirmek için bir fırsattır (WHO-Global Tobacco Control of Public Health, 2010-2018). Sağlık çalışanları özellikle halk sağlığı hemşirelerinin, gelecekte sağlıklı nesillerin yetişmesini sağlayacak olan anneleri sigara içmenin zararları konusunda bilinçlendirmeleri ve sigara içmenin postpartum depresyona etkisi konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir. Anne adaylarına ve annelere hem doğum öncesi bakımda hem de çocuk sağlığı izlemlerinde tütün kullanımının mutlaka sorgulanması, sigara içtiği tespit edilenlere sigarayı bırakmak için danışmanlığın önerilmesi, kabul edenlere eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir (Ergin ve ark., 2020).

Literatürde postpartum depresyonunun pek çok yönüne (gebelerde peripartum ve postpartum depresyon durumları, ruhsal belirtiler ve tarama yöntemleri, emzirme etkinliği, sosyodemografik risk faktörleri, annelik rolü, uyku, yaşam biçimi ve yaşam kalitesi vb.) ilişkin çalışmalara (Aktaş ve ark., 2016; Brummelte, 2015; Demir, 2016; Erçel, 2019; Evcili ve ark., 2018; İmancıoğlu, 2021; Kolukırmık ve ark., 2018; Nnadozie

ve ark., 2017; Özalp, 2021; Özel ve ark., 2019; Şahin ve ark., 2021; Şimşek ve ark., 2017; Uyar ve ark., 2021) yer verilmesine rağmen doğum sonu dönemde kadınlarda sigara içme ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan hareketle; bu çalışmada Ankara ili Keçiören ilçesinde yaşayan doğum sonrası dönemde bulunan kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmış ve literatüre yeni bir bilgi kazandırılması hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler ışığında; doğum sonu dönemdeki annelerin ve sağlık çalışanlarının sigara kullanmanın postpartum depresyon ile ilişkisini belirleyebileceği ve annelerin postpartum süreçte sigarayı bırakma motivasyonlarını artırabileceği, sağlık çalışanlarının ise postpartum dönemdeki kadınlara yönelik sigara bıraktırma müdahaleleri planlamalarına yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Kısacası; çalışma bulgularının, annelerin annelik motivasyonunun da etkisiyle kendi yaşamları için pozitif amaçlar belirleyerek postpartum süreçte özellikle sigara içme gibi sağlığa zararlı yaşam biçimi davranışlarından kaçınmalarına teşvik edici olabileceği öngörülmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma doğum sonrası dönemde bulunan kadınların postpartum depresyona sahip olma ve sigara içip içmeme durumlarının belirlenmesi, postpartum depresyon ve sigara içme durumu arasında ilişki olup olmadığını belirlemek ve literatüre katkı sağlaması amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

#### **Hipotez 1**

1. H 0: Doğum sonrası dönemde kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisi yoktur.
- 2.H 1: Doğum sonrası dönemde kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisi vardır.

### **1.4. Araştırmanın Tipi**

Araştırma bir vaka-kontrol çalışması olarak yapılmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kadın Sağlığı Kavramı ve Önemi**

Kadın olmak cinsiyete bağılı biyolojik bir kavramdır ve yaklaşık olarak 7.84 milyar olan dünya nüfusunun 3.88 ini (%49.6) kadınlar oluşturmaktadır (World Bank, 2021). Ülkemizde ise bu oran %49.9 dur (TUİK, 2021). Kadın kavramının fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Kızılkaya-Beji ve ark., 2021; Deliktaş ve ark., 2015). Bu değerlendirme yapılırken kadının yaşadığı ailesel ve toplumsal özelliklerden başlanması, kadın olarak hak ve sorumlulukları, kadının eğitim durumu, iş hayatına atılımı, kadına yönelik şiddetin de göz ardı edilmemesi önem arz etmektedir (Eroğlu ve ark., 2012; Soysal ve ark., 2022).

Dünyada ülkelerin kalkınması ve güçlendirilmesi o ülkede kadın sağlığına verilen önem ile bağlantılı sayılmaktadır (Yıldırım ve ark., 2021). İlk olarak 1985 yılında Nairobi’de yapılan Birleşmiş Milletler Kadın Konferansı, 1995 yılında Pekin’de Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, uluslararası imzalanan Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), 2014 yılı Türkiye’de Kadın İşgücü Profili ve İstatistiklerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Bakış Açısıyla Gözden Geçirilmesi Projesi, 2016 tarihinde İstanbul’da gerçekleşen İslam İşbirliği Teşkilatı Üyesi Ülkelerin Kalkınmasında Kadınların Rolü Altıncı Bakanlar Konferansı, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Ulusal Eylem Planı gibi proje, anayasa ve konferanslar gerçekleştirilmiş (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2022) tüm bunlar ülkelerin toplumsal cinsiyet ayrımından uzak daha eşit, daha barışçıl ve temelde sürdürülebilir kalkınmayı sağlamadaki temel koşullarını geliştirmek için yapılmıştır. (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2022; Müller, 2015; T.C. Anayasası, 1982; Yıldırım ve ark., 2021). Yapılan politikalar kadınlarda hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme, toplumsal cinsiyet eşitliği, üreme ve cinsel sağlığını geliştirmeyi hedeflemektedir. Toplumlar kadın-anne ve çocuk sağlıklı olursa güçlenmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2022; Choo, 2022; Matthew ve ark., 2017; Musıızvingoza, 2020).

Ülkelerde kadınlara yönelik politikalarda dahil olmak üzere kadının kişisel olarak sağlık durumunu tanımlayışı, doğurganlık durumu, sağlık hizmetlerine kolay ulaşımı, bu hizmetlerin genel durumu gibi etmenlerin kadın için tam iyilik halinde olması kadın sağlığını oluşturmaktadır (Nazik, 2022; Taşkın, 2016).

### **2.1.2. Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde Kadın Sağlığı ve Annelik Rolü**

Dünya genelinde her kadın için anne olma duygusu özel kabul edilir ve fertilizasyon döneminden itibaren 40 haftaya kadar süren süreç gebelik dönemi olarak adlandırılır. Bu süreçte kadın için birbirinden farklı duygular başlamış olmaktadır. Kadın yaşadığı ailesinin etkisi altındadır, toplumun kendisine getirdiği roller doğrultusunda sağlığı da çeşitli parametrelerden etkilenmektedir (Soysal ve ark., 2022). Anne-bebek sağlığını gösteren göstergelerden anne ölüm oranı, perinatal bebek ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, doğum öncesi, doğum sırası ve sonrası bakım, doğum yaşı, doğurganlık durumu vb. anne ve yenidoğan sağlığı hakkında bilgi vermektedir (Thomeer ve ark., 2022; Yetim ve ark., 2021). Gebelik ve doğum sürecinde antenetal ve perinatal bakım, fetüsün sağlığının devamı, risk faktörlerinin belirlenmesi, uzun dönemde anne bebek ölüm oranlarının düşmesi gebelik ve doğum sonu süreçte kadın ve anne-bebek sağlığı açısından önem taşımaktadır (Sezgin ve ark., 2020).

Her kadın için doğum yapmış olmak eşi benzeri bulunmayan bir deneyim olarak tanımlamaktadır aileye yeni üye katılmasının heyecanını sağlarken kadın için fiziksel semptomları ve ruhsal problemleri de beraberinde getirebilmektedir (Arslan ve ark., 2019; Lee ve ark., 2015). Gebelik ve doğum ile anne yeni bir rol kazanır ve bu rol annede bebeğine karşı fazlaca hassasiyet oluşturmaktadır. Bir müddet sonra kadın gerginlik, eklem ağrıları meme problemleri, iştah problemleri, psikoz anksiyete, depresyon, ve duygularında karmaşıklık yaşanmaktadır (Osma ve ark., 2016; Smith ve ark., 2011; Wood ve ark., 2022). Tüm bu durumlardan zamanla kadının sağlığı da etkilenebilmektedir ve anne adayının sağlık skalasının değerlendirilmesi, normal sayılan durumlardan farklılaşması daha erken tespiti için gebeliğin ilk üç ayında doğum öncesi bakım adı verilen girişimlere başlanmalı ve düzenli aralıklarla doğuma kadar en az 4 kere gebe izlemi yapılması önerilmektedir (İlçioğlu ve ark., 2019; Taşkın, 2016).

## **2.2. Doğum Sonu Dönem**

Bebek, membranlar ve plasentanın oluşturduğu doğum eyleminin sona ermesiyle başlayan, dördüncü trimester olarak da dile getirilen ve gebelikte kadınlarda meydana gelen tüm değişikliklerin gebelik sürecinden önceki haline dönmesini kapsayan 6 haftalık (42 günlük) süreye doğum sonu (postpartum) dönem denilmektedir (Dinç, 2022; Taşkın, 2016). Doğum sonrası dönem hemen (ilk 24

saat), erken (2-7. günler) ve geç (8-42. günler) olarak evrelere ayrılmaktadır (Finlayson ve ark., 2020).

### **2.2.1. Postpartum Erken/Akut Lohusalık Dönemi**

Doğum eylemi gerçekleşikten sonra 6-12 saatlik süreye akut lohusalık dönemi denilmektedir (Bay ve ark., 2021). Bu sürelerde:

- Annenin bilinç durumu kontrol edilmeli vajinal postpartum kanama ve uterus involüsyonu, fundal yüksekliği, eklemsi ve tromboflebit riski yönünden değerlendirilmelidir.
- Vital bulgular olarak adlandırılan ateş, nabız, solunum sayısı, saturasyon ve tansiyon değerlerine dikkat edilmelidir.
- Vajinal doğum yapan annelerde epizyotomi yapılmışsa, perine bölgesi, üretra ve çevresine bakılmalı, ağrı yönünden şiddet artıyorsa hastayı hematoma açısından değerlendirmek önem taşımaktadır.
- Sezaryen doğum yapan olan annelerde insizyon hattı ve batin muayenesi yapılmalı ve değerlendirilmelidir.
- Mesanenin 6 saat içinde boşaltıldığından emin olunmalıdır.
- Annenin bebeğini kabullenışı ve emzirme durumunu değerlendirme yapılmalı, emzirme eğitimi esnasında meme muayenesi yapılmalıdır.
- Aşılama yapılmamışsa tetanoz aşısı ve anne ve babada kan grubu uygunsuzluğu olanlarda anti-D Ig immünizasyonu yapılması önemlidir (Bay ve ark., 2021; Crowther ve ark., 2015; DSÖ, 2023;

### **2.2.2. Postpartum İkinci /Subakut Lohusalık Dönemi**

Postpartum erken dönemin ardından doğumdan sonraki 2-6 haftalık süreye denilmektedir (DSÖ, 2017; Şimşek ve ark., 2017).

- Annenin vücudunda fiziksel hemodinamik, genitoüriner ve duygusal değişimler gözlenmektedir. İdrar problemleri, bağırsak fonksiyonu, baş ve göğüs ağrısı, yorgunluk, sırt ağrısı, görülebilmektedir.
- Perinenin durumu ve hijyeninin sağlanması, uterusun hassasiyeti ve loşia değerlendirmesi yapılmalıdır. Loşia değerlendirmesinde postpartum ilk 2 gün vişne çürüğü renkte bir akıntı normal karşılanmaktadır. 2-10 günler arası renk pembe-kahverengi hale döner. Lekelenme şeklindeki durumlar postpartum annelerde 6. haftaya kadar sürebilmektedir.

- Annenin emzirme durumu her postpartum izlemde değerlendirilmelidir. Memede şişlik, anormal büyüme birikim, mastit ve meme absesi durumu izlenmelidir.
- Annede cinsel ilişki durumu, cinsel ilişki sırasında ağrı olup olmadığı konusunda değerlendirilme yapılmalıdır.
- Doğum sonrası bu süreçte kadınlara duygu durumları, eş-aile sosyal destekleri, günlük meselelerle ve stres ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili anneye sorular yöneltilmelidir (Bay ve ark., 2021; DSÖ, 2017; Karadağ, 2021; Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2014).

### **2.2.3. Postpartum Üçüncü/Geç Lohusalık Dönemi**

Postpartum ikinci dönemden sonraki dönemi takip eden, doğum eyleminden sonraki 6. aya kadar devam eden zamana denilmektedir. (Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2017; DSÖ, 2017; Şimşek ve ark., 2017).

- Bu dönemde gelişen değişimler son derece yavaş gerçekleşir ve patolojiler nadir gözlenir. Bu dönemde kas tonüsü ve bağ doku doğumdan önceki haline döner.
- Sezaryen doğum yapmış olan annelere batin bölgesi dikişlerin alınma tarihi hatırlatılmalıdır. Bölgede enfeksiyon durumunda bir kadın sağlık kuruluşuna başvuru ve doktor gözetiminde antibiyotik kullanımı konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Fiziksel aktivite, pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- Demir ve D vitamini desteğine devam edilmelidir.
- Gebelikler arası sürenin en az 2 yıl olması ve 40 yaş üstü durumda gebelik için risk faktörleri belirtilmelidir.
- Aile planlaması yöntemleri ve danışmanlık hizmetleri konuşulmalı cinsel sağlık, dönemle ilgili konularda bilgilendirilmelidir ve danışmanlık hizmeti verilmelidir (Şimşek ve ark., 2017; Zeren ve ark., 2018).

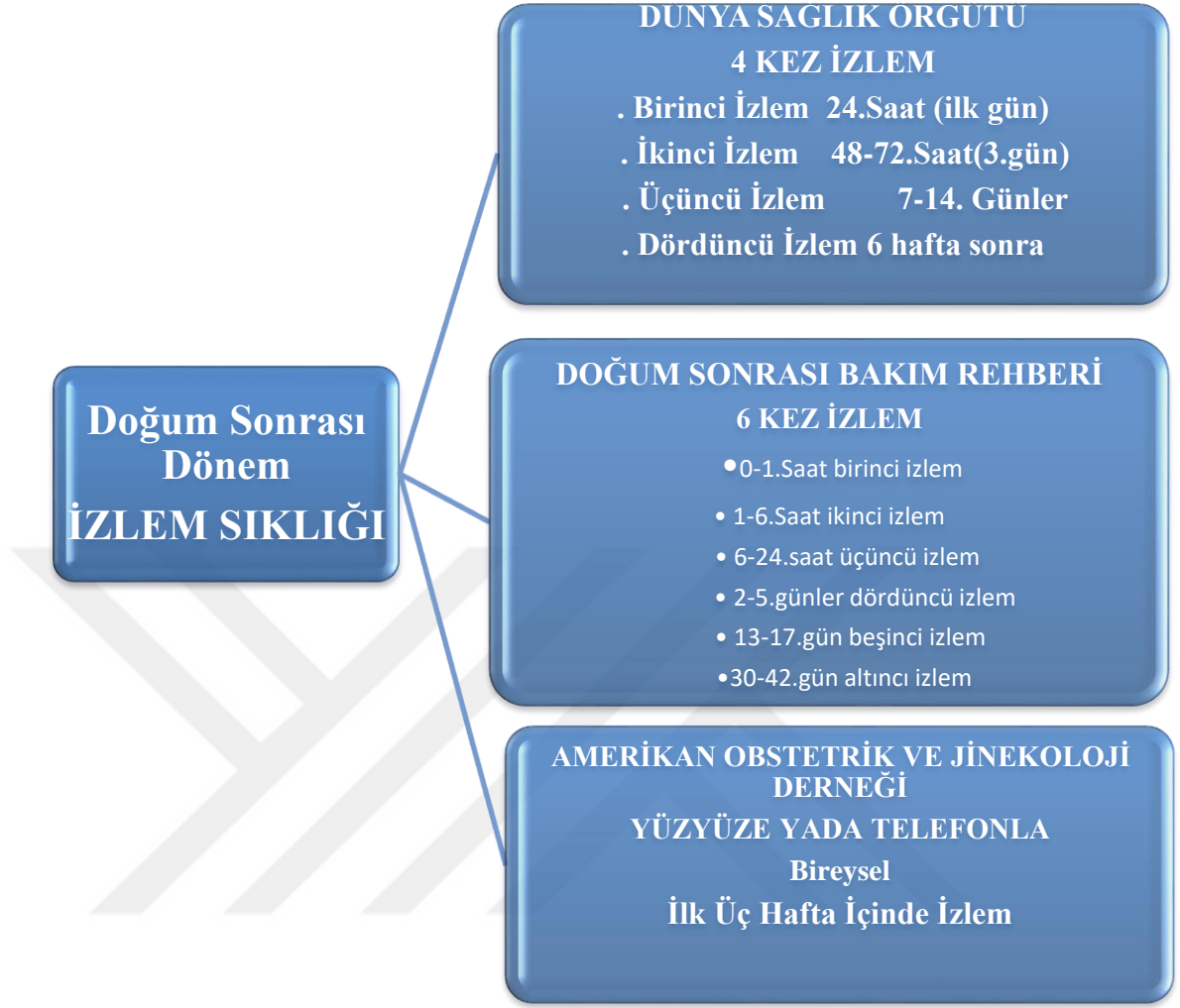
Her kadın için postpartum dönemde belirli aralıklarla izleminin yapılması yaşamsal önem taşır. Doğum eyleminden sonraki ilk 42-45 gün anne ve yenidoğan için hayati önem taşırken etkili bakımın sağlanması için yapılan her durumun etkisinin en çok

düştüğü zaman aralığı da bu süreçtir (Bakır ve ark., 2021). Postnatal dönem başladıktan itibaren anne kişiye özgü bakım almalıdır (ACOG, 2018; DSÖ, 2017).

Doğum sonu izlemleri anne ve bebeğin komplikasyonlara karşı korunmasını ve erken teşhis sağlar ve olumsuz durumlarda anne ve bebek ölüm oranları artış gösterebilmektedir. Anne ölüm oranları ülkeler bazında karşılaştırıldığında (100.000 canlı doğumda) 2019 yılı en düşük orana sahip ülke % 1.1 ile Polanya iken ülkemizde bu oran %13.1 olarak verilmiştir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021; Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği lohusa anne izleminde merkezine kadın faktörünü alan, bireysel olan ve yüz yüze ya da telefon aracılığıyla olacak şekilde ilk 3 haftada izlemi önermektedir (ACOG, 2018; McKinney ve ark., 2018). Ülkemizde ise yayınlanan Doğum Sonrası Bakım Rehberinde bu izlem sıklığı lohusaya 6 defa izlem yapılmasını, bu izlemlerin doğum eyleminden sonra kalınan yataklı sağlık kuruluşunda 3 defa, taburculuk sonrası ev ya da sağlık kuruluşunda 3 defa olacak şekilde yapılabilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Başkanlığı, 2018). Aynı izlem sıklığını DSÖ postpartum dönemde 4 ziyaret şeklinde önermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü ilk gün (24 saat), 3. Gün (48-72 saat), 7-14. günler arası ve 6 hafta sonra olmak üzere her anne ve bebeğe toplam dört doğum sonrası ziyaret önermektedir (WHO/Jhpiego, 2015). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınlamış olduğu Doğum Sonrası Bakım Rehberinde; doğum sonu hastanede 3, evde 3 olmak üzere toplamda 6 kez yapılmasını önermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).



**Şekil 1.**Doğum Sonrası Dönemdeki Annede İzlem Sıklığı

Kaynak:(ACOG, 2017; Can, 2015).

