



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**KADINLARDA TRAVMATİK DOĞUM ALGISI**

**VE**

**POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FATMA BAY**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. FATMA DENİZ SAYINER**

**2019**





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**KADINLARDA TRAVMATİK DOĞUM ALGISI**

**VE**

**POSTPARTUM DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FATMA BAY**

**DANIŞMAN**

**PROF.DR.FATMA DENİZ SAYINER**

**2019**

EK- 3 (Kabul ve Onay Sayfası)

### KABUL VE ONAY SAYFASI

Fatma BAY'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih

10/05/2019

Üye: Prof. Dr. F. Deniz SAYINER

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Hacer YALNIZ DİLCEN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nöşe GELİK

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / ... tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim Çekir ALATAŞ

(Ünvan ve İsim)

Enstitü Müdürü

## ÖZET

### Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi

**Amaç:** Bu çalışma, kadınların travmatik doğum algısı düzeyini, bu duruma etki eden faktörleri belirlemek ve postpartum depresyonla ilişkisini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, 1 Mart 2018 – 1 Şubat 2019 tarihleri arasında, Konya ili merkez ilçelerinde, çalışmaya gönüllü, 550 adet postpartum birinci ayında olan kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; genel ve obstetrik bilgilerin ele alındığı anket formu ile, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS (versiyon 24.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda, kadınların, yaş ortalaması  $28.25 \pm 5.242$  yıl olduğu, %85.6'sının 19 yaş ve üzerinde evlendiği, %35.8'inin üniversite mezunu olduğu, %65.8'inin gelirinin giderine denk olduğu, %59.60'nın multipar olduğu, %58.40'nın vajinal doğum yaptığı, %80.20'sinin gebeliğinin planlı olduğu, %79.80'nin gebeliği süresince herhangi bir sorun yaşamadığı tespit edildi. Çalışmaya alınan kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalamaları;  $63.45 \pm 28.116$ , ortanca değeri 65 ve görülme sıklığı %33.8 olarak bulundu. Doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik izlemlerini yapan kişi, doğum yapılan yer, doğum konusunda bilgi alma durumu ve alınan bilginin yeterli olup olmadığı, bilgi alınan kaynaklardan; kitap ve doğuma hazırlık gruplarında travmatik doğum algısı ölçek puanları açısından fark anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine 13 ve üzeri puan veren %25.3 kadında doğum sonrası depresyon riski vardı. Travmatik doğum algısı ve EDSDÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ). Yüksek ve çok yüksek

düzeide travmatik doğum algısı yaşayan kadınlarda postpartum depresyon yaşama ihtimalinin 4-5 kat arttığı belirlendi ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Araştırmamızda, kadınların üçte birinin travmatik doğum algısı yaşadığı ve travmatik doğum algısı düzeyi arttıkça postpartum depresyon riskinin de arttığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum ağrısı, Doğum korkusu, Ebe, Travmatik doğum, Doğum sonrası depresyon.

## SUMMARY

### **Traumatic Birth Perception in Women and Relationship with Postpartum Depression**

**Objective:** This study aims to determine the prevalence of traumatic birth and also to determine the factors affecting the traumatic birth perception of women and its relationship with postpartum depression.

**Method:** This study was carried out between March 1, 2018 and February 1, 2019 in Konya. The study comprise 550 volunteer women who were in the first month of the postpartum period. A questionnaire for general and obstetric information, Traumatic perception of perception scale and Edinburgh postpartum depression scale were used for data collection. The data were collected by investigator using face to face interview method. The data obtained were evaluated in SPSS (version 24.0) statistical package program.

**Results:** Our study revealed that the mean age of the women was  $28.25 \pm 5,242$  years, 85.6% were married at age 19 or over, 35.8% were university graduates, 65.8% were equivalent income, 59.60% were multiparous, 58.40% had vaginal delivery, and 80.20% of them were planned pregnancy, 79.80% had no problems during pregnancy. The mean score of traumatic birth perception was;  $63.45 \pm 28.116$ , the median value was 65 and the prevalence was 33.8%. The method of delivery, pregnancy planning status, person responsible for pregnancy follow-up, place of birth, getting information about birth, sufficiency of information received, information received from books and attending birth preparation classes were the significant factors in terms of traumatic birth perception ( $p < 0.05$ ). There was an increased risk for postpartum depression in 25.3% of women who scored 13 and above in the Edinburg postpartum depression scale. There was a significant relationship between traumatic birth perception and Edinburgh postpartum depression scale ( $p < 0.05$ ). The probability of postpartum

**depression was found to be increased 4-5 times in women who had high and very high level of traumatic birth perception ( $p < 0.05$ ).**

**Conclusion: In our study, it was found that one third of women had a traumatic birth perception and the risk of postpartum depression increased in those who experienced traumatic birth perception.**

