

**DOĞUM SONU DÖNEMDE
FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

Esra KARATAŞ OKYAY

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR**

Yüksek Lisans Tezi – 2018

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDE
FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ

Esra KARATAŞ OKYAY

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR

MALATYA

2018


İTHAF


“Bu tezi biricik oğluma ithaf ediyorum...”


KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Esra KARATAŞ OKYAY**'ın "**Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/01/2018


Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Zehra BURCU YURTSAL
Cumhuriyet Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Doğum Sonu Dönem.....	3
2.2. Doğum Sonu Dönemde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	4
2.2.1. Annelik Hüznü.....	4
2.2.2. Postpartum Psikoz.....	4
2.2.3. Doğum Sonu Depresyon.....	5
2.2.4. Doğum Sonu Dönemde Depresyon ve Fiziksel Aktivite.....	10
2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	11
2.3.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	12
2.3.2. Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi.....	13
2.3.3. Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite.....	14
2.4. Fiziksel Aktivite.....	15
2.4.1. Fiziksel Aktivite Tipleri-Türleri.....	16
2.4.2. Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	17
2.4.3. Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktivite.....	18
2.4.4. Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktiviteyi Arttırmaya Yönelik Ebenin Rol ve Sorumlulukları.....	19
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	25
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.7. Verilerin Analizi.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	26

4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR.....	42
EKLER.....	59
EK.1. Özgeçmiş.....	59
EK.2. Kişisel Bilgi Formu.....	60
EK.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi.....	62
EK.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	64
EK.5. Edinburg Postpartum Depresyon Skalası.....	68
EK.6. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	70
EK.7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzin Formu.....	71
EK.8. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	72
EK.9. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kullanım İzni.....	73

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışma sürem boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel ve manevi desteği ile sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, bana rol model olan değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Yüksek Lisans eğitimin sırasında katkılarından dolayı değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeliha Burcu YURTSAL'a,

Tez çalışmamın her aşamasında ve tüm hayatım boyunca sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olup moral veren, maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan canım eşim Ahmet Ramazan OKYAY'a,

Benden hiçbir zaman anlayış, destek ve sevgilerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan aileme, özellikle annem Leyla KARATAŞ, babam Naci KARATAŞ ve kardeşim Yunus Emre KARATAŞ'a,

Heyecanıma ortak oldukları ve beni sürekli motive ettikleri için Arş. Grv. Esra GÜNEY, Arş. Grv. Esra SABANCI, Arş. Grv. Sümeyye ALTIPARMAK ve Arş. Grv. Zeliha SUNAY ile diğer bölüm arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı ASM'lerde görev yapan tüm hekim ve ebelere ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelere sonsuz teşekkürler...

Esra KARATAŞ OKYAY

ÖZET

Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etkisi

Amaç: Araştırma, doğum sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipte olan araştırmanın verileri, Nisan–Ekim 2017 tarihleri arasında Malatya Merkez Yeşilyurt ve Battalgazi ilçelerine bağlı bulunan yedi farklı ASM'den toplandı. Araştırmanın evrenini ASM'lere kayıtlı doğum sonu dönem 6 hafta-6 ay arasında olan 1293 kadın oluşturdu. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü %5 yanılma düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %97 güven aralığında, %80 güç ile 347 kadın olarak hesaplandı. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu (UFAA), SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Edinburg Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Kadınların UFAA puan ortalamasının 1960.6 ± 1456.7 MET-dk/hafta olduğu, %18.4'ünün düşük, %59.7'sinin orta ve %21.9'unun yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi. Fiziksel aktivite düzeylerine göre SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol, genel sağlık, sosyal işlev, mental rol ve mental sağlık puan ortalamaları arasında önemli fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Ayrıca fiziksel aktivite düzeylerine göre EPDS puan ortalamaları arasında önemli fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Korelasyon analizinde UFAA ile SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol, sosyal işlev, mental rol ve mental sağlık puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki (sırasıyla $r = .161$, $r = .170$, $r = .131$, $r = .158$), EPDS puan ortalamaları arasında negatif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi ($r = -0.266$; $p < 0.05$).

Sonuç: Doğum sonu dönemde fiziksel aktivitenin kadınların yaşam kaliteleri ve doğum sonu depresyon belirtileri üzerine olumlu yönde etkisinin olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu Depresyon, Doğum Sonu Dönem, Fiziksel Aktivite, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

The Effect on Life Quality and Depression Level of Physical Activity Level in Postpartum Period

Aim: The study was conducted to determine the effect on life quality and depression level of physical activity level in postpartum period.

Material and Method: The data of the cross-sectional study were collected from seven different Family Health Centers located in the central Malatya districts of Yeşilyurt and Battalgazi between April-October 2017. The study population consisted of 1293 women with a postpartum period of 6 weeks to 6 months enrolled in Family Health Centers. When the power analysis was performed, the sample size was calculated as 5% error level, bi-directional significance level, 97% confidence interval, and 347 women with 80% power. The Personal Information Form, the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF), the SF-36 Quality of Life Assessment Scale and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) were used to collect data. In the analysis of the data, descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation) as well as chi-square test, one way variance analysis and pearson correlation analysis were used.

Result: The mean IPAQ-SF score of the women was 1960.6 ± 1456.7 MET-dk / week, 18.4% was low, 59.7% was middle and 21.9% had high level of physical activity. It was determined that SF-36 subscales had significant differences between physical activity levels, physical role, general health, social functioning, mental role and mental health point averages ($p < 0.05$). It was also determined that there was a significant difference between EPDS point averages according to physical activity levels ($p < 0.05$). In the correlation analysis, it was determined that there is a weak relationship in positive direction between the physical role, social function, mental role and mental health point averages from the IPAQ-SF and SF-36 subscales (respectively $r = .161$, $r = .170$, $r = .131$, $r = .158$); an important relationship in negative direction between the EPDS point averages ($r = -0.266$; $p < 0.05$).

Conclusion: Physical activity was found to have a positive effect on the quality of life and postpartum depression of women in postpartum period.

Key Words: Physical Activity, Postpartum Depression, Postpartum Period, Quality of Life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DK	: Dakika
DSD	: Doğum Sonu Depresyon
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPDS	: Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası
IPAQ-SF	: International Physical Activity Questionnaire Short Form
MET	: Metabolik Eşdeğer
SF-36	: Short Form-36 (Kısa form-36), Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
UFAA	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Kadınların UFAA'ya göre fiziksel aktivite düzeyleri.....	30
Şekil 4.2. Kadınların EPDS puan ortalamalarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı.....	35

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. SF-36 Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanları.....	24
Tablo 4.1. Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	27
Tablo 4.2. Kadınların bazı obstetrik ve doğum sonu özelliklerinin dağılımı.....	28
Tablo 4.3. Kadınların UFAA, SF-36 alt boyutları ve EPDS'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	29
Tablo 4.4. Kadınların fiziksel aktivite düzeyine göre SF-36 alt boyutları ve EPDS'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması...	31
Tablo 4.5. UFAA toplam puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları ve EPDS toplam puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları.....	34

1. GİRİŞ

Doğum sonrası dönem, fetüs ile plasentanın doğumuyla başlayıp üreme organlarını da içeren bütün sistem organlarının gebelikten önceki durumuna döndükleri 6 haftalık süreden oluşan bir dönemdir (1, 2). Kadın içinde bulunduğu bu dönemde; bebekle iletişime geçmek, annelik rollerini öğrenmek, bebeğin bakımını sağlamak, bebeği ilgilendiren problemlerle başa çıkmak zorunda kalmakta (3) ve önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır (1). Bu dönemde düzenli fiziksel aktivite duygu durumunu olumlu etkilerken, kardiyorespiratuar iyiliği artırmaya, kilo vermeye, depresyon ve anksiyetenin azalmasına yardımcı olur (4). Buna rağmen kadınların büyük çoğunluğunda fizyolojik değişiklikler ve çocuk bakım sorumlulukları gerekçeleriyle fiziksel aktivitede azalma meydana gelir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fiziksel aktivite rehberinde 18-64 yaş aralığında bulunan yetişkinlerin haftada en az 150 dk orta şiddette ya da 75 dk yüksek şiddetli ya da orta ve şiddetli fiziksel aktivitenin eşdeğer kombinasyonu şeklinde fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir (6). Doğum sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyindeki azalma kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kilo alımı, hipertansiyon, obezite ve diyabet gibi kronik sağlık koşullarının gelişimi için risk oluştururken, aynı zamanda doğum sonu psikolojik sorunların da daha hızlı ilerlemesine katkıda bulunur (7).

Doğum sonu dönemde annelik hüznüyle başlayan psikolojik problemler, doğum sonu depresyon (DSD) ve psikoza kadar ilerler (8, 9). DSD, kadınlarda doğum sonrası ilk oniki ay içinde görülebilen, kendini ümitsiz, yalnız, endişeli ve üzgün hissetme gibi duyguların görüldüğü bir hastalıktır (10). Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Basım (DSM-5) yönergeleri ve birçok araştırmacıya göre, postpartum bir yıla kadar değişmekle birlikte (11) doğumdan sonraki ilk altı ayda depresyon riski daha yüksek olduğu gözlenmiştir (12). Postpartum depresyon kadınların çoğunda postpartum ilk 12 haftada başlar ve belirtileri bir yıl boyunca devam edebilir (13).

Postpartum depresyon, kadınların yaklaşık %10-20'sinde görülmektedir. Çoğu kadının mutlu olmaları gerektiğini düşündükleri bu dönemde, depresif duygular

yaşadıkları için kendini suçlu hissetmeleri, belirtilerini gizlemelerine ve postpartum depresyonun fark edilmemesine neden olmaktadır (12, 14). Postpartum depresyon, yeni annelerde, çoğunlukla hüznün, değersizlik ve / veya umutsuzluk duyguları eşliğinde düşük duygu durumuyla karakterizedir (11). Bu durumun düzelmesinde düzenli fiziksel aktivitenin önemli bir yeri vardır. Araştırmalar fiziksel aktivitenin depresyon semptomlarını azaltabileceğini göstermiştir (4, 7, 15). Egzersiz gibi doğal bir antidepresan beyin hücresi gelişimini de teşvik eder, beyindeki serotonin seviyesini artırır ve kadınların postpartum hafif depresyondan kurtulmasına yardımcı olabilir. Egzersizin genel popülasyonlardaki depresyon üzerindeki olumlu etkilerinin kanıtı temel alınır, düzenli egzersizin postpartum depresyon tedavisinde etkili bir müdahale olduğu söylenebilir (15).

Düzenli fiziksel egzersiz sadece psikolojik sorunların çözümünde değil, aynı zamanda istenmeyen alışkanlıklardan kurtulma, sosyalleşme, fizyolojik-metabolik parametreleri iyileştirme, birçok kronik hastalık ve erken mortalite riskini azaltma, başka bir deyişle yaşam kalitesinin artırılmasında da önemli farklar yaratabilir (16). Yaşam kalitesi; yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerinde bireyin performansını etkileyen dinamik, geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramdır (17). DSÖ'nün yaptığı tanıma göre yaşam kalitesi; bireylerin kültürleri içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamalarıdır (18, 19). Yaşam kalitesi sağlığı değerlendirir. Baghizada ve arkadaşlarının 2013'te yaptığı araştırmada annelerin ağrı, uyku, enerji düzeyi, fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (20). Aktif bir yaşam tarzı sağlıkla ilgili daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilendirilir (21). Bunun yanı sıra aktivitelerdeki azalma fiziksel ve ruhsal enerji kaybına sebep olarak bireyin iş, aile ve sosyal yaşamını negatif yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (22).

Düzenli fiziksel aktivite doğum sonu dönem de dahil tüm yaşamda olumlu etkileri olan, kadınların hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyen bir uygulamadır (23). Bunlardan yola çıkarak, doğum sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etkisinin incelenmesi gerektiği görülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem doğum eyleminin bitmesi ve bebek, plasenta, membranların doğmasıyla başlar. Üreme organlarını da içeren bütün sistem organlarının gebelikten önceki durumuna döndüğü altı haftalık süreyi kapsayan gelişimsel geçiş dönemi olarak tanımlanır (24, 25). Bu dönem annede görülen gerileyici ve ilerleyici değişikliklerle karakterize olmakla birlikte gerileyici değişiklikler; vajina, uterus, diğer üreme organlarının ve vücudun diğer sistemlerinin gebelik öncesi hallerine dönme süreci olup ilerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde oluşur. Ayrıca bu hızlı meydana gelen fizyolojik değişimlere adapte olmaya çalışan annede psikolojik değişimler de gözlenir (26).

Doğum sonu dönem; birbirini takip eden 3 farklı dönemden oluşur.

a. Başlangıç dönemi (Akut doğum sonrası dönem): Doğum sonu ilk 6- 12 saat aralığını kapsar. Bu dönemde kanama, uterus inversiyonu, amniyotik sıvı embolisi, ve eklampsi gibi fiziksel sorunlar meydana gelebilir. Bu dönem sıklıkla yoğun ebelik bakımının ihtiyaç duyulduğu bir dönemdir (27).

b. İkinci dönem (Subakut doğum sonrası dönem): Doğum sonu 2–6 hafta aralığını kapsar. Bu dönemde, hemodinamik, genito-üriner sistem, metabolizma ve emosyonel durumla ilgili değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler akut faza göre daha yavaş gelişir (27).

c. Üçüncü dönem (Geç doğum sonrası dönem): Doğum sonrası 6 aya kadar devam eden dönemdir (27).

Doğumdan sonraki ilk bir kaç gün anne başkalarına bağımlı ve durgundur. Doğum süreci onu yormuştur. Bu nedenle uykuya eğilimlidir. Genellikle doğum süreci hakkında konuşmak ister. Anne ilk günlerde genellikle alıcı konumdadır. İkinci günden itibaren doğum sonu döneme adapte olmaya başlar. Artık ilgisini bebeğine yöneltmiştir, genellikle bebek ile ilgili konularda endişe duyar. Bebeğine yeterli bakımı veremeyeceği ve sütünün yeterli olmayacağı konusunda kaygıları vardır. Bu süreçte anne daha çok verici konumdadır ve bebeğine yettiği konusunda güven duymak ister

(28). Kısaca bebek, anne ve ailenin hem fiziksel hem psikolojik sağlığının sürdürülmesinde önemli bir süreç olan, ailenin yaşamında önemli bir dönemi kapsayan doğum sonu dönem; bir sıra yenilenme periyodunun yaşandığı, psikososyal dengelerin değiştığı, bu değişikliklere uyum sağlamada tüm aile bireylerinin yoğun endişe yaşadıkları bir kriz dönemidir (29).

2.2. Doğum Sonu Dönemde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Doğum sonrası dönem genellikle yeni anne için zordur. Çünkü bu dönem duygusal ve biyolojik değişikliklerle birlikte genellikle stresli yaşanan, kaygı ve duygu durum bozukluklarına sebep olan bir dizi geçici değişimlerden oluşmaktadır (30, 31). Bu dönemde kişisel görünüm, bebeğin sağlığı ve refahı, kişiler arası ilişkiler ve genel bebek bakımı gibi belirli endişeler ortaya çıkmaktadır (32, 33). Çoğu kadın, gebelik ve doğumun sonucu olarak oluşan bu psikolojik ve fizyolojik değişikliklere adapte olmakta zorluk yaşamaz. Fakat adapte olamayan kadınlarda farklı düzeylerde duygusal problemler ortaya çıkmaktadır (34). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozukluklarının, annelik hüznü, DSD ve postpartum psikoz olmak üzere 3 derecesi vardır (35).