#### **2.4. Doğum Sonu Dönemde Karşılaşılan Sağlık Sorunları**

Annenin gebeliğinin sonlanıp doğum eyleminin gerçekleşmesi ile doğum sonrası dönem başlamış bulunmaktadır. Kadın anneliğin vermiş olduğu değişken duygular ve problemlerle karşılaşmaktadır. Postpartum dönem lohusa annenin hayatında fiziksel, biyolojik ve ruhsal değişiklikleri de beraberinde getirirken doğum sonrası ilk haftalar postpartum sorunların da en çok artış gösterdiği bir süreç olmaktadır (Karaçay-Yıkar ve ark., 2022; Yar ve ark., 2021).

### 2.4.1. Fiziksel Sağlık Sorunları

Gebelikten itibaren kadında görülen bedensel farklılıklar, doğum eyleminden sonra gerçekleşen sağlık problemleri annenin fiziksel sağlığında sıkıntılar oluşturur. Aile bu sıkıntıları gebeliğin bir sonucu gibi görüp ihmal edebilmektedir. Postpartum dönemde fiziksel sağlık problemleri anneyi ölüme götüren sebeplerin çoğunluğunun bu dönemde gerçekleşmesi bakımından oldukça önemlidir (Birgili, 2020). Bu dönem görülen fiziksel sağlık sorunları annenin bebeği başta olmak üzere ailenin tamamını ile ilgili sorumluluklarını yerine getirme yeteneklerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (McCloskey ve ark., 2022).

Annelerin fiziksel sağlık sorunları arasında ilk gözle görülür sorun yorgunluk ve ağrı olarak gözlemlenmektedir. Anne bitkin, halsiz görünmekte ve bedeninde ağrı olarak baş ağrısı, epizyotomi bölgesinde sızı ile seyreden ağrı, bel ağrısı ve omuz ağrısı hissedebilmektedir (Sook-Bang ve ark., 2022).

Bunlar ile birlikte annede görülen fiziksel sağlık sorunları şunlardır:

- Vajinal maternal kanama/ Sezeryan insizyon hattı kanaması
- Perine/ Epizyotomi bölgesinde ağrı/ Cerrahi sezeryan insizyon hattı boyunca ağrı
- Postnatal dönemde ağrı: Baş ağrısı, bel ağrısı, omuz bölgesi ağrısı, eklem ağrısı vb.
- Üriner sistem enfeksiyonları/ Cerrahi sonrası enfeksiyon
- İdrar inkontinansı-Dizüri, Anüri vb./ Konstipasyon
- Hipertansiyon-Preeklampsi/ Gebelik Diyabeti
- Uykusuzluk
- Meme problemleri
- El ve ayaklarda üşüme ve uyuşma
- Cinsel problemler
- Ödem ve varis problemleri

Bu problemlerin her birisi anne hayatının kalitesini düşürecek ve tehlikeye götürecek sorunlardan olabilmektedir. Anne ölümlerinin çoğunluğu bir sağlık çalışanının zamanında yönetimi ile önlenebilir (DSÖ, 2017). Dördüncü trimester olarak adlandırdığımız bu süreçte hemşireler tarafından akut dönemde hastanede

annelerin fizik muayenesinin yapılması, şikayetlerinin sorgulanması ve acil durum oluşturan sorunların takip ve tedavisinin yapılması gerekmektedir, sonraki dönemlerde ise gereksinim duyulan durumlarda taburculuk sonrası izlemlerle etkili bakım verilmesi sağlanmalıdır (Egelioglu-Çetişli ve ark., 2020; Nazik ve ark., 2022; Norhayati ve ark., 2015; Sütü, 2021; Wood ve ark., 2022).

#### **2.4.2. Ruhsal Sağlık Sorunları**

Doğum yapan anne doğumdan sonraki dönemde zihinsel değişimler yaşar psikolojik stres etkenleriyle karşı karşıya kalabilmektedir (Park ve ark., 2022). Annede oluşan fiziksel sağlık sorunları, genetik faktörler, gebeliğinden itibaren bebeği kabullenemeyiş, anne bebek arasındaki uyum ve bağlanmanın olmayışı, fazla sayıda çocuk sahibi olmak, sosyo- ekonomik sıkıntılar, zayıf evlilik ilişkisi, eş ve aile içi olumsuz ilişkiler ve sosyal destek eksikliği annede ruhsal sağlık sorunlarının görülmesine zemin hatırlamaktadır (Zivoder ve ark., 2019).

Perinatal dönemde beş kadından biri, ruhsal bozukluk yaşamaktadır (Russell ve ark., 2017). Bu sorunlara bazı anneler uyum gösterebilirken, uyumlu olmayan kadınlar çeşitli düzeylerde ruhsal problemler yaşamaktadır (Egelioglu-Çetişli., 2020). Doğum sonrası dönemdeki ruhsal bozukluklardan bazıları doğum sonrası üzüntü, hüznü, kaygı, posttravmatik stres, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları, doğum sonrası psikoz ve depresyondur (Feligreras-Alcala ve ark., 2020). Doğum sonrası kadınlar ayrıca bebek hüznü veya majör doğum sonrası depresyon yaşama riski altındadır (ACOG, 2017). Ruh sağlığı sorunları, anneleri, aileleri, eşleri ve bebeklerin bilişsel gelişimini oldukça etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (Mahon ve ark., 2015).

#### **2.5. Doğum Sonu Dönem Duygu Durum Bozuklukları**

Doğum sonrası dönemde annede stres ve kaygı artışı annenin duygu durum bozukluğu yaşamasıyla ilişkilendirilebilmektedir (Marques ve ark.,2018). Doğum sonrası duygu durum bozuklukları annelik hüznü, doğum sonrası psikoz ve doğum sonrası depresyon olarak adlandırılmaktadır ve bu tür bozuklukların seyri hafif şiddette olabilirken zamanla artış gösterebilmektedir (Zivoder ve ark., 2019).

Annede duygu durum bozukluğu görülmesi eşi ile ilişkilerinde de sorun yaratmakta ve evlilik sürecinin devamında olumsuzluğa sebebiyet vermektedir. Postpartum duygu durum bozuklukları sıklıkla tiroid hastalıkları (Guintivano ve ark.,

2018) ve preeklampsi (Caropreso ve ark., 2019) gibi hastalıklarla beraber görülebilir (Minaldi ve ark., 2020).

### **2.5.1. Postpartum Hüzün (Annelik Hüznü)**

Akut postpartum dönemde çıkabilen, hafif seyreden kadının gergin, üzgün, canı yemek yemek istemeyen, uyku uyuyamayan, düşüncesinde kararsızlık yaşayan, sinirli, bebeğine bakma konusunda endişeli hissetmesi durumuna annelik hüznü denilmektedir (ACOG, 2015; Kroska ve ark., 2017; Norhayati ve ark., 2015).

Doğum sonrası hüzne yeni doğum gerçekleştirmiş annelerin yüzde 50 sinden fazlasında rastlanırken daha çok biyolojik hormonal dengesizliklerden kaynaklandığı varsayılmaktadır (Rezaie ve ark., 2020; Sylven ve ark., 2017). Tedavisinin bulunmadığı annelik hüznü en fazla ikinci haftada ortadan kalkmaktadır (O'Hara, 2014).

Anne yaşadığı belirtilerden kurtulamazsa doğumdan sonraki ilk birkaç haftada aniden başlayan bir psikiyatrik acil durum olarak ortaya çıkan postpartum psikoza yada doğum sonrası depresyonu olarak adlandırılan duyu durum bozukluklarına yakalanabilmektedir (Friedman ve ark., 2023).

### **2.5.2. Postpartum Psikoz**

Duygudurum bozukları arasında görülme olasılığı en az olmasına rağmen en ciddi ve en şiddetli seyreden bozukluk postpartum psikoz olarak tanımlanmaktadır (Akyüz, 2017; Friedman ve ark., 2023). Mental Bozukluklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) da yer alan postpartum psikoz ajite durumu, düşüncelerde dağınıklık hali, olmayan şeyleri görüyor gibi ifade etme, cinayet, intihar etmeye eğilim belirtileri barındırmaktadır. Postpartum psikoz, annenin kendisine, başta bebeği ve ailesine zarar verme riski sebebiyle acil durum sayılmaktadır (APA, 2017; Feligreras-Alcala ve ark., 2020; Norhayati ve ark., 2015; Prakash ve ark., 2019; Yeaton-Massey ve ark., 2019).

Anne kendi sınırlı alanı dışında, sosyal çevreye uyum sağlayamaz, evde ve işte işlerine devamlılık sağlayamamaktadır, her gelişen durumda kendisini suçlamaktadır (APA, 2023; Howard ve ark., 2014).

Postpartum psikoz risk faktörleri, sunum, tedavi ve iyileşme açısından diğer zamanlarda ortaya çıkan psikozdan önemli ölçüde farklıdır. Postpartum psikozun erken evrede tespiti, tedavisi, psikozun önlenmesi için çok önemlidir. Savunmasız olan

anne, eş durumu ve aile özellikleri göz önünde bulundurularak etkili ve bütüncül bir şekilde tedavi edilebilmesi için gerekmektedir (Friedman ve ark., 2023; Parakash ve ark., 2019).

### **2.5.3. Gebelik ve Doğum Sonu Depresyonu**

Gebelik sürecinde stresörlerle karşılaşmaya başlayan kadın önce kaygı yaşamaya başlar ve olumsuz aile ilişkileri, istenmeyen gebeliği, daha önceden var olan ruhsal bozuklukları kadında depresyon adı verilen etkilerle karşı karşıya kalmaya sebep olmaktadır (Saad ve ark., 2021). Doğum öncesi dönemde gebelerde depresyon görülme prevalansı ortalama %10-25'tir (Accortt ve ark., 2015; Al-Abri ve ark., 2023; Dagher ve ark., 2021; Tuksanawes ve ark., 2020). Gebelikte ve doğum sürecinde, pasif sigara dumanına maruziyet ve sigara içme, stresli yaşam olayları sosyal destek eksikliği, evlilik çatışmaları veya memnuniyetsizliği ve ömür boyu istismar öyküsü, preeklampsi ve preterm doğum öyküsü, miadda olmayan doğum perinatal depresyon riskini artırmaktadır (Al-Abri ve ark., 2023).

Doğum eylemi gerçekleştiikten sonra ise oluşamayan anne-bebek bağı, obstetrik rahatsızlıklar, hormonal dengesizlikler, annenin devam eden ya da prenatal dönemde karşılaşmış olduğu depresyon öyküsü yerini doğum sonrası depresyonu görmeye bırakır (ACOG, 2017; Pamuk ve ark., 2022; Wood, 2017).

## **2.6. Depresyon ve Kadın**

### **2.6.1. Postpartum Depresyon Tanımı (PPD)**

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabın'da postpartum depresyon (PPD) tanımı tanı olarak yer almamakla beraber duygudurum bozuklukları başlığında ve 'peripartum başlangıçlı majör depresif bozukluk' olarak açıklanmaktadır (APA, 2022; Öztürk, 2014). Başka bir tanımda 'Lohusalıkla ilgili ruhsal bozukluk' başlığında doğum eylemini takip eden ilk ayda belirtisi olabilen fakat dört haftadan sonraki 12 aylık dönem içinde ortaya çıkan depresyona postpartum depresyon denilmektedir (Aktaş ve ark., 2017; Erdoğan ve ark., 2020; NİCE, 2020; Spelke ve ark., 2018).

### **2.6.2. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri**

Kadınlarda birbirinden farklı sebeplerle ortaya çıkan, annelerin %75'inden fazlasında ilk ayda belirtileri bulunan postpartum depresyon görülme sıklığı yaygın olan bir rahatsızlıktır (Nnadozie ve ark., 2017) ve dünya ülkeleri arasında ise bu sıklık

değişkenlik göstermektedir. Yaygınlığı %10' dan fazla olan ülkelerde yılda 500000 den fazla anne postpartum depresyona yakalanmaktadır (O'Hara ve ark., 2013; Rezaie-Keikhaie ve ark., 2020; Tebeka ve ark., 2021). Dünya'da doğum sonu depresyon görülme prevalansı ortalama olarak %14 olarak bildirilmiştir (Liu, 2022).

Aşağıda bazı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılmış çalışmalarda bazı postpartum depresyon görülme sıklıklarına yer verilmiştir:

ÜLKE	SIKLIK	YILI
AVUSTRALYA	%16.1	2014
ALMANYA	%1.9	2015
PAKİSTAN	%6	2015
BAHREYN	%37.1	2015
MALEZYA	%27	2016
AMERİKA	%82.1	2017
GANAN CUMHURİYETİ	%7	2018
NİJERYA	%37.3	2021
<b>TÜRKİYE</b>	<b>%14.6</b>	<b>2022</b>
ÇİN	%86.5	2022
BREZİLYA	%25	2022

### Şekil 2. Ünelere Göre Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı

Doğum sonrası dönemde annenin karşılaştığı stresörlerden başka bu rahatsızlığa sebebiyet verecek bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Kadının hayatının bir döneminde depresyon geçirmiş olma durumu veya ailede varlığı, geçirilen olumsuz doğum eylemi

ve obstetrik problemler, anne olmayı istememe, genç yaşta annelik, birden fazla çocuğu bulunma durumu, eş ve aileden görülmeyen sosyal yetersizlik ve iletişim bozuklukları, doğum sonrası dönemde düşen bağışıklık sistemleri, enfeksiyon riskleri, gen bozuklukları, öz saygı eksikliği, ekonomik sorunlar, doğum sonrası bakım yetersizliği postpartum depresyon risk faktörü sayılmaktadır (Cavenagh ve ark., 2019; Iwata ve ark., 2015; Liu ve ark., 2022; Meltzer-Brody ve ark., 2018; Taştekné, 2019).

Ekonomik bağımsızlığı bulunan, geliri fazla ve maddi zorlukları bulunmayan annelerde gelir seviyesi az olanlara göre postpartum görülme riski daha düşük bulunmuş (Taştekné, 2019), beyin ve endokrin sistem koordinesi sağlanmayanlarda risk daha fazla bulunmuş (Nnadozie ve ark., 2017), 31 yaş ve üzeri kadınlarda, sezeryan doğum yapanlarda, hayat arkadaşından destek alan kadınlarda postpartum gelişme riski daha az bulunmuştur (Garthus-Niegel ve ark., 2020; Kaydırak ve ark., 2022).

### **2.6.3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri ve Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi**

PPD gelişen annelerde doğum sonrası akut ağrı varlığı, sinirlilik, yorgunluk, emosyonel değişimler, iştahsızlık yada fazla iştah durumu, fazla takınma ve düşümsellik, kendi doğurduğu çocuğuna olan kin ve düşmanlık davranışları, bebeği emzirmeme yada olması gerektiğinden az emzirme yada emzirmeye isteksizlik, kendisi ve ailesine karşı sorumluluklarını yerine getiremeyip yetememe korkusu, hayatı anlamsız bulma ve ölümü düşünme klinik özellikler arasındadır (APA, 2017; Babazade ve ark., 2020; Gellan ve ark., 2021; Kaydırak ve ark., 2022).

PPD bulunan anneler emzirme ile ilgili kaygı yaşadıklarını, süt üretim varlığı ve yetmesi, yeterli besin sağlaması konusunda olumsuz düşünceye sahip olduğunu ifade etmektedir (Başer, 2018). Hastalık şiddetinin varlığı annede postpartum hüznün varlığı kadar erken çıkmamakta ve 6-8 haftadan sonra anlaşılabilmekte ve annenin hastanede kaldığı ve doğum sonrası dönemde hemşireler ve sağlık personeli tarafından belirtileri gözlemlenen hastalara uygulanan postpartum depresyon ölçeği (EPDS) ile şiddet değerlendirilebilir ve psikiyatri uzmanına yönlendirilerek tanı konabilmektedir. Anne bu zamanın başlangıç döneminde tanılanabilirse gelişmesinin önlenmesi sağlanarak tedavi edilebilirken erken tanılama sağlık profesyonelleri açısından önemli olmaktadır (Anokye ve ark., 2018; Yavuz ve ark., 2020).

#### 2.6.4. Postpartum Depresyonda Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Postpartum depresyon tanılanması zor bir hastalıktır. Her kadın için bu hastalığın tedavisi, bireysel ihtiyaçlarına ve şartlara göre kişiselleştirilmelidir. Doğum sonrası dönemde depresyonun görülmeye başlamadan önceki evresi, görüldüğü dönem ve sonrasında hemşirelere büyük görevler düşmektedir (Madsen ve ark., 2020). Hemşireler, kadınlara destek olmak ve tedavi sürecini yönlendirmek için kritik bir rol oynarken kadının iyileşme sürecini desteklemek ve ona en uygun tedavi ve hemşirelik yaklaşımlarını sağlamak önemlidir (Hanley ve ark., 2019).

Postpartum depresyonun tedavi ve hemşirelik yaklaşımları, bireyselleştirilmiş bir planlama ve çoklu disiplinli bir yaklaşım gerektirir ve bazı tedavi ve hemşirelik yaklaşımlarını aşağıdaki gibidir:

*Psikoterapi:* Bireysel terapi veya grup terapisi gibi psikoterapötik yaklaşımlar, postpartum depresyonun tedavisinde etkili olabilmektedir. Kognitif davranışçı terapi (KDT), bilişsel yeniden yapılandırma, duygusal regülasyon ve stres yönetimi gibi teknikleri içeren bir terapi şeklidir.

*İlaç Tedavisi:* Progesteron ve östradiol gibi hormon tedavileri, elektroterapi, trisiklik antidepresanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri, Serotonin geri alım inhibitörleri uygulanabilmektedir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmış olan 'Brexanolone' isimli fakat Zulresso adlı bir ilaç kullanılmakta, ilaç hastanelerde yada sağlık kuruluşunda, anne gözlem altında tutularak verilmektedir ve toplam süresi 3 günü bulmakta, damaryolu tedavisi kullanılmaktadır (De-Crescenzo ve ark., 2014; Kanen ve ark., 2017). Annenin bebeğini emzirmesi dolayısıyla alınacak ilaç tedavisi anne sütüne geçmekte, bebek sağlığı için olumsuz sonuçlara sebebiyet vermektedir. İlaç tedavisi, bir psikiyatrist tarafından yönlendirilmeli ve gebelik veya emzirme durumu dikkate alınarak dikkatlice değerlendirilmelidir.

*Destek Grupları:* Postpartum depresyonla mücadele eden kadınlar için destek grupları, duygusal destek ve deneyim paylaşımı sağlayabilmektedir. Bu gruplar, kadınların benzer deneyimleri paylaşmasını ve birbirlerine destek olmasını sağlamaktadır.

*Eğitim ve Bilgilendirme:* Hemşireler, kadınlara postpartum depresyon hakkında bilgi vererek, belirtileri tanımayı ve nasıl başa çıkacaklarını öğretmeyi amaçlamakta ailelere bebek bakımı, emzirme ve uyku düzeni gibi konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

*Sosyal Destek:* Hemşireler, kadınları sosyal destek sistemleriyle bağlantı kurmaya teşvik eder. Destekleyici aile üyeleri, arkadaşlar veya profesyonel destek kaynakları, kadının duygusal ve pratik ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olabilir (Madsen ve ark., 2020).

Doğum sonrası izlem için annenin sadece hastane ve ASM ortamında değil, tüm anne ve bebek bakımı için telefon görüşmesi, ev ziyareti veya sağlık tesisi ziyareti vb. gibi anneye seçenekler sunulması gerekmektedir (Alhadi ve ark., 2022). Anneler taburcu olduktan sonra yazılı/elektronik kaynaklar sağlanarak, hemşirelere doğum sonu yıllık eğitim zorunlu olmalı ve bu doğrultuda yönergelerle uyumlu hale getirilmesi sağlanmalıdır (Doswell ve ark., 2018; Vigod ve ark., 2017).