**Key Words: Birth pain, Birth fear, Midwife, Postpartum depression, Traumatic birth.**



## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	ii
SUMMARY .....	iv
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
SİMGE ve KISALTMALAR .....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
1.1. Çalışmanın Amacı .....	5
1.2. Araştırma Soruları .....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Travmatik Doğum .....	7
2.1.1. Travma .....	7
2.1.2. Doğum eylemi .....	8
2.1.2.1. Doğum eylemi öncesi yaşanan değişiklikler .....	8
2.1.2.2. Doğum eyleminin birinci evresi .....	10
2.1.2.3. Doğumun ikinci evresi .....	12
2.1.2.4. Doğum eyleminin üçüncü evresi .....	14
2.1.2.5. Doğumun dördüncü evresi .....	17
2.1.3. Travmatik doğum algısı tanımı .....	17
2.1.4. Doğumun travmatik olarak algılanmasına yol açan durumlar .....	20
2.1.4.1. Doğum ağrısı .....	20
2.1.4.2. Uzamış Travay .....	21
2.1.4.3. Sürekli Fetal Monitörizasyon .....	25
2.1.4.4. Epizyotomi ve perine travmaları .....	26
2.1.4.5. Operatif (enstrümantal) vajinal doğum .....	28
2.1.4.6. Doğumun indüksiyonu .....	29
2.1.4.7. Fundal bası .....	30
2.1.4.8. Beslenme .....	31
2.1.4.9. Sosyal destek .....	31
2.1.4.10. Doğum ortamları ve hareket özgürlüğü .....	32
2.1.4.11. Bilgi eksikliği ve doğuma hazırlık sınıfları .....	33
2.1.4.12. Sezaryen .....	33
2.1.4.13. Doğum korkusu .....	35
2.2. Postpartum Dönem .....	36
2.2.1. Postpartum dönemde yaşanan psikolojik değişiklikler .....	38
2.2.1.1. Postpartum depresyon .....	39

2.3. Postpartum Depresyon ve Travmatik Doğumun İlişkisi .....	41
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	44
3.1. Araştırmanın Evreni.....	44
3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	44
3.3. Veri Toplama Aracı.....	45
3.3.1. Anket formu.....	45
3.3.2. Travmatik doğum algısı ölçeği (TDAÖ) .....	46
3.3.3. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ) .....	46
3.4. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	47
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	48
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	48
4. BULGULAR .....	49
4.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Verilerin İncelenmesi.....	49
4.2. Travmatik Doğum Algısı Görülme Sıklığı ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Verilerin .....	51
4.3. Doğum Sonrası Depresyon Görülme Sıklığı Ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi .....	56
4.4. Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonrası Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi .....	61
5. TARTIŞMA .....	63
5.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Verilerin Tartışılması .....	63
5.2. Travmatik Doğum Algısı Sıklığı ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Verilerin Tartışılması.....	65
5.3. Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Etki Eden Verilerin Tartışılması .....	76
5.4. Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonrası Depresyon İle İlişkisi.....	81
6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	83
7. KAYNAKLAR DİZİNİ .....	89
8. EKLER DİZİNİ.....	100
EK-1: ANKET FORMU .....	100
EK-2: TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ .....	102
EK-3: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	104
EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....	106
EK-5: ETİK KURUL KARARI.....	108
EK-6: KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ .....	109
9. ÖZGEÇMİŞ.....	112

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.2. Latent Fazda Endişeyi ve Korkuyu Azaltmada Uygulanabilecek Girişimler .....	23
Tablo 2.3. Doğum indüksiyonu için önerilen yöntemler .....	30
Tablo 2.4. Doğum indüksiyonu için önerilmeyen yöntemler.....	30
Tablo 2.5. Sezaryen Doğumda Yaşanabilecek Riskler .....	34
Tablo 2.6. Doğum Korkusuna Bağlı Oluşabilecek Riskli Durumlar .....	36
Tablo 2.7. Postpartum Depresyona ait Risk Faktörleri .....	40
Tablo 3. 1. Çalışılacak Aile Hekimliği Sayılarının Belirlenmesi .....	45
Tablo 4. 1. Kadınların Sosyo-demografik Bilgilerinin Dağılımı .....	49
Tablo 4. 2. Kadınların Obstetrik Bilgilerinin Dağılımı.....	50
Tablo 4. 6. Kadınların TDAÖ'ye Verdikleri Cevapların Ortalamaları .....	54
Tablo 4.7. Kadınların TDAÖ Puan Ortalamalarının Doğum Deneyimlerine İlişkin Algılarına göre Dağılımları.....	55
Tablo 4. 8. Kadınların TDAÖ Puan Ortalamalarının Bilgi Alınan Kaynaklara göre Dağılımı.....	56
Tablo 4. 9. Kadınların EDSÖ Dağılımları.....	56
Tablo 4. 10. Kadınlarda EDSÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Bilgilere göre Dağılımları.....	57
Tablo 4. 11. Kadınlarda EDSÖ Puan Ortalamalarının Obstetrik Bilgilere göre Dağılımları .....	58
Tablo 4. 12. Kadınların EDSÖ Puan Ortalamalarının Doğum Deneyimlerine İlişkin Algılarına göre Dağılımları.....	60
Tablo 4. 13. Kadınların EDSÖ Puan Ortalamalarının TDAÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisi .....	61
Tablo 4. 14. Kadınların EDSÖ Düzeylerinin TDAÖ Düzeylerine göre Dağılımları .....	61
Tablo 4. 15. Kadınların EDSÖ Düzeylerinin TDAÖ Düzeylerine göre Lojistik Regresyon Analizi .....	61

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1. Plasentanın çıkarılması .....	16
---	----

## SİMGE ve KISALTMALAR

ANOVA	Analysis Of Variance
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
ATT	Acil Tıp Teknikeri/Teknisyeni
cm	Santimetre
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
FKH	Fetal Kalp Atım Hızı
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPA	Hipotalamik-Hipofizer Aks
ICM	The International Confederation of Midwives
PGE2	Prostaglandin E2
PPH	Postpartum Hemorrhage
TDAÖ	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
W-DEQ	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğumun çok özel bir olgu olmasının en önemli sebebi; hem fizyolojik hem psikolojik hemde sosyolojik yönünün olmasıdır. Bunun yanında, tıbbi bir olay olmakla birlikte, kadını ve erkeği ebeveyn yapan bir süreç olması, doğumun her yönüyle ele alınması gerektiğinin bir ispatıdır. Bu süreci her kadın, her aile kendi kültürel özellikleri doğrultusunda farklı algılar.