2.2.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznü genellikle doğumdan 1-3 gün sonra başlar ve ani ruhsal değişimler, açıklanamayan ağlama, sinirlilik ve sabırsızlık, uykusuzluk, ağlayan büyüler, kaygı, yalnızlık ve hassasiyet duygusu ile ayırt edilir. Annelik hüznü'nün kesin nedeni bilinmemekle birlikte, hormonal değişiklikler, sosyokültürel faktörler, ekonomik koşullar ve ilişki çatışmaları gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durumların fark edilmesi önemlidir, çünkü bu annelerin yaklaşık %20'si DSD'ye ilerleyebilir ve çocukların bilişsel gelişiminde olumsuz bir sonuç doğurabilir (31).

2.2.2. Postpartum Psikoz

Doğum sonu dönemde görülen psikolojik rahatsızlıkların en şiddetlisi olan postpartum psikoz genellikle depresyon ve annede bebeğine veya kendisine zarar verme düşünceleri ile belirti verir ve hastalar halsizlik, bitkinlik ve uykusuzluktan şikayet ederler (36). Ağlama dönemleri görülebilir. Daha sonra depersonalizasyon, bilinç bulanıklığı, şüphecilik, tuhaf hareketler, duygu durumunda artış ya da karamsarlık,

dağınıklık, bebeğin sağlığıyla ilgili takıntılı düşünceler meydana gelebilir. Annelerin bazıları bu düşüncelerini harekete geçirebileceklerinden dolayı dikkatli olunmalıdır. Genellikle, doğumdan sonra 2 ile 3 hafta içinde başlayan postpartum psikoz 2-3 ay devam edebilir. Klinik olarak psikiyatrik acil tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Tedavisi hastaneye yatırılarak yapılmalı ve hastanın bebeğine veya kendisine zarar vermesi önlenmelidir (36).

2.2.3. Doğum Sonu Depresyon

Gebelik süreci ve doğum sonu dönem, insanların çoğu için huzur dolu ve özel bir period olarak kabul edilmesine rağmen anne bebeğini sağlıklı bir şekilde kucağına alma beklentisi içinde olduğundan dolayı aynı zamanda psikolojik rahatsızlıkların meydana gelmesi açısından da kritik bir süreç olmaktadır (37). Bu durumun ortaya çıkmasında hormonal ve fiziksel değişiklikler önemli rol oynamaktadır ve bu dönem, kadınlar için ailesel, finansal, mesleki ve diğer alanlardaki değişiklikler nedeniyle oldukça zor bir dönemdir. Değişiklikler kadının psikososyal ve fiziksel sağlığını etkileyerek stres, kaygı ve depresyon gibi durumların ortaya çıkmasına neden olabilir (38). Ayrıca yeterli fiziksel ve psikolojik bakımın yapılmaması ve eğitim eksikliği de kadında doğum sonrası dönemde komplikasyonların oluşmasına, kadın ve ailesinde psikiyatrik sorunlara ve depresyona neden olabilir. Doğumun en sık görülen komplikasyonlarından biri DSD olarak değerlendirilmektedir (39). Psikiyatrik tanı sistemlerinde gebelikte ve doğum sonu dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. baskısına (DSM-V) göre DSD, "Duygudurum Bozuklukları" içinde bulunmakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında doğumdan sonraki bir ay içinde ya da gebelik sırasında ortaya çıkan non-psikotik majör depresyon olarak tanımlanmıştır (40). Bununla birlikte birçok araştırmacı bu sürenin dört haftadan fazla, bazıları altı ile on iki hafta arasında, bazılarıysa doğumdan sonraki ilk altı ayda daha fazla olmakla birlikte on iki aya kadar uzadığını ifade etmişlerdir (12, 41). Ayrıca bir meta analiz DSD'nin doğum sonrası iki ile altı ay aralığında en yüksek seviyesine ulaştığını belirtmiştir (42).

DSD görülme sıklığının oranları kullanılan yöntem farklılıklarından dolayı birbirinden oldukça farklıdır (14). Ayrıca doğum sonu dönemde ortaya çıkan birçok

normal fizyolojik değişiklik depresyonda da görülen belirtiler ile aynı olduğu için çok az kadın da depresyon belirtisi olarak fark edilir (37). DSD, dünyadaki annelerin yaklaşık %10-20'sini etkileyen bir problem haline gelmiştir (12, 43, 44). Yüksek gelirli ülkelerde kadınların %10-20'sinde ya hamilelik sırasında ya da doğumdan sonraki ilk yıl boyunca depresyon görülmektedir (45). Düşük ve orta gelirli ülkelerde DSD prevalansı daha yüksektir ve %13.8 ile %32.9 arasında değişmektedir (46). Türkiye'de DSD prevalansı %9.6'dan% 42.7'ye kadar değişmektedir (47). DSD sıklığını belirlemek amacıyla çeşitli illerde yapılan çalışmalara göre DSD sıklığı; İstanbul'da %23.6 (48), Kayseri'de %18.0 (9), Manisa'da %13.5 bulunmuştur (47). Daha önce depresyon geçirmiş kadınlar doğum sonrası dönemde tekrar depresyon yaşama konusunda daha fazla risk altındadırlar ve tekrarlama olasılığı da %43 kadardır. Akut atak geçirenlerin yaklaşık %12 - 20 kadarı da depresyonu yaşama eğilimi gösterir (49). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, depresyonun, yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerdeki kadınlar için 2020 yılına kadar hastalıkların en önemli ikinci nedeni olması ve hatta 2030 yılına kadar ilk sırada yer alması bekleniyor (50).

DSD dünya genelinde sık görülmesine rağmen sadece %20-25'i tedavi görmektedir (51). Bu oranlara göre, doğum sonu dönem, psikiyatrik bozuklukların başlangıcında artan bir hassasiyete sahip bir zaman olarak düşünülmesine rağmen DSD'nin tanı ve tedavi oranları endişe verici derecede düşüktür. Çünkü kadınlar bu dönemde mutlu olmaları gerektiğini düşündükleri için, depresif duyguları taşıdıklarından dolayı kendilerini suçlu hissederler ve belirtileri saklarlar. Bu da belirtilerin fark edilmemesine neden olur (52-54). DSD açısından risk altında olan kadınları, erken teşhis edip tedavisini yapmak, hastalığın uzun dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerini minimum seviyeye indirecektir. Bu sebeple, DSD'nin oluşmasına neden olacak risk faktörlerinin farkında olmak ve risk altında olan kadınları yakından takip etmek önemlidir (55). Ayrıca doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar, daha sonraki gebeliklerinde majör bir depresif bozukluk yaşama konusunda diğer kadınlara oranla daha fazla riski altındadırlar (54).

Doğum Sonu Depresyonun Belirtileri: DSD, doğumu takiben 15-20 gün sonra (vakaların %80'inde ilk 1.5 ay içinde) gizlice başlar fakat başlangıç süresi doğum sonu bir hatta iki yıl içerisinde de görülebilir (37). DSD'li kadınlarda, ruh hali ve uyku

değişiklikleri, iştahsızlık, psikomotor bozukluklar, yorgunluk, cinsel isteksizlik, oryantasyon bozukluğu, suçluluk duygusu ve günlük aktiviteleri yerine getirmede eksiklik, konuşmasında heyecan, frekans ve tonlamalarında eksiklik, üzüntü, kaygı, kendini değersiz hissetme, sosyal izolasyon, aşırı ağlama, güçsüzlük, baş ağrısı, çarpıntı, unutkanlık, öfke hali oluşabilir. Sonuç olarak, kadınlar annelik ve eş rollerini yerine getiremezler. Ağır vakalarda, doğum sonrası depresyon intihar ve bebek öldürmeye kadar ilerleyebilir (56-59). Doğum sonrası ilk 6 ayda görülen semptomları belirlemek amacıyla yapılan bir kohort araştırmasında iştah kaybı, saç dökülmesi, yorgunluk / halsizlik, baş dönmesi, ağız kuruluğu, uykusuzluk, baş ağrısı, boşaltım sorunları, nefes darlığı gibi belirtiler saptanmıştır. Ayrıca DSD'nin şiddeti arttıkça fiziksel semptom sayısında artmıştır (60).

DSD olumsuz ebeveynlik uygulamalarına, emzirme problemlerine ve iletişim kalitesini olumsuz etkileyerek çocuk gelişiminde bozulmaya neden olabilir (12, 61). Depresyonu olan anneler, depresyonu olmayan annelerle karşılaştırıldığında bebekleriyle iletişimleri daha olumsuzdur. Örneğin, depresyondaki anneler bebekleriyle daha az konuşur, daha az ilgilenir, bebeklerine daha az gülümser, daha az sevgi gösterir ve onlarla daha az temas kurarlar. Depresyonu olan anneler bebeğin gelişimini kesintiye uğratar ve nesnelere veya kişilerle olan etkileşimini bozabilir. Genel olarak, bebeklerinin uyarılarının daha az farkında olabilirler ve yeterli bakımı sağlamakta güçlük çekebilirler. Bunların sonucu olarak DSD'li annelerin bebekleri çevre uyarılarına olan farkındalık, uyarılma ve duygusal iletişim konularında yeterince gelişemeyebilirler ve anneler bebeğiyle yeterli iletişime geçemeyebilirler (56, 62).

Doğum sonu ortaya çıkan normal sayılabilecek şikayetler ile depresyon belirtileri arasındaki benzerlik, bazı durumlarda hastalığın teşhisini zorlaştırabilir. Kaygı, uyku düzeninde değişiklik ve halsizlik hem DSD'de hemde normal doğum sonu dönemde görülebilir. DSD'yi doğum sonu görülmesi normal olan uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan çalışmada, konsantrasyon eksikliği, kendini suçlu hissetme, ilgi istek kaybı, bilişsel affektif belirtiler gibi belirtilerin sadece depresif hastalarda görüldüğü belirlenmiştir (37).

Doğum Sonu Depresyonu Hazırlayıcı Faktörler: DSD'nin hazırlayıcı faktörleri kesin olarak bilinmemektedir ancak biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin sebep olduğu düşünülmektedir (10).

Biyolojik faktörler: Doğumdan sonra annede oldukça önemli biyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (63). Çünkü gebelik döneminde annenin vücudunda oldukça fazla bulunan hormonlar (gonadal steroidler, kortizol, östradiol, progesteron) doğumdan sonra aniden düşer (42, 64). Bu üreme hormon seviyelerinde keskin düşüş, bazı araştırmacılar tarafından kadınlarda DSD'nin ana nedeni olarak kabul edilmektedir (65). Östrojen ve progesteron duygusal ve bilişsel süreçlerde rol alan nörotransmitterleri etkilemektedir (66). Östrojenin işlevi beyinde daha fazla verici tutmak için serotonini dengede tutmaktır. Üstelik östrojen, adrenalin, norepinefrin ve serotonin reseptörlerine etki eder. Nöropeptidlerin serebral sinir sisteminin fizyolojik ve davranışsal kısımlarında çeşitli rolü vardır. Menstruasyondan önce, doğumdan sonra ve menopoza sırasında östrojen seviyeleri azalır ve gonadal hormonların varlığı gebelik sırasında depresyon oranını düşürür (67- 69). Doğum sonu dokuzuncu haftada yapılan çalışmada otuz altıncı gebelik haftası ile doğum sonu ikinci günde, depresyonu olan kadınların olmayanlara göre daha düşük serum östradiol seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir (64).

Doğum sonu ilk yedi günün sonuna kadar östrojen seviyesinin düşüşünün aksine prolaktin seviyesi artmaktadır. Emzirmeyen kadınlarda prolaktin seviyesindeki hızlı düşüşün DSD oluşumunu etkilediği söylenmiştir (37). Yapılan bir çalışmada tükürükte bulunan prolaktin ve progesteron seviyeleriyle DSD arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bebeklerini emzirmeyen annelerde depresyon ile tükürükte bulunan progesteron yoğunluğu arasında pozitif yönde bir ilişki saptanırken emziren annelerde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (70).

Doğum sonu tiroidit olan çoğu kadında sıklıkla depresyonla ilişkili olduğu düşünülen tiroid işlev bozukluğu gelişmektedir (71). Oksitosin hormonundaki azalma da depresyonda önemli rol oynamaktadır. Oksitosin hormonu son zamanlarda duygudurum bozuklukları ve psikiyatrik tedavide kullanılmaktadır (72).

Doğum yapmaya yardımcı olan hipotalamik-pituiter-adrenal döngüdeki (kortizol, aldesteron ve glikoz toleransı) değişiklikler, depresyonlu kadınlardaki değişiklikler ile benzerlik göstermektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar, doğum sonrası

dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımının azaldığını, Kortokotropin Relasing Hormonun (CRH) fazla salgılandığını ve sonuç olarak kortizol düzeyinin arttığını ve glikoz metabolizmasında azalma olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda depresyonda kortizolün artması ile birlikte etkinliğinin de bozulduğu belirlenmiştir (73, 74).

Psikososyal faktörler: DSD'nin sebepleri çok faktörlü araştırmalarda tam olarak belirlenememiştir (75). Birçok araştırmacı, gebelik öncesi dönemde doğum öncesi dönemde ve postpartum dönemde ortaya çıkan cinsiyet hormon konsantrasyonundaki değişimlerin DSD'ye sebep olduğunu ileri sürmelerine rağmen diğer kanıtlar, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları ve kişiler arası ilişkiler gibi biyolojik olmayan risk faktörlerinin çok önemli olduğunu vurgulamışlardır (76). Epidemiyolojik çalışmalar psikososyal (sosyal destek vb.) etkenlerin üstünde durmuştur (75). Çünkü genel olarak insanlar psikolojik olarak üzüntü halindeyken, bir tıp uzmanı veya psikologdan ziyade arkadaşlarından ve aile üyelerinden yardım talep etme eğilimindedirler (77). Seksen dört çalışmanın meta-analizinde sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, bebek bakımıyla ilgili stres, düşük benlik saygısı, evlilik ilişkileri gibi bazı faktörler DSD'nin risk faktörleri olarak belirlenmiştir (78). Çin'de yapılan bir çalışmaya göre eşler arasındaki ilişkinin iyi veya kötü olmasının DSD'nin sebebi olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar, kültürler arası bir çalışmada ve Avustralya, Şili, Tayvanlı, Hong Kong, Güney Afrika ve Türk anneler üzerinde yapılan çalışmalarda da bulunmuştur. Eşler arasındaki kötü ilişki depresyonun devam etmesine hatta şiddetlenmesine sebep olabilir (75). Avustralya'da annelerin psikolojik sıkıntılarını belirlemek için yapılmış bir çalışmada, annelerin anksiyete seviyelerinin eşleriyle olan ilişkileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (79). DSD ve eş ile çatışma arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Avustralya'da yapılan bir araştırmada eş ile anlaşmazlığın DSD için risk faktörü olarak bulunmuştur (80).

Kişinin kendisinde ya da ailesinde depresyon, DSD ya da gebelik sırasında stres veya depresyon öyküsü bulunan kadınlarda DSD görülebilir ve daha önce depresyon yaşayan kadınların DSD yaşama oranları %70 ten fazla bulunmuştur (44, 81, 82).