### **2.6.5. Postpartum Depresyonun Anne ve Çocuk Sağlığına Olan Etkileri**

Yenidoğan bakıma muhtaç olması ve tüm gereksinimlerini karşılayamaması sebebiyle kendisini bir bütün olarak gördüğü annesine ihtiyaç duymaktadır (Aksoy ve ark., 2016). Doğum sonrası süreçte annede PPD varlığı gebelik döneminden itibaren risk oluşturup hem anne hem de çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilmektedir (Kang ve ark., 2019). Anne ve bebek sağlığına etkileri arasında duygusal sıkıntılar, davranış sorunları, gelişimsel sorunlar, işlevsellik ve sorumluluk almaya dair sorunlar, emzirmeme sorunları, anne-bebek bağlanması sorunları görülebilmektedir (Aksoy ve ark., 2016; Çankaya ve ark., 2017; Kang ve ark., 2019; Lubotzky-Gate ve ark., 2021). PPD anne ve bebeği ile arasında güven ilişkisini zedelemekte anne ve bebek bağlanmasını azaltmaktadır (Kending ve ark., 2017).

PPD'li anneler uyku ve yeme bozuklukları yaşarken bu davranış çocuklarında da görülebilmektedir. Bu annelerin bebekleri gün geçtikçe kilo kaybederek, büyüme ve gelişme geriliği gözlenmekte (Dönmez, 2015), çocuklar anoreksiya vb. gibi hastalığına yakalanabilmektedir. PPD'li annenin çocuklarında erkenden ergen gibi davranma bozuklukları, ruhsal dalgalanımlar, bilişsel yeteneklerde bozulmalar (Babazade ve ark., 2020) eğer bu annenin gebelik öyküsünde de PPD öyküsü mevcut ise kadınlar abartus, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ile doğum eylem riski, bebeğin beyin fonksiyonlarında kusurlar yaşanmaktadır (Lubotzky-Gate ve ark., 2021; Stein ve ark., 2014).

Postpartum depresyonun anne ve çocuk sağlığı üzerindeki etkileri, erken tanı ve uygun tedavi ile en aza indirilebilir aksi halde doğum sonu dönemde birçok kadın

annelik kimliğinin vermiş olduğu sorumlulukla birlikte psikolojik ve sosyal sorunlarından uzaklaşmak için etkisiz yaşam biçimi davranışlarından birini seçmektedir. Tütün ürünleri kullanımı kadınların bu dönemin stresi ile başatme yöntemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigara kullanımını stres azaltıcı olarak algılayarak kullanmaya başlamakta veya gebeliğinden bu yana sigara kullanmaya devam edebilmektedir (Bağçışek, 2016).

## **2.7.Kadın ve Sigara**

### **2.7.1. Dünyada ve Türkiye’de Kadınlarda Sigara Kullanım Sıklığı**

Dünyada sigara kullanımı yıllar geçtikçe artarak devam etmektedir. 2030 yılına geldiğinde sigara kullanımının sonucu olarak 10 milyona yakın insanın sigaradan hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir ve kullanım yaygınlığının yüksek olması, sağlık sorunları, ölüm sebebi ile ilişkisi nedeniyle toplumlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir (Bonnie ve ark., 2015; DSÖ, 2019). On beş yaş üzeri nüfusta 1.2 milyar kişi tütün kullanmaktayken ülkemizde ise 15 yaş üzeri yaklaşık 16 milyon kişi tütün kullanmaktadır (Kahyalıoğlu, 2017). Ülkemizde ise 18 milyon kişi (%29.6) ve kadınların %17.5’i her gün tütün kullanmaktadır (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2016; TÜSEB-TÜHKE, 2021). Sigara kullanmanın cinsiyetle bağlantısından bakıldığında; gelişmiş ülkelerde kadın nüfus içinde tütün ve tütün ürünleri kullanım profili gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek oranlarda seyretmektedir (Kocataş ve ark., 2019). Gelişmekte olan ülkelerdeki tütün ve tütün ürünleri tüketim profili erkek ve kadın nüfus arasında büyük farklar bulundurmakta iken gelişmiş ülkelerde erkek ve kadın nüfus arasında tütün ve tütün ürünleri tüketimi birbirine yakın oranlarda seyretmektedir (Türkoğlu, 2021).

Dünya çapında yaklaşık 176 milyon yetişkin kadın her gün sigara kullanmaktadır. Dünya genelinde kadınlarda sigara kullanım oranı %12-16 olarak belirtilmiştir (DSÖ Küresel Tütün Kullanımı Eğilimleri 2025 Raporu). Türkiye’de ise kadınlarda sigara kullanma sıklığı %18.2’dir ve 15 yaş üzeri sigara kullanan kadın nüfusunun %13’ü her gün sigara içmektedir (TUİK, 2018). Sigara içme alışkanlığı kadınlarda gebelikte ve doğum sonrası dönemde bırakılamayan bir alışkanlık olarak karşımıza çıkmaktadır (Selim ve ark., 2023).

### **2.7.2. Kadınlarda Sigara Kullanım Nedenleri ve Sağlık Riskleri**

Kadının yaşadığı stresli olaylar, düşük ekonomik düzey, eğitim yetersizliği, işsizlik, fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlıklar, mobbinge maruziyet, çalışma koşulları-gece çalışma durumu, sevgili yada eşin sigara kullanması, cinsel şiddete maruziyet, şiddetli geçimsizlik, arkadaş baskısı ve çevrede içmemeye bağlı dışlanma korkusu, başka zararlı maddelerin kullanımı vb. kadınlarda sigara kullanım nedenleri için risk faktörleri olarak tanımlanabilmektedir (De-Wolff ve ark., 2020; Rocheleau ve ark., 2017; Sirvinskiene ve ark., 2016).

### **2.7.3. Sigara Kullanımının Üreme Sağlığına Olan Etkisi-Anne ve Bebek-Çocuk Sağlığına Olan Etkileri**

Kadınlarda tütüne başlama yaşları 10 ile 26 yaş arasında değişmektedir (Almeida ve ark., 2022). Amerika Birleşik Devletleri'nde üreme çağındaki kadınların yaklaşık %22'si sigara içmektedir. Doğurganlık çağındaki kadınlar arasında tütün kullanımının ve bunun belirleyici faktörlerinin erken değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Hamilelik sırasında sigara içmeye devam eden kadınları neyin karakterize ettiğini anlamak, hem anne hem de çocuk ve toplum için büyük potansiyel sağlık kazanımı sağlayacaktır. Gebelik süreci ve postpartum dönemde sigara içilmesi anne ve bebekte morbidite ve mortaliteye neden olur ve kötü gebelik sonuçlarına yol açan önemli risk faktörlerinden biridir (Kahyaoğlu ve ark., 2018). Tütün kullanımı ve maruziyeti prenatal dönemden itibaren çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kadınlarda tütün tüketimi ve pasif sigara dumanı maruziyeti düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkili bulunmuştur (Kahyaoğlu ve ark., 2018; Türkiye Tütün Kontrol Çalışmaları, 2017). Doğacak bebeğin intrauterin dönemde nikotine maruz kalması, akciğer fonksiyonlarında azalma, hava yolu obstruksiyonu ve yeni doğan döneminde hava yolunun aşırı duyarlı olması, fetüs akciğerinin kapasitesini ve gelişmiş alveol sayısını azalttığı, akciğer parankim dokusunu elastikiyetini kaybettiği, elastin ve kollajenlerin gelişimini engeller, fetusun bağışıklık sistemi etkilenir ve infant döneminde solunum yolu enfeksiyon sıklığı artar. Bu durumun ileri çocukluk dönemlerinde çocukluk çağı astımı, orta kulak iltihabı ve solunum yolu hastalıklarının artmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Cınkıllı-Akdağ, 2023; Çınar, 2015; Zimba, 2023).

## **2.8. Gebelik-Doğum-Doğum Sonrası Sigara Kullanımı**

Anksiyete belirtileri ile ilgili olarak, hamilelik sırasında sigara içen gebelerin, hiç sigara içmemiş veya hamile kalmadan önce sigarayı bırakmış kadınlara göre klinik olarak anlamlı anksiyete belirtileri prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu, anksiyetenin kadınların hamilelik sırasında ve doğum sonrası dönemde tütün içmesi ile ilişkili olduğunu bulunarak gebeliğini öğrenen her anne adayını bu dönemin hassaslığını bilmekte, sigara kullanımının kendisi ve bebeğine karşı olumsuzlukları olacağını tahmin etmektedir, sigara kullanımının her gün olduğu kadınlarda %53'e yakını gebelik sırasında bu kullanımı sürdürmektedir (Lange ve ark., 2018).

Gebelikte gebelik öncesine göre tütün tüketiminde azalma bulunmuş sigara içen veya hamile kaldıktan sonra sigarayı bırakan gebelerde, sigara içmeyen veya kadınlara kıyasla klinik olarak anlamlı anksiyete belirtileri ve diğer risk faktörlerinin (bekâr/boşanmış olma, düşük eğitim seviyeleri ve çevresel tütün dumanına daha fazla maruz kalma gibi) daha yüksek prevalansı bulunmuştur (Pereira ve ark., 2020).

Alves ve arkadaşlarının Portekizli hamile kadınlarda yaptığı çalışmada sigara içen kadınlar arasında %23.0 oranında bir yaygınlık gösterdi ve hamileliğin başlangıcında sigara içen kadınların yarısından fazlası hamilelik sırasında tütün tüketimini sürdürdü (Almeida ve ark., 2022). Sigarayı bırakan %48.0'in %32.0'si doğumdan sonra nüksetti. Tütün tüketimine bakıldığında, katılımcıların %42.0'si sigarayı günde 15'ten 7'ye düşürdüğünü ve bunlardan sadece %8.0'i hamilelikten sonra bu azalmayı sürdürdüğünü, %34.0'ü hamilelik öncesi tüketim sıklığına döndüğünü belirten ifadeler bulunmuştur. Daha önceki tütün tüketiminin kadınların hamilelik sırasında ve doğum sonrası dönemde tütün tüketimini etkileyebileceğine işaret etmektedir (Almeida ve ark., 2022).

### **2.8.1. Doğum Sonrası Dönemde Sigarayı Kullanımını Etkileyen Faktörler**

Annelerde çoklu doğum, kötü antenatal bakım, genç veya bekar anne olma ve beklenmedik ve istenmeyen gebelikler de gebelik sırasında sigara içme alışkanlıkları ile ilişkili olarak işaret edilmektedir. Annenin doğum sonrası sigara içmesiyle ilişkili farklı türde risk faktörleri vardır: düşük eğitim ve yoksulluk dahil olmak üzere sosyoekonomik durum; genç olmak; multipar olmak; sigara içen bir partnerle yaşamak; emzirmemek; daha yüksek stres yaşamak; veya depresyon veya anksiyete

semptomlarına sahip olmak (Orton ve ark., 2018). Bunlardan sonuncusu, annenin sigara içmesi ile ilişkili en önemli faktörlerden biridir.

Avrupa da yapılan bir araştırmaya göre, hamilelik sırasında depresif kadınların sigara içme olasılığı, depresif olmayan kadınlara göre iki kat daha fazladır (Smedberg ve ark., 2015).

## **2.9. Postpartum Depresyon ve Sigara Kullanımı İlişkisi**

Doğum öncesi sigara kullanımı doğum sonrası depresyon ile ilişkilidir (Chen ve ark., 2019). Doğum öncesi sigara içilmesi, sigara içmeyenlere kıyasla doğum sonrası depresyon riskini 2.325 kat artırır. Nikotin bağımlılığı, DSM-5 ve ICD-10'da, diğer anksiyete bozukluklarıyla yüksek komorbiditesi olan bir ruhsal bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2017; Fluharty ve ark., 2017).

Doğum sonrası depresyon (PPD), çeşitli kültürlerde birçok kadın arasında yaygın bir duygusal sıkıntıdır. Doğum sonrası dönemde kadınlar sigara kullanımına devam etmekte yada gebelik döneminde bırakan kadınlar doğum sonrası 12. Haftaya kadar tekrar başlamaktadır. Bebeğiyle bağ kurmakta zorluk yaşayan kadınların tespiti ve tedavisi, kadınların sigara kullanımını engelleyebilmektedir. Sigara içmek ve depresyon arasında köklü bir bağlantı vardır (Çeng ve ark., 2016).

PPD'nin gebelik sırasında ve doğum sonrası sigara içmeye devam edilmesiyle ilişkili olduğundan, PPD ile perinatal sigara içimi arasında bir bağlantı olduğunu kanıtlamaktadır (Salimi ve ark., 2015). Sigara kullanan kadınlarda depresyon görülme oranı bir çok çalışmada anlamlı bulunmuştur ve aynı oranda ilişkilidir.

### **2.9.1. Doğum Sonrası Dönemde Sigara Kullanımının Anne, Yenidoğan ve Çocuk Sağlığına Etkileri**

Gebe kadınlarda sigarayı bırakmanın teşvik edilmesi, kadınların sağlıklı alışkanlıklarını geliştirme ve tütüne maruz kalmanın çocuk gelişimi üzerindeki zararlı etkilerini azaltma fırsatı sunar. Aslında, tütün kullanımının azaltılması, anne ve çocukların sağlığı ve esenliği üzerindeki zararlı etkilerinin azaltılması açısından önemli olmakla birlikte kadınları bilgilendirmek ve daha düşük dozlarda nikotinin tütünün zarar görme olasılığını azaltacağı inancını aydınlatmak için hamile kadınlarda tütün tüketim oranlarına erişmek ve bunları izlemek son derece önemlidir (Çınar ve ark., 2015; Ergin ve ark., 2020).

Doğum sonrası ve erken çocukluk döneminde sigara içen ebeveynler birlikte yaşamak, çocuğun solunum yolu hastalıkları, orta kulak enfeksiyonları ve akciğer büyümesinin azalması riskini artırır (McEvoy ve ark., 2017; O'Callaghan ve ark., 2019; Thacher ve ark., 2018). Gebelikte sigarayı bırakmak daha kolaydır ve bu dönemde kadınlarda 6-12 ay içinde sigarayı bırakma çok sık görülmektedir (Kia ve ark., 2018).

Sigara içme alışkanlığı doğum sonrası dönemde gebelik öncesi seviyelere dönme eğilimi göstermekte, yani süt üretimini azaltarak emzirmeyi etkilemekte, sütün besin bileşimini ve tadını değiştirmektedir. Kadın bu aşamada sigara içtiğinde, başta nikotin olmak üzere alüminyum, kurşun, karbon monoksit ve dioksit gibi sigara maddeleri anne sütüne geçer ve yenidoğan üzerinde ciddi yan etkilere neden olma potansiyeline sahiptir (Bağcıçek, 2016).

## **2.10. Doğum Sonrası Dönemde Kadınlardaki Sigara Kullanımı Önleme ve Bırakma Yolları ve Hemşirelik Yaklaşımları**

Postpartum süreç, özellikle postpartum anneler için oldukça zorlu bir süreçtir. Kadının bu döneme ve yeni bir role adapte olması, etrafında bulunan stresörlerle baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi bu dönemin iyilik halinde atlatılması için oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanları bütüncül bir yaklaşım ile sigara kullanımı önleme ve bırakmada annelere yardımcı olmalıdır (Chen ve ark., 2020; Duman ve ark., 2019; Tanda ve ark., 2018). Önleme ve bırakma yollarında hemşirelik yaklaşımları, kadınların sigarayı bırakmaları için destek sağlamayı, farkındalığı artırmayı ve motivasyonu hedeflerini içermektedir. Hemşirelerin izleyebileceği bazı yöntemler şunlardır:

**Bilgilendirme ve Eğitim:** Hemşireler, kadınlara sigaranın anne ve bebek sağlığı üzerindeki zararlarını ayrıntılı bir şekilde anlatmalıdır. Sigaranın erken doğum, düşük doğum ağırlığı, bebek ölümü sendromu gibi riskleri artırdığını vurgulamalıdır. Ayrıca, sigaranın anne üzerindeki olumsuz etkilerini ve sigarayı bırakmanın faydalarını da açıklamalıdır (Chen ve ark., 2020; Duman ve ark., 2019; Tanda ve ark., 2018).

**Bireysel Değerlendirme:** Hemşireler, kadınların sigara kullanım alışkanlıklarını ve bağımlılık düzeylerini değerlendirmeli ve buna göre bir tedavi planı oluşturmalıdırlar.

Bağımlılık düzeyine bağlı olarak, ilaç tedavisi veya psikososyal destek sağlanabilir (Chen ve ark., 2020).

Destek Grupları ve Danışmanlık: Hemşireler, sigara bırakma destek gruplarına katılmalarını veya sigara bırakma danışmanlık hizmetlerinden faydalanmalarını önermelidirler. Bu tür gruplar ve danışmanlar, sigara bırakma sürecinde kadınlara motivasyon ve destek sağlayabilirler (Duman ve ark., 2019).

Davranış Değişikliği: Hemşireler, sigara bırakma sürecinde kadınlara davranış değişikliği stratejileri konusunda rehberlik edebilirler. Örneğin, sigara içme yerlerini değiştirmek, sigara içme alışkanlığıyla ilişkili tetikleyicileri tanımlamak ve alternatif stres yönetimi yöntemlerini öğrenmek gibi stratejiler uygulanabilir (Duman ve ark., 2019).

Farmakoterapi: Sigara bırakma sürecinde bazı ilaçlar kullanılabilir. Hemşireler, kadınların bu ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayabilir ve gerekli durumlarda doktorlarına başvurmalarını önerirler. Ancak, gebelik veya emzirme döneminde kullanılacak ilaçlar konusunda dikkatli olunmalı ve doktor kontrolü altında kullanılmalıdırlar (Tanda ve ark., 2018).

Takip ve Destek: Hemşireler, sigara bırakma sürecinde kadınlara düzenli takip ve destek sağlamalıdırlar. NRT, Biter, Bupropion, Vareniklin gibi bilinen yöntemler dışında ıgarayı bırakmada yeni yöntemler de uygulanmaya başlanmıştır. Son yıllarda sigara kullanımını bırakma yöntemlerinden biri olan Baby Clear yöntemi önleme ve bırakma yöntemlerinden biridir. 2013'ten beri Kuzey Doğu İngiltere'de yaygınlaştırılmıştır ve Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) kılavuzuna uygun olarak, hamilelik sırasında hem anne hem de fetüs için sigara içmeyle ilişkili risklere ilişkin bilgiler içermektedir. Plasenta dekolmanı ve düşük doğum ağırlığı gibi riskler olabilir (NICE, 2017). Anneler uygulama konusunda eğitilirler ve her hamile kadına nefes testi uygularlar. Sigara içen kadınlar otomatik olarak Sigarayı Bırakma Hizmetlerine (SBH) yönlendirilir ve bir hemşire eşliğinde bir daha fazla müdahaleye tabi tutulur. Hamile sigara içenler için babyclear programının risk algılama unsuru, bir sigaradan kaynaklanan Karbon Monoksit (CO) gibi toksinlerin gelişmekte olan fetüsü nasıl etkilediğini göstermek için tasarlanmış plasentayı temsil eden bir oyuncak bebek ve disk kullanılarak risklerin görsel olarak gösterilmesini içerir (NICE, 2017).

Hamile kadının vücudundaki CO miktarını göstermek için annelere nefes testi yapılır. Cihaz, anne ve cenin kanında bulunan CO seviyelerine bağlı olarak cenin avatarının yeşilden kehribara ve kırmızıya dönüştüğü bir bilgisayar programına bağlıdır (Fendall ve ark., 2012). Bu tür görsel risk eğitiminin kadınların sigarayı bırakma girişimleri üzerinde büyük etkisi olduğu bulunmuştur (Campbell, 2019).