Doğum algıları hakkında farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda; “cesaret, hayat verici bir olay, doğum yapma kapasitesine saygı, deneyim kazandırma, başarı, diğer annelerle ortak bir bağ kurabilme ve yaradana daha yakın hissettiren manevi bir deneyim” gibi olumlu olabildiği gibi, “yoğun endişe ve korku” gibi olumsuz olarak da ifade edilebilmektedir (Aydın & Yıldız, 2018). Olumlu ve olumsuz doğum deneyimleri arasındaki fark kişisel özellikler kadar doğum ortamlarının yarattığı sorunlardan da kaynaklanabilmektedir. Kadınların travmatik doğum deneyimlerini araştıran nitel araştırmalar, doğum ortamlarında ebeler ile olan etkileşimleri, tıbbi müdahale veya doğum şekillerinden daha önemli faktörler olarak tanımlamaktadır (Reed, Sharman, & Inglis, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebenin, tanıdığı bir veya birden fazla ebe grubu tarafından, antenatal, intrapartum ve postpartum dönemde, sürekli desteklenmesini önermektedir (World Health Organization, 2018). Ebeler tarafından uygulanan sürekli doğum desteği; gebeye, fiziksel, psikolojik, savunuculuk ve bilgi desteği, doğumun travmatik algılanmasında önemli bir etken olabilir.

Travmatik doğum, doğurganlık sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkan, kadının doğum eylemini, bebeği ve kendisi için yaralanma veya ölüm tehdidi olarak algılamasıdır (İsbir & İnci, 2014; Yalnız, Canan, Genç, Kuloğlu, & Geçici, 2016). Bu algılamaya yol açan durum iki şekilde açıklanabilir:

1. Fiziksel Travma: Doğumda anne ve bebeğin sağlığını etkileyecek; perine yırtıkları, enfeksiyonlar, komplikasyonlu doğum, kanama, ilk doğum, fundal bası, doğum ağrısı, epizyotomi, acil sezaryen, fetal hipoksi, anomalili veya prematüre bebek gibi durumlar sıralanabilir.

2. Duygusal Travma: Kadınların sahip oldukları korkular, sosyal destek eksikliği, önceki doğumlarında olumsuz doğum deneyimi yaşama, doğum ağrısına bağlı kontrol kaybı duygusu, olumsuz doğum hikayeleri, yetersiz antenatal bakım, istenmeyen ya da planlanmamış gebelik, olumsuz doğum ortamları, intrapartum dönemde sağlık personeli tarafından yeterli desteklenmemek, bilgi ve iletişim eksikliği gibi durumlar sayılabilir (İsbir & İnci, 2014).

Karmaşık, negatif veya travmatik doğum deneyimleri sıklıkla; doğum deneyiminden memnuniyetsizlik tanımıyla ilişkilidir (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010). Kadınların doğum ile ilişkili beklentileri, doğum deneyiminden memnuniyet düzeyini önemli seviyede etkilemektedir. Doğum ile ilişkili beklentiler; kişisel, kültürel ve çevresel faktörlerle değişmektedir. Kadınların negatif beklentileri; kendilerini zayıf hissetmelerine neden olmakta ve beden imajı, öz yeterlilik ve maternal sağlığı olumsuz etkilemektedir. Negatif ve olumsuz bir doğum; bir sonraki doğum deneyiminde korkuya neden olmaktadır (Özkars, 2017). Boorman ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada; korkunun, travmatik doğumun değerlendirilmesi için önemli bir psikolojik tanı ölçütü olduğunu belirtmiştir (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, & Fenwick, 2014).

Travmatik doğum algısı prevalansı ile ilgili çeşitli oranlar verilmektedir. Bu oranlarda kullanılan faktörler ve ölçüm araçları değişmektedir. Travmatik doğumu değerlendirebilmek için kullanılmış ölçüm araçlarından biri Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV (DSM-IV) ve DSM-V'de yer alan travma kriterleridir. DSM-IV kriterlerine göre; Soet ve ark. (2003)'nın yaptıkları çalışmada kadınların %34'nün ve Boorman ve ark. (2014)'nin ise; %29.4'ünün doğumunun travmatik olduğu sonucuna ulaşmıştır (Boorman vd., 2014; Soet, Brack, & Dilorio, 2003). DSM-V kriterlerine göre, postpartum travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) değerlendirmek amacıyla Ayers ve ark. tarafından 2018 yılında The City Birth Trauma Scale ölçüm aracı yayınlanmıştır (Ayers, Wright, & Thornton, 2018). TSSB'nin değerlendirildiği farklı ölçekler ile doğum deneyimlerinin ilişkilendirildiği çalışmalarda bulunmaktadır (Dikmen-Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017; Garthus-Niegel, Soest,