Yerel inanç sistemleri ve toplumsal olarak oluşturulan kavramlar, bir bireyin psikolojik durumunu ve psikolojik bir rahatsızlık karşısında nasıl davranacağını belirler. Kültür, psikolojik sağlık ile ilgili her bilgi sistemini oluşturur. Ayrıca, hasta-klinisyen

ilişkilerini ve beklentilerini şekillendirir ve bir kişinin yardım isteyip istemediğini, yardım istediği kişiyi de belirler. Her birey farklı olsa da, aynı kültürel insanlar benzer tepkiler verirler (83). Yapılan bir çalışmada kültürün DSD'yi etkilediği bulunmuştur. Ayrıca ırk ve etnik kökenin yanı sıra kültürün bir parçası olan eğitim seviyesinin de postpartum anneler arasında depresyonun gösterdiği belirtiler ve depresyonun altta yatan sebebi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (84).

Diğer faktörler: Yeni doğum yapan annede, DSD gelişimini biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler kadar etkileyebilen başka risk faktörleri de vardır. Bunlar; düşük sosyoekonomik statü, olumsuz yaşam olayları, istenmeyen gebelikler, anne yaşı, düşük eğitim seviyesi, gebelik sırasında sigara içme, depresyon öyküsü, kötü evlilik durumu, sosyal desteğin olmaması (12, 85), planlanmamış gebelik, gebelik sırasında düşük hemoglobin düzeyi, preterm doğum, ölü doğum ve tıbbi hastalığı olan bir bebeğe sahip olmak, bebekte yetersiz büyüme ve gelişme, (86, 87), annenin mesleği, çocuk sayısı (88), gebelik ve doğum sırasındaki tıbbi komplikasyonlar (89) gibi bazı faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir. 2001'de yapılan bir meta-analitik çalışmada, DSD'nin belirleyicileri olarak; doğum öncesi anksiyete, prenatal depresyon, yaşam stresi, benlik saygısı, çocuk bakım stresi, sosyal destek durumu, evlilik ilişkisi, depresyon öyküsü, bebeğin durumu, postpartum blue, evlilik durumu, sosyo-ekonomik durum ve plansız / istenmeyen gebelik olarak 13 önemli faktör belirlenmiştir (78). Benzer sonuçlar Türkiye'de de bulunmuştur (47).

2.2.4. Doğum Sonu Dönemde Depresyon ve Fiziksel Aktivite

Kadınların yaklaşık %15-20 kadarı doğumdan sonraki ilk bir yılda depresif bir bozukluk yaşamaktadırlar. Çoğu kadın antidepresanların emzirme üzerindeki olumsuz etkisinden dolayı ilaç kullanmayı kabul etmez. Bunun sonucu olarak, psikolojik ve fizyolojik sağlık iyiliğini artırabilecek fiziksel aktivite gibi alternatif bir müdahale faydalı bir yaşam tarzı olarak düşünülebilir (90-92). Fiziksel aktivite geleneksel tedavilerin aksine ücretsiz, ulaşılabilir ve yan etkisi olmaması nedeniyle potansiyel olarak tedaviye katkı sağlamaktadır (93). Ayrıca depresyonun tedavisinde fiziksel aktivitenin orta seviyeden yüksek seviyeye kadar etkili olduğu belirtilmiştir (94).

Fiziksel aktivite, doğal bir antidepresan gibi beyin hücresi büyümesini teşvik ederek, uyku kalitesini, depresyon semptomlarını ve hafızayı etkileyen biyokimyasal ve

fizyolojik mekanizmaları etkileyerek depresyon üzerinde pozitif etkiler gösterir. Bu mekanizmalar arasında dolaşım plazma endorfinleri, norepinefrin ve serotonindeki artış ve ayrıca serebral kan akışındaki artış, kas kasılmalarının azalması ve nörotransmitter etkinliği sayılabilir. Ayrıca egzersiz sonrasında oluşan başarı hissi kişinin kendisine olan özgüvenini artırarak daha az depresyona yol açabilir (15, 95, 96). Ayrıca fiziksel aktivite büyük klinik depresyon tedavisinde bile antidepresan kadar başarılıdır (97). İngiltere tarafından yayınlanan yeni fiziksel aktivite kurallarıyla, fiziksel aktiviteye katılımın zihinsel sağlık ve refahı geliştirmede önemli bir rol oynayabileceği belirtilmiştir (98). Hareketsiz bir yaşamın, özellikle de uzun süre TV izlemenin genel popülasyonda depresyon riskini artırdığını ileri sürülmüştür. Bununla birlikte, fiziksel aktivitenin yapıyor olması, süre olarak ne kadar yapıldığından daha önemlidir. Çünkü boş zamanlarda fiziksel aktivitenin düşük seviyeleri bile DSD belirtileri azaltır (99). Ayrıca doğum sonrası kilo alımı annenin psikolojik iyilik halini negatif yönde etkiler ve doğum yaptıktan sonra, birçok anne fazla kiloludur ve fiziksel olarak yeterince aktif değildirler. Bu bakımdan egzersiz, kilo vermeye yardımcı olarak psikolojik yönden doğum sonrası kadınlara ilave sağlık yararı sağlayabilir (100).

2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi başta sağlık olmak üzere birçok alanda kullanılan bir terimdir ve bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yaşamlarını etkileyen, ayrıca siyasi, kültürel, ekonomik ve manevi inanışlardan etkilenebilen oldukça geniş kapsamı olan dinamik bir kavramdır (101). DSÖ ise yaşam kalitesini "hedefleri, ilgileri, standartları, beklentileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlar (102). DSÖ'nün yaptığı bu tanım: fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, psikolojik durum, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve ruhsal özelliklerden meydana gelen 6 alanı kapsamaktadır (101). Başka bir deyişle; yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu sosyokültürel çevrede kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Sonuç olarak; yaşam kalitesi; fiziksel, sosyal, cinsel, duygusal ve ruhsal olmak üzere çok boyutlu dinamik bir kavramdır (103). Ayrıca sağlık bakımının önemli bir göstergesi olup, yaşamın çeşitli yönlerinin memnuniyet ya da memnuniyetsizliğinden doğan bir esenlik duygusudur (101). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ve kendini iyi

hissetmesiyle ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi sadece hastalığın yokluğu değil, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan aktif olmasını, yaşam memnuniyetini ve kendisini iyi hissetmesini kapsar (104, 105).

2.3.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi subjektif ve objektif göstergeler olmak üzere 2 bölümde incelenir. Objektif göstergeler, kişinin günlük aktivitelerini ve kişisel bakımını yapabilmesi ve bireyin bu durumdan tatmin olması ile ilgilenen fiziksel aktivite yapabilme becerisi, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık belirtileri, sağlık durumu ile algıları kapsayan fizyolojik konuları içermektedir. Subjektif göstergeler ise doğrudan bireylerin yaşam ile ilgili algılamaları üzerinde yoğunlaşmakta ve kişilerin kendilerini hissetme durumlarıyla ilgilenmekte psikolojik etki, yaşam doyumu, ruhsal iyilik hali ile ilgili konuları içermektedir (106).

Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar: Kişilerin yaşam kalitesi yaşamlarında meydana gelen değişikliklerinden etkilenerek yetersiz hale gelebilmektedir. Bu durumlarda sağlık çalışanları yaşam kalitesini yükseltmek için tedavi ve bakımla, kişileri yetersiz olduğu konularda yeterli hale getirmek için çalışmalıdır. Yaşam Kalitesini azaltan durumlar şunlardır:

1. Temel gereksinimlerin karşılanmaması,
2. Kronik yorgunluk ve bitkinlik,
3. Beden imajının değişmesi,
4. Kişisel bakım davranışları ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği,
5. Cinsel fonksiyonlarda meydana gelen bozulma,
6. Sosyal destek eksikliği,
7. Sağlık sorunları,
8. Geleceğe ait ilgili kaygılar (107).

Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar

Yaşam kalitesinin artabilmesi için şu durumların olması gerekmektedir:

1. Fonksiyonel olarak yeterli olma,
2. Güven içinde yaşama,
3. Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma,
4. Rahatlık ve ihtiyaç duyulan konfora sahip olma,
5. Aktif ve anlamlı bir sürme,
6. Çevresiyle pozitif ilişkiler içinde olma,
7. Mutlu olduğu aktivitelerin içinde olma,
8. Mahremiyetin önemsenmesi,
9. Kendini ifade edebilme,
10. Özgün bir kişi olarak algılanma,
11. Mutluluk içinde olma, manevi değerlere saygı duyulması,
12. İtibar görme (107).

2.3.2. Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi

Doğum sonu dönem anne, yeni doğan ve ailesi için önemlidir (108). Bu dönemde yaşam kalitesini doğum olayı, fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere bazı faktörler etkilemektedir (109). Kadınlar bu dönemde birçok değişiklik yaşamaktadırlar. Annenin doğum sonunda yaşadığı problemler artabilir ve meydana gelen değişiklikler annenin iyilik halini etkileyebilir. Bu yüzden bu dönemde daha fazla ilgiye ve bakıma ihtiyaçları vardır (101). Ayrıca çok az anne ilk birkaç haftayı ya da ilk ayları problem yaşamadan geçirmektedir (110) ve anneler doğum sonu altı aya kadar iş yaşamlarında ve ev işlerinde önemli kısıtlamalarla karşılaşmaktadırlar (101). Doğum sonrası ilk altı ayda kadınların büyük bir çoğunluğu yorgunluk, sırt ağrısı, insizyon bölgesinde ağrı-kaşıntı, cinsel problemler, hemoroid, perine bölgesinde ağrı ve depresyon gibi sağlık

problemleriyle karşılaşmaktadır (111). Bu problemler doğum yapan kadının yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Doğum sonu dönemdeki problemlerin zamanında tanı ve tedavisinin gecikmesi kadınların yaşam kalitesini düşürür (112).

2.3.3. Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite

Yaşam kalitesi algısında sağlığın önemli bir yeri vardır ve sağlık, yaşam tarzıyla, davranışlarla, etkileşim içinde olunan çevreyle çok yoğun bir etkileşim halindedir. Bu nedenle, zamanla davranışlar ve yaşantıda meydana gelen değişimler sağlıkta yeni boyutların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz etkileyen faktörler arasında fiziksel olarak aktif olmayan yaşam tarzının meydana getirdiği sonuçlar oldukça önemlidir (113).

DSÖ tanımlarına göre, fiziksel, zihinsel ve sosyal refah olmak üzere yaşam kalitesinin üç yönü vardır (102). Buna göre annelerin sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirmek için uygun bakımın verilmesi şarttır ve bunun içinde doğum sonu dönemde yeterli bakım için düzenli bir programa ihtiyaç duyarlar. Annelerin sağlık ve yaşam kalitesini etkileyebilecek faaliyetlerden biri, doğum sonrası dönemde fiziksel aktivite yapmalarına teşvik etmektir. Fiziksel aktivite, fiziksel refahı ve dolayısıyla zihinsel refahı korumak için önemli bir faktördür ve klinik depresyonun yanı sıra sağlıklı insanlarda zihinsel ve sosyal sağlığın geliştirilmesindeki olumlu bir rolü olan etkili bir terapidir (114). Doğum sonu dönemde haftada 4 ile 5 kez aerobik egzersiz yapmak duygusal stresleri azaltır, kendine güvenini ve öz yeterliliği geliştirir, beslenme ve uyku kalitesini geliştirir, kardiorespiratuvar sağlığı iyileştirir, kolesterol seviyesini ve insülin duyarlılığını olumlu etkiler, kasları ve kemikleri güçlendirir ve osteoporozu önler. Ayrıca bu dönemde eksiksiz bir egzersiz programı, pelvik taban kasları disfonksiyonu, uygun olmayan duruş, gastrik ve bağırsak hareketliliği azalması, omuz ve bel ağrısı, yorgunluk, emzirme sorunları ve beden imajının bozulması gibi bazı gelecek sorunları önlemektedir. Doğum sonrası dönemde fiziksel egzersiz yapan kadınlar kalori kısıtlaması ve emzirmeyle kombin edildiğinde gebelik dönemi boyunca aldıkları kiloları kolayca verir ve doğum öncesi sağlıklarına daha kısa sürede kavuşurlar. (4, 114-116). Ayrıca egzersizin anne sütü miktarında ve yapısında veya bebek büyümesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmamaktadır (117).

2.4. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite günlük yaşamda, iskelet kaslarını kullanarak yapılan, enerji tüketimini gerektiren ve kilokalorilerle ölçülebilen her türlü hareket olarak tanımlanır (118). DSÖ ise fiziksel aktiviteyi iskelet kasları tarafından üretilen enerji gerektiren herhangi bir bedensel hareket (ev işi yaparken, çalışırken ve boş zamanlarda yapılan hareketler dahil) olarak tanımlamaktadır (6).

Fiziksel aktivite, egzersiz ve spor farklı kavramlar olmasına rağmen genellikle birbirleriyle ile karıştırılıp, birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (119). Fiziksel aktivite ve egzersiz, sağlık için faydalı olsalar da birbirleri ile karıştırılmamalıdır (6). Egzersiz fiziksel görünümün bileşenlerinin korunmasını ve geliştirilmesini sağlayan, ayrıca kilo vermeyi amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlayan fiziksel aktivitelerdir. Sporun ise rekabet unsuruna sahip olması gereklidir. Bu nedenle fizyolojik ve teknik talepler, antrenörlerin ve sporcuların hedeflerini gerçekleştirmeleri için en iyi hazırlık yöntemleri ortaya çıkarma doğrultusundadır (118). Bu doğrultuda oyun oynamak, merdiven inip çıkmak, ev ve bahçe işleri yapmak, yürüyüş, banyo yapmak gibi günlük aktivitelere ek olarak, spor ve egzersiz de birer fiziksel aktivitedir. Kısaca enerji tüketimine sebep olan bütün etkinlikler fiziksel aktivite olarak adlandırılır (118, 119). Toplam enerji harcaması istirahat metabolik hızı, besin alımı ile artan enerji harcaması, fiziksel aktivite veya kassal aktivite ile oluşan enerji harcaması olmak üzere üç unsurdan oluşur. İstirahat metabolik hızı en temel unsurdur. Toplam enerji harcamasının %60- 70'ini oluşturan; dinlenme esnasında dolaşımı ve solunumu da kapsayan fonksiyonlar için vücut ısısının ve istemsiz kas kontraksiyonunun sürdürülmesinde gerekli olan enerji miktarıdır. Besin alımı ile artan enerji tüketimi toplam enerji tüketiminin %10'u oluşturur ve besinlerin sindirilmesi ile boşaltılması için gereklidir. Fiziksel aktivite sebebiyle oluşan enerji harcaması, toplam enerji harcamasının %20-30'udur ve bireyler arasındaki farklılığın en önemli nedenidir (120).

DSÖ fiziksel aktivite rehberinde 18-64 yaş arası yetişkinlerin bir haftada minimum 150 dk orta şiddette veya 75 dk yüksek şiddetli veya orta ve şiddetli fiziksel aktivitenin eşdeğer kombinasyonu şeklinde fiziksel aktivite yapmasını önermektedir (6). Buna ek olarak Hastalığın Kontrolü ve Korunma Merkezi'nin (CDC) ve American College of Sports Medicine'nin (ACSM) önerilerine göre fiziksel inaktivite, bir hafta

içerisinde 150 dakikadan az yapılan aktivite olarak tanımlanmıştır. Sağlığa yararlı olduğu bildirilen minimum aktivite seviyesinin günlük en az 30 dakika süren orta şiddetli veya şiddetli aktivitedir (121, 122).