	<b>Artıları</b>	<b>Eksileri</b>
<b>NRT</b>	Nikotin kan seviyeleri, sigara içimi sırasında elde edilenlerden daha düşüktür. TC'de bulunan potansiyel olarak toksik kimyasallara maruz kalma yok. Olumsuz perinatal olaylara dair kanıt yok	Bir faydaya yönelik anlamlı olmayan eğilim Tedaviye düşük uyum
<b>BİTER</b>	TC içiciliğine kıyasla potansiyel olarak daha az zararlı	Anne ve bebekler için güvenlikle ilgili sağlam veriler eksik
<b>Bupropion</b>	Artan sigarayı bırakma oranlarının yanı sıra azalan istek ve toplam nikotin yoksunluk semptomları. Nikotin bandından daha yüksek bırakma oranları	Bupropion ve aktif metabolitleri plasentayı geçerek fetal dolaşıma geçer. İlk trimesterde kullanıldığında olası malformasyonlar
<b>Vareniklin</b>	Birlikte aşırma ve geri çekilmeyi azalttığına inanılan hem agonistik hem de antagonistik özelliklerin yanı sıra TC sigara içmenin ödüllendirici etkilerini bloke eder.	Hamilelik sırasında etkililik ve güvenliliğe ilişkin sınırlı veri mevcuttur.

### **Şekil 3. Doğum Sonu Dönemde Sigara Bırakma Tedavisinin Olumlu Olumsuz Özellikleri (Kaynak: Çelik ve ark., 2020).**

Anne adaylarına ve annelere hem doğum öncesi bakımda hem de çocuk sağlığı izlemlerinde tütün kullanımının mutlaka sorgulanması, sigara içtiği tespit edilenlere sigarayı bırakmak için danışmanlığın önerilmesi, kabul edenlere eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir (Ergin ve ark., 2020).

Literatürde postpartum depresyonunun pek çok yönüne (gebelerde peripartum ve postpartum depresyon durumları, ruhsal belirtiler ve tarama yöntemleri, emzirme etkinliği, sosyodemografik risk faktörleri, annelik rolü, uyku, yaşam biçimi ve yaşam kalitesi vb.) ilişkin çalışmalara (Aktaş ve ark., 2016; Brummelte, 2015; Demir, 2016; Erçel, 2019; Evcili ve ark., 2018; İmancıoğlu, 2021; Kolukırık ve ark., 2018; Nnadozie

ve ark., 2017; Özalp, 2021; Özel ve ark., 2019; Şahin ve ark., 2021; Şimşek ve ark., 2017; Uyar ve ark., 2021) yer verilmesine rağmen doğum sonu dönemde kadınlarda sigara içme ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan hareketle; bu çalışmada Ankara ili Keçiören ilçesinde yaşayan doğum sonrası dönemde bulunan kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmış ve literatüre yeni bir bilgi kazandırılması hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler ışığında; doğum sonu dönemdeki annelerin ve sağlık çalışanlarının sigara kullanmanın postpartum depresyon ile ilişkisini belirleyebileceği ve annelerin postpartum süreçte sigarayı bırakma motivasyonlarını artırabileceği, sağlık çalışanlarının ise postpartum dönemdeki kadınlara yönelik sigara bıraktırma müdahaleleri planlamalarına yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Kısacası; çalışma bulgularının, annelerin annelik motivasyonunun da etkisiyle kendi yaşamları için pozitif amaçlar belirleyerek postpartum süreçte özellikle sigara içme gibi sağlığa zararlı yaşam biçimi davranışlarından kaçınmalarına teşvik edici olabileceği öngörülmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma doğum sonrası dönemde olan annelerde sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla vaka-kontrol çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma 25.06.2022-25.04.2023 tarihleri arasında Ankara il merkezi Keçiören ilçesinde yer alan yedi ayrı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) (Keçiören İncirli ASM, Kuşcağz ASM, Ovacık ASM, Sancaktepe ASM, Yayla ASM, Yükseltepe ASM, Baltacılar ASM) başvuran, aile hekimliğine kayıtlı ve randomize olarak seçilen doğum sonu dönemdeki kadınlara uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı, birinci basamak tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunulan ASM'lerde her bir aile hekimliğine kayıtlı sağlıklı ya da hasta bireye; poliklinik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, 15-49 yaş grubundaki kadınlara yönelik gebelik öncesi ve sonrası izlemler, lohusalık izlemleri, bebek ve çocuk izlemleri, aşılama hizmetleri, tarama hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, göz ve işitme muayanesi, enjeksiyon-pansuman ve acil müdahale hizmetleri, ailelere yönelik sağlıkla ilgili konularda eğitim ve danışmanlık faaliyetleri verilmektedir. ASM'lerde her bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanına ait poliklinik ve çalışma odaları bulunmakta, gebe ve bebek izlem odaları, emzirme odaları, acil müdahale odaları, eğitim odaları, personel dinlenme odaları, bir mutfak, depo, laboratuvar ve hasta kayıt-danışma odaları bulunmaktadır. Sigara kullanımının bırakılması konulu eğitim vermek sebebiyle oda istenildiğinde annelerin doğumdan sonra sigarayı bırakmaları için bir oda yada danışmanlık faaliyeti gösteren birim bulunmadığı görülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 2021-2022 yılında doğum yapmış olan, Ankara il merkezi Keçiören ilçesinde yer alan yedi ayrı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) (Keçiören İncirli ASM, Kuşcağz ASM, Ovacık ASM, Sancaktepe ASM, Yayla ASM, Yükseltepe ASM, Baltacılar ASM) başvuran, her bir aile hekimine kayıtlı bulunan yeni doğum yapmış, 2-12 aylık bebeği bulunan annelerin tümü oluşturmuştur. ASM'lerin son 1 yıllık süreçte (2021 yılında) doğum yapan kadın sayısı 1237 kişidir.

### 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Literatürde postpartum doğum sıklığı ile ilgili çalışmalar doğrultusunda (Akbaş ve ark., 2019), ana kütleinin standart sapması 0.30 ve etki büyüklüğü ise (effect size, difference) 0.35 olarak tahmin edilmiştir. Evrenin bilindiği durumda (Evren=1237 kişi)  $n = Nt^2pq / (d^2 + t^2pq)$  formülü kullanılarak yüzde 95 (testin gücü  $1 - \beta = 0,948935$ ) güç ile yüzde beş önem seviyesinde  $N = 1237$  p:0.5 q:0.5 d:0.05 t:1.96 ile yapılan hesaplama göre çalışma sonunda oluşabilecek veri kayıpları dikkate alınarak drop out oranı %10 olarak belirlendiğinde örneklem grubu olarak vaka ve kontrol grubuna toplam **294** doğum sonu döneminde bulunan anne alınmıştır.

Araştırmayı kabul eden, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan annelerle çalışma yürütülmüştür. Örneklem grubuna dahil olan doğum sonu dönemdeki annelerin vaka ve kontrol grubuna atanması basit randomizasyon yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Postpartum depresyonu olan vaka grubu için 147 kadına, depresyon olmayan kontrol grubu için ise 147 kadına ulaşılmıştır. Bu araştırmada yer alacak annelerin belirli bir depresyon tanısı olmadığı için öncelikle araştırmacı tarafından değerlendirildikten sonra risk grubunda yer alan anneler vaka grubuna, risk grubunda yer almayan anneler ise kontrol grubuna dahil edilmiştir. Bu şekilde vaka ve kontrol grubundaki hedef örneklem sayısına ulaşıncaya kadar örneklem seçimi devam etmiştir. Örneklem evreni temsil etmektedir.

Keçiören Aile Sağlığı Merkezleri =14 ASM

Minitab 16 programı ile ASM ataması  
**Basit Rastgele Örneklem Yöntemi**  
 $7/14=0.50$

**EVREN**  
7 ASM'ye Başvuran Tüm Lohusa Kadın Sayısı:  
**N=1237**

Araştırma Kriterlerini Karşılaman  
Kadın Sayısı  
**N=502**

Araştırma Kriterlerini Karşılaman  
Kadın Sayısı  
**N=735**

Araştırmayı  
Kabul Etmeyen  
Kadın Sayısı:**121**

Postpartum Depresyon Ölçeği  
Uygulanması

Kabul eden  
Vaka grubu  
Kadın  
**n= 210**

Kabul eden  
Kontrol grubu  
Kadın  
**n=171**

Örnekleme dışı  
Kalan Vaka kadın  
**n= 63**

Örnekleme dışı  
Kalan Kontrol  
kadın **n=24**

Örnekleme Alınan  
Kadın  
**n=294**

Basit rastgele Örneklem

EPDS Ölçeği  
Uygulanması:  
 $p>12$  PPD VAR

Postpartum  
Depresyonu Olan  
Kadınlar  
(**n=147**)

EPDS Ölçeği  
Uygulanması:  $p<13$   
PPD YOK

Postpartum  
Depresyonu  
Olmayan Kadınlar  
(**n=147**)

Sigara İçen Vaka  
Grubu  
Kadın Sayısı:  
**76**

Sigara İçmeyen  
Vaka Grubu Kadın  
Sayısı:  
**71**

Sigara İçen  
Kontrol Grubu  
Kadın Sayısı:  
**75**

Sigara İçmeyen  
Kontrol Grubu  
Kadın Sayısı:  
**72**

#### Şekil 4.Araştırma Akış Şeması

Örneklemin evreni temsil etme gücüne bakılarak Keçiören de bulunan 14 ASM den ilgili hesaplama yapılarak Minitab 16 istatistik paket programı yardımı ile randomizasyon yapılmıştır ve aile sağlığı merkezleri altalta sıralanarak her 2 değerde bir denk gelen 7 tane aile sağlığı merkezi ( $7/14=0.50$ ) basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş bunlar Keçiören İncirli ASM, Kardeşler ASM, Ovacık ASM, Sancaktepe ASM, Yayla ASM, Yükseltepe ASM ve Baltacılar ASM'olarak belirlenmiştir.

ASM'lerde kayıtlı doğum sonrası dönem annelerin toplam sayısı alınmış ve ilgili nüfus oranlarına göre hangi ASM'den kaç annenin örnekleme dahil edileceği nüfusa oranlanmış ve şekilde 5' te belirtilmiştir.

Aile Sağlığı Merkezi	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterlerini Karşıllayan Toplam Kadın Sayısı	Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmeyen Kadın Sayısı	Örnekleme Yer Alan Toplam Kadın Sayısı	Örnekleme Yer Alan Postpartum Depresyonu Olan Kadın Sayısı	Örnekleme Yer Alan Postpartum Depresyonu Olmayan Kadın Sayısı	Örnekleme Yer alan Sigara İçmeyen Kadın Sayısı	Örnekleme Yer Alan Sigara İçen Kadın Sayısı
Kardeşler ASM	128	33	<b>86</b>	57	29	44	42
İncirli ASM	106	19	<b>63</b>	11	52	31	32
Ovacık ASM	78	17	<b>38</b>	30	8	22	16
Sancaktepe ASM	56	12	<b>32</b>	15	17	18	14
Yükseltepe ASM	39	8	<b>30</b>	12	18	13	17
Yayla ASM	51	17	<b>26</b>	18	8	9	17
Baltacılar ASM	44	15	<b>19</b>	4	15	6	13
<b>Toplam</b>	<b>502</b>	121	<b>294</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>143</b>	<b>151</b>

## **Şekil 5. Aile Sağlığı Merkezleri ve Araştırmaya Katılan Lohusa Kadın Sayısı**

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.4.1. Bağımlı Değişkenler**

Keçiören ilçesine bağlı ASM'lere kayıtlı olan ve doğum sonrası dönemdeki kadınların Fagerström Nikotin Bağımlılık ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon ölçek puanları

#### **3.4.2. Bağımsız Değişkenler**

Kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, ekonomik durum, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, doğum yöntemleri, aile ve hastalık öyküsü), obstetrik özellikleri (toplam çocuk sayısı, gebelik şekli emzirme durumu) ve sigara kullanma alışkanlıklarına ait özellikleri.

### **3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Çıkarılma Ölçütleri**

#### **3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri**

- Postpartum (doğum sonu) süreçte 2. ayını doldurmuş olmak (2-12 ay),
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
- Bir aile sağlığı merkezinde izlemi yapılarak kayıtlı olmak,
- Annenin Türkçe konuşabilmesi, yazabilmesi ve anlayabilmesi.

#### **3.5.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri**

- Annenin görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retarde olması,
- Annenin görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı kronik bir hastalığının bulunması,
- Annenin araştırmanın uygulama tarihleri arasında il dışında bulunacak olması.

#### **3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri:**

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında kendi rızası ile çalışmadan ayrılmak isteme

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi” ve “Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. İçerik bakımından birincisinde; kadınların demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sigara ve postpartum depresyon ile ilgili özelliklerin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), ikincisinde Fagerström tarafından geliştirilen, Heatherton, Kozlowski, Frecker ve Fagerström tarafından revize edilen ve Uysal ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçeye uyarlanan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Ek 2) ve üçüncüsünde ise

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (Ek 3) yer almaktadır.

### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Bayram, 2019; Erçel, 2019; Taştekné, 2019) oluşturulan formda, toplam dört bölüm ve 56 soru yer almaktadır. Birinci bölümde (ilk 17 soru) kadınların sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile özellikleri, sigara-alkol kullanım durumu, ailenin gelir durumu, fiziksel aktivite durumu ve kronik rahatsızlıklar vb.) yönelik, ikinci bölümde (18-39.sorular) kadınların obstetrik özelliklerine (doğum süreci, doğum şekli, doğum sonrası anne ve bebek sağlık sorunları, bakım sürecinde destek alma vb.) yönelik, üçüncü bölümde (40-50.sorular) kadınların sigara kullanma alışkanlıklarına (sigaraya başlama yaşı, sigara içme nedeni vb.), dördüncü bölümde (51-56.sorular) ise altı soruluk Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testine yönelik sorular yer almaktadır.

### **3.6.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)**

Araştırmada, sigara içmeyi sürdüren doğum sonu dönem annelerin nikotin bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için “Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi” sorularının Türkçe hali kullanılmıştır. FNBT Fagerström tarafından (1978) geliştirilmiş olup, 1991 senesinde Heatherton, Kozlowski, Frecker ve Fagerström tarafından yenilenmiş ve Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçeye uyarlanan 6 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin sorularında:

- 1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
- 2-Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?
- 3-Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde, sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
- 4-Gün boyu içtiğiniz sigaralardan sizin için vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir?
- 5-Günün diğer saatlerine kıyasla uyandıktan sonraki ilk saatlerde daha çok sigara içiyor musunuz?
- 6-Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? şeklinde sorular yer almaktadır.

Ölçeğin maddeleri 0 ile 3 puan arasında değerlendirilerek her bir şık “0”, “1”, “2”, “3” şeklinde puanlandırılmıştır. Bunun sonucunda ölçekten alınabilecek en düşük

puan 0, en yüksek puan ise 10'dur. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek nikotin bağımlılığına işaret etmektedir. 0-2 puan arası çok düşük, 3-4 puan arası düşük, 5 puan orta, 6-7 puan arası yüksek ve 8-10 puan arası çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının varlığını göstermektedir (Uysal ve ark., 2004). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur ( $\alpha < 0.40$  güvenilir değil;  $0.40 \leq \alpha \leq 0.50$  çok düşük güvenilirlik düzeyi;  $0.50 \leq \alpha \leq 0.60$  düşük güvenilirlik düzeyi;  $0.60 \leq \alpha \leq 0.70$  yeterli güvenilirlik düzeyi;  $0.70 \leq \alpha \leq 0.90$  yüksek güvenilirlik düzeyi;  $\alpha \geq 0.90$  çok yüksek güvenilirlik düzeyi) (Uysal ve ark., 2017). Araştırmada ölçeğin geçerlik güvenilirliğini yapan araştırmacılardan ölçeğin kullanılması adına izin alınmıştır. Bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı ise 0.59 olarak bulunmuştur.

### **3.6.3. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)**

EPDÖ Cox ve Holden tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yöneliktir. Tarama amaçlı olarak hazırlanmıştır ve depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.87 olarak saptanmıştır. Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'nin geçerlik-güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek likert tipinde ve bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Hastalardaki duygu durum değişikliğini ölçebilecek nitelikte olup, her maddenin kendi içerisinde puanlandırılması farklıdır. Ölçekten alınacak en düşük puan en yüksek puandır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular '0-1-2-3' şeklinde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise ters olarak '3-2-1-0' şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 puan olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada EPDÖ uygulandıktan sonra 13 puan ve üzeri alan annenin vaka grubuna ataması yapılmıştır. Bu çalışmadaki Cronbach Alpha katsayısı ise 0.89 olarak bulunmuştur.

### **3.7. Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın uygulanmasından önce araştırmacı, araştırmanın yürütüleceği Ankara il merkezi Keçiören ilçesinde bulunan Keçiören İlçe Nüfus Müdürlüğüne gitmiş ve Keçiören ilçe nüfusu, kadın erkek sayıları, 15-49 yaş kadın sayısı öğrenilmiştir ve eş

zamanlı olarak Keçiören ilçesinde yer alan tüm aile sağlığı merkezleri Keçiören İlçe Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ne giderek ¼đrenilmiřtir.

Araştırmada veri toplanacak aile sağlığı merkezlerini belirlemek için, Minitab 16 istatistik paket programı yardımı ile randomizasyon yapılmış ve her 2 değerde bir denk gelen 7 farklı aile sağlığı merkezi basit rastgele ¼rnekleme y¼ntemi ile seçilmiştir. Bunlar; Keçi¼ren İncirli ASM, Kardeşler ASM, Ovacık ASM, Sancaktepe ASM, Yayla ASM, Y¼kseltepe ASM ve Baltacılar ASM olarak belirlenmiştir.

Araştırmacı, araştırmanın y¼r¼t¼leceđi Keçi¼ren İncirli ASM, Kardeşler ASM, Ovacık ASM, Sancaktepe ASM, Yayla ASM, Y¼kseltepe ASM ve Baltacılar ASM'leri tek tek ziyaret etmiş ve ilgili ASM'lerdeki doktor ve hemşirelerle g¼r¼ř¼p kayıtlı doğum sonu d¼nemdeki lohusa sayısı ve semtin n¼fus oranları bilgilerini elde etmiştir. Bu orana g¼re ¼rnekleme alınacak lohusa sayıları belirlenmiştir. Ayrıca araştırmanın uygulanacağı ASM'lerde bebek izlem ve aşı takvimi zamanları aile sağlığı elemanlarından s¼zel olarak ¼đrenilmiř ve anket uygulaması bu zamanlar dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

<b>Aile Sağlığı Merkezi</b>	<b>Bebek İzl em ve Aşılama G¼n¼</b>
Kardeşler ASM	Cuma
İncirli ASM	Pazartesi
Ovacık ASM	Cuma
Sancaktepe ASM	arşamba
Y¼kseltepe ASM	Salı
Yayla ASM	arşamba
Baltacılar ASM	Perşembe

#### **şekil 6.Aile Sağlığı Merkezleri ve Bebek İzl em G¼nleri**

ASM'lere bebeklerinin izlemleri için başvuran ve dahil edilme kriterlerini (ASM'ye kayıtlı olan, 2-12 aylar arasında bebeğe sahip olup T¼rke konuşan-anlayan ve

çalışmaya katılmaya gönüllü olan) karşılayan anneler ile ASM'lerin uygun bir odasında yüz yüze görüşülmüştür.