Vollrath, & Eberhard-Gran, 2012; Garthus-Niegel, Von Soest, vd., 2014). Diğer ölçüm araçları da; doğum memnuniyetini ve doğum korkusunu ölçen araçlardır. Türkiye’de Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) ile yapılan çalışmalara sık rastlanmaktadır (Barut & Uçar, 2018; Güleç, Öztürk, Sevil, & Kazandı, 2014; Körükçü, Deliktaş, Aydın, & Kabukcuoglu, 2017; Şahin, Dinç, & Dişsiz, 2009). Bilgin ve ark. (2018), doğum memnuniyetini görsel kıyaslama ölçeği ile ölçtükleri çalışmada; %80.4 kadın; doğumun güzel, mutluluk verici bir deneyim olduğunu, %19.6 kadın ise; zor ve ağırlı bulduklarını ifade etmiştir (Bilgin, Ak, Potur, & Ayhan, 2018). Aktaş’ın (2018) gebelerde TDAÖ ile yapmış olduğu çalışmada; ölçek puan ortalaması  $70.57 \pm 21.89$  ve %23.6 kadının yüksek düzey travmatik doğum algısı yaşadığı bildirilmektedir (Aktas, 2018). Klinik deneyimlerimiz kadınlar arasında, travmatik doğum algısının daha yüksek olduğunu yönündedir. Bu durum kullanılan ölçek ve kriterlerin tam olarak algıyı ölçmediği izlenimi vermektedir.

Kaygı ve korkuların aşırı derece olması, kadını fiziksel ve duygusal alanlarda negatif yönde etkileyebilir ve "tokofobi" gibi önemli bir patolojiye neden olabilir. "Tokofobi" terimi tıbbi bir durum olarak, bazı kadınlarda korkuyla ortaya çıkan, yoğun anksiyete ve bebek sahibi olmak istemelerine rağmen, doğum ve gebelikten kaçınmalarını tanımlamak için kullanılmıştır (Scollato & Lampasona, 2013). Tokofobi ölçmek amacıyla geliştirilmiş, 2009 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçek bulunmaktadır (Körükçü, 2009). Ancak travmatik doğum algısı sadece doğum korkusunu içeren bir kavram değildir. Her türlü travmayı değerlendirdiği için daha geniş bir perspektifi vardır.

Dünya’da ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda, travmatik doğumu tam olarak ortaya koyan bir ölçüm aracı belirlenmemiştir. Yalnız ve ark. (2016) geliştirmiş olduğu TDAÖ; ilk kez bu amaç için kullanılan bir ölçüm aracıdır.

Travmatik bir doğum yaşamak, bir kadının duygusal iyiliğini, bebeği, eşi ve ailesi arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyebilir, tekrar gebe kalmak istemeyebilir ve gelecekteki doğumlar için sezaryen isteme ihtimalini artırabilir (Boorman vd., 2014). Ülkemizde sezaryen oranlarının %53.1 olduğu



düşünüldüğünde (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017), kadının kendisinin ya da çevresinin yaşadığı olumsuz doğum deneyimlerinin yansımalarının da etkisi ile bu orana ulaşıldığı tahmin edilmektedir.

Travmatik doğum algısı kadınlarda değerlendirilmez ve tedavi edilmezse;

- Aile ilişkilerine zarar verebilir,
- Anne sütünü azaltabilir,
- Uzun vadede, bu annelerin çocuklarında, duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklara yol açabilir. Bu nedenle sağlığın korunması ve geliştirilmesinde travmatik doğum deneyiminin oluşmasını engellemek önemlidir (Yalnız vd., 2016).

Travmatik doğum deneyimleri hakkında artan bilgiye rağmen, yaşanmış olumsuz doğum deneyiminden sonra ve/veya daha sonraki doğumdan önce kadınlara yardım etmek için profesyonel destek hizmeti çok azdır. Sağlık profesyonellerinin kadınlara doğum ve ebeveynliğe geçişinde daha fazla destek vermeleri için kadınların negatif doğum deneyimlerinin daha fazla araştırması gereklidir (Elmir vd., 2010).

Travmatik doğum yaşayan kadınlar arasında post-travmatik stres bozukluğunun bazı semptomlarının görüldüğü bildirilmiştir (Harris & Ayers, 2012). Post-travmatik stres bozukluğu; postpartum dört ile altı hafta arasında, doğumla ilgili kâbuslar görülmesi ve sürekli olaydan bahsedilmesi gibi semptomların yaşanması durumudur (Boorman vd., 2014; Harris & Ayers, 2012; İsbir & İnci, 2014; Yalnız vd., 2016).

Kadınların zorlu ve yıpratıcı doğum sonrasında; suçluluk ve sıkıntıdan aşırı endişe ve panik ataklara kadar uzanan ciddi ve kalıcı komplikasyonlar yaşayabileceği kabul edilmiştir (Fenech & Thomson, 2014). Postpartum depresyon, Psikiyatrik Tanı Sistemlerinden DSM-V'de "Duygu Durum Bozuklukları" başlığı altında yer almakta, "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" epizotun, postpartum dört hafta içinde başlaması olarak tanımlanmaktadır (Koçak & Duman, 2016). Doğum sonrası depresyon belirtileri, "annelik hüznü"

'ne göre daha ağırlaşarak, özkıyım düşüncesinin de eşlik etmesi söz konusu olabilmektedir (Marakoğlu, Özdemir, & Çivi, 2009).