2.4.1. Fiziksel Aktivite Tipleri-Türleri

Fiziksel aktivite türleri 4 kısımdan oluşmaktadır.

1.Dayanıklılık (aerobik) egzersizleri, büyük kas gruplarını kullanan ve vücudun dinlenme konumundan daha fazla oksijen kullanmasına neden olan fiziksel aktivitedir. Bu aktivitelerin belirli bir sıklık, süre ve şiddette yapılması gerekmektedir. Dayanıklılık seviyesi arttıkça, bütün fiziksel aktiviteler daha uzun süre yorulmadan yapılabilir. Dayanıklılığı arttıracak aktiviteler; bisiklete binme, sık adımlarla ve düzenli yürüyüş yapma, tenis oynama gibi çok fazla yüklenme gerektirmeyen aktivitelerdir (123, 124).

2.Kuvvet aktiviteleri, kasın kuvvetli bir şekilde kasılmasına neden olan aktivitelerdir. Bu aktivitelere; ağırlık taşımak, merdiven çıkmak, şınav veya mekik çekmek, ağırlıklarla kuvvet antrenmanı yapmak gibi aktiviteler örnek olarak verilebilir (123, 124).

3.Esnelik egzersizleri fiziksel aktivite esnasında kol, bacak veya gövdenin kolaylıkla hareket edebilme becerisini gerektiren aktivitelerdir. Pilates ve yoga gibi düzenli yapılan fiziksel aktiviteler esnekliği geliştirir. Her ekleme ayrı ayrı bu egzersizler yapılabilir. (123, 124).

4.Denge Egzersizleri: Denge, vücudun düşmeden durma ve düzgün bir şekilde hareket etme yeteneğidir. Bunun için iç kulaktaki denge ve derin duyunun ve görme duyusunun sağlam olmasının yanı sıra, kasların da yeterli miktarda güçlü olması gerekmektedir. İyi bir denge sahibi olan kişi, parmak uçlarında durmakta zorlanmaz, gözleri kapalı durumdayken ya da düz çizgi üzerinde yalpalanmadan yürüyebilir. Tek ayak üzerinde durmak, parmak uçlarında yürümek, sabit olmayan zeminde durmak, kaygan bir zeminde düşmeden yürüyebilmek iyi bir denge gerektirir. İyi bir denge sahibi olan kişilerin düşme riski daha azdır (123, 124).

2.4.2. Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi

Fiziksel Aktivitenin Değerlendirmesi: Fiziksel aktivite ölçümünde kullanılan sadece bir yöntem yoktur; değerlendirme amacıyla kullanılan yöntemler fiziksel aktivitenin niteliğini ve bazı boyutlarını ölçer. Ayrıca değerlendirmede kullanılan yöntemlerin birçoğu enerji tüketim miktarını dikkate alır (125). Bu yöntemler fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amaçlı anketler, testler, günlükler, doğrudan gözlemlene yöntemleri, dijital ölçüm cihazları ve enerji tüketim miktarının belirlenmesi gibi yöntemlerdir (126).

Fiziksel Aktivite Şiddetinin Ölçülmesi: Fiziksel aktivite şiddetinin ölçülmesi metabolik eşdeğer (MET) birimleri cinsinden ifade edilir. MET istirahat metabolik hızının katlarıdır ve istirahat oksijen tüketimine eşittir. Aktiviteden kaynaklanan enerji tüketim miktarının istirahat sırasındaki enerji tüketimine olan oranına denilmektedir. 1 MET=3,5 ml/kg/dk'dır (127- 129).

MET birimine göre fiziksel aktivite düzeyi 3 seviyeye ayrılır:

- Düşük düzey- Fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET- dk/hafta),
- Orta düzey- Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan (600 – 3000 MET- dk/hafta),
- Yüksek düzey- Fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan (>3000 MET- dk/hafta) (128).

Mağaza gezer gibi yürüyüş yapma ve bulaşık yıkama hafif(düşük) düzeyde fiziksel aktiviteler, hafif yük taşıma, pencereleri silme, süpürme, bahçe işleri, düzenli tempoda yüzme ve düzenli tempoda bisiklet çevirme orta düzeyde fiziksel aktiviteler, tempolu yürüme, basketbol, aerobik, koşu, hızlı bisiklet çevirme ve eğilerek yer silme, yüksek düzeyde fiziksel aktiviteler olarak tanımlanmıştır (130).

Fiziksel Aktivite Düzeyi: Fiziksel aktivite düzeyi, ölçümün yapılış şekline ve değerlendirme yöntemine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Fiziksel aktivite düzeyini ayırt etmekte frekans, miktar ve süre sıklıkla kullanılan değişkenlerdir (131).

a. Fiziksel Aktivitenin Frekansı: Belli bir süre içinde yapılan fiziksel aktivitelerin sayısı olarak açıklanır. Aktivitenin tek seferde mi, yoksa parçalar halinde mi yapıldığını da gösterir (132).

b. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi: Fiziksel aktivitenin süresi, aktivitenin tek bir seansı olarak ifade edilir. Bireysel egzersiz seanslarının süresi hakkında bilgi, frekans verileriyle birlikte gösterilip, biriken toplam aktivitenin dakikasını belirtmede kullanılır (132).

2.4.3. Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktivite

Düzenli fiziksel aktivite kadınların yaşamları boyunca sağlıklarını korumaları için önemlidir. Ancak erkekler kadınlardan daha fazla fiziksel aktivite yapmaktadırlar (133) ve güvenli fiziksel aktivite özellikle kadınları ilgilendirmektedir. Çünkü şiddetli yoğunlukta ve uzun süre yapılan fiziksel aktivite menstrual ve üreme organ fonksiyonlarında bozukluklara sebep olabilir. Bir kadının üreme döneminde ortaya çıkan önemli olaylar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. (134). Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümünün Amerikalılar için yayınladığı fiziksel aktivite kurallarında sağlıklı gebe ve postpartum kadınlar için kılavuz, gün içerisinde 30 dakika yedi günde en az 150 dakika orta şiddette aerobik aktivite (tempolu yürüyüş eşdeğeri) önermektedir (135, 136). Yürümenin, gebelik sırasında en yaygın aktivite türü olduğu rapor edilmiştir ve gebelik öncesi ile doğum sonrası dönemde de güvenli bir şekilde yapılabilir (137). Fiziksel aktivitenin bilinen pek çok faydası olmasına rağmen doğum sonu dönemde düzenli egzersizin başlatılması ve sürdürülmesi genellikle zorlu ve karmaşık bir davranıştır. Bu nedenle gebelik öncesiyle karşılaştırıldığında fiziksel aktivite düzeyinde azalma meydana gelmektedir (5, 138) ve bir çalışmada doğum sonu dönemde fiziksel aktivitenin önündeki engellerin büyük olduğu söylenmektedir.

Doğum sonu dönemde fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler çevresel ve kişisel faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır ve fiziksel aktivitenin yapılmasında bu iki faktör de çok önemlidir. Kişisel faktörler; aylık gelir, çocuk sayısı, çocuk bakımındaki destek eksikliği, ev işleri yapımında destek eksikliği, egzersiz yapılırken eşlik edecek kişilerin eksikliği, sosyal destek, boş zamanın kısıtlı olması, algılanan enerji eksikliği, fiziksel sağlık, annenin öncelikleri ve ailelerin negatif tutumlarıdır (5, 139, 140). Bu durumların aksine çevresel faktörler; annenin sahip olduğu kişisel kontrol ve tecrübenin dışındaki faktörlerdir. Bunlar; fiziksel aktivite yapılacak alanlara erişim, fiziksel aktivitenin yapılması için uygun alan eksikliği, çevrenin güvenliği, bilgilendirici bir sağlık sisteminin eksikliği ve toplu taşıma araçlarına ulaşımı içermektedir (5, 141).

Yapılan bir çalışmada; kötü hava koşulları, zaman eksikliği ve egzersiz alanının kötü olması annelerin fiziksel aktivite yapmasını etkileyen çevresel faktörler olarak bulunmuştur (142). Egzersizlerin incelediği başka bir çalışmada ise fiziksel aktivite yapmayı engelleyen nedenlerin doğum sonu dönemde fiziksel aktivitenin ön belirleyicileri olarak bulunmuştur (143). Doğum sonu dönemde fiziksel aktivitenin potansiyel faydalarının yanı sıra kadınlarda yorgunluk, vajinal kanama, diastazis rekti ve laktasyon performansı konularında da fiziksel aktiviteyi etkileyen bazı kaygılar mevcuttur. Ancak doğum sonu dönemde fiziksel aktivite sonrası enerjinin arttığı söylenmiştir ve doğum sonu kanamanın arttığı gözlemlenmemiştir. Bunun yanı sıra daha aktif kadınların diastazis rekti tanısı alması daha az olasıdır (134).

2.4.4. Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktiviteyi Arttırmaya Yönelik Ebenin Rol ve Sorumlulukları

Genel nüfustaki kadınların büyük bir kısmı (%43) fiziksel aktivite yönergelerine uymamakla birlikte, doğum sonu dönemde kadın, fiziksel olarak hareketsizlik riski taşımaktadır ve doğumdan sonra kadınların yaklaşık %64'ünün yeterince aktif olmadığı bildirilmiştir. Sağlıklı yaşam için hareketsiz yaşam tarzını değiştirmeyi hedeflemek, doğum sonu dönemde sağlığı geliştirmek için etkili bir strateji olabilir (99). Önerilere göre doğum sonu dönemde herhangi bir problem ve komplikasyon yoksa hafif yürüme ve tüm kas gruplarını germe egzersizlerine hemen başlanabilir (134). Ancak, sezaryen veya komplike bir doğum gerçekleştiyse ebe/sağlık personeli tarafından fiziksel aktiviteden önce yeterli tıbbi bakım sağlanmalı ve annenin fiziksel aktiviteye genellikle ilk fiziksel muayeneden sonra (6-8 hafta) başlaması sağlanmalıdır. Komplikasyonsuz vajinal doğumdan sonra yürümeye ek olarak merdiven çıkma, ağır nesnelere kaldırma gibi aktivitelere de hemen başlaması için teşvik edilmelidir (134, 144).

Ekonomik durumlar ve spor alanlarının azlığı gibi fiziksel aktivitenin önündeki engeller, doğum sonu dönemde zamanın kısıtlı olması ve bilgisayar/TV karşısında çok fazla zaman harcama, fiziksel aktivitenin azalmasına sebep olarak kilonun artmasına yol açmaktadır. İstenilen sağlık yararlarının elde edilebilmesi ve kadınlara engel teşkil eden bariyerleri aşması için ebe tarafından fiziksel aktivitenin yararlarına yönelik eğitim verilebilir. Kadınların yaşam evreleri de göz önünde bulundurularak sevdiği fiziksel aktiviteleri tercih etmeleri ve bu egzersizleri, amacına uygun sıklık, şiddet ve sürede

planlayarak sürdürebilmeleri ve günlük yaşantılarını planlarken temel ihtiyaçları arasında fiziksel aktiviteye de zaman ayırmaları önerilir. (4, 145).

Gebelikte aşırı kilo alan, bebek emzirme süresi altı ay ve daha kısa süre olan, postpartum fiziksel aktivitesi az olan kadınların postpartum kilo retansiyonu yüksek saptanmış ve aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur (146). Ebe tarafından kadınlara; gebelik ve doğum sonrası dönemde maternal obezitenin riskleri anlatılmalı, Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) yönergesine göre gebelikte kilo alım önerisi yapılmalı, kilo yönetim danışmanlığı için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı yapılmalıdır (146). Doğum sonu bakım yönetim rehberine göre ebe/sağlık personeli tarafından doğum sonu fiziksel aktivite hakkında eğitim verilmeli ve anne bu konuda desteklenmelidir (147).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya Merkez Yeşilyurt ve Battalgazi ilçelerine bağlı bulunan, nüfusu 20.000 ve üzeri olan 7 tane Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) (Mücelli ASM, Sıtmapınarı ASM, Battalgazi ASM, Özalper ASM, Fırat ASM, Göztepe ASM, Adafi ASM) yapıldı. Araştırma Şubat-Aralık 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

Belirlenen ASM'lerde her aile hekimi ile birlikte bir ebe ya da hemşire çalışmakta ve lohusa ve yenidoğanların rutin izlemleri yürütülmektedir. Doğum sonu dönemde kadınlar Sağlık Bakanlığı'nın rutin aşı takviminde belirtilen aylara göre ASM'ye çağrılmaktadır. ASM'lerde kadınlara doğum sonu döneme ilişkin eğitimler verilmekle birlikte fiziksel aktivite düzeyini artırmaya yönelik herhangi bir uygulama yapılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya Merkez Yeşilyurt ve Battalgazi ilçelerine bağlı bulunan, nüfusu 20.000 ve üzeri olan 7 ASM' ye (Mücelli ASM, Sıtmapınarı ASM, Battalgazi ASM, Özalper ASM, Fırat ASM, Göztepe ASM, Adafi ASM) kayıtlı doğum sonu dönem 6 hafta-6 ay arasında olan 1293 kadın oluşturdu. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü %5 yanılğı düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %97 güven aralığında, %80 evreni temsil etme yeteneği (güç) ile 347 kadın olarak hesaplandı.

Araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan kadınlar, ilgili evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile örnekleme alındı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

-İletişim kurmada sorun yaşamayanlar

-Doğum sonu dönemde anne ve bebekte herhangi bir sağlık sorunu olmayanlar (annede; kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sorunları, diyabet gibi, bebekte; prematürite, konjenital anomaliler, ölü doğum gibi).

-Daha önce depresyon tanısı konulmamış ve psikiyatrik bir ilaç kullanmayanlar

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu (EK 2): Araştırmacı bu formu literatür bilgileri (23, 148, 149) doğrultusunda hazırlamıştır. Bu form, araştırmaya dahil edilen kadınların tanıtıcı (yaş, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma durumu, parite, yaşayan çocuk sayısı, son doğum şekli, boy, kilo vb.) özelliklerini içeren 16 sorudan oluşmaktadır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) (EK 3): Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kısa formu Craig ve ark. tarafından 15-65 yaş arasında olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir. Öztürk tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan formun test-tekrar test güvenilirliği 0.76 olarak bulunmuştur (150).

UFAA’ya göre fiziksel aktivitelerin, 10 dakikalık süre boyunca tek seferde yapılıyor olması gerekmektedir. Anket ile son bir hafta içinde yapılan; şiddetli düzeyde fiziksel aktivitelerin (futbol oynama, hızlı şekilde bisiklet çevirme, ağırlık kaldırma, aerobik vb.) süresi (dk), orta düzeyde fiziksel aktivitelerin (hafif yüklerin taşınması, halk oyunları, dans etme, masa tenisi vb.) süresi (dk) ile yürüyüş ve bir günlük ortalama oturma süreleri (dk) sorgulanmıştır (16, 151).

Formdan (7 soru) elde edilen bilgilerle; yürüme, orta şiddetli, şiddetli aktivitelerle; otururken harcanan zaman hakkında bilgi elde edilebilir.