Ankete başlamadan önce, anneler kendilerinden elde edilecek bilgilerin bu araştırmanın bilimsel boyutu haricinde kesinlikle kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiş ve uygulanan anket hakkında araştırmayı onayladıklarına dair sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Form ve ölçekleri (EPDÖ ve FNBT) öz bildirim yöntemi ile doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırma iki aşamadan oluşmuştur.

#### Birinci aşamada;

Araştırma bir vaka-kontrol araştırması olarak planlanmıştır. İlk aşamada basit randomizasyon yöntemiyle belirlenen postpartum dönemdeki annelerin vaka ve kontrol grubuna atanması için 10 maddeden oluşan EDSDÖ ölçeği uygulanmıştır.

Anne EDSDÖ'yi doldurduktan sonra 13 puan ve üzerinde alanlar postpartum dönemde depresyon riski taşıdığı için vaka grubuna, 13 puan altında alanlar ise kontrol grubuna atanmıştır. Postpartum depresyonu olan vaka grubu için 147 kişi, depresyon olmayan kontrol grubu için ise 147 kişiye ulaşılmıştır.

#### İkinci aşamada;

Birinci aşamaya eş zamanlı olarak katılımcılardan Kişisel Bilgi Formunu doldurmaları istenmiştir. Sigara kullanan kadınlar Kişisel Bilgi Formunda bulunan sigara kullanım alışkanlıkları ile ilgili bölümü ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini doldurmuştur. Sigara kullanmayan kadınlar için ise Kişisel Bilgi Formundan sonra anket doldurma işlemi son bulmuştur. Toplam anketleri yanıtlama süresi yaklaşık 20-25 dakika kadar sürmüştür.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi**

Araştırma sonucunda 294 katılımcıdan elde edilen 147 vaka 147 kontrol grubu bulunan verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) programı kullanılmıştır. Araştırmada kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sigara kullanma alışkanlığına ilişkin sorular ile Fagerström Sigara Bağımlılık Testi ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Endekslerin puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve normallik koşullarını sağladığı tespit edilmiş ve bu nedenle ölçek puanlarıyla ilgili karşılaştırmalarda parametrik yöntemler kullanılmıştır. Verilerin analizinde;

tanımlayıcı kategorik verileri sayı (n) ve yüzde (%), nicel verileri ise ortalama ve standart sapma değerleri, çarpıklık, basıklık, minimum ve maksimum değerleri gösterilmiştir. Verilerin normal dağılımda olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile belirlenmiştir. İki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Independent Sample T testi, ikiden fazla grubun ortalamasını karşılaştırmak için One Way ANOVA kullanılmıştır. Anlamlı farklılık olduğu durumda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan post-hoc analizinde varyansların homojenliği sağlandığı durumda Scheffe testi ve Tukey HSD, homojenlik sağlanmadığı durumda ise Tamhane's T2 testi sonucu baz alınmıştır. Puanlar arasındaki nicel tipteki değişkenlerin ilişkisinin incelenmesi için Pearson Korelasyon, kategorik değişkenlerin ilişkisinin belirlenmesi için ise Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri  $p < 0.05$  baz alınmıştır. Doğum sonrası dönemde kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisi korelasyon analiziyle ve kadınlara ait demografik özellikler ve sigara kullanımının postpartum depresyon üzerindeki etkileri ise lojistik regresyon analizi ile belirlenmiştir.

### **3.9. Araştırmacının Eğitimi**

Uygulamayı yürütmüş olan araştırmacı Yüksek lisans kapsamında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programında “Sigara Bağımlılığı ve Hemşirelik” dersini 2021 yılı içerisinde almıştır.

### **3.10. Etik Boyut**

Araştırma verileri toplanmadan önce, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun bu araştırmayı yapabilmeye dair hazırladığı belgeler araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. İlgili belgeler Etik Kurul Başkanlığı'na teslim edilmiş ve 17.11.2021 tarih ve 2021-11/38 karar nolu etik kurul izin onayı (EK 4) alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı ASM için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden 22.06.2022 tarihli E-51381736-771 sayılı kara ile gerekli yazılı izinler alınmıştır (EK 5). Araştırmaya başlamadan ölçeklerin (FNBT ve EPDÖ) Türkçe uyarlamasını yapan yazarlardan ölçekleri araştırmada kullanmaya dair izinler alınmıştır (EK 6). Araştırmaya katılan annelerden yazılı ve sözel onam (EK 7) alındıktan sonra veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Helsinki Bildirgesine uyulmuş olup, etik ilkeler çerçevesinde çalışmadan

toplanılacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin sağlanacağı belirtilmiştir. Katılımcılara araştırmanın istedikleri aşamasında araştırmadan ayrılabilceği bilgisi de verilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları**

Bu araştırma, araştırmanın yürütüldüğü Ankara il merkezi Keçiören ilçesinde bulunan yedi ayrı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) (Keçiören İncirli ASM, Kuşcağız ASM, Ovacık ASM, Sancaktepe ASM, Yayla ASM, Yükseltepe ASM, Baltacılar ASM) kayıtlı olan postpartum dönemdeki annelere genellenebilir. Aile sağlığı merkezlerine kontrole çağrıldığı halde annelerin gelmemeleri, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun anne bulma ve yeterli sayıda bu konuda çalışmanın olmamasına bağlı bulguların sınırlı tartışılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

#### **4. BULGULAR**

Bu bölümde, doğum sonrası dönemde kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın tablo ve bulguları yer almaktadır.



**Tablo 4.1. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (n=294)**

Sosyodemografik Özellikler		Kontrol (n=147)		Vaka (n=147)	
		n	%	n	%
Yaş	Ort±SS (Min-Max)	29.57± 5.21 (19-40)		30.29±4.96 (30-42)	
	19-29	71	48.1	57	39.9
	30-42	76	51.9	90	60.1
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	14	9.9	6	4.3
	Ortaöğretim	63	44.3	68	44.8
	Yükseköğretim	70	45.8	73	50.9
Aile Tipi	Çekirdek	126	92.9	147	100
	Geniş	21	7.1	0	0.0
Gelir Durumu	Gelir giderden az	45	29.8	30	22.1
	Gelir gidere eşit	80	53.4	73	50.9
	Gelir giderden fazla	22	16.8	44	27.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	63	35.9	42	35.6
	Çalışmıyor	84	64.1	105	64.4
Kronik Hastalığa Sahip Olma	Hayır	117	81.7	101	68.1
	Evet	30	18.3	46	31.9

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanların özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere (frekans (n) ve yüzde (%)) yer verilmiştir.

Tablo 4.1 incelendiğinde; araştırmaya katılan kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının  $29.57 \pm 5.21$ , vaka grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının ise  $30.29 \pm 4.96$  yaş olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %51.9'unun, vaka grubun kadınların %60.1'inin 30-42 yaş aralığında olduğu, kontrol grubu kadınların %45.8'inin, vaka grubundaki kadınların %50.9'unun yükseköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu, kontrol grubu kadınların %92.9'unun çekirdek aileye sahip olduğu, vaka grubu kadınların %100'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, kontrol grubundaki kadınların %53.4'ünün, vaka grubundaki kadınların %50.9'unun gelirinin giderine eşit olduğu, kontrol ve vaka grubundaki kadınların %64'ünün çalışmadığı, kontrol grubundaki kadınların %18.3'ünün, vaka grubundaki kadınların ise %31.9'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=294)**

Obstetrik Özellikler	Kontrol (n=147)		Vaka (n=147)		
	n	%	n	%	
<b>Toplam gebelik sayısı</b>	Ort±SS (Min-Max)	2.19±0.85 (1-4)	2.32±0.80 (1-4)		
<b>Gebelik şekli</b>	Normal yolla gebelik	101	74.8	132	84.7
	Tedavi ile gebelik	46	25.2	15	25.3
<b>Gebelikte sağlık problemi yaşama</b>	Evet	34	18.3	42	31.9
	Hayır	113	81.7	105	68.1
<b>Gebelikte düzenli kontrole gitme</b>	Evet	52	32.1	40	30.7
	Hayır	95	67.9	107	69.4
<b>Bebegin kaç haftada doğduğu</b>	Ort±SS (Min-Max)	39.09±2.39 (30-42)	39.10±2.28 (29-42)		
<b>Bebegini emzirme durumu</b>	Evet	94	67.2	114	73.6
	Hayır	53	32.8	33	26.4
<b>Emzirmeme nedeni</b>	Emzirmek istemiyorum	10	23.3	15	34.9
	Meme problemleri	10	23.2	10	23.2
	Çocuğu istemiyorum	9	20.9	5	11.6
	Emzirirken stres/kaygı	9	20.9	7	16.3
	Vücudum bozuluyor	5	11.7	6	14.0
<b>Bebekte sağlık sorunu</b>	Evet	73	49.7	98	60.1
	Hayır	74	50.3	49	39.9
<b>Evde bebek bakımı ile ilgili destek alabileceği kişi varlığı</b>	Evet	115	79.4	110	74.2
	Hayır	32	20.6	37	25.8

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubunun obstetrik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere (n, %) yer verilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınlardan kontrol grubunun toplam gebelik sayısının  $2.19\pm 0.85$ , vaka grubunun  $2.32\pm 0.80$  olduğu, kontrol grubundaki kadınların %74.8’inin, vaka grubundaki kadınların %84.7’sinin normal yolla gebe kaldığı, kontrol grubundaki kadınların %18.3’ünün, vaka grubundaki kadınların %31.9’unun gebelikte sağlık problemi yaşadığı, kontrol grubundaki kadınların %67.9’unun, vaka grubundaki kadınların %69.4’ünün gebelikte kontrollere düzenli olarak gitmediği, kontrol grubundaki kadınların %67.2’sinin, vaka grubundaki kadınların %73.6’sının bebeğini emzirdiği, kontrol grubundaki kadınların %23.3’ünün, vaka grubundaki kadınların %34.9’unun emzirmek istemediği için bebeğini emzirmedeği, kontrol grubundaki kadınların %49.7’sinin, vaka grubundaki kadınların %60.1’inin bebeklerinde sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %79.4’ünün, vaka grubundaki kadınların %74.2’sinin bebek bakımıyla ilgili evde destek alabileceği kişinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Özellikleri (n=294)**

Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Özellikler		Kontrol (n=147)		Vaka (n=147)	
		n	%	n	%
Yaşam boyu toplam	Evet	87	56.5	106	73.0
100 adet sigara içme	Hayır	60	43.5	41	27.0
Halen sigara içme	Sigara içen	75	51.6	76	51.9
	Sigara içmeyen	72	48.4	71	48.1
Sigaraya başlama yaşı	Ortalama $\bar{x}$ SS (Min-Max)	23.90 $\bar{x}$ 6.14 (11-38)		21.85 $\bar{x}$ 4.71 (11-35)	
Sigara içme süresi (yıl)	Ortalama $\bar{x}$ SS (Min-Max)	6.22 $\bar{x}$ 4.92 (1-15)		5.76 $\bar{x}$ 4.53(1-14)	
Sigaraya başlama nedeni	Arkadaş etkisi	21	28.4	13	10.9
	Merak	20	27.0	22	18.4
	Stres	12	16.2	24	20.2
	Özenti	8	10.8	18	15.1
	Sigara içen çevrede yaşama	8	10.8	21	17.7
	Yalnızlık	5	6.8	21	17.7
Geçen bir yıl içinde sigara bırakma deneyimi	Evet	31	41.9	11	9.2
	Hayır	43	58.1	108	90.8

<b>Önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakma niyeti</b>	Evet	5	11.6	4	3.7
	Hayır	70	88.4	72	96.3
<b>Bağımlılık düzeyleri</b>	Çok düşük	23	37.2	18	23.1
	Düşük	14	14.0	22	27.8
	Orta	12	9.3	10	16.7
	Yüksek	17	23.3	23	27.8
	Çok yüksek	9	16.3	3	4.6

Tablo 4.3'te vaka ve kontrol grubu kadınların sigara kullanma alışkanlığına ilişkin özelliklerin dağılımlarına ait tanımlayıcı istatistiklere (n, %) yer verilmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların %56.5'inin, vaka grubundaki kadınların ise %73'ünün yaşamı boyunca toplam 5 paket sigara içtiği, kontrol grubundaki kadınların %51.6'inin, vaka grubundaki kadınların %51.9'unun halen sigara içtiği, kontrol grubundaki kadınların sigaraya başlama yaş ortalamasının  $23.90 \pm 6.14$  yaş, vaka grubundaki kadınların sigaraya başlama yaş ortalamasının  $21.85 \pm 4.71$  yaş olduğu, kontrol grubundaki kadınların sigara içme süresinin ortalama  $6.22 \pm 4.92$  yıl, vaka grubundaki kadınların sigara içme süresinin ortalama  $5.76 \pm 4.53$  yıl olduğu, kontrol grubundaki kadınların %28.4'ünün arkadaş etkisiyle, vaka grubundaki kadınların %20.2'sinin stres nedeniyle sigaraya başladığı, kontrol grubundaki kadınların %41.9'unun, vaka grubundaki kadınların %9.2'sinin geçen bir yıl içinde sigara bırakma deneyimi olduğu, kontrol grubundaki kadınların %11.6'sının, vaka grubundaki kadınların %3.7'sinin önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündüğü, kontrol grubundaki kadınların %16.3'ünün, vaka grubundaki kadınların ise %4.6'sının bağımlılık düzeylerinin çok yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4. Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistiklerin İncelenmesi**

<b>Ölçekler</b>	Vaka grubu	Kontrol grubu	Vaka grubu	Kontrol grubu
	Edinburgh Depresyon Ölçeği Puanı	Edinburg Depresyon Ölçeği Puanı	Fagerström Ölçeği puanı	Fagerström Ölçeği puanı
<b>Ortalama</b>	18.74	5.13	4.26	4.16
<b>Standart sapma</b>	4.12	2.77	2.33	3.09
<b>Minimum- maksimum</b>	8-31	1-12	0-10	0-10
<b>Çarpıklık</b>	0.427	0.356	-0.170	0.088
<b>Basıklık</b>	-0.154	-0.510	-0.170	-1.363

Yukarıdaki tabloda araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin (n, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, çarpıklık ve basıklık) değerler incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri göz önüne alındığında,  $\mp 1.5$  aralığında yer aldığı bu nedenle normal dağılım gösterdiği söylenebilmektedir (Tabachnick). Buna göre ölçek puanlarıyla ilgili karşılaştırmalarda parametrik testlerin kullanılması gerektiğine karar verilmiştir.

**Tablo 4.5. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ile Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Ölçekler	Grup		Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
<b>Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi</b>	Vaka	PK		0.197
		p	1	<b>0.041</b>
	Kontrol	PK		0.242
		p	1	0.118
<b>Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği</b>	Vaka	PK	0.197	
		p	<b>0.041</b>	1
	Kontrol	PK	0.242	
		p	0.118	1

\*PK:Pearson Korelasyon

Yukarıdaki tabloda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır.

Vaka grubundaki kadınların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre vaka grubundaki kadınların depresyon düzeyi arttıkça sigara bağımlılık düzeyinin de arttığı, depresyon puanı azaldıkça sigara bağımlılığının da azaldığı görülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6. Doğum Sonrası Dönemde Kadınlarda Sigara İçme Alışkanlığıyla Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki**

Ölçek	Kategoriler	Kontrol	Vaka	Toplam	Ki	p
		grubu (Depresyon yok) n (%)	grubu (Depresyon var) n (%)	n (%)		
Sigara içme durumu	Sigara içen	75 (32.8)	76 (66.3)	151 (51.4)	1.001	0.317
	Sigara içmeyen	72 (67.2)	71 (33.7)	143 (48.6)		
Nikotin bağımlılık düzeyi	Çok düşük	23 (30.7)	18 (23.7)	41 (27.2)	10.673	<b>0.027</b>
	Düşük	14 (18.7)	22 (28.9)	36 (23.8)		
	Orta	12 (16.0)	10 (13.2)	22 (14.6)		
	Yüksek	17 (22.6)	23 (30.3)	40 (26.5)		
	Çok yüksek	9 (12.0)	3 (3.9)	12 (7.9)		

Yukarıdaki tabloda doğum sonrası dönemde kadınlarda sigara kullanım düzeyleriyle kadınlarda depresyon olup olmama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi için Ki Kare analizi yapılmıştır. Test sonucunda Fisher Exact sonucu dikkate alınmıştır. Buna göre sigara içme alışkanlığıyla postpartum depresyon görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmış ( $p>0.05$ ) fakat nikotin bağımlılık düzeyleri ile postpartum depresyon görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre postpartum depresyonu olan kadınların %30.3'ünde, postpartum depresyonu olmayan kadınların ise %22.6'sında nikotin bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.7. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Sosyo-demografik Özellikler		KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
		Depresyon		Fagerstrom		Depresyon		Fagerstrom	
		Ort± SS	Test değeri ve p değeri	Ort± SS	Test değeri ve p değeri	Ort± SS	Test değeri ve p değeri	Ort± SS	Test değeri ve p değeri
<b>Yaş</b>	19-29 yaş	5.14±2.68	t=0.416	4.34±3.12	t=0.416	18.56±3.79	t=-0.451	4.30±2.37	t=0.107
	30-42 yaş	5.13±2.88	p=0.679	3.95±3.11	p=0.679	18.86±4.34	p=0.652	4.25±2.32	p=0.915
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim ve altı	4.53±3.01		3.75±3.20		20.0 ±6.37		4.33±1.96	
	Ortaöğretim	5.37±3.03	F=0.560 p=0.573	3.63±2.92	F=0.665 p=0.520	18.47±3.92	F=0.517 p=0.597	4.23±2.48	F=0.007 p=0.993
	Yükseköğretim	5.03±2.46		4.75±3.27		18.87±4.10		4.28±2.27	
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	6.21±2.71	t=- 0.045	3.63±2.92	t=0.363	19.25±4.35	t=-0.338	5.15±2.94	t=0.670
	Geniş	2.10±2.47	p=0.624	4.28±2.27	p=0.717	-	p=0.736	-	p=0.478
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	5.12±2.98		4.75±3.27		19.58±4.07		2.61±2.27	
	Gelir gidere eşit	5.14±2.77	F=0.001 p=0.999	5.15±3.19	F=5.637 p=0.007	18.32±4.11	F=1.197 p=0.305	4.70±2.39	F=6.126 p=0.003
	Gelir giderden fazla	5.13±2.53		5.83±2.99		18.86±4.15		4.82±1.87	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	5.10±2.47	t=-0.095	4.90±3.47	t=0.858	19.15±4.35	t=0.876	4.85±2.08	t=4.279
	Çalışmıyor	5.15±2.94	p=0.924	3.93±2.98	p=0.396	18.52±3.98	p=0.351	3.91±2.42	p=0.041
<b>Kronik hastalık durumu</b>	Hayır	4.82±2.71	t=-2.812	4.00±3.11	t=-0.520	18.82±4.10	t=0.363	4.20±2.31	t=-0.338
	Evet	6.54±2.68	p=0.006	4.53±3.12	p=0.606	18.57±4.19	p=0.717	4.36±2.38	p=0.736

Independent Sample T Test One Way Onava Scheffe testi-Tamhane's T2 test istatistiği ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada kontrol ve vaka gruplarında yer alan kadınların sosyodemografik özelliklerinin postpartum depresyon ve Fagerström puanları bakımından incelenmesi verilmiştir (Tablo 4.7).