Doğum sonrası depresyonun Dünya'daki prevalansının % 7-30 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016). Türkiye'de EDSDÖ ile yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır (Battaloğlu, Aydemir, & Hatipoğlu, 2012; Can, 2010; Demir, Şentürk, Çakmak, & Altay, 2016; Durukan, İlhan, Bumin, & Aycan, 2011; Gülnar, Sunay, & Çaylana, 2010; Yıldırım, Hacıhasanoğlu, & Karakurt, 2011). Bu çalışmalar arasında en düşük oran %15 (Durukan vd., 2011), en yüksek oran ise %51.3 (Yıldırım vd., 2011) olarak bildirilmiştir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve tokofobi (aşırı doğum korkusu) dahil olmak üzere anksiyete bozuklukları, tek başına veya depresyon ile bir arada ortaya çıkabilir (National Institute for Health and Care Excellence, 2014a).

Travmatik doğum geçirmiş olma postpartum depresyon açısından risk faktörleri arasında sayılmıştır (Battaloğlu vd., 2012). Aynı zamanda doğum korkusu da travmatik bir doğuma neden olabildiği gibi doğum sonu dönem de depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme ve posttravmatik stres bozukluğuna neden olabilmektedir (Uçar & Gölbasi, 2015).

Kadınlarda oluşan travmatik doğum algısını tam olarak ifade edebilecek bir ölçeğin geliştirilmiş olması ve bu ölçeğin doğum travmasını ölçmek yeterliliğini bir kez daha ortaya koymak ve aynı zamanda doğumun travmatik algılanmasının postpartum dönemde oluşturduğu risklerin büyüklüğü, bu tür çalışmaların yapılmasını gerektirmektedir.

### **1.1. Çalışmanın Amacı**

Çalışmanın amacı; Konya ili Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yaşayan kadınların travmatik doğum algısı görülme sıklığını belirleyerek, depresyonla ilişkisini ortaya koymaktır.

### **1.2. Araştırma Soruları**

- Çalışmaya katılan kadınlar arasında travmatik doğum algısı sıklığı nedir?

- Sosyo-demografik veriler arasında travmatik doğum algısı ölçek puanları açısından fark var mıdır?
- Kadınlar sezaryen doğumunu, normal doğumunu travmatik olarak algılıyor?
- Gebelik süresince sağlık problemi yaşama durumu doğumun travmatik algılanmasına yol açar mı?
- Doğumun yapıldığı yer doğumun travmatik olarak algılanmasına yol açar mı?
- Doğumu yaptıran kişi travmatik doğum algısını etkiler mi?
- Doğuma ilişkin algılar travmatik doğum algısını etkiler mi?
- Doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi konusunda bilgi/eğitim alma durumu travmatik doğum algısını etkiler mi?
- Kadınların bilgi aldığı gruplar arasında travmatik doğum algısı açısından fark var mıdır?
- Kadınların doğum sürecinde en çok endişe duydukları durum nedir?
- Kadınlarda postpartum depresyonu görülme sıklığı nedir?
- Sosyo-demografik ve obstetrik verilerde postpartum depresyon açısından fark var mıdır?
- Travmatik doğum algısı ile doğum sonrası depresyon arasında bir ilişki var mıdır?
- Postpartum depresyon yaşama ihtimali travmatik doğum algısına sahip olanlar için nasıl değişir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Travmatik Doğum

#### 2.1.1. *Travma*

Travma, bireyi çaresizlik ve korkunun en üst düzeyleri ile karşı karşıya getiren bir durumdur (Gölge, 2005). Kelime anlamı olarak ruh biliminde “sarsıntı” ve tıp biliminde ise “Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme” olarak açıklanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2019). Bu sarsıntı durumu, bireyin çevresinin ve bedeninin tehlikeye girmesi sonucu mağdur olmasına yol açan travmatik bir yaşantıdır. Travmatik yaşam hikayelerinde sıradan olumsuzluklardan farklı şekilde tehdit, şiddet ya da ölüme yakın olma durumu söz konusudur (Gölge, 2005).

DSM-IV travmatik bir olayı, 'kişinin, ölüm, ciddi şekilde yaralanma ya da tehdit içeren olay (ları) yaşaması, tanık olması veya karşı karşıya olması', kendi ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit sonucu, korku, çaresizlikten yoğun bir duygusal tepki yaşaması olarak tanımlamaktadır (Aşçıbaşı, Çökmüş, & Aydemir, 2017; Boorman vd., 2014). DSM-IV’de belirsiz fiziksel bütünlüğe olan tehdit, DSM-V’de hayat veya uzuv için bir tehdit olarak tanımlanmış (North, Suris, Smith, & King, 2016) ve travmaya neden olan olaylara doğrudan maruz kalınmadığında da travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini taşıyabileceği bildirilmiştir. Bireylerin doğrudan travmatik deneyime maruz kalmaları “birincil travma” olarak, ikincil kişilerin travmaya maruz kaldıkları dönemlere bilerek veya tanıklık ederek travma stresini yaşama durumları “ikincil travma” olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda ikincil travmaya maruz kalınması durumunda oluşan olumsuz durumların, birincil travmanın oluşturduğu tepkilerle benzer veya aynı olduğu düşünülmektedir (Pak, Özcan, & Çoban, 2017).

Travmatik yaşantıya sahip olan kişi, günlerce hatta aylarca sürebilen ve bireyin savunma mekanizmalarını ortadan kaldıracak reaksiyonlar

gösterebilir. Bu reaksiyonların durumu kişiden kişiye farklılık gösterir ve aynı olaya iki farklı kişi farklı tepki verebilir (Gölge, 2005).