Formun toplam puanının hesaplanmasında, yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite sürelerinin (dakikalar) ve frekanslarının (günler) toplanması kullanılır. Toplama sonucunda yapılan aktiviteler için gerekli enerji olan MET-dakika skoru hesaplanmış olur. Elde edilen MET değerleri aşağıdaki aktivite düzeylerini verir:

- 3.3 MET= Yürüme düzeyi
- 4.0 MET= Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite
- 8.0 MET= Şiddetli Fiziksel Aktivite
- 1.5 MET= Oturma

Elde edilen bu değerlerle haftalık ve günlük fiziksel aktivite düzeyleri hesaplanır. Örneğin; 4 gün 20 dakika yürüyen bir bireyin yürüme MET-dk/hafta skoru:

$3.3 \times 4 \times 20 = 264$ MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır.

- Yürüme için hesaplanan MET-dk/hafta = $3.3 \times$ yürüyüşün dakikası \times yürüyüşün gün sayısı
 - Orta şiddetli için hesaplanan MET-dk/hafta = $4.0 \times$ orta şiddette yapılan aktivitelerin dakikası \times orta şiddette yapılan aktivitelerin gün sayısı
 - Şiddetli için hesaplanan MET-dk/hafta = $8.0 \times$ şiddetli yapılan aktivitelerin dakikası \times şiddetli yapılan aktivitelerin gün sayısı
- Toplam skor = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli) MET-dk/hafta

Bu hesaplamamanın toplamından elde edilen puana göre 3 aktivite seviyesinde sınıflandırma yapılmaktadır:

- Düşük düzey= <600 MET- dk/hafta,
- Orta düzey= $600 - 3000$ MET-dk/hafta,
- Yüksek düzey= >3000 MET-dk/hafta şeklinde sınıflandırılmıştır (150).

SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EK 4): 1992 yılında Rand Corporation'un geliştirdiği ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.62-0.94 arasındadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerinin Cronbach's alfa değerleri 0.73-0.76 arasında bulunmuştur (152, 153). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değerleri 0.85 olarak bulundu.

Herhangi bir hastalığa, tedavi grubuna ya da yaşa özgü değildir. 14 yaş ve üzerindeki bireylere uygulanabilmektedir.

SF-36, 8 boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) dir (152, 154).

Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3,5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d, maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte toplam puan hesaplaması yapılmaz. Alt ölçekler sağlığı 0-100 puan arasında değerlendirir. 0 "kötü sağlık" durumunu, 100 "iyi sağlık" durumunu göstermektedir (153, 155).

Tablo 3.1. SF-36 sorularının birleştirilmesi ve ham puanları

Sf-36 Boyutları	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel İşlev	3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10-30	20
Fiziksel rol	4(a+b+c+d)	4-8	4
Ağrı	7+8	2-12	10
Genel Sağlık	1+11(a+b+c+d)	5-25	20
Yaşamsallık	9(a+e+g+i)	4-24	20
Sosyal İşlev	6+10	2-10	8
Mental Rol	5(a+b+c)	3-6	3
Mental Sağlık	9(b+c+d+f+h)	5-30	25

$$\text{Boyut skoru} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$$

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) (EK 5): Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS), Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Ülkemizde Engindeniz tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0.79 bulunmuştur (156-158). Gebelik ve postpartum dönemde EPDS'nin depresif semptomlarını doğru ölçtüğü bildirilmiştir. Postpartum örneklerde EPDS'nin duyarlılığı %86, özgüllüğü %76 olarak saptanmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Son 7 gün içinde bulunulan duygu durumuna dair sorular içermektedir. Toplam puan hesaplaması her madde 0-3 aralığında puanlanarak yapılır. Puanlama her maddede farklı yapılmaktadır. 3. ,5. ,6. ,7. ,8. ,9. ve 10. maddeler gittikçe azalan sırayla şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 1. 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Bu madde puanlarının toplanmasıyla ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en az puan 0, en fazla puan 30'dur. On iki ve üstü puan alan bireyler depresyon yönünden riskli olarak kabul edilir (9). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değerleri 0.73 olarak bulundu.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler Nisan – Ekim 2017 tarihleri arasında ilgili ASM'lere başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan hafta içi günlerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve EPDS'den elde edilecek puanlar

Bağımsız Değişken: Kadınların fiziksel aktivite düzeyleri

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay (EK 6), araştırmanın yapılması için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan araştırma izni (EK 7) alındı. Ayrıca araştırmaya başlamadan önce, tüm kadınlara asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 8) okunarak sözlü ve yazılı izinleri alındı. Araştırmada yer alan kadınlara çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=347)

Değişken	n	%
Yaş (yıl) (Ort.± SS) 28.93 ± 5.24		
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	5	1.4
Sadece okur-yazar	5	1.4
İlköğretim mezunu	160	46.2
Ortaöğretim mezunu	95	27.4
Üniversite mezunu	82	23.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	52	15.0
Çalışmıyor	295	85.0
Meslek (n=52)		
Memur	34	65.4
İşçi	10	19.2
Serbest meslek	8	15.4
Sosyal Güvence		
Var	302	87.0
Yok	45	13.0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	122	35.2
Gelir gidere denk	212	61.1
Gelir giderden fazla	13	3.7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	268	77.2
Geniş aile	76	21.9
Parçalanmış aile	3	0.9
BKİ (kg/m²) (Ort.± SS) 25.37 ± 4.21		
Zayıf (BKİ<18.5)	16	4.6
Normal (BKİ=18.5-24.9)	153	44.1
Kilolu (BKİ=25-29.9)	134	38.6
Obez (BKİ≥30)	44	12.7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	46	13.3
Hayır	301	86.7
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	0	0
Hayır	347	100

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’ de verildi. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.93 ± 5.24 dır. Kadınların %46.2’sinin ilköğretim mezunu, %85’inin çalışmadığı, çalışan kadınların %65.4’ünün memur olduğu belirlendi. Kadınların %87’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %61.1’inin gelirinin giderine denk olduğu, %77.2’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %86.7’sinin sigara kullanmadığı ve tamamının alkol kullanmadığı tespit edildi. Kadınların Beden Kitle İndeksi (BKİ) (kg/m²) ortalamasının 25.37 ± 4.21 olduğu ve %44.1’inin normal kiloya (BKİ=18.5-24.9) sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Kadınların bazı obstetrik ve doğum sonu özelliklerinin dağılımı (n=347)

Değişken	n	%
Son Doğumdan Sonra Geçen Süre (hafta) (Ort.± SS)	17.41 ± 5.31	
Parite		
Primipar	100	28.8
Multipar	247	71.2
Son Doğum Şekli		
Vajinal doğum	160	46.1
Sezaryan doğum	187	53.9
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1	121	34.9
2	132	38.0
3 ve üzeri	94	27.1
Düşük Sayısı		
Yok	278	80.1
1	48	13.8
2 ve üzeri	21	6.1
Emzirme Durumu		
Emziriyor	313	90.2
Emzirmiyor	34	9.8
Doğum Sonu Destek Varlığı		
Var	132	38.0
Yok	215	62.0
Doğum Sonu Destek Olan Kişi (n=132)		
Eş	38	28.9
Anne/Kayınvalide	59	44.7
Diğer (görümce, kız kardeş/çocuk)	35	26.4

Tablo 4.2’de kadınların bazı obstetrik ve doğum sonu özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların son doğumdan sonra geçen sürenin ortalama 17.41 ± 5.31 hafta olduğu belirlendi. Kadınların %71.2’sinin multipar, %53.9’unun son doğum şeklinin sezaryan, %38’inin yaşayan çocuk sayısının iki olduğu ve %80.1’inin hiç düşük yapmadığı tespit edildi. Kadınların %90.2’sinin bebeklerini emzirdiği, %62’sinin doğum sonu desteğinin olmadığı, doğum sonu desteği olanların %44.7’sinin anne/kayınvalide desteği olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Kadınların UFAA, SF-36 alt boyutları ve EPDS’den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=347)

Ölçekler	Min-Max	Ort. \pm SS
UFAA Toplam Fiziksel Aktivite (MET-dk/hafta)	66-8946	1960.6 \pm 1456.7
Şiddetli Fiziksel Aktivite (MET-dk/hafta)	0-2880	29.3 \pm 222.2
Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite (MET-dk/hafta)	0-7560	1465.9 \pm 1365.6
Yürüme Fiziksel Aktivite (MET- dk/hafta)	0-3465	465.2 \pm 573.8
Oturma süresi (dk/gün)	180-600	385.4 \pm 102.8
SF-36 Alt Boyutları		
Fiziksel işlev	35-100	86.26 \pm 12.00
Fiziksel rol	0-100	63.54 \pm 37.05
Ağrı	0-90	57.60 \pm 19.40
Genel Sağlık	5-95	65.47 \pm 18.40
Yaşamsallık	0-75	46.88 \pm 11.93
Sosyal İşlev	12.50-100	77.01 \pm 22.09
Mental Rol	0-100	47.16 \pm 43.38
Mental Sağlık	8-92	54.99 \pm 17.68
EPDS Toplam	0-27	10.34 \pm 4.64

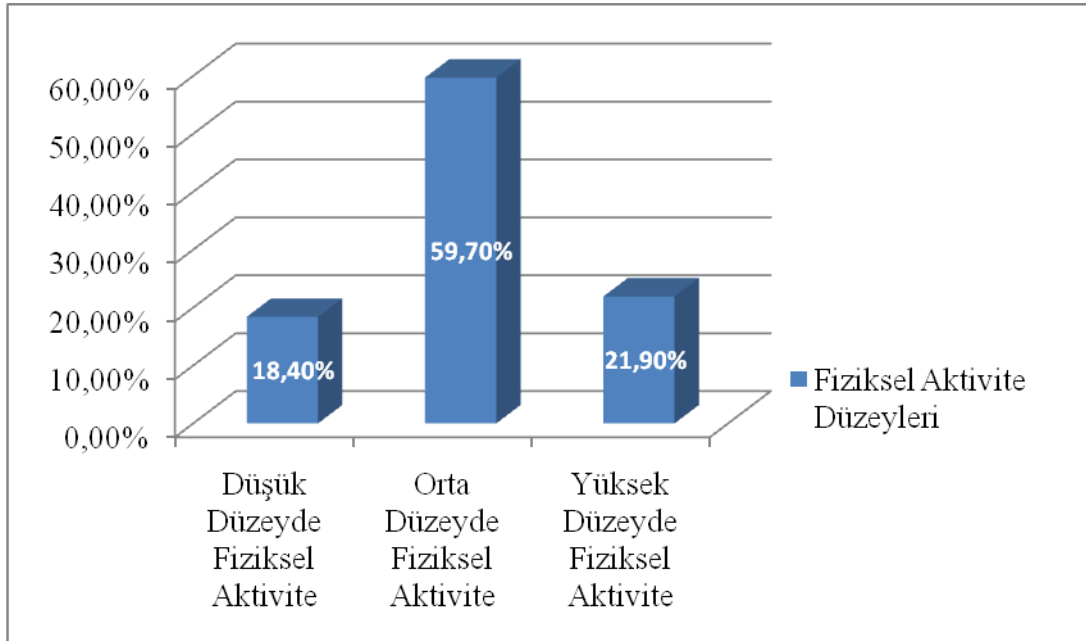
UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
SF-36: SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği
EPDS: Edinburg Postpartum Depresyon Skalası

Tablo 4.3'te kadınların UFAA, SF-36 alt boyutları ve EPDS'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların UFAA'ya göre hesaplanan haftalık enerji tüketimleri “Şiddetli”, “Orta şiddetli”, “Yürüme”, “Oturma” ve “Toplam” şeklinde beş kategoride sınıflandırılmıştır. Kadınların haftalık toplam fiziksel aktivite puanı ortalamasının 1960.6 ± 1456.7 MET-dk/hafta olduğu bulundu. Ayrıca kadınların fiziksel aktivite yaparak harcadıkları enerji miktarının alt kategorilere göre; “şiddetli fiziksel aktivite” puanı ortalamasının 29.3 ± 222.2 MET-dk/hafta, “orta şiddetli fiziksel aktivite” puanı ortalamasının 1465.9 ± 1365.6 MET-dk/hafta, “yürüme fiziksel aktivite” puanı ortalamasının 465.2 ± 573.8 MET-dk/hafta, “oturma süresi” puanı ortalamasının 385.4 ± 102.8 dk/gün olduğu belirlendi.

Kadınların SF-36 alt boyutlarından fiziksel işlev puan ortalaması 86.26 ± 12.00 , fiziksel rol puan ortalaması 63.54 ± 37.05 , ağrı puan ortalaması 57.60 ± 19.40 , genel sağlık puan ortalaması 65.47 ± 18.40 , yaşamsallık puan ortalaması 46.88 ± 11.93 , sosyal işlev puan ortalaması 77.01 ± 22.09 , mental rol puan ortalaması 47.16 ± 43.38 ve mental sağlık puan ortalaması 54.99 ± 17.68 olarak bulundu.

Kadınların EPDS'den aldıkları puan ortalaması 10.34 ± 4.64 dür.

Şekil 4.1. Kadınların UFAA'ya göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri



UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Şekil 4.1’de kadınların UFAA’ya göre fiziksel aktivite düzeylerinin yüzdelerle dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %18.4’ünün düşük, %59.7’sinin orta ve %21.9’unun yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi.

Tablo 4.4. Kadınların fiziksel aktivite düzeyine göre SF-36 alt boyutları ve EPDS’den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=347)

Ölçekler	Fiziksel Aktivite Düzeyi			Test ve p değeri	Anlamlılık
	Düşük Düzey	Orta Düzey	Yüksek Düzey		
	(<600 MET dk/hafta) (n=64)	(600-3000 MET dk/hafta) (n=207)	(>3000 MET dk/hafta) (n=76)		
SF-36 Alt Boyutları					
Fiziksel İşlev	84.37 ± 14.94	86.20 ± 11.32	88.02 ± 10.92	F=1.618 p=0.200	
Fiziksel Rol	50.78 ± 39.83 ^a	64.73 ± 36.78 ^b	71.05 ± 32.92 ^c	F=5.609 p=0.004	b,c>a
Ağrı	54.68 ± 22.32	57.58 ± 18.72	60.13 ± 18.51	F=1.370 p=0.255	
Genel Sağlık	57.57 ± 22.85 ^a	67.65 ± 16.42 ^b	66.18 ± 17.75 ^c	F=7.692 p=0.001	b,c>a
Yaşamsallık	43.90 ± 10.67	47.22 ± 12.04	48.48 ± 12.35	F=2.789 p=0.063	
Sosyal İşlev	68.75 ± 25.68 ^a	78.20 ± 21.39 ^b	80.75 ± 19.08 ^c	F=6.036 p=0.003	b,c>a
Mental Rol	36.45 ± 41.87 ^a	46.85 ± 43.56 ^b	57.01 ± 42.44 ^c	F=3.980 p=0.020	c>a,b
Mental Sağlık	48.06 ± 19.09 ^a	56.07 ± 17.47 ^b	57.89 ± 15.66 ^c	F=6.525 p=0.002	b,c>a
EPDS Toplam	12.71 ± 4.55 ^a	10.21 ± 4.65 ^b	8.69 ± 3.86 ^c	F=14.25 p=0.000	a>b>c

SF-36: SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği
EPDS: Edinburg Postpartum Depresyon Skalası

Tablo 4.4'te kadınların fiziksel aktivite düzeyine göre SF-36 alt boyutları ve EPDS'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. “Fiziksel işlev” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 84.37 ± 14.94 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 86.20 ± 11.32 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 88.02 ± 10.92 MET dk/hafta’ dır ($p>0.05$).