Kontrol grubunda yer alan kadınların yaş, eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu ve çalışma durumu ile; vaka grubunda yer alan kadınların ise yaş, eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık durumları ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Kontrol ve vaka grubunda yer alan kadınların gelir durumları ile Fagerstrom ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0.05$ ). Yapılan post hoc analizine göre, kontrol ve vaka grubunda gelir düzeyi birbirine eşit olanların ve geliri giderden fazla olan kadınların nikotin bağımlılık düzeylerinin, geliri giderden az düzeyde olan kadınlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Vaka grubunda yer alan kadınların çalışma durumu ile fagerstrom ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmüş olup çalışan kadınların nikotin bağımlılık düzeylerinin çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p< 0.05$ ).

Kontrol grubunda yer alan kadınların kronik hastalığa sahip olma durumları ile depresyon ölçek puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık görülmüş olup kronik hastalığı olanların depresyon puan ortalamasının kronik hastalığı olmayanların depresyon puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.8. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Obstetrik Özellikler		KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
		Depresyon		Fagerstrom		Depresyon		Fagerstrom	
		Ort±SS	Test değeri ve p değeri	Ort±SS	Test değeri ve p değeri	Ort±SS	Test değeri ve p değeri	Ort±SS	Test değeri ve p değeri
<b>Gebelik şekli</b>	Normal yolla	4.88±2.81	t=3.492	3.45±2.95	t=6.134	18.93±4.23	t=0.636	4.09±2.37	t=0.785
	Tedavi yoluyla	6.26±1.79	<b>p=0.005</b>	7.14±1.34	<b>p=0.005</b>	18.55±3.85	p=0.531	4.80±2.11	p=0.454
<b>Gebelikte sağlık problemi yaşama</b>	Evet	6.54±2.68	t=2.812	4.53±3.12	t=0.520	18.57±4.19	t=-0.363	4.36±2.38	t=0.338
	Hayır	4.82±2.71	<b>p=0.006</b>	4.0 ±3.11	p=0.606	18.82±4.10	p=0.717	4.20±2.31	p=0.736
<b>Gebelikte düzenli kontrole gitme</b>	Hayır	5.12±2.93	t=-0.082	4.86±2.81	t=2.391	18.90±4.19	t=0.717	4.57±2.30	t=1.851
	Evet	5.16±2.44	p=0.934	2.53±3.20	<b>p=0.021</b>	18.40±3.96	p=0.474	3.71±2.32	p=0.067
<b>Bebeğini emzirme durumu</b>	Evet	5.39±2.85	t=1.542	4.62±3.24	t=1.104	18.90±4.17	t=0.783	4.15±2.29	t=-0.856
	Hayır	4.60±2.56	p=0.125	3.57±2.87	p=0.276	18.32±3.98	p=0.435	4.58±2.44	p=0.394
<b>Emzirme-nedeni</b>	Emzirmek istemiyorum	5.60±1.77		4.66±3.38		18.46±2.77		4.22±2.99	
	Çocuğu istemiyorum	4.22±2.58		4.0 ±1.41		18.60±2.70		5.0 ±2.0	
	Meme problemleri	3.90±2.88	F=0.718	4.16±2.99	F=1.442	18.0 ±4.59	F=2.852	5.14±1.57	F=0.217
	Emzirirken stres-kaygı	5.0 ±3.42	p=0.585	1.40±1.67	p=0.270	15.14±4.52	<b>p=0.037</b>	4.0±2.91	p=0.927
	Vücudum bozuluyor	4.0 ±1.22		4.0±1.41		22±3.52		4.80±2.86	

<b>Bebekte sağlık sorunu</b>	Evet	5.82±2.82	t=2.066 p=0.041	3.52±3.20	t=-1.088 p=0.283	18.71±4.11	t=-0.076 p=0.939	4.37±2.49	t=0.352 p=0.726
	Hayır	4.77±2.70		4.57±3		18.76±4.14		4.21±2.26	
<b>Evde bebek bakımı ile ilgili destek alabileceği kişi varlığı</b>	Evet	5.12±2.79	t=-0.100 p=0.921	4.06±3.05	t=-0.283 p=0.779	18.38±3.92	t=-1.954 p=0.052	4.14±2.19	t=-0.966 p=0.336
	Hayır	5.18±2.76		4.35±3.27		19.80±4.51		4.65±2.74	

Independent Sample t test

One Way ANOVA

Scheffe testi-Tamhane's T2 test istatistiği ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

(Tablo 4.8 Devamı)

Araştırmada kontrol ve vaka grubunda yer alan kadınların obstetrik özelliklerinin Fagerstrom ve Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki kadınların gebelikte düzenli kontrole gitme, bebeğini emzirme durumu, emzirmeme nedeni ve doğum sonrası evde bebek bakımı ile ilgili destek verecek kişinin varlığı ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Vaka grubundaki kadınların gebelik şekli, gebelikte sağlık problemi yaşama, düzenli kontrole gitme, bebeğini emzirme durumu, bebekte sağlık sorunu olma durumu ve bebek bakımı ile ilgili destek verecek kişinin varlığı ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Araştırmada kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik şekilleri arasında Fagerstrom ve depresyon puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ( $p<0.05$ ), tedavi yoluyla gebe kalan kadınların normal yolla gebe kalan kadınlardan daha fazla postpartum depresyon yaşadığı ve bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşama durumları ile postpartum depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş, gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşayan kadınların gebelikte sağlık sorunu yaşamayan kadınlardan daha fazla postpartum depresyon yaşadıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Kontrol grubunda yer alan kadınların gebelikte düzenli kontrole gitme durumları ile fagerstrom puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Düzenli olarak kontrole giden kadınların nikotin bağımlılık düzeylerinin, düzenli olarak kontrole gitmeyen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda bebeğinde sağlık sorunu yaşama durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş, bebeğinde sağlık sorunu olan kadınların postpartum depresyon puan ortalamasının, bebeğinde sağlık sorunu olmayan kadınların postpartum depresyon puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmaya katılan vaka grubunda yer alan kadınların emzirmeme nedenleri ile postpartum depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Vücudu bozulduğu için emzirmediğini ifade eden kadınların postpartum

depresyon puan ortalamasının, emzirmeyi istememe, çocuğu istememe, meme problemleri yaşama ve emzirirken stress-kaygı yaşama nedenleriyle bebeğini emzirmediğini ifade eden kadınların postpartum depresyon puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır.



**Tablo 4.9. Kontrol ve Vaka Grubundaki Kadınların Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Özelliklerine Göre Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Özellikler	Kategoriler	KONTROL GRUBU				VAKA GRUBU			
		Depresyon		Fagerstrom		Depresyon		Fagerstrom	
		Ort±SS	Test değeri ve p değeri	Ort±SS	Test değeri ve p değeri	Ort±SS	Test değeri ve p değeri	Ort±SS	Test değeri ve p değeri
Yaşam boyu toplam 100 adet (5 paket) sigara içme	Evet	5.39±2.91		4.16±3.09		18.68±4.08		4.0.26±2.33	
	Hayır	-	t=-0.302 p=0.001	4.80±2.58	t=1.447 p=0.621	18.90±4.26	t=-0.302 p=0.001	-	t=-1.354 p=0.218
Halen sigara içme durumu	İçen	11.51±5.6		5.82±1.87		12.38±8.22		6.0.35±2	
	İçmeyen	9.80±5.70	t=1.139 p=0.336	3.42±2.41	t=1.343 p=0.730	8.8±4.28	t=0.249 p=0.862	3.18±2.14	t=-1.427 p=0.158
Sigaraya başlama nedeni	Arkadaş grubu ısrarı	5.85±2.35		4.83±2.51		18.92±4.94		5.36±3.07	
	Stres	5.91±2.15		4.44±2.78		20.37±4.48		4.56±2.12	
	Merak	5.50±3.73		4.45±3.55		17.77±3.13		4.15±2.43	
	Sigara içen çevre	5.37±2.13	F=0.772 p=0.573	2.00 ±3.39	F=0.697 p=0.629	18.33±4.41	F=1.198 p=0.315	4.36±2.16	F=0.964 p=0.444
	Özenti	4.00 ±2.92		4.33±3.51		18.55±3.83		3.93±2.12	
	Yalnızlık	4.00 ±4.12		3.00 ±4.35		18.04±3.63		3.60±2.32	
Geçen bir yılda sigarayı bırakma deneyimi	Evet	5.00 ±3.09		-		19.36±3.93		-	
	Hayır	5.67±2.77	t=-0.982 p=0.329	4.16±3.09	-	18.62±4.10	F= 0.573 p=0.567	4.26±2.33	-
Gelecek 6 ay içerisinde sigarayı bırakma niyeti	Evet	6.80±3.03		2.60±2.60		16.5±4.12		2.50±2.08	
	Hayır	5.52±2.74	t=0.964 p=0.341	4.36±3.12	t=-1.208 p=0.234	18.70±4.10	t=-1.052 p=0.295	4.33±2.32	t=-1.554 p=0.123

Araştırmada kontrol ve vaka grubunda yer alan kadınların sigara kullanım alışkanlığına ait özelliklerinin Fagerstrom ve Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Kontrol ve vaka grubundaki kadınların yaşamı boyunca toplam (100 adet) 5 paket sigara içme durumu, halen sigara içme durumu, sigaraya başlama nedenleri, geçen yıldaki bırakma deneyimleri ve gelecek altı ay içerisindeki bırakma niyetleri ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol ve vaka grubundaki kadınların yaşamı boyunca toplam (100 adet) 5 paket sigara içme durumları ile postpartum depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre vaka grubunun depresyon puan ortalamasının kontrol grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Table 4.10. Lojistik Regresyon Analizi**

Değişkenler	Kategoriler	B	Std. Hata	Wald	p	Exp (β) Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
							Min	Max
Yaş (Ref. Kat: 19-29 yaş)	30-42 yaş	-0.813	0.437	3.460	0.063	0.443	0.188	1.045
Eğitim durumu (Ref. Kat: İlköğretim)	Ortaöğretim	-0.997	0.805	1.534	0.216	0.369	0.076	1.788
	Yükseköğretim	-1.183	0.821	2.077	0.150	0.306	0.061	1.531
Aile tipi (Ref. Kat: ve geniş aile)	Çekirdek	1.887	0.458	0.215	0.305	0.062	0.028	2.850
Gelir durumu (Ref. Kat: Gelir giderden az)	Gelir gidere denk	-1.246	0.503	6.143	<b>0.013</b>	0.288	0.107	0.771
	Gelir giderden fazla	-1.860	0.654	8.099	<b>0.004</b>	0.156	0.043	0.560
Çalışma durumu (Ref. Kat çalışmıyor)	Çalışıyor	0.145	0.485	1.207	0.643	0.171	0.059	2.553
Sigara içme (Ref. Kat: İçmeyen)	İçen	0.165	0.250	0.157	0.679	1.317	0.603	2.818
Fagerström (Ref. Kat: çok düşük)	Düşük	-0.758	0.617	1.509	0.219	0.469	0.140	1.571
	Orta	-0.390	0.699	0.312	0.577	0.677	0.172	2.664
	Yüksek	-0.042	0.565	0.005	0.944	0.959	0.317	2.900
	Çok yüksek	1.993	0.792	6.339	<b>0.012</b>	7.340	1.555	34.645

<b>Kronik hastalık durumu</b> (Ref. Kat: Hayır)	Evet	0.188	0.450	0.175	0.675	1.207	0.500	2.915
<b>Gebelik şekli</b> (Ref. Kat: Normal yol ile olan)	Tedavi	-0.894	0.541	2.724	0.099	0.409	0.142	1.182
<b>Düzenli kontrole gitme</b> (Ref. Kat: Hayır) Evet	Evet	-0.242	0.657	0.485	1.207	0.643	0.171	2.559
<b>Emzirme durumu</b> (Ref. Kat: Hayır) Evet	Evet	-0.613	0.397	3.150	0.173	0.483	0.278	1.063
(Ref. Kat: Hayır) Evet		-1.369	0.621	2.067	0.110	0.407	0.161	2.486
<b>Sabit terim</b>		2.568	1.132	5.143	<b>0.023</b>	13.036		
<p><b>Bağımlı Değişken:</b> Postpartum depresyon (Ref. Kat: “Var” ifadesi alınmıştır)</p> <p>Model Uyum Chi Square=16.073 <b>p&lt;0.041</b></p> <p>Cox&amp;Snell=0.178</p> <p>Nagelkerke=0.256</p>								

Yukarıdaki tabloda postpartum depresyonun bağımlı değişken, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi, çalışma durumu, düzenli kontrole gitme, bebekte sağlık sorunu, emzirme durumu, Fagerström nikotin bağımlılık düzeyleri, kronik rahatsızlık olma durumu ve son gebeliğin oluşma şeklinin bağımsız değişkenler olduğu Binary Lojistik Regresyon modeli kurulmuştur.

Paralellik varsayım testine göre modelin varsayımı sağladığı ( $p>0.05$ ) model iyiliğinin iyi olduğu ( $p<0.041$ ) ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %25'ini açıkladığı belirlenmiştir.

Yaş, eğitim durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu ve son gebeliğin oluşma şekli bağımsız değişkenlerinin, bağımlı değişken postpartum depresyon görülme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Katılımcılardan gelir düzeyi az olanların, gelir düzeyi eşit olanlara göre %71.2 oranında postpartum depresyon görülme olasılığının olduğu söylenebilir. Ayrıca gelir düzeyi az olanların, gelir düzeyi fazla olanlara göre %84.4 oranında postpartum depresyon görülme olasılığının olduğu tespit edilmiştir.

Nikotin bağımlılığının düşük, orta ve yüksek düzey olmasının postpartum depresyon görülme durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Ancak nikotin bağımlılık düzeyi çok yüksek olanlarda postpartum depresyon görülme olasılığının, nikotin bağımlılık düzeyi çok düşük olanlara göre 7.34 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip olma durumunun, gebeliğin oluşma şeklinin postpartum depresyon üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Lojistik regresyon modelinde sabit terimin anlamlı bir etkisinin olduğu regresyonu yapılan bağımsız değişkenlerin %95 güven aralığında postpartum depresyonu açıkladığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, doğum sonrası dönemde kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış, tartışma kısmında araştırma bulguları literatür taraması doğrultusunda tartışılmıştır.

Doğum sonrası (postpartum) dönem, kadınların hormonal ve fiziksel değişikliklere uyum sağladığı, doğumdan sonra iyileştiği, katılan birey ile değişen aile sorumluluklarını deneyimlediği ve yeni doğan bebeklerini beslerken uyku yoksunluğuna katlandığı önemli bir zorluk ve ihtiyaç zamanıdır (Gülşen ve ark., 2018). Bu zorluklarla baş etmede güçlük yaşayan kadında gebelik öncesi ve doğum sonrası süreçte ruhsal sorunlar görülebilir. Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası kadın sağlığını etkileyen en yaygın psikolojik sorunlardan biridir (Çevik ve ark., 2021).

Araştırmamızda PPD varlığının doğum eyleminden yaklaşık 2 ay sonra ortaya çıktığı/ tanındığı bilindiği için, araştırma kadınlara doğum sonrası 8. haftadan sonra uygulanmıştır. Bu hafta aralığından sonra uygulanan çalışmalarda PPD'nin dünya çapında yaygınlık oranı %6 ila %86 arasında değişkenlik göstermiştir (Şekil 2). Doğum istatistikleri yılına göre 2001 yılında annelerin ortalama doğum yapma yaşı 26.7 iken 2022 yılında 29.2 olarak verilmiştir (TUİK, 2022). Araştırmaya katılan ve tamamı doğum sonrası dönemde olan kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamaları  $29.57 \pm 5.21$  (min-max 19-40) yaş, vaka grubundaki kadınların yaş ortalaması ise  $30.29 \pm 4.96$  (min-max 30-42) yaştır (Tablo 4.1). Benzer şekilde Pamuk ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptıkları çalışmada postpartum dönemdeki annelerin yaş ortalaması  $29.49 \pm 5.18$  yaş, Ahmadpour ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı çalışmada postpartum dönemdeki kadınlarda yaş ortalaması 28.7 yaş, başka bir çalışmada ise  $30.57 \pm 6.3$  yaş olarak bulunmuştur (Şitu ve ark., 2019). Araştırma ve literatürde yer alan çalışmalarda doğum yapmış kadınların yaş ortalamalarına ilişkin elde edilen bulgular, doğurganlık düzeyinin yüksek olarak beklendiği 20-30 yaş aralığı ile uyum göstermektedir.

Sigarayı bırakma eylemi sigarada bulunan nikotin gibi yüksek derecede bağımlılık yapan bir maddeden oluştuğu için her bireyi bunaltan zor bir iştir. Doğum sonu dönemde anneye yoksunluk belirtileri, ruh hali değişiklikleri ve depresif duygular eşlik eder. Doğum sonrası dönemde anneler arasında sigara içme ve depresyonun sıklıkla birlikte ortaya çıktığı bildirilmektedir (Salimi ve ark., 2015). Vaka grubunun

Fagerström ölçeği ile Edinburgh ölçeği puanı arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5, Tablo 4.6). Nikotin bağımlılık düzeyi çok yüksek olanlarda postpartum depresyon görülme olasılığının, nikotin bağımlılık düzeyi çok düşük olanlara göre 7.34 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Anastasopoulou ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı bir çalışmada gebelikte sigara içen ve doğum sonrası dönemde de sigara kullanımına devam eden kadınlarda sigara kullanımının depresyona etki eden bir faktör olduğu ve pozitif yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur. Literatürde, sigara içme ve postpartum depresyon arasında anlamlı olarak pozitif yönde ilişki varlığını ortaya koyan birçok çalışma yer almaktadır (Anastasopoulou ve ark., 2022; Chen ve ark., 2018; Dagher ve ark., 2012; Şenol ve ark., 2019; Tong ve ark., 2016; Yook ve ark., 2022). Yürütülen birçok çalışmada, gebelik ve doğum sonrası süreçte sigara içen ve içmeye devam eden kadınlarda depresif belirtilerin ve postpartum depresyon görülme olasılığının 1.38 ile 3.77 kat arasında arttığı ortaya konulmuştur (Allen ve ark., 2009; Chen ve ark., 2018; Cui ve ark., 2020; Dagher ve Shenessa, 2012; Gheedrahmati ve ark., 2017; Keleş ve ark., 2009; Salimi ve ark., 2015). Sürekli sigara içen kadınların PPD yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Barber ve ark., 2021). Araştırma ve literatür bulguları sigara içme ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmamızda nikotin bağımlılık düzeyi çok yüksek olanlarda postpartum depresyon görülme olasılığının, nikotin bağımlılık düzeyi çok düşük olanlara göre 7.34 kat daha fazla olduğuna yönelik elde ettiğimiz bulguya dayalı olarak; sigara içen kadınlara sağlık çalışanları ve özellikle hemşireler tarafından gebelik öncesi dönemden itibaren sigaranın zararları ve sigara bağımlılığı konusunda eğitim verilmesi, gebelikte ve postpartum dönemde sigara içen kadınlara sigara bırakırma danışmanlığı sunulması önerilebilir. Kadınlarda sigara bağımlılığının önlenmesinin, postpartum depresyon görülme olasılığını azaltacağı bulgusundan da yola çıkarak, etkin sigara bırakırma danışmanlığının hem gebelik hem de postpartum dönemde anne ve bebek sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kontrol ve vaka grubundaki kadınların yaşamı boyunca toplam (100 adet) 5 paket sigara içme durumları ile postpartum depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş, vaka grubunun depresyon puan ortalamasının kontrol grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir

(Tablo 4.9). Yook ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı bir çalışmada 2 paket/yıl sigara içenlerde doğumdan sonraki iki yıl içinde PPD gelişme riskinin arttığı, 10 paket/yıl fazla sigara içenlerde, sigara içmeyenlere kıyasla en yüksek PPD gelişme oranına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Gyllström ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada, kadınların postpartum süreçte günlük içtikleri sigara sayısı arttıkça, depresif ruh haline sahip olma olasılıklarında bir artış olduğu saptanmıştır. McCabe ve arkadaşları (2004) yaptığı bir çalışmada ise yüksek düzey sigara bağımlılığı ile depresyon arasında ilişki olduğu, günlük sigara tüketim miktarının 10 ve üzeri olduğu durumda depresyon düzeyinin de arttığı ortaya çıkmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, kadınların sigara kullanımı devam ettikçe ve tükettikleri sigara sayısı arttıkça doğum sonrası dönemde postpartum depresyon görülme riskinin de arttığı söylenebilir.