### *Traumata sonrası stres bozukluğu (TSSB)*

Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi şekilde yaralanma, kendisi ve ya çevresinde bulunanların fizik bütünlüğüne bir tehde maruz kalınması veya şahitlik edilmesi durumlarında, dehşete düşme, korku ve çaresizlik gibi tepkiler gösterilmesidir. TSSB tanısı konulabilmesi için: istemsiz olarak travmayı hatırlama, rüya da görme, yeniden travmatik olayı yaşıyormuş gibi olma, olayı hatırlatan duygu ve düşüncelerden uzak durma, sosyal ortamlardan kaçınma, uyku örüntüsünde bozukluk, öfke, tedirginlik, aşırı uyarılmışlık gibi belirtilerin görülmesi ve bu belirtilerin bir ay sürmesi gerekmektedir. Bu belirtiler üç ay ve altında ise akut, daha fazla sürerse kronik olmaktadır (Gölge, 2005).

### *2.1.2. Doğum eylemi*

“Rahat bir doğum.... hormonların orkestra gibi iyi yönetilerek çok hassas şekilde dahil ve dengede olmasıdır” (Chapman & Charles, 2018).

Doğum eylemi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde dinamik ve değiştirici bir deneyimdir ve söz konusu kişilerin yaşamlarını derinden etkileme gücüne sahiptir. Bu fizyolojik süreç; müdahaleci olmayan bir yaklaşım ile destekleyici bir ortamda ve kadının güçlendirilmesi ile karakterizedir (Marshall & Raynor, 2014).

Konsepsiyon ürünlerinin yani fetüs, amniyotik mayi, plasenta ve membranların, düzenli kontraksiyonlar, servikal efasman ve dilatasyonunun eşlik etmesi ile uterustan ayrılarak, vajen yoluyla atılması doğum eylemi olarak tanımlanmaktadır (Posner, Dy, Black, & Jones, 2014).

#### *2.1.2.1. Doğum eylemi öncesi yaşanan değişiklikler*

Gebeliğin son dört haftası boyunca tüm kadınlar, maternal bağlanma ve sorumlulukla birlikte, “yerleşme” ile ilişkili önemli duygusal ve bilişsel değişiklikler yaşarlar. Aynı zamanda, maternal ağrı eşiği yükselir, hipotalamik-hipofizer aks (HPA), çeşitli stres faktörlerine karşı hassas hale gelir ve kadınlar, sıklıkla, fetal ve neonatal sağlıkla ilişkili olarak daha yüksek endişe dönemleri

yaşarlar. Agresif savunma davranışları ve gebeliğin son döneminde, doğumda ve hatta emzirme döneminde fetus ve yenidoğanda algılanan tehditlere karşı duyulan korku oldukça artmaktadır (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Doğum eyleminin başlamasını sağlayan etkenler konusunda henüz bir fikir birliğine varılamamakla birlikte; gerilme teorisi, hormonal değişiklikler ve myometrial aktivitenin doğum eyleminin başlamasında etkili olabileceği düşünülmektedir (Bal & Yılmaz, 2017). Travay başlamadan görülen fiziksel belirtiler şunlardır (Bal & Yılmaz, 2017; Chapman & Charles, 2018; Posner vd., 2014):

- Hafifleme (bebek alt uterin segmente yerleştikçe gebenin hissettiği rahatlama duygusudur),
- Artmış vajinal veya servikal akıntı,
- Düzenli/düzensiz kontraksiyonlar,
- Servikal kanal tıkaçın (nişan) atılması, genellikle berrak veya hafif kanlı,
- Fetüsün pelvis içine indiğini gösteren alt sırt ağrısı ve pelvik rahatsızlık,
- Mide bulantısı/ishal,
- Spontan membran rüptürü,
- Ani enerji artışı,
- Kilo kaybı.

Doğumun başladığını gösteren asıl belirtiler ise (Posner vd., 2014);

- Düzenli aralıklarla gelen kontraksiyonlar bulunur,
- Uterin sistoller ağırlıdır,
- Uterusun kontraksiyonu elle hissedilebilir,
- Ağrı hem sırtta hem de karındadır,
- Servikal efesman ve dilatasyon eşlik eder,
- Prezente olan kısım aşağıya iner,

- Membranlarda bombeleşme vardır.

#### *2.1.2.2. Doğum eyleminin birinci evresi*

Doğumun başladığını gösteren asıl belirtilerden, serviksin dilatasyon ve efesmanını tamamlamasına kadar geçen dönemdir (Bal & Yılmaz, 2017; Posner vd., 2014). Birinci evre latent ve aktif faz olmak üzere iki aşamada incelenir (Bal & Yılmaz, 2017).

Latent Faz: Sürekli olmayan, düzenli ağırlı kasılmaların olduğu, efesman ve dört cm'ye kadar dilatasyon gibi servikal değişikliklerin yaşandığı dönemdir (National Institute for Health and Care Excellence, 2014c). Latent faz ortalama olarak nullipar olanlarda 8.6 saat ve multipar olanlarda ise 5.3 saat sürer. Bu süreler ilk doğumlarda 20 saati, multiparlarda ise 14 saati aşmamalıdır (Posner vd., 2014).