“Fiziksel rol” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 50.78 ± 39.83 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 64.73 ± 36.78 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 71.05 ± 32.92 MET dk/hafta olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Ayrıca orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların fiziksel rol puan ortalamasının düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ($b,c>a$).

“Ağrı” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 54.68 ± 22.32 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 57.58 ± 18.72 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 60.13 ± 18.51 MET dk/hafta’ dır ($p>0.05$).

“Genel sağlık” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 57.57 ± 22.85 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 67.65 ± 16.42 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 66.18 ± 17.75 MET dk/hafta olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların genel sağlık puan ortalamasının düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ($b,c>a$).

“Yaşamsallık” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 43.90 ± 10.67 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 47.22 ± 12.04 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 48.48 ± 12.35 MET dk/hafta’ dır ($p>0.05$).

“Sosyal işlev” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 68.75 ± 25.68 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda

78.20 ± 21.39 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 80.75 ± 19.08 MET dk/hafta olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.05). Ayrıca orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların sosyal işlev puan ortalamasının düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (b,c>a).

“Mental rol” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 36.45 ± 41.87 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 46.85 ± 43.56 MET dk/hafta olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.05). Ayrıca yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların mental rol puan ortalamasının düşük ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek oldukları bulunmuştur (c>a,b).

“Mental sağlık” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 48.06 ± 19.09 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 56.07 ± 17.47 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 57.89 ± 15.66 MET dk/hafta olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05). Ayrıca orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların mental sağlık puan ortalamasının düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (b,c>a).

“EPDS” puan ortalamaları; düşük düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 12.71 ± 4.55 MET dk/hafta, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 10.21 ± 4.65 MET dk/hafta, yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda 8.69 ± 3.86 MET dk/hafta’ dır. Fiziksel aktivite düzeyleri ile EPDS puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca düşük, orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarında EPDS puan ortalamasının anlamlı farklılığın üç grup arasında olduğu belirlendi (a>b>c).

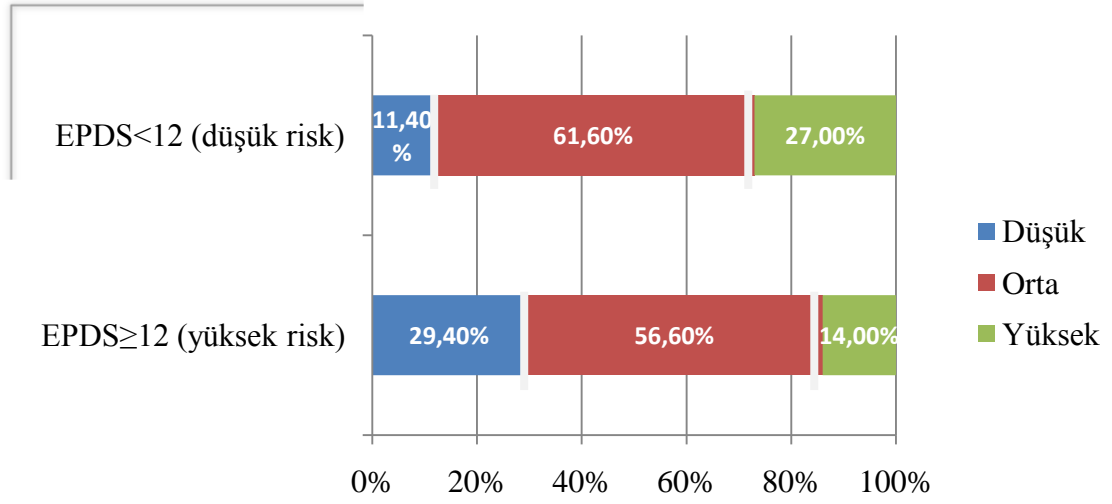
Tablo 4.5. UFAA toplam puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları ve EPDS toplam puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları (n=347)

SF-36 Alt Boyutları	UFAA	
	r*	p
Fiziksel işlev	0.101	0.060
Fiziksel rol	0.161	0.003
Ağrı	0.103	0.056
Genel Sağlık	0.067	0.215
Yaşamsallık	0.102	0.058
Sosyal İşlev	0.170	0.001
Mental Rol	0.131	0.014
Mental Sağlık	0.158	0.003
EPDS Toplam	-0.266	0.00

UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
SF-36: SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği
EPDS: Edinburg Postpartum Depresyon Skalası
r*: pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.5'te kadınların UFAA toplam puan ortalaması ile SF-36 alt boyutları ve EPDS toplam puan ortalaması arasındaki korelasyon katsayıları verilmiştir. UFAA ile SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol ($r^*=0.161$), sosyal işlev ($r^*=0.170$), mental rol ($r^*=0.131$) ve mental sağlık ($r^*=0.158$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) belirlendi. UFAA ve SF-36 altboyutlarından fiziksel işlev, ağrı, genel sağlık ve yaşamsallık arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Kadınların UFAA ile EPDS 'den aldıkları toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($r^* = -0.266$; $p<0.05$).

Şekil 4.2. Kadınların EPDS puan ortalamalarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı (n=347)



Şekil 4.2’de kadınların EPDS puan ortalamalarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların EPDS puan ortalamaları 12 den düşük olanlardan (düşük risk) %11.4’ünün düşük düzeyde, %61.6’sının orta düzeyde ve %27’sinin yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi. EPDS puan ortalaması 12 ve üstü olanlardan %29.4’ünün düşük düzeyde, %56.6’sının orta düzeyde ve %14’ünün yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptandı ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Doğum sonu fiziksel aktivite kadınların fizyolojik ve psikolojik sağlığını etkileyen bir uygulamadır. Düzenli fiziksel aktivitenin, doğum sonu dönemde fazla kiloların verilmesi, kaygının giderilmesi ve depresyonun önlenmesi açısından yararlı olduğu gösterilmiştir. (135, 159). Sadece sorunların çözümünde değil aynı zamanda istenmeyen alışkanlıklardan kurtulma, sosyalleşme, fizyolojik-metabolik parametreleri iyileştirme, birçok kronik hastalık ve erken mortalite riskini azaltma, başka bir deyişle yaşam kalitesinin artırılmasında da önemli farklar yaratabilir (16). Bu nedenlerden dolayı doğum sonu dönemde düzenli fiziksel aktivite annenin sağlığına önemli katkılar sağlar (141).

Fiziksel aktivitenin doğum sonu dönemdeki kadınların yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmada; kadınların UFAA puan ortalamasının 1960.6 ± 1456.7 olduğu (Tablo 4.3) ve yarısından fazlasının (%59.7) orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi (Şekil 4.1). Benzer olarak, Adeniyi'nin Nijerya'da postpartum dönemde egzersiz düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların %49.6'sının orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (138). Ülkemizde ise doğum sonu dönemdeki kadınların fiziksel aktivite düzeyleriyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Farklı gruplarda yapılan çalışmalarda ise; Genç ve arkadaşlarının, kadın ve erkek genç erişkinlerle yaptığı çalışmada kadınların %61.6'sının orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığını (16), Vatansver ve arkadaşları tarafından orta yaş kadın ve erkeklerle yapılan çalışmada ise kadınların %47.7'sinin orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (151). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin varlığına dair son yıllarda birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen bu ilişkinin doğum sonu dönemdeki kadınlar üzerindeki etkisini temel alarak yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızda orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol, sosyal işlev, genel sağlık ve mental sağlık yönünden daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu; yüksek düzeyde

fiziksel aktivite yapanların ise mental rol yönünden düşük ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.4). Aynı zamanda kadınların UFAA ile SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol, mental rol, sosyal işlev ve mental sağlık puan ortalamalarının fiziksel aktivite arttıkça pozitif yönde yükseldiği saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.5). Elde ettiğimiz bulgulara paralel olarak, Claesson ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gebelik - doğum sonu dönemde obez olup fiziksel olarak aktif olan kadınlar ile yine aynı dönemde obez olup fiziksel olarak aktif olmayan kadınları karşılaştırmıştır. Çalışma sonunda, gebelik boyunca yapılan fiziksel aktivitenin SF-36 alt boyutları olan sosyal işlev ve mental rolü olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir (160). Campolong ve arkadaşlarının gebelik ve doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve depresyonun egzersizle ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelik ve doğum sonrası dönemde yetersiz egzersiz yapan kadınlar yeterli egzersiz yapanlarla karşılaştırıldığında yaşam kalitesinin çoğu alanında önemli derecede olumlu etkilendiğini bildirmişlerdir (161). Farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da; Barakat ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada egzersiz grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında orta düzeyde fiziksel aktivite yapan egzersiz grubundaki gebelerin sağlık statüsü algılarını daha yüksek buldukları tespit edilmiştir (162). Lara ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada gebelerde fiziksel aktivite programı sonrasında yaşam kalitesini incelemiş, fiziksel aktivite programının sonunda SF-36 alt boyutları genel sağlık, mental rol ve mental sağlığın olumlu yönde etkilendiğini göstermişlerdir. Ayrıca uygulanan fiziksel aktivite programının, sağlığa bağlı yaşam kalitesi algısı ile ilgili yararlar sağladığını da belirtmişlerdir (163). Vatansver ve arkadaşları tarafından orta yaş kadınlarda fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada kadınların fiziksel aktivite puanları arttıkça sosyal işlev ve fiziksel rol yaşam kalitesi alanlarında da artış olduğu belirlenmiştir (151). Kırgız, beden eğitimi ve spor yüksek okullarında görev yapan öğretim elemanlarının fiziksel aktivite ve yaşam kalitelerini incelemiş, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı sonucuna ulaşmıştır (164). Ünver tarafından gebelerde egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, egzersiz yapan kadınların, egzersiz yapma durumları arttıkça toplam yaşam kalitesi puanlarının da arttığı saptanmıştır (165). Kürklü, sağlık çalışanları üzerinde

yaptığı çalışmada, fiziksel aktivitenin sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri üzerine olumlu yönde etkisinin olduğunu belirtmiştir (166).

Yaptığımız çalışmada elde edilen bulguların aksini ortaya koyan çalışmalar da vardır. Vallim ve arkadaşlarının gebe kadınlarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (167). Aynı şekilde Nascimento ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada da fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (168). Farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da; Uyanık'ın fiziksel aktivitenin ofis çalışanlarının yaşam kalitesine etkisinin tespit edilmesi amacıyla yaptığı çalışmada fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (169). Bu sonuçlarda bireysel, kültürel, çevresel faktörlerin ve kadınların fiziksel aktiviteyi günlük yaşamın bir parçası haline getirip getirmemesinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların UFAA ile EPDS 'den aldıkları toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu (Tablo 4.5) ve kadınların fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça DSD belirtilerinin azaldığı belirlendi ($p<0.05$; Tablo 4.4). Benzer olarak, Leon ve arkadaşları yaptıkları meta analiz bir çalışmada, egzersizin postpartum depresyon üzerine etkisini incelemiş ve doğum sonrası dönemde fiziksel aktivitenin DSD belirtilerini azalttığını bulmuşlardır (95). Currie ve Develin'in yaptıkları çalışmada, bebek arabasıyla yürüme gibi düşük yoğunluklu aerobik aktivitelerin bile DSD semptomlarında belirgin bir düşüş meydana getirdiğini belirtilmişlerdir (142). Saligheh ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir sistematik derlemede, fiziksel aktivitenin DSD semptomlarını azalttığı ve vücudu olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (170). Songoygard ve arkadaşlarının gebelikte yapılan fiziksel aktivitenin DSD'yi engelleme durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, doğum sonu dönemde sağlıklı kadınlardan oluşan bir grupta egzersizin etkilerini değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak, fiziksel aktivitenin müdahale grubunda doğum sonrası refah düzeyini arttığını ve depresyon belirtilerini azalttığını tespit etmişlerdir (171). McCurdy ve arkadaşları randomize kontrollü olarak yapmış oldukları çalışmada fiziksel aktivitenin DSD'nin hafif-orta derecedeki belirtilere etkisini incelemiş ve fiziksel aktivitenin hafif-orta şiddette depresyon belirtilerini azalttığını

ifade etmişlerdir (172). Heh ve arkadaşlarının DSD şiddetini azaltmada egzersiz destek programının etkinliği belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, egzersiz destek programını alan kadınların DSD puanlarını kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulmuşlardır (15). Daley ve arkadaşlarının DSD'nin yönetiminde egzersizin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları sistematik derleme ve meta analizde, herhangi bir egzersiz yapmama durumuyla karşılaştırıldığında, egzersizin DSD semptomlarını azalttığı bulunmuştur (100). DipTeach ve Edwards son bir yılda doğum yapmış DSD yaşadığını ifade eden kadınlarda egzersizin sosyal destek ve depresyon üzerine etkisini araştırmışlar. Bebek arabasıyla yürüyen annelerin iyilik seviyelerinin yükseldiğini ve depresyon seviyelerinin önemli ölçüde azaldığını göstermişlerdir (173). Craike ve arkadaşlarının 3-19 aylık bebeği olan anneler üzerinde yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite ile depresyon arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (174). Yapılan başka çalışmalar, fiziksel olarak aktif hale gelen ya da bu şekilde kalmaya devam eden kişilerin klinik depresyona yakalanma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermiştir (15, 175). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada elde edilen bulguların aksini ortaya koyan çalışmalar da vardır. Mohammadi ve arkadaşları evde yapılan egzersizin DSD ve yorgunluğa etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada gebelikte ya da doğum sonu dönemde evde yapılan egzersizin DSD ve yorgunluğu etkilemediğini göstermişlerdir (176). Campolong ve arkadaşları gebelik ve doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve depresyonun egzersizle ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelik ve doğum sonrası dönemde yetersiz egzersiz yapan kadınlar ile yeterli egzersiz yapanlarla karşılaştırmıştır. Depresyon belirtileri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirilmiştir (161). Fiziksel aktivitenin DSD üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını öne süren birkaç çalışma dışında, DSD'yi önlemede orta derecede yararlı etkiye sahip olduğu ileri sürülmüştür (177).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Doğum sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada;

- Kadınların haftalık toplam fiziksel aktivite puanı ortalamasının 1960.6 ± 1456.7 MET-dk/hafta olduğu (Tablo 4.3) ve çoğunun (%59.7) orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi (Şekil 4.1).
- Kadınların fiziksel aktivite düzeylerine göre “Fiziksel rol”, “Genel sağlık”, “Sosyal işlev”, “Mental rol”, “Mental sağlık” ve “EPDS” puanlarının istatistiki olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p < 0.05$; Tablo 4.4).
- Kadınların fiziksel aktivite düzeylerine göre “Fiziksel işlev”, “Ağrı” ve “Yaşamsallık” puanlarının istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p > 0.05$; Tablo 4.4).
- Kadınların UFAA ile SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol, sosyal işlev, mental rol ve mental sağlık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ($p < 0.05$), fiziksel işlev, ağrı, genel sağlık ve yaşamsallık arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Kadınların UFAA ile EPDS ’den aldıkları toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($r^* = -0.266$; $p < 0.05$; Tablo 4.5).
- Araştırmamızda orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınların SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol, genel sağlık, sosyal işlev ve mental sağlık yönünden düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu; yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapanların ise mental rol yönünden düşük ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur ($p < 0.05$; Tablo 4.4).