Araştırmada vaka ve kontrol grubunda yer alan kadınların eğitim durumları ile depresyon ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7). Annenin eğitim seviyesinin postpartum depresyon ile ilişkisinin olmadığını ortaya koyan birkaç çalışma, araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir (Mercan ve ark., 2021; Şitu ve ark., 2019; Zejnnullahu ve ark., 2021). Literatürde, postpartum depresyon ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki konusunda bulgu farklılıkları olduğu görülmüştür. Japonya’da yapılan bir çalışmada daha düşük bir eğitim seviyesinin daha yüksek doğum sonrası depresyon ve semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Matsumura ve ark., 2019). Literatürde bu görüşü savunan başka araştırmalar da mevcuttur (Moya ve ark., 2023; Yadav ve ark., 2020). Postpartum depresyon ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik literatürde yer alan bulgu farklılıklarının ülkelerin gelişmişlik düzeylerindeki ya da çalışılan örneklem gruplarının sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada kontrol grubunda yer alan ve kronik hastalığa sahip olan kadınların postpartum depresyon ölçek puan ortalamaları kronik hastalığı olmayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Sağlık sorunu olan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranınının yüksek oluşuna yönelik literatürde yer alan diğer çalışma bulguları da araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir (Adekunle ve ark., 2019; Endres ve ark., 2021; Poidevin ve ark., 2018). Araştırma ve literatür

bulguları, kronik hastalığa sahip olmanın kadınlarda postpartum depresyon riskini artırdığını ortaya koymaktadır. Bu durumun, mevcut kronik hastalığın yönetim yüküne ek olarak doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili sorumlulukların eklenmesine bağlı olarak kadınların ruhsal sağlık sorunları yaşama olasılıklarının artması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada kontrol ve vaka grubunda yer alan kadınların gelir düzeyleri arttıkça nikotin bağımlılık düzeylerinin de arttığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7). Araştırmada vaka grubunda yer alan ve çalışan kadınların Fagerstrom ölçek puan ortalamalarının vaka grubunda yer alan ve çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7). Çalışma hayatının sorumluluğu, artan stress ve iş yükü ile kadınların sigara kullanma oranlarının arttığı bildirilmektedir (DSÖ, 2019; Moosazadeh ve ark., 2013; O'Connell ve ark., 2022; Selim ve Sülükçüler, 2023; Titus ve ark., 2019). Literatürde gelir düzeyi arttıkça sigara tüketiminin (İpek, 2019; Oğuztürk ve Gülcü, 2012) ve sigara içme süresinin arttığını (Selim ve Sülükçüler, 2023) ortaya koyan başka çalışmalar da mevcuttur. Gelir düzeyi yüksek olan ve çalışan bireylerde sigara tüketiminin ve sigara içme süresinin daha fazla olduğunu ortaya koyan araştırma ve literatür bulguları uyumludur. Bu bulgulara dayalı olarak, çalışan ve gelir düzeyi iyi olan kadınların hem artan sorumluluklarla baş etmede etkisiz bir yol olarak sigara içme davranışına yönelmiş olabilecekleri hem de gelir düzeyi düşük olan kadınlara göre daha rahat bir şekilde sigara satın alma ve tüketme yoluna gidebilmiş olabilecekleri söylenebilir. Bu araştırma ve literatürde yer alan diğer çalışma bulgularından farklı olarak Bridgette ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları bir çalışmada; geliri yoksulluk seviyesinin altında olan kadınların sigara içme oranlarının, geliri yoksulluk seviyesinde veya üzerinde olan kadınlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan ve yoksulluk içinde yaşayan insanların içinde buldukları olumsuz yaşam koşullarıyla baş etmek için etkisiz bir yöntem olarak "sigara içme davranışına" yönelmiş olduklarını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak sigara gibi zararlı maddeleri kullanma alışkanlığı kazanmada, hem kötü hem de iyi düzeyde ekonomik koşullara sahip olmanın iki yönlü olarak etkide bulunabileceği düşünülebilir.

Postpartum dönemde artarak süregelen depresif semptomlar yaşayan kadınlar, emzirmeyi daha erken sonlandırmaya eğilimlidir ve emzirmeme nedenleri arasında

anneye ait doğum şekli, bebeğin sağlık durumları, stres, tecrübesizlik, ruh hali, yorgunluk vb. emzirmek istememe nedenleri yer alabilir (Allen ve ark., 2018; Başer ve ark., 2018; Dias ve ark., 2015; Ystrom ve ark., 2012). Araştırmaya katılan ve vaka grubunda yer alan kadınların emzirmeme nedenleri ile postpartum depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Vücudu bozulduğu için emzirmediğini ifade eden kadınların postpartum depresyon puan ortalamaları emzirirken stres-kaygı duyan, meme problemleri yaşayan, çocuğu istemediği için emzirmeyen ve emzirmek istemeyen kadınlardan daha yüksek saptanmıştır. Başer'in (2018) çalışmasında bebeğini emzirmek istemeyen annelerin %92.9'unda PPD saptanmıştır ve emzirmek istememe durumu ile PPD varlığı arasında istatistiki olarak yüksek oranda anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda da benzer şekilde annenin depresif semptomlarının emzirme ve/veya emzirme parametreleri üzerinde anlamlı, negatif etkisi bulunmuştur (Babür ve ark., 2022; Feldens ve ark., 2012). Araştırma ve literatür bulguları, kadınların doğum sonrası dönemde içinde buldukları ruh halinin emzirme davranışlarına yansiyebileceğini, aynı zamanda meme problemi gibi emzirme ile ilgili sorunlar yaşamanın da postpartum depresyon üzerinde etkisi olabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik şekilleri arasında Fagerstrom puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Tedavi yoluyla gebe kalanların sigara kullanımı daha fazla olmaktadır. Hornstein (2016) çalışmasında tedavi görüp gebe kalan kadınların sigara içme oranının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Başka bir çalışmada IVF denemesi ile gebe kalan kadınların gebelik sırası ve sonrasında sigara içmeyi önemli ölçüde azalttıkları ve bırakmaya başladıkları bulunmuştur (Anastasopoulou ve ark., 2022). Tedavi ile gebe kalan kadınların sigara içme oranlarının ve dolayısıyla bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olmasının, tedavi sürecinde yaşadıkları stresle baş etmek için etkisiz bir yol olarak sigara içme davranışına yönelmeleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Anastasopoulou ve arkadaşlarının (2022) tedavi ile gebe kalan kadınların gebelik gerçekleştikten sonra sigara içme oranlarını azaltmalarına ve sigarayı bırakmaya başlamalarına ilişkin ortaya koydukları bulgu, kadınların istedikleri sonucu (gebe kalma) elde etmenin verdiği rahatlama ile birlikte stres düzeylerinin de azalarak sigara içme davranışından uzaklaşmış olabileceklerini göstermektedir.

Araştırmada kontrol grubunda yer alan gebeliği süresince düzenli doktor kontrolüne giden kadınların nikotin bağımlılık düzeylerinin düzenli olarak kontrole gitmeyen kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Literatürde araştırma bulgularını destekler nitelikte olan çalışmalar da mevcuttur (Leal ve ark., 2017; Wynne ve ark., 2020). Araştırma ve literatür bilgileri, düzenli sağlık kontrollerinin kadınların sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını değiştirmede etkili olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada kontrol grubunda yer alan kadınların gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşama durumları ve doğum sonrası bebekte sağlık problemi yaşama durumları ile postpartum depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Gebelik sürecinin kadın için sağlık problemleriyle geçmesi, gebeliğin devamının sağlanması, doğum ve doğum sonrası süreçte anne ve bebeğin yaşamını tehlikeye atmakta ve PPD için risk faktörü oluşturmaktadır (Alshikh ve ark., 2021; Showers ve ark., 2021). Literatürde doğum sonrası yenidoğanın yoğun bakımda kalması, doğum ağırlığının azalması, bebekte kolik görülmesi gibi bebekte yaşanan sağlık problemleri ile annede PPD gelişmesi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Durukan ve ark., 2011; Erdoğan ve ark., 2014; Öztürk ve Saruhan, 2013). Türkoğlu ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada gebelikte sağlık sorunu yaşayan, doğumda sorun yaşayan, doğum sonrası bebeğinin sağlık sorunu olan annelerin postpartum depresyona yatkın olduğu bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada PPD ile ilişkili en önemli faktörün yenidoğan yoğun bakım oranı olduğu ve depresyonu yaklaşık 4.4 kat arttırdığı belirtilmiştir. Erdoğan ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ise infantil kolikli bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon puan ortalamaları kolik olmayan bebeklerin annelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Tüm bu çalışmalar araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir ve doğum sonrası süreçte bebeğine ve ortaya çıkan gereksinimlerine uyum göstermeye çalışan lohusa kadında, kendisinde ve/veya bebeğinde ortaya çıkan sağlık sorunlarının ek bir stresör oluşturabileceği ve uyum sürecini zorlaştırarak annenin ruhsal sağlığını olumsuz etkilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada tedavi yoluyla gebe kalan kontrol grubundaki kadınların normal yolla gebe kalan kadınlardan postpartum depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Spontan yolla gebe kalamadığından tüp

bebek gibi yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlar duygusal, fiziksel ve ekonomik olarak daha çok zorlanmalar yaşamaktadır. Monti ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda doğum sonu dönemde depresif belirti düzeylerinin normal yolla gebe kalan kadınlara göre yüksek olduğunu bulunmuştur. Burgut ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise infertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlarda, infertilite öyküsünün PPD için risk faktörü olduğu saptanmıştır. Bebek sahibi oluncaya kadar yaşanan tedavi süreçlerinin özellikle kadınlar üzerinde stres ve baskı oluşturduğuna yönelik literatürde yer alan bulgular ve araştırma bulgularımız tutarlılık göstermektedir. Tedavi ile gebe kalan kadınlar, gebelik ve postpartum dönemde, tedavi ile ilişkili veya önceden yaşadığı stresörlere de bağlı olarak depresyon için risk altında olabilmekte, normal yol ile gebe kalan kadınlara göre aile içi rollerine ilişkin daha fazla zorluk ve kaygı yaşayabilmekte, bu nedenle daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilmektedirler.

Araştırmada kontrol ve vaka grubunda yer alan kadınların gelir düzeyi az olanların, gelir düzeyi eşit olanlara göre %71.2 oranında, gelir düzeyi az olanların, gelir düzeyi fazla olanlara göre %84.4 oranında postpartum depresyon görülme olasılığının olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.10). Yapılan farklı bir çok çalışmada ekonomik durumla PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Şahin'in (2018) yaptığı bir çalışmada PPD prevalansının, düşük gelirli olan doğum sonrası dönemdeki kadınlarda, yüksek gelirli kadınlara kıyasla üç kat artmış olduğu belirlenmiştir. İnandı ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada ailenin düşük gelirli olması durumunda 3.3 kat, çok düşük gelirli olması durumunda ise 6.15 kat daha fazla PPD görüldüğü bildirilmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar aileye yeni üyenin katılmasıyla annede ve bebekte olası ya da mevcut sağlık problemleri yaşanabilmesi, bebeğin bakım ve beslenme gereksinimlerinin ortaya çıkması, dolayısıyla bebeğe yönelik harcamaların da artmasıyla maddi yönden stres ve kaygı duyabilmektedir. Doğum sonrası süreçte yaşanan tüm bu değişimlerin ve aile bütçesinde ortaya çıkan ek maddi harcamaların, özellikle gelir düzeyleri yetersiz olan annelerin ruhsal durumunu etkileyebileceği ve PPD gelişimine yatkınlık oluşturabileceği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Doğum sonrası dönemde kadınlardaki sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Araştırmaya katılan kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 29.57, vaka grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının ise 30.29 yaş olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).
- Vaka grubundaki kadınların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre Vaka grubundaki kadınların depresyon düzeyi arttıkça sigara bağımlılık düzeyinin de arttığı, depresyon puanı azaldıkça sigara bağımlılığının da azaldığı söylenebilmektedir (Tablo 4.5).
- Sigara kullanım düzeyleri ile depresyon görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre postpartum depresyonu olan kadınların %27.8'inde *yüksek düzeyde* sigara bağımlılığı görülürken, postpartum depresyonu olmayan kadınların %14'ünde *düşük düzeyde* sigara bağımlılığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Yaşamı boyunca toplam 100 adet 5 paket sigara içtiğini belirten vaka ve kontrol grubu katılımcılarının depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hala sigara kullanan vaka ve kontrol grubu katılımcılarının (hergün ve arasıra) içenlerin EPDS ve Fagerström puanları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sigara içen vaka grubu katılımcılarının kontrollere göre depresyon puanının daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.
- Kontrol grubunda yer alan kadınların hala sigara içenler ile ara sıra Fagerstrom puanları anlamlı bir farklılık bulunmuş hergün sigara içenlerin sigara bağımlılık düzeyinin, ara sıra içenlerden daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7).
- Kontrol ve vaka grubunda gelir durumları yönünden Fagerstrom ölçek puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık görülmüştür. ( $p<0.05$ ). Kontrol

ve vaka grubunda gelir düzeyi birbirine eşit olanların ve geliri düzeyi fazla olan insanların, gelir düzeyi az olanlardan daha fazla sigara bağımlılığı gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.8)

- Vaka grubunda yer alan kadınların çalışma durumu düzeyleri arasında Fagerstrom ölçek puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık görülmüş çalışan kadınların çalışmayanlardan daha fazla sigara bağımlılığı gösterdiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.9)
- Kontrol grubunda yer alan kadınların kronik rahatsızlıkları olanlar ile olmayanlar arasında depresyon ölçek puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık görülmüş kronik rahatsızlığı olanların depresyon puan ortalamasının kronik rahatsızlığı olmayanların puanından daha yüksek belirlenmiştir( $p<0.05$ ) (Tablo 4.10)
- Araştırmada kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik şekilleri arasında Fagerstrom ve depresyon puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş tedavi yoluyla gebe kalan kadınların normal yolla gebe kalan kadınlardan daha fazla postpartum depresyon gösterdiği ve bağımlılığının fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).
- Gebelik süresince herhangi bir sağlık problemi yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında depresyon puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş gebelik süresince herhangi bir sağlık problemi yaşayanların yaşamayanlardan daha fazla postpartum depresyon gösterdiği bulunmuştur( $p<0.05$ ) (Tablo 4.9).
- Gebelik süresince düzenli kontrole gidenler ile gitmeyenler arasında Fagerstrom puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur düzenli olarak kontrole giden kadınların sigara bağımlılığının, kontrole gitmeyenlerden daha az olduğu belirlenmiştir( $p<0.05$ ) (Tablo 4.9).
- Bebek bakımıyla ilgili eğitim alanlar ile almamayanlar arasında Fagerstrom puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bebek bakımıyla ilgili doktor ve ebe-hemşireden eğitim alan kadınların sigara bağımlılığının akraba-komşudan eğitim alanlardan daha az olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9).
- Bebeğinde sağlık sorunu yaşayanlar ile yaşamayanların arasında depresyon puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş bebeğinde sağlık

sorunu olan kadınların depresyon düzeyinin, sorun yaşamamış olan annelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur( $p<0.05$ ) (Tablo 4.9).

- Araştırmaya katılan vaka grubunda yer alan kadınların emzirmeme nedenleri arasında depresyon puanları ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Vücudu bozulduğu için emzirmeyenlerin depresyon düzeyinin emzirirken stres- kaygı duyanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).
- Kontrol ve vaka grubunda yaşam boyu 100 adet sigara içme durumu, sigaraya başlama nedenleri, bırakma deneyimleri ve bırakma niyeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.10).
- Paralellik varsayım testine göre modelin varsayımı sağladığı ( $p>0.05$ ) model iyiliğinin iyi olduğu ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %25'ini açıkladığı belirlenmiştir (Tablo4.11).
- Yaş, eğitim durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu ve son gebeliğin oluşma şekli bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken postpartum depresyon görülme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo4.11).
- Katılımcılardan gelir düzeyi az olanların, gelir düzeyi eşit olanlara göre postpartum depresyon görülme olasılığının  $[(1-0.288) *100] =\%71.2$  daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca gelir düzeyi az olanların, gelir düzeyi fazla olanlara göre postpartum depresyon görülme olasılığının  $[(1-0.156) *100] =\%84.4$  daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).
- Sigara bağımlılık düzeyinin düşük, orta ve yüksek düzey olmasının postpartum depresyon görülme durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Ancak sigara bağımlılık düzeyi çok yüksek olanların, sigara bağımlılık düzeyi çok düşük olanlara göre postpartum depresyon görülme oranının 7.34 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11).