Bazı kadınlarda latent faz daha uzun sürebilmektedir. Bu durumdaki gebeler tekrar tekrar yapılan vizitler nedeniyle moral bozukluğu ve yorgunluk yaşayabilmekte ve daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilmektedir (Chapman & Charles, 2018).

Aktif Faz: Ders kitapları aktif fazı; normal uterin kontraksiyonların varlığı ve servikal açıklık dört cm olduğunda başladığını, servikal açıklık tamamlandığında bittiğini bildirmektedir. Aktif faz başladığında, uterus kontraksiyonları, frekans, yoğunluk ve süre olarak giderek artar ve servikal dilatasyon tamamlanır. İlk aşamanın aktif fazı bazen doğumun “dilatasyon fazı” olarak adlandırılır (Albers, 2007).

Aktif fazın nulliparlar ve multiparlardaki ortalama süreleri sırası ile 5.8 ve 2.5 saat ve üst limitlerde sırasıyla 12 ve altı saat olarak bildirilmektedir. Ancak doğum eyleminin evrelerinin ortalama ve üst limitleri, 1950'li yıllarda Friedman tarafından belirlenen sınırlardan daha uzun olabileceği, servikal dilatasyonun daha yavaş gerçekleşebileceği ileri sürülmektedir. Anestezinin daha sık kullanılmaya başlanması, yüksek vücut kitle indeksli ve/veya ilerlemiş yaşa sahip gebelerin fazlalığı nedeniyle bu sürelerin sadece öneri olarak kullanılması tavsiye edilmektedir (Posner vd., 2014).

Membran rüptürü doğumdan önce veya doğum sırasında herhangi bir zamanda oluşabilir. Membranların rüptürü ne kadar önemli olsada, serviksin dilatasyonu ile birlikte olmadıkça, bu gerçek bir doğum işareti değildir. Term kadınların % 6-19'unda doğum eylemi başlamadan önce spontan membran rüptürü yaşadığı, kadınların % 85'inde servikal dilatasyon dokuz cm veya daha fazla olduğunda membranların kendiliğinden açıldığı tahmin edilmektedir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015). Normal durumlarda, membranlar açıldıktan sonra uterin kontraksiyonlar artar ve eylem daha hızlı ilerler. Ancak rutin amniyotomi spontan doğum eylemini hızlandırmaz. Gebede bilinen aktif genital herpes simplex, tedavi edilmeyen Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu ve vasa previa gibi durumlar var ise amniyotomi yapılmamalıdır (Posner vd., 2014).

Doğum eyleminin birinci evresinde, ilerleme gerçekleştikçe kadın, genellikle daha sakin, davranışları daha belirsiz ve beynin ilkel kısımları aktive olduğundan daha içe dönük olabilmektedir. Bu dönem herkes ile sohbet edebileceği bir dönem değildir. Konuşması kısa şekilde olabilir. Bu dönemde kadını rahatsız etmemek adına, yanında bulunan kişilerin dikkatli olmaları konusunda uyarılmalıdır. Alçak sesle konuşulmalı veya koluna hafifçe dokunulmalı, her zaman yanıt veremeyeceği unutulmamalıdır (Chapman & Charles, 2018).

Aynı zamanda aktif fazın yönetiminde sürekli doğum desteği, eylemin ilerlemesi sürecinde sabır ve maternal emeği teşvik eden düşük teknoloji bakım stratejileri, birbirine bağımlı ve birlikte uygulandığında, kadının vücuduna güvenme, yüksek özgüven, yaşanan acılara dayanma gücü ve aktif doğum yapmada yardımcı olabilir (Albers, 2007).

Cochrane araştırma sonuçları sürekli desteğin, kadınlara spesifik yararları olduğunu göstermiştir. Bu yararlar; ağrı kesici ilaçları veya epidurali kullanma olasılığının düşük olması, müdehaleli vajinal doğum ya da sezaryenden ziyade daha çok spontan vajinal doğuma sahip olma ve doğum memnuniyetsizliğinin daha az oranda rapor edildiği bildirilmektedir (Albers, 2007).



Güncel veriler, sağlıklı doğum evreleri geçiren kadınlarda ilk aşamada eylem ilerlemesi için makul beklentinin, saatte bir cm'den daha yavaş servikal dilatasyon oranının olduğunu göstermektedir. Eylemin maksimum sürelerinde güncel verilerin kullanılması, tıbbi müdahalelerin daha az kullanılmasına ve kadınlar için genellikle daha hoş karşılanan, farmakolojik olmayan yöntemlerin denenmesine izin verecektir. Sağlık profesyonellerinin daha fazla sabır göstermesi, doğum eylemi konusunda olumlu bir tutum oluşturacaktır ve bu durum anne güvenini artırabilir ve genel stresi azaltabilir. Fetal kalp hızının aralıklı oskültasyonu, aktivite ve pozisyon değişikliği ve nonfarmakolojik ağrı ile başetme yöntemleri, annenin gayretini destekleyen düşük teknoloji bakım stratejileridir. Örneğin, fetusun elle tutulan bir doppler ile aralıklı olarak dinlenmesi sonucunda kadınlar daha özgür hareket edebilir ve banyo yapmak, duş almak gibi acıyı azaltan uygulamaları daha rahat uygulayabilirler. Bu bakım stratejileri, yoğun doğum desteği ve bireyselleştirilmiş bakım bağlamında sıklıkla kullanılır (Albers, 2007).