- Araştırmaya katılan kadınların EPDS puan ortalamaları 12 den düşük olanlardan (düşük risk) %11.4'ünün düşük düzeyde, %61.6'sının orta düzeyde ve %27'sinin yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlendi. EPDS puan ortalaması 12 ve üstü olanlardan %29.4'ünün düşük düzeyde, %56.6'sının orta düzeyde ve %14'ünün yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptandı ($p<0.05$; Şekil 4.2).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum sonu dönemde herhangi bir problemi olmayan kadınların fiziksel aktivitelere katılmaya teşvik edilmesi,
- Doğum sonu dönemde fiziksel aktivite kadınların yaşam kalitesi algılarını ve depresyon düzeylerini etkilediği için bu konuda kadınların bilgilendirilmesi,
- Kadınlarda fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik eğitimlerin planlanması,
- Bu eğitimlerde görev alacak sağlık personellerinin konu hakkında bilgilerinin geliştirilmesinin sağlanması,
- İleride yapılacak olan çalışmaların prospektif olarak planlanıp daha geniş gruplarda çalışmanın tekrarlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Gölbaşı Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010, 32: 276-82.
2. Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2010, 3: 80-7.
3. Aktaş D. Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu Ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2008.
4. Evenson KR, Mottola MF, Owe KM, Rousham EK, Brown WJ. Summary of international guidelines for physical activity following pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2014, 69(7): 407–14.
5. Blum JW, Beaudoin CM, Caton-Lemos L. Physical activity patterns and maternal well-being in postpartum women. *Matern Child Health J* 2004, 8(3): 163–9.
6. World Health Organization. Physical activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> 25 Temmuz 2017.
7. Albright CL, Steffen AD, Wilkens LR, White KK, Novotny R, Nigg CR, Saiki K, Brown WJ. Effectiveness of a 12-month randomized clinical trial to increase physical activity in multiethnic postpartum women: Results From Hawaii's Nā Mikimiki Project. *Prev Med* 2014, 69: 214–23.
8. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999, 10(1): 58-67.
9. Erken AA. Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2016.
10. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon. *Sted* 2001, 10(9): 333-4.

11. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Depress Res Treat* 2016;1-9.
12. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013, 9: 379–407.
13. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 28(2): CD001134.
14. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2012, 39 (3): 458-61.
15. Heh SS, Huang LH, Ho SM, Fu YY, Wang LL.. Effectiveness of an exercise support program in reducing the severity of postnatal depression in Taiwanese women. *Birth* 2008, 35: 60–5.
16. Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2011, 12: 145-50.
17. Rezaei N, Azadi A, Zargousi R, Sadoughi Z, Tavalae Z, Rezayati M. Maternal health-related quality of life and its predicting factors in the postpartum period in iran. *Scientifica (Cairo)* 2016: 1-7.
18. Öztürk S. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi Ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2014.
19. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2007.
20. Çiçek Y. Annelerin Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2014.
21. Tendais I, Figueiredo B, Mota J, Conde A. Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. *Cad Saude Publica* 2011, 27(2): 219-28.

22. Kartal B. Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Depresyon Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2011.
23. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta – 18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J* 2011, 28: 385-93.
24. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care – what’s new? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007, 19: 561–7.
25. Can HÖ. Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2015, 5(2): 40–7.
26. Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2002, 11(1): 21-30.
27. Altuntuğ K. Gebe Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2011.
28. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş 8. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık 2007: 443.
29. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2009, 36(3): 184-90.
30. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJM. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009, 88: 599-605.
31. Manjunath NG, Venkatesh G, Rajanna. Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. *Indian J Community Med* 2011, 36(3): 231-3.
32. Lugina HI, Nyström L, Christensson K, Lindmark G. Assessing mothers’ concerns in the postpartum period: methodological issues. *J Adv Nurs* 2004, 48(3): 279–90.
33. Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs* 2005, 50(5): 479–88.

34. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2007, 6(6): 479-84.
35. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry* 2003, 15(3): 231-42.
36. Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi* 2014, 6(1): 74-7.
37. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009, 29(1): 206-14.
38. Lau Y, Htun TP, Wong SN, Tam WSW, Klainin-Yobas P. Therapist-supported internet-based cognitive behavior therapy for stress, anxiety, and depressive symptoms among postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2017, 19(4): e138.
39. Üstgörül S, Yanikkerem E. Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2014, 12(4): 14-30.
40. Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 46.
41. Yawn BP, Olson AL, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich AJ. Postpartum depression: screening, diagnosis, and management programs 2000 through 2010. *Depress Res Treat* 2012: 1-9.
42. Li M, Chou S-Y. Modeling postpartum depression in rats: theoretic and methodological issues. *Dongwuxue Yanjiu* 2016, 37: 229–36.
43. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002, 287: 762–5.
44. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *J Neurosci Rural Pract* 2015, 6(1): 116-9.
45. Shidhaye PR, Giri PA. Maternal depression: a hidden burden in developing countries. *Ann Med Health Sci Res* 2014, 4(4): 463-5.
46. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012, 90: 139–49G.

47. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ulaş SC, Özmen E. Association between perceived social support and postpartum depression in turkey. *Br J Med Med Res* 2014, 4(10): 2025-36.
48. Aytaç SH. Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2017.
49. Yüksel N. Paroksetin ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2007, 10(Ek 1): 3-8.
50. World Federation for Mental Health. Depression: A Global Crisis. 20th Anniversary of World Mental Health Day. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf 13 Temmuz 2017.
51. Bina R, Barak A, Posmontier B, Glasser S, Cinamon T. Social workers' perceptions of barriers to interpersonal therapy implementation for treating postpartum depression in a primary care setting in Israel. *Health Soc Care Community* 2017: 1–10.
52. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004, 26 (2): 55 – 9.
53. Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health* 2010, 19(3): 477-90.
54. Hayes DK, Ta Park VM, Hurwitz E, Mitchell-Box K.M, Fuddy LJ. Disparities in self-reported postpartum depression among Asian, Hawaiian, and Pacific Islander women in Hawai'i: Pregnancy, Risk, Assessment, and Monitoring System (PRAMS), 2004-2007. *Matern Child Health J* 2010, 765-73.
55. Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum depresyonun risk faktörleri ve nedenleri. *TJFMPC* 2014, 8(3): 93-9.
56. De l'Etoile SK, Leider CN. Acoustic parameters of infant-directed singing in mothers with depressive symptoms. *Infant Behav Dev* 2011, 34: 248–56.
57. Sit D, Seltman H, Wisner KL. Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women. *Depress Anxiety* 2011, 28(5): 400–5.

58. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months postpartum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* 2014, 30: 378–84.
59. Craig M, Howard L. Postnatal depression. *Clin Evid* 2009, 01: 1–20.
60. Mori E, Iwata H, Sakajo A, Maehara K, Tamakoshi K. Association between physical and depressive symptoms during the first 6 months postpartum. *Int J Nurs Pract* 2017, 23(S1): e12545.
61. Earls MF. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 2010, 126: 1032–9.
62. Bölükbaşı H, Şanlıer N. Postpartum depresyonun annelerin emzirme başarısı, öz yeterliliği ve anne sütüne etkileri. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics* 2017, 3(2): 111-6.
63. Annagür BB, Annagür A, Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4(3): 279-92.
64. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003, 44(3): 234-46.
65. Young EA, Midgley AR, Carlson NE, Brown MB. Alteration in the hypothalamic-pituitary-ovarian axis in depressed women. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 1157-62.
66. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000, 157(6): 924–30.
67. Moses EL, Drevets WC, Smith G, Mathis CA, Kalro BN, Butters MA, Leondires MP, Greer PJ, Lopresti B, Loucks TL, Berga SL. Effects of estradiol and progesterone administration on human serotonin 2a receptor binding: a pet study. *Biol Psychiatry* 2000, 48: 854–60.
68. Redrobe JP, Dumont Y, Quirion R. Neuropeptide Y (NPY) and depression: From animal studies to the human condition. *Life Sci* 2002, 71: 2921–37.
69. Abdollahi F, Lye MS, Zarghami M. Perspective of postpartum depression theories: a narrative literature review. *N Am J Med Sci* 2016, 8(6): 232-6.

70. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad-Fahmy D. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989, 154: 660-7.
71. Muller AF, Drexhage HA, Berghout A. Postpartum thyroiditis and autoimmune thyroiditis in women of childbearing age: recent insights and consequences for antenatal and postnatal care. *Endocr Rev* 2001, 22(5): 605–30.
72. Cardaillac C, Rua C, Simon EG, El-Hage W. L'ocytocine et la dépression du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016, 45: 786–95.
73. Glover V, Kammerer M. The biology and pathophysiology of peripartum psychiatric disorders. *Prim psychiatry* 2004, 11(3): 37-41.
74. Groer MW, Morgan K. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology* 2007, 32: 133–9.
75. Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs* 2006, 56(6): 588–99.
76. Ross LE, Sellers EM, Evans SEG, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 109: 457–66.
77. Wilson CJ, Deane FP, Ciarrochi J. Measuring help-seeking intentions: properties of the general help-seeking questionnaire. *Can J Couns* 2005, 39(1): 15-28.
78. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* 2001, 50(5): 275-85.
79. Fisher JRW, Feekery CJ, Rowe-Murray HJ. Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother–baby unit. *J Paediatr Child Health* 2002, 38: 140–5.
80. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust NZ J Psychiatry* 2001, 35: 69–74.
81. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004, 26: 289–95.

82. Florio AD, Forty L, Gordon-Smith K. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry* 2013, 70(2): 168-75.
83. Kleinman A. Culture and depression. *N Engl J Med* 2004, 351: 951-3.
84. Di Florio A, Putnam K, Altemus M, Apter G, Bergink V, Bilszta J, Brock R, Buist A, Deligiannidis KM, Devouche E, Epperson CN, Guille C, Kim D, Lichtenstein P, Magnusson PKE, Martinez P, Munk-Olsen T, Newport J, Payne J, Penninx BW, O'Hara M, Robertson-Blackmore E, Roza SJ, Sharkey KM, Stuart S, Tiemeier H, Viktorin A, Schmidt PJ, Sullivan PF, Stowe ZN, Wisner KL, Jones I, Rubinow DR, Meltzer-Brody S. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychol Med* 2017, 47(5): 787–99.
85. Dagher RK, Shenassa ED. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? *Arch Womens Ment Health* 2012, 15(1): 31–7.
86. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr* 2003, 4139-42.
87. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord* 2015, 175: 34–52.
88. Kheirabadi GR, Maracy MR. Perinatal depression in a cohort study on Iranian women. *J Res Med Sci* 2010, 15(1): 41-9.
89. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Chapter 1: Risk factors for postpartum depression. *Matern Ment Heal child Heal Dev* 2008: 1-63.
90. National Institute For Health And Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. nice.org.uk/guidance/cg192 16.08.2017.
91. Craft LL, Perna FM. The benefits of exercise for the clinically depressed. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004, 6: 104–11.
92. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2009, 52: 498–515.
93. Daley A. Exercise and depression: A Review of Reviews. *J Clin Psychol Med Settings* 2008, 15: 140–7.

94. Ağaoğlu SA. Kadın sağlığı ve egzersiz. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2015,6(2): 67-72.
95. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth* 2017, 44: 200–8.
96. Lewis BA, Gjerdingen DK, Avery MD, Guo H, Sirard JR, Bonikowske AR, Marcus BH. Examination of a telephone-based exercise intervention for the prevention of postpartum depression: Design, methodology, and baseline data from The Healthy Mom study. *Contemp Clin Trials* 2012, 33: 1150–8.
97. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, Herman S, Craighead WE, Brosse AL, Waugh R, Hinderliter A, Sherwood A. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007, 69: 587–96.
98. Daley AJ, Jolly K, Sharp DJ, Turner KM, Blamey RV, Coleman S, McGuinness M, Roalfe AK, Jones I, MacArthur C. The effectiveness of exercise as a treatment for postnatal depression: study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 45.
99. Teychenne M, York R. Physical activity, sedentary behavior, and postnatal depressive symptoms: A review. *Am J Prev Med* 2013, 45: 217–27.
100. Daley A, Jolly K, MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* 2009, 26: 154–62.
101. Bahrami N, Karimian Z, Bahrami S, Bolbolhaghghi N. Comparing the postpartum quality of life between six to eight weeks and twelve to fourteen weeks after delivery in iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014, 16: e16985.
102. World Federation for Mental Health. Depression: A Global Crisis. 20th Anniversary of World Mental Health Day. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf 13 Temmuz 2017.

103. Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal quality of life assessment: validation of the mother-generated index. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2003, 110: 865–8.
104. 2. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi*. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik, 2007: 9-11.
105. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi, üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması. *Üroonkoloji Bülteni* 2005, 1: 25-9.
106. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996, 334: 835–40.
107. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2006.
108. Hammoudeh W, Mataria A, Wick L, Giacaman R. In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009, 9: 123–32.
109. Jansen AJG, Essink-Bot M-L, Duvekot JJ, Van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *J Psychosom Res* 2007, 63: 275–81.
110. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal postpartum quality of life questionnaire. *J Nurs Meas* 2006; 14: 205–20.
111. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi R. Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iran Red Crescent Med J* 2014, 16: e8443.
112. Çelik AS, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 17(3): 151-7.
113. *10th International Sport Sciences Congress*. “Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite”, 2008: 82-5.
114. Bahadoran P, Abbasi F, Yousefi AR, Kargarfard M. Evaluating the effect of exercise on the postpartum quality of life. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2007, 12(1): 17-20.

115. Kernot J, Olds T, Lewis LK, et al. Effectiveness of a facebook-delivered physical activity intervention for post-partum women: a randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health* 2013, 13: 518.
116. Karatosun H. Fiziksel aktivite ve ruh sağlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi* 2010, 2(2): 09-13.
117. US Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans. Chapter 7: Additional Considerations for Some Adults <http://www.health.gov/PAGuidelines/guidelines/default.aspx> 08 Ağustos 2017.
118. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2. Baskı 2014: 1.
119. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985, 100(2): 126–31.
120. Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, Martens M, Huygens W, Troosters T, Beunen G. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005, 12: 102–14.
121. Yıldırım İ, Özşevik K, Özer S, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi* 2015, 9: 32-9.
122. American College of Sports Medicine (ACSM). ACSM Issues New Recommendations on Quantity and Quality of Exercise. <http://www.acsm.org/about-acsm/media-room/news-releases/2011/08/01/acsm-issues-new-recommendations-on-quantity-and-quality-of-exercise> 01 Ağustos 2017.
123. U.S. Department of Health and Human Services. Your Guide to Physical Activity and Your Heart. *Natl Inst Health*, 2006; 11.
124. T.C Sağlık Bakanlığı Çorum İl Sağlık Müdürlüğü. Fiziksel Aktivite Türleri. <http://corum.ism.saglik.gov.tr/TR,37608/fiziksel-aktivite-turleri.html> 11 Temmuz 2017.
125. Akova İ. 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkiler. Tıp Fakültesi,

- Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2016.
126. Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Turk Hij Den Biyol Derg* 2013, 70(4): 205-14.
127. Cengiz C. Physical Activity and Exercise Stages of Change Levels of Middle East Technical University Students. The Graduate School of Social Sciences, The Department Of Physical Education And Sports. The Degree Of Master Of Science, Ankara: Middle East Technical University 2007.
128. International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms.<https://www.scienceopen.com/document?vid=b223350fd159-4043-9b48-e2031f210a3c> 3 Temmuz 2017.
129. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, Kriska A, Leon AS, Marcus BH, Morris J, Paffenbarger RS, Patrick K, Pollock ML, Rippe JM, Sallis J, Wilmore JH. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995, 273(5): 402–7.
130. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Answorth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003, 35: 1381–95.
131. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Res Q Exerc Sport* 2000, 71: 59–73.
132. Shephard RJ. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *Br J Sports Med* 2003, 37: 197–206.
133. Wright KS, Quinn TJ, Carey GB. Infant Acceptance of Breast Milk After Maternal Exercise. *Pediatrics* 2002, 109: 585–9.
134. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. *Curr Sports Med Rep* 2002, 1(6): 362-8.

135. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2015, 126: e135–42.
136. Bovbjerg ML, Siega-Riz AM. Exercise during pregnancy and cesarean delivery: North Carolina PRAMS, 2004-2005. *Birth* 2009, 36: 200–7.
137. Borodulin K, Evenson KR, Herring AH. Physical activity patterns during pregnancy through postpartum. *BMC Womens Health* 2009, 9: 32.
138. Adeniyi AF, Ogwumike OO, Bamikefa TR. Postpartum exercise among nigerian women: issues relating to exercise performance and self-efficacy. *ISRN Obstet Gynecol* 2013, 294518.
139. Pereira MA, Rifas-shiman SL, Kleinman KP, Rich-Edwards JW, Peterson KE, Gillman MW. Predictors of change in physical activity during and after pregnancy: project viva. *Am J Prev Med* 2007, 32: 612–24.
140. Symons Downs D, Hausenblas HA. Women's exercise beliefs and behaviors during their pregnancy and postpartum. *J Midwifery Womens Health* 2004, 49: 138–44.
141. Evenson KR, Aytur SA, Borodulin K. Physical activity beliefs, barriers, and enablers among postpartum women. *J Womens Heal* 2009, 18: 1925–34.
142. Currie JL, Develin E. Stroll your way to well-being: A survey of the perceived benefits, barriers, community support, and stigma associated with pram walking groups designed for new mothers, Sydney, Australia. *Health Care Women Int* 2002, 23: 882–93.
143. Cramp AG, Bray SR. Postnatal women's feeling state responses to exercise with and without baby. *Matern Child Health J* 2010, 14: 343–9.
144. Bowes WA, Katz VL. *Postpartum care. In Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies.* New York, Churchill Livingstone, 2002: 701–26.
145. 1. *Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi.* Fiziksel Aktivite ve Kadın, 2016: 73-4.
146. 1. *Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi.* Gebelikte Kilo Alımı ve Postpartum 12. Ay Kilo Retansiyonu: Maternal Obezite, 2016: 231-2.
147. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2014: 22.

148. Yılmaztürk Y. Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi 2010.
149. Ertürk N. Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2007.
150. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2005.
151. Vatansever Ş, Ölçücü B, Özcan G, Çelik A. Orta yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi* 2015, 2: 63-73.
152. Uğur HG. İnmeli Hastalara Evde Verilen Bakım İle Bakım Vericilerine Yapılan Eğitimin Bakım Vericilerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2013.
153. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk Popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999, 12: 6-102.
154. Çelikköz D. Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi 2015.
155. Bulut İ. Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri Ve Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi 2013.
156. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları* 1996, 1, 51-2.
157. Bingöl TY, Tel H. Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10(3): 1-6

158. Tatar ES. Doğum Sonu İlk Üç Ayda Annelerin Depresyon Yaşama Durumlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi 2010.
159. Yargıç MP, Karayılan ŞŞ, Dönmez G. Gebelik ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi* 2014, 49: 91-8.
160. Claesson IM, Klein S, Sydsjö G, Josefsson A. Physical activity and psychological well-being in obese pregnant and postpartum women attending a weight-gain restriction programme. *Midwifery* 2014, 30: 11–6.
161. Campolong K, Jenkins S, Clark MM, Borowski K, Nelson N, Moore KM, Bobo WV. The association of exercise during pregnancy with trimester-specific and postpartum quality of life and depressive symptoms in a cohort of healthy pregnant women. *Arch Womens Ment Health* 2017: 1–10.
162. Barakat R, Pelaez M, Montejo R, Luaces M, Zakythinaki M. Exercise during pregnancy improves maternal health perception: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2011, 204: 402.e1-7.
163. Lara JMV, Díaz LR, Rodrigo JR, Gutiérrez CV, Luque GT, Gómez-Salgado J. Calidad de vida relacionada con la salud en una población de gestantes sanas tras un programa de actividad física en el medio acuático (pafmae). *Rev Esp Salud Publica* 2017, 191(30): e1-10.
164. Kırgız C. Türkiye'de Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okullarında Görev Yapan Öğretim Elemanlarının Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi 2012.
165. Ünver H, Aylaz R. Gebelerde fiziksel egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2017, 27(2): 71-8.
166. Kürklü S. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Türk Hava Kurumu Üniversitesi 2014.
167. Vallim AL, Osis MJ, Cecatti JG, Baciuk EP, Silveira C, Cavalcante SR. Water exercises and quality of life during pregnancy. *Reprod Health* 2011, 8: 14.

168. Nascimento SL, Surita FG, Parpinelli M, Siani S, Pinto e Silva JL. The effect of an antenatal physical exercise programme on maternal/perinatal outcomes and quality of life in overweight and obese pregnant women: A randomised clinical trial. *BJOG* 2011, 118(12): 1455–63.
169. Uyanık GE. Ofis Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi 2016.
170. Saligheh M, Hackett D, Boyce P, Cobley S. Can exercise or physical activity help improve postnatal depression and weight loss? A systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2017, 20(5): 595–611.
171. Songøygard KM, Stafne SN, Evensen KAI, Salvesen KÅ, Vik T, Mørkved S. Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression?: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012, 91(1): 62–7.
172. McCurdy AP, Boulé NG, Sivak A, Davenport MH. Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2017, 129(6): 1087–97.
173. DipTeach KA, Edwards H. The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *Int J Nurs Pract* 2004, 10: 177–94.
174. Craike MJ, Coleman D, MacMahon C. Direct and buffering effects of physical activity on stress-related depression in mothers of infants. *J Sport Exerc Psychol* 2010, 32: 23–38.
175. Da Costa D, Lowensteyn I, Abrahamowicz M, Ionescu-Ittu R, Dritsa M, Rippen N, Cervantes P, Khalifé S. A randomized clinical trial of exercise to alleviate postpartum depressed mood. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2009, 30(3): 191–200.
176. Mohammadi F, Malakooti J, Babapoor J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. The effect of a home-based exercise intervention on postnatal depression and fatigue: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* 2015, 21(5): 478–85.

177. Howard LM, Khalifeh H. Randomised controlled trial of facilitated exercise plus usual care versus usual care only as a treatment for women with a depressive disorder in the first six postnatal months. *Evid Based Ment Health* 2015, 18(4): 123.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Esra KARATAŞ OKYAY
Doğum tarihi	29.08.1989
Doğum yeri	Malatya
Medeni hali	Evli
Uyruğu	T.C.
Adres	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, 44280 MALATYA
Tel	0422 341 02 20 -1174
E-mail :	esra.okyay@inonu.edu.tr
EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU	
Lise	Malatya Cumhuriyet Lisesi (2003-2006)
Lisans	İnönü Üniversitesi- Malatya Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü (2008-2012)
Yüksek lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2015-2018)
İŞ TECRÜBESİ	
Ebe	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi-Malatya (2012-2013) Altaş Sağlık Evi-Kahramanmaraş (2013-2014) Hacı Mehmet Mercimek 3 Nolu ASM-Kahramanmaraş (2014-2015) Ekinözü İlçe Devlet Hastanesi-Kahramanmaraş (2015-2016)
Arş.Grv	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2016-.....)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	Orta derece (YDS 67.50, Eylül 2016)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
	Türk Ebeler Derneği
	TEMAS Anne Sütü Ve Emzirme Gönüllüleri Derneği

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
 Okur-yazar değil Sadece okur-yazar İlköğretim mezunu
 Ortaöğretim mezunu Üniversite mezunu
3. Çalışma durumunuz nedir?
 Çalışıyor Çalışmıyor
4. Mesleğiniz nedir?
 Memur İşçi Serbest meslek
5. Sosyal güvenceniz var mı?
 Var Yok
6. Gelir durumunuz nedir?
 Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla
7. Aile tipi nedir?
 Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile
8. Boy uzunluğu :cm
9. Vücut ağırlığı :kg
10. Sigara Kullanma Durumunuz nedir?
 Kullanıyorumtane/günde Kullanmıyorum
11. Alkol kullanma durumunuz nedir?
 Kullanıyorumbardak/haftada Kullanmıyorum
12. Bu kaçmcı gebeliğiniz?

Düşük

Yaşayan çocuk sayısı..... sayısı

13. Son doğum şekliniz nedir?

Vajinal doğum

Sezaryan

14. Doğumdan sonraki kaçınıcı haftadasınız?

15. Şu anda bebeğinizi emziriyor musunuz?

Emziriyor

Emzirmiyor

16. Evde çocuk bakımı ve ev işleri konusunda size yardımcı olan kişi var mı?

Var (kim.....)

Yok

EK-3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.)

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda **en az 10 dakika** süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → **(3.soruya gidin.)**

2.Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___saat

Günde ___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız **orta** dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi **orta** dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → **(5.soruya gidin.)**

4. Bu günlerin birinde **orta** dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde **yürüyerek** geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığımız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Son soru, **geçen 7 günde hafta içinde oturarak** geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde **oturarak** ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

EK-4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

AÇIKLAMA: Bu anket ile size sağlık durumunuz ve günlük aktiviteleriniz (işinizdeki, evinizdeki ve ev dışındaki) ile ilgili sorular sorulacaktır. Lütfen, her bir soru için size en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığını,

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi d) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
b) Hemen hemen aynı e) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
c) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmayı engelliyor mu? Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
b) Masayı, elektrikli süpürGESİNİ itme gibi orta/hafif aktivitelerde			
c) Paket ve çanta taşırken			
d) Birkaç kat merdiven çıkarken			
e) Bir kat merdiven çıkarken			
f) Eğilirken, çömelirken			
g) Bir kilometreden fazla yürürken			
h) Birkaç yüz metre yürürken			
l) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken			
j) Giyinirken veya yıkanırken			

4. Geçen bir ay boyunca işinizde veya rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi olduğunuz mu?

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi kolay olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?		

5. Geçen bir ay boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma saatlerinizi azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İşiniz veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?		

6. Geçen bir ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

- a) Pek etkilemedi b) Çok az c) Orta d) Oldukça e) Aşırı

7. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Fazla f) Çok fazla

8. Geçen bir ay boyunca sağlığınızla ilgili şikayetleriniz işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (ev ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

- a) Çok değil b) Az c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

9. Bu sorular geçen bir ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik hissettiniz						
b) Çok sınırlı biriydiniz						
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar canınız sıkındı						
d) Sakin ve huzurluydunuz						
e) Fazla enerjiniz vardı						
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz						
g) Çok yorgun hissettiniz						
h) Hiç mutlu oldunuz mu?						
i) Yorgun hissettiniz mi?						

10. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Çoğunlukla doğru	Kesinlikle doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b)Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c)Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d)Sağlığım mükemmel					

EK-5. Edinburg Postpartum Depresyon Skalası

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

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

(...) Her zaman olduğu kadar (...) Artık pek o kadar değil

(...) Artık kesinlikle o kadar değil (...) Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

(...) Her zaman olduğu kadar (...) Artık pek o kadar değil

(...) Artık kesinlikle o kadar değil (...) Artık hiç değil

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

(...) Evet, çoğu zaman (...) Evet, bazen

(...) Çok sık değil (...) Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

(...) Hayır, hiçbir zaman (...) Çok seyrek

(...) Evet, bazen (...) Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

(...) Evet, çoğu zaman (...) Evet, bazen

(...) Çok sık değil (...) Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

- (...) Evet, çoğu zaman
(...) Evet, bazen
(...) Çok sık değil
(...) Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

- (...) Evet, çoğu zaman
(...) Evet, bazen
(...) Çok sık değil
(...) Hayır, hiçbir zaman

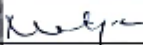
9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

- (...) Evet, çoğu zaman
(...) Evet, oldukça sık
(...) Çok seyrek
(...) Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- (...) Evet, oldukça sık
(...)Bazen.
(...) Hemen hemen hiç
(...)Asla

**EK-6. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik
Kurul Başkanlığı Onayı**

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
21.02.2017	4	2017/4-5	
<p>Karar No: 2017/4-5; Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 21.02.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Esra KARATAŞ OKYAY'ın "Doğum Sonu Dönemde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyine Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin rapörtör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzin Formu



Halk Sağlığı Bakanlığı

T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

MALATYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MALATYA
HALK SAĞLIĞI DESTEK HİZMETLERİ ŞUBESİ EĞİTİM
BİRİMİ

07/04/2017 19:07 - 56238350 - 772.99 - E.45



00042948413

Sayı : 56238350-772.99
Konu : Araştırma İzin Talepleri

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Merkez Kampüs)

- İlgi: a) 27.03.2017 tarih ve E.6808 sayılı yazınız;
b) 27.03.2017 tarih ve E.6809 sayılı yazınız;
c) 27.03.2017 tarih ve E.6836 sayılı yazınız;

İlgi sayılı yazılarınıza istinaden kurumumuza yapmış olduğunuz "Doğum Eğitimi ve Eğitim İle Birlikte Verilen Doğum Planının Öz-Yeterliliğe Etkisi", "Doğum Sonu Dönemde Fizik Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyine Etkisi", "Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi" konulu araştırma izin talepleri incelenerek uygun bulunmuştur. Araştırma bitiminde sonuçların kurumumuzla paylaşılması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr.Kemal ŞENER
Halk Sağlığı Müdürü

Büyüktürk Mustafa Paşa Mah.Sitmapınarı MALATYA

Faks No:0422 325 73 77

e-Posta:nezahat.zulfiyar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: S. ÇIÇEK N. ZÜLFİKAR

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 91af5e86-5952-4ff4-8abd-a9c7ee01d801 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:NEZAHAT ZÜLFİKAR

Unvan:EBE

Telefon No:

EK-8. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu araştırma, doğum sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla tümüyle özgürsünüz. Katıldığımız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Adı/Soyadı:

.../.../201.....

İmza:

EK-9. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kullanım İzni

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kullanım izni.

Gelen Kutusu x



ESRA OKYAY <esra.okyay@inonu.edu.tr>

9 Oca (1 gün önce) ☆



Alıcı: msaglam ▾

Merhaba Sayın Hocam. Ben İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümünde Araştırma Görevlisi Esra KARATAŞ OKYAY. Yüksek Lisans Tezimde kullanmak üzere geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin iznini sizden rica ediyorum. Sizin için de uygunsa ölçęği ve kullanım bilgilerinizi gönderir misiniz? İlginiz ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyorum. İyi çalışmalar.



msaglam@hacettepe.edu.tr

08:54 (5 saat önce) ☆



Alıcı: bana ▾

Sayın Esra Okyay,

Yüksek Lisans tez çalışmanızda Uluslararası Fiziksel Aktivite ölçęğini çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketi ve skorlamayı gönderiyorum.

Saygılarımla

Doç. Dr. Melda Sağlam
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