## 6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları ışığında;

Araştırmada, doğum sonrası dönemde sigara kullanımının postpartum depresyon ile ilişkisi olduğu belirtildiğinden, gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadınlara sigara kullanımının zararları konusunda farkındalık oluşturacak çalışmalar planlanmalı,

- Postpartum dönemdeki sigara kullanan özellikle sigara bağımlılık düzeyi yüksek kadınlara sigara kullanımını azaltmaya ve bırakmaya yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Sigara kullanan kadınların bırakma deneyiminde bir takım güçlüklerle karşılaştığı göz önünde bulundurularak yapılacak olan danışmanlık ve eğitimlere özellikle eşlerin de dâhil edilmesi bu sayede postpartum depresyonu olan annenin postpartum depresyonunu da azaltması öngörüldüğü,
- Gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların postpartum depresyon düzeylerinin belirlenerek önlemler alınması, kadınların hemşireler tarafından desteklenmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmeti, konumu gereği gebelik öncesinde, gebelikte, 15-49 yaş kadın izlemi sırasında ve doğum sonrası çocuk izlemlerinde kadınlarda sigara ile mücadelede sağlık personeline önemli fırsatlar sunmaktadır. Sağlık personelinin konu hakkında duyarlılığı göstermesi gerekmektedir.
- Doğum sonrası dönemde sigara kullanan kadınların postpartum depresyon ile ilişkisini ortaya koymak için daha geniş örneklem üzerinde araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Hemşirelerin doğum eyleminin hemen sonrasında depresif belirtiler açısından anneyi değerlendirmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme için doğum sonrasında EPDÖ'nin sağlık kurumlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Adamcova, K., Kolatorova, L., Chlupacova, T., Simkova, M., Jandikova, H., Parizek, A., Starka, L., Duskova, M. (2017) Changes to fetal steroidogenesis caused by maternal smoking. 26;66, 375-386.  
DOI: [10.33549/physiolres.933728](https://doi.org/10.33549/physiolres.933728)
2. Ahmed, F., Jean- Baptiste, J., Thompson, A., Nwokorie, U., Nya, G.E., Bassey Go. (2019) Effects of maternal tobacco smoking on breast milk composition and infant development: A Literature review. *J Bacteriolmycol Open Access*, 7:107-10.  
DOI: [10.15406/jbmoa.2019.07.00254](https://doi.org/10.15406/jbmoa.2019.07.00254)
3. Aksoy, Y. E., Ünal, F., İnçke, G., Çil, G., Oruç, K., Yilmaz, T., S. D. (2016). Postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 90-96.
4. Aktaş, M. C., Şimşek, Ç., & Aktaş, S. (2017). Postpartum depresyonun etiyojisi: kültür etkisi. *jaren/hemşirelik akademik araştırma dergisi*, 3(Supp: 1), 10-13.
5. Al-Abri, K., Edge, D., & Armitage, Cj (2023). Perinatal depresyonun prevalansı ve korelasyonları. *sosyal psikiyatri ve psikiyatrik epidemiyoloji*, 1-78.
6. Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the middle east: a systematic review and meta analysis. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):542
7. American Psychiatric Association. (2016). What is postpartum depression and anxiety.
8. American Psychiatric Association: (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (dsm-5), 5th ed. arlington american psychiatric publishing.
9. A.P. (2013). E-cigarette use during pregnancy & breastfeeding:
10. A.P. (2013). Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (dsm-5) tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Erişim Tarihi :31 Aralık 2020.
11. Anastasopoulou, Sv., Bonotis, Ks., Hatzoglou, C., Dafopoulos, Kc Gourgoulisanis, K.İ. (2022). Perinatal depresyonu ifade eden kadınlarda sigara içme örüntüleri ve anksiyete faktörleri. *kadın sağlığı raporları*, 3 (1), 198-206.
12. Arslantaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Sarı, E., Şahbaz, M., Kurnaz, D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun paspartumu depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 239-250.

13. Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2021). Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-8.
14. Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 147-152.
15. Bachour, P., Yafawi, R., Jaber, F., Choueiri, E., Abdel-Razzak, Z. Effects of smoking, mother's age, body mass index, and parity number on lipid, protein, and secretory immunoglobulin a concentrations of humanmilk. *Breastfeedmed*. 2012;7(3), 179-188. DOI: [10.1089/bfm.2011.0038](https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0038)
16. Bağcıççek, H. (2016). Kadınların gebeliklerinde ve doğum sonrası dönemde sigara kullanımlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi 21(1):542
17. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli. Shortand long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review *translmed*. 2015;13(327), 1-7. DOI: [10.1186/s12967-015-0690-y](https://doi.org/10.1186/s12967-015-0690-y)
18. Banker, J. E., & Lacoursiere, D. Y. (2014). Postpartum depression: risks, protective factors, and the couple's relationship. *issues in mental health nursing*, 35(7), 503–508. DOI: [10.3109/01612840.2014.888603](https://doi.org/10.3109/01612840.2014.888603)
19. Barber, G. A., Shenassa, E. D. (2021). Smoking status: a tacit screen for postpartum depression in primary care settings. *journal of affective disorders*, 295, 1243-1250. DOI: [10.1016/j.jad.2021.09.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.033)
20. Başer, D. A. (2018). Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 276-285.
21. Behrooz, L., Balekian, D. S., Faridi, M. K., Espinola, J. A., Townley, L. P., Camargo, C. A. (2018). Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and risk of severe bronchiolitis during infancy. *Respiratory Medicine*, 140, 21-26.
22. Beji, NK, Kaya, G, Savaşer, S. (2021). Kadın sağlığının önceki sorunları. 4 (1), 105-112.
23. British Medical Association (Bma) (2017). Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health.
24. Brummelte, S., Chau, C. M., Cepeda, I. L., Degenhardt, A., Weinberg, J., Synnes, A. R., & Grunau, R. E. (2015). Cortisol levels in former preterm children at school age are predicted by neonatal procedural pain-related stress. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 151-163. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2014.09.018](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.09.018)

25. Burgut, F. T., Bener, A., Ghuloum, S., & Sheikh, J. (2013). A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2), 90-97. DOI: [10.3109/0167482X.2013.786036](https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.786036)
26. Çankaya, S., Yilmaz, S. D., Ruveyde, C. A. N., & Kodaz, N. D. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 232-240.
27. Çatak, B., Öner, C., Sütü, S., & Kılınç, S. (2017). Where are we standing on postpartum care? A cross-sectional community-based study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(4), 256-264.
28. Çelik, Z. H., & Sevi, O. M. (2020). Sigarayı bırakma tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 54-71.
29. Çevik, A., & Sultan, A. L. A. N. (2021). Oksitosin düzeyi ile postpartum depresyon arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 164-169.
30. Çınar, N., Topal, S., & Altınkaynak, S. (2015). Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. *Journal of Human Rhythm*, 1(2), 52-57.
31. Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., & 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), 48–60. DOI: [10.1891/1058-1243.24.1.48](https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.48)
32. Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., White, D. B. (2021). Perinatal depression: challenges and opportunities. *j womens health (larchmt)*, 30(2), 154-159. DOI: [10.1089/jwh.2020.8862](https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862)
33. Dağlar, G., Naim, N. U. R., Bilgiç, D., & Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 27-40.
34. Deliktas, A., Korukcu, O., & Kukulu, K. (2015). Farklı gruplarda annelik deneyimi. *clinical and experimental health sciences*, 5(4), 274-283.
35. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. (2016). Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make childbirth *Haseki Tıp Bülteni*; 54:83–90.
36. Demir, E., & Hadimli, A. (2021). Düzenli antenatal bakım hizmetinin sunumu: Pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda ebeler için görüşme planı. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(3), 987-993.

37. Demirkol, M. E., Simsek, L., Yilmaz, H., Tamam, L. (2018). Obsessive compulsive disorder in pregnancy and postpartum period/gebelik ve postpartum donemde obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry*, 10(2), 108-120.DOI: 10.18863/pgy.33662
38. Dias, C.C., Figueiredo, B. (2015). Emzirme ve depresyon: *Duygusal Bozukluklar Dergisi*, 171, 142-154.
39. Dolan, C. V., Geels, L., Vink, J. M., Van Beijsterveldt, C. E. M., Neale, M. C., Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2016). Testing causal effects of maternal smoking during pregnancy on offspring's externalizing and internalizing behavior. *Behavior Genetics*, 46(3), 378-388.DOI: 10.1007/s10519-015-9738-2
40. Doswell, W. M., Millor, G. K., Thompson, L., & Braxter, B. (2018). Postpartum depression: A call for advanced practice nurse-led models of care. *Journal of The American Association of Nurse Practitioners*, 30(4), 190-194.
41. Durukan, E., İlhan, M., Bumin, M., & Aycan, S. (2011). Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months.
42. Elbek, O., Kılınç, O., Salepçi, B., Bostan, P., Çetinkaya, PD., Arpaz, S., Dağlı, E. (2021). Küresel yetişkin tütün araştırması ışığında Türkiye'de tütün kontrolü. *Türk Toraks Dergisi*, 22 (1), 90.
43. Erbaş, G., Şengezer, T., Yildirim, U., & Özkara, A. (2020). Ankara'da bir kadın doğum hastanesine başvuran gebelerde sigara kullanımı ve sigara dumanından pasif etkilene durumlarının araştırılması. *Konuralp Medical Journal*, 12(2), 261-269.
44. Erçel, Ö. (2019). Postpartum dönem kadınlarında uyku ve yaşam kalitesi journal of turkish sleep medicine 2020; 1, 23-30. DOI: 10.4274/jtsm.galenos.2019.92400
45. Erdem, Ö., & Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.
46. Erdoğan, F., Kadak M., Kartal V., Arıcı N. (2014). Postpartum depression in mothers of babies with infantile colic yeni symposium 52, 7-11.
47. Erdoğan, A., Hocoğlu, Ç. (2020). Doğum sonrası depresyonun tanı ve tedavisi: Bir gözden geçirme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11(39), 31-37.
48. Ergin, A., Erken, R. R., Til, A., & Kasal, H. (2020). Yarı kırsal bölgede annelerin gebelik ve doğum sonrası sigara içme davranışı. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(1).

49. Feldens, CA., Vitolo, Mr., Rauber, F., Cruz, Ln., Hilgert, Jb. (2012). Güney Brezilya'da emzirmeyi bırakmak için risk faktörleri: Bir hayatta kalma analizi. *Anne ve Çocuk Sağlığı Dergisi*, 16, 1257-1265.
50. Frandsen, M., Thow, M., Ferguson, Sg. (2017). Hamilelik sırasında sigarayı bırakan anne içicilerin profili: tazmanyaya kadınlarının popülasyona dayalı bir kohort çalışması, 2011-2013. *Nikotin ve Tütün Araştırması*, 19 (5), 532-538.
51. Friedman, S. H., Reed, E., & Ross, N. E. (2023). Postpartum psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 1-8. Doi: [10.1007/s11920-022-01406-4](https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4)
52. Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35.
53. Gülşen, Ç., Merih, Y. D. (2018). Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1)
54. Işık, G., Avcı, S. Ç., Çetişli, N. E. (2023). Doğum korkusu yaşayan annelerin doğum deneyimleri: Fenomenolojik bir çalışma. *Journal of Nursology*, 26(1), 34-42.
55. Hahn-Holbrook, J., Saxbe, D., Bixby, C., Steele, C. ve Glynn, L. (2019). "Kronik beslenme" olarak insan sütü: çocuk sağlığı ve gelişimi için çıkarımlar. *Pediyatrik araştırma*, 85 (7), 936-942
56. Hanley, GE., Miller, T., Mintzes, B. (2020). 1997'den 2010'a Kanada, british columbia'da gebelikte psikotropik reçeteli ilaç kullanımına ilişkin bir kohort çalışması. *Journal of Women's Health*, 29 (10), 1339-1349.
57. Hazar, H. U., & Gültekin, S. (2021). Emzirme ve Sigara. *Kaynak Tarama Dergisi*, 30(3), 150-157.
- 58.
59. Horta, Bl, Loret De Mola, C., Victora, C.G. (2015). Emzirmenin kolesterol, obezite, sistolik kan basıncı ve tip 2 diyabet üzerindeki uzun vadeli sonuçları: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Acta Paediatrica*, 104, 30
60. Iliadis, S. I., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylvén, S. M., Sundström-Poromaa, I., Ekselius, L., Skalkidou, A. (2015). Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 539-546.
61. İmancıoğlu, N. (2021). Gebe bilgilendirme sınıfına katılımın gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi: Vaka-kontrol çalışması. *ADÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* DOI:

62. İnandı T., Elçi OÇ., Öztürk A., Eğri M., Polat A., Şahin TK. (2002). Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *Int J Epidemiol*,31:1201-7.
63. Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Katsi, V., & Tousoulis, D. (2019). Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies. *Hellenic Journal of Cardiology*, 60(1), 11-15.
64. Irwin, J. L., Beeghly, M., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2016). Positive predictors of quality of life for postpartum mothers with a history of childhood maltreatment. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1041–1050. DOI: 10.1007/s00737-016-0653-1
65. Kahyaoğlu, S., Özel, Ş., Üstün, Y. E., Erdöl, C. (2018). Gebelik ve sigara bırakma. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), 24-27.
66. Kalp, M. A. E. G., Hastanesi, A. (2016). Anne Sütü ve Emzirme Eğitim Rehberi.
67. Kang, P. S., Mohazmi, M., Ng, Y. M., & Liew, S. M. (2019). Nurses' knowledge, beliefs and practices regarding the screening and treatment of postpartum depression in maternal and child health clinics: A cross-sectional survey. *Malaysian Family Physician: The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 14(1), 18.
68. Karakaş, N. M., Güneş, G., Sarıbiyık, M. (2014). Battalgazi'de postpartum depresyon riski ve etkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 2(1), 1-12.
69. Kaya, M. (2013). The results of coronary artery surgery in women and men under. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, S 45-21(3).
70. Koçak, D. Y., & Büyükkayacı, D. N. (2016). Postpartum depresyon ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi Sempozyum*, 9, 21-26.
71. Kocataş, S., Güler, N., & Sezer, R. E. (2020). Factors affecting smoking behaviors and smoking prevalence in pregnancy and postpartum period of women. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(2), 230.
72. Kolukirik, Ü., Şimşek, H., & Ergör, A. (2019). Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 1-8.
73. Lubotzky-Gete, S., Ornoy, A., Grotto, I. ve Calderon-Margalit, R. (2021). Doğum sonrası depresyon ve 24 aya kadar bebek gelişimi: Ülke çapında nüfusa dayalı bir çalışma. *Duygusal Bozukluklar Dergisi*, 285, 136-143.
74. Madsen, M., Juhl, T., & Davidsen, A. S. (2020). nursing interventions for women with postpartum depression: An integrative review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(3), 261-272.

75. Marakoğlu, K., & Sezer, R. E. (2003). Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 157-164.
76. Mcbain, R. D., Crowther, C. A., & Middleton, P. (2015). Anti-D administration in pregnancy for preventing rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
77. Mehmetoğlu Karakaş, N., Güneş, G. & Sarıbyık, M. (2014). Battalgazi'de Postpartum depresyon riski ve etkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 2 (1), 1-12
78. Meltzer-Brody, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Guintivano, J., Florio, A. D., Miller, W. C., Munk-Olsen, T. (2018). Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. *Depression and Anxiety*, 35(2), 160-167.
79. Monti F, Agostoni F, Fagandini P, Battista La Sala G, Blickstein I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 91(3);851-857
80. Napieralammazelaj A., Merritt TA., Florek E. (2016). Tobacco smoking and breast feeding: effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. *acritical review*.151:321-338. DOI: 10.1016/j.envres.2016.08.002
81. Nnadozie, J. C., & Nweke, G. E. (2017). Self esteem, social support and postpartum depression. *Journal of International Social Research*, 10(51).
82. Nykjaer, C., Alwan, N. A., Greenwood, D. C., Simpson, N. A., Hay, A. W., White, K. L., & Cade, J. E. (2014). Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: Evidence from a British Cohort. *J Epidemiol Community Health*, 68(6), 542-549.
83. Ogbonna, C., (2016). "Emzirilen Bebeklerde Annenin Sigara İçme Riski ve Otitis Media Gelişimi" *Walden Tezleri ve Doktora Çalışmaları*. 2857.
84. O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
85. Orton, S., Coleman, T., Coleman-Haynes, T., Ussher, M. (2018). Predictors of postpartum return to smoking: A systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 20(6), 665-673.
86. Ozalp, E., Tanir, H. M., & Sener, T. (2021). Dinoprostone vaginal insert versus intravenous oxytocin to reduce postpartum blood loss following vaginal or

- cesarean delivery. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 53-55.
87. Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H., & Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
88. Özdemir, S., Marakoğlu, K., Çivi, S. (2008). Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(5), 391-398.
89. Özkan, S. A., Bozkurt, A. M., Korkmaz, B., Yılmaz, G., Küçükkelepce, D.Ş. (2019). Postpartum birinci ayda depresyon ve emzirme özyeterliliği arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 28-35.
90. Öztuna, F. (2008). Gebelikte sigara bırakma tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 56(2), 232-235
91. Pamuk, G., & Güçlü, Y. A. (2022). Prevalence and accompanying factors for postpartum depression symptoms. *Family Practice and Palliative Care*, 7(1), 18-23. *Pediatr.* 2017;29(2), 225-30.
92. Peterson, LA., Hecht, SS. (2017). Tütün, e-sigara ve çocuk sağlığı. *Pediatride güncel görüş*, 29 (2), 225.
93. Prakash, C., Nagle-Yang, S. (2019). Doğum sonrası psikoz: Anne ve bebeği korumak. *Güncel Psikiyatri*, 18 (4), 12-21.
94. Primo, CC., Ruela, PBF., Brotto, LDDA., Garcia, TR ve Lima, EDF (2013). Maternal nikotinin emziren bebekler üzerindeki etkileri. *Revista Paulista de Pediatria*, 31, 392-397. Doi: 10.1590/S0103-05822013000300018.
95. Rockhill, K. M., Tong, V. T., Farr, S. L., Robbins, C. L., D'angelo, D. V., & England, L. J. (2016). Postpartum smoking relapse after quitting during pregnancy: Pregnancy risk assessment monitoring system, 2000-2011. *Journal of Women's Health*, 25(5), 480-488.
96. Şahin, Ö., Koç, E. M., & Aksoy, H. (2021). 6 Hafta-1 yaş bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik risk faktörleri. *İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 25(2), 123-131.
97. Şen, Ş., Dibek, D., & ŞATIR, DG (2020). Gebelikte sık görülen rahatsızlıklarda tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı. *J Tradit Complem Med*, 3 (3), 389-398.
98. Shovers, SM., Bachman, SS., Popek, L., Turchi, RM. (2021). Maternal postpartum depression: risk factors, impacts, and interventions for the NICU and beyond. *Current Opinion in Pediatrics*, 33(3).

99. Gök, S., Atıgan, A., Berfin, G. Ö. (2023). Doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36 (3), 287-295.
100. Özel, Ş., Karagözoğlu, N. Ü., Korkut, S. Öksüzoglu, A., & Engin-Ustun, Y. (2019). Kadın sağlığı hastanesinde sigara bırakma poliklinik hizmetleri ve gebelikte sigara içen kadınların gebelik sonuçları. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 76(1), 67-74.
101. Tarhan, P., & Yılmaz, T. (2016). Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 140-147.
102. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s.462-490.
103. Taştekin, F. (2019). Postpartum depresyonun gelişimindeki risk faktörleri ve koruyucu faktörler (*master's thesis, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*).
104. Tc Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014 - 2017 Stratejik planı.
105. Tuksanawes, P., Kaewkiattikun, K., Kerdcharoen, N. (2020). Prevalence and associated factors of antenatal depressive symptoms in pregnant women living in an urban area of Thailand. *International Journal of Women's Health*, 12, 849-858. Doi: 10.2147/Ijwh.S278872
106. Türkoğlu, İ., Çadır, Ç., Çetin, M. İ. (2021). Tobacco use of the world and Turkey in epidemiyoloji. *City Health Journal*, 2(1), 20-25.
107. Türkoğlu, S. N., Yapalak, A. N. B., Acar, C., Özyıldırım, B. (2022). Postpartum depresyon gelişiminde psikososyal faktörler; bir vaka kontrol çalışması. *Hipokrat Tıp Dergisi*, 2(2), 14-23.
108. Vigod, S. N., Stewart, D. E., Dennis, C. L. (2017). The relationship between postpartum depressive symptoms and breastfeeding: A longitudinal analysis. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(6), 823-833.
109. Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind, D.J., Whiteford, H.A., Harris, M.G. (2017). Perinatal depresyon prevalansı ve insidansının sistematik bir incelemesi ve meta-gerilemesi. *Duyusal Bozukluklar Dergisi*, 219, 86-92.
110. World Health Organisation (2019). European tobacco uses trends report. who global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025.
111. Ystrom, E. (2012). Emzirmeyi bırakma ve anksiyete ve depresyon belirtileri: Uzunlamasına bir kohort çalışması. *Gebelik ve Doğum*, 12 (1), 1-6.

112. Zörer, PB., Akbulut, ST., Dirik, G. Doğum sonrası depresyonda bağlanma örüntüleri ve partner desteğinin rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11 (2), 154-166.
113. Zubaran, C., & Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in Southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 9-15.
114. TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2022)