### 3. *Doğumun ikinci evresi*

Doğumun ikinci evresi, servikal tam açıklığın oluşmasından fetusun doğumuna kadar geçen fetal iniş evresidir (Bal & Yılmaz, 2017; Chapman & Charles, 2018; Günalp & Yüce, 2014; MacDonald & Magill-Cuerden, 2015). Ancak bu anatomik ya da servikal değişiklikler, kadınların doğum deneyimlerini tek düzeliğe indirmek anlamına gelmektedir ve kadınlar bu şekilde tek düze bir doğum deneyimi yaşamamaktadırlar (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015). İkinci evrenin başlangıcının teknik olarak vajinal muayene ile belirlenmesine karşı çıkan araştırmacılar, yeniden tanımlanmasını önermektedir. Bu durumda efesman ve dilatasyondan ziyade ağırlığın gelen kısmın yerleşmesine ve duruşuna göre değerlendirilmesi gerektiği görüşünü savunmaktadır (Chapman & Charles, 2018).

Doğumun ikinci evresinde kadınlar yoğun vajinal-rektal basınç hissederler ve sık ve düzenli kontraksiyonlar ile ıkınma dürtüsü eş zamanlı gerçekleşir. ıkınma fonksiyonları fetüsün pelvis içindeki kardinal hareketlerini gerçekleştirmesine ve inişine katkı sağlar (Koyucu & Demirci, 2016).

Doğum eyleminin ikinci evresi üç faz olarak değerlendirilmektedir. Latent faz (birinci faz) serviks açıklığının tamamlanması ile başlar ve kontraksiyonlarda, gebenin dinlenmesine fırsat tanıyan geçici bir durulma mevcuttur. Fetüsün inişine bağlı alt uterin segment gerilir ve kontraksiyonların sayısı ve şiddetinde artma vardır. Gebenin güçlü ıkınma isteği ile ikinci evrenin ikinci fazı (aktif faz) başlar. Aktif fazda güçlü ve düzenli kontraksiyonların etkisi ile ıkınmanın birlikteliği fetüsün inişini hızlandırır. İkinci evrenin son fazı, “transizyon” fazında fetal baş görülmektedir (Koyucu & Demirci, 2016).

İkinci evrenin süresi ile ilgili nulliparlar için (National Institute for Health and Care Excellence, 2014c);

- Çoğu kadında doğumun ikinci aşamasının başlamasından itibaren üç saat içinde doğum gerçekleşmesi beklenir.

- Aktif ikinci evrenin iki saat sürmesi durumunda gecikme teşhisi konulur ve doğumun gerçekleşmesinin mümkün olmadığı durumlarda operatif vajinal doğum için yönlendirir.

Multiparlarda ise;

- Doğumun ikinci aşamasının başlamasından itibaren iki saat içinde doğum gerçekleşmesi beklenir.

- Aktif ikinci evrenin bir saat sürmesi durumunda gecikme olarak teşhis edilir, doğumun mümkün olmadığı durumlarda operatif vajinal doğum için yönlendirilir.

İkinci evrede ıkınma hissi ile birlikte sıklıkla amnion kesesinin yırtılması, dilatasyon kanamasının artması, bulantı, kusma hissi, kadında huzursuzluk görülür (Bal & Yılmaz, 2017).

Epidural analjezi yapılmayan kadınlar için, dik konumlar da dahil olmak üzere, kadının doğum pozisyonunu, tercih ettiği şekilde davranması, DSÖ tarafından tavsiye edilmektedir. Kanıtlar, doğum eyleminin ikinci evresindeki dik doğum pozisyonlarının; epizyotomi ve enstrümantal vajinal doğumları azaltabileceğini, ancak doğum sonrası kanama (PPH) ve ikinci derece yırtık riskinde artışla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Ebe tarafından, fetüsün

iyilik hali, kadının seçtiği konumda izlenmeli ve fetal izlemin yeterli olmadığı durumlarda, pozisyonda bir değişiklik yapılması gerekiyorsa bu durum kadına nedenleri ile açıkça iletilmelidir (World Health Organization, 2018).

Doğum için kullanılan birçok pozisyon bulunmaktadır. Kadınlar bunlar içinde kendileri için rahat olanı ve ıkmayı destekleyeni seçmekte özgür olmalıdırlar. Geleneksel doğum pozisyonları; horizontal, semi-fowler veya litotomidir. Ancak bu pozisyonlar hareketi kısıtlayıcı, fetal monitörizasyon, epidural anestezi veya damaryolu açısından kolaylaştırıcıdır. Çömelme, yarı arkaya yaslanma, dizlerin üzerinde durma gibi ayakta veya vertikal pozisyonlar % 30 daha fazla karın içi basınç sağlamakta, pelvik çapların artışına yol açmaktadır (Posner vd., 2014).

Doğumun ikinci evresinde ebelik bakımı genel olarak iki başlık altında toplanmaktadır (Uludağ & Mete, 2014). Bunlar (Adams & Bianchi, 2008; Uludağ & Mete, 2014);

- Psikomotor beceri odaklı bakım (Klinik bakım, Teknik bakım): Fetal monitorizasyon, lavman yapma, sıvı izlemi, damar yolu açma gibi tıbbi uygulamalar bulunmaktadır.

- Destekleyici bakım: Çeşitli araştırmacılar doğum desteğini farklı şekillerde sınıflandırmışlardır. Destekleyici bakım genel anlamda fiziksel, duygusal, öğretici / bilgilendirici ve savunuculuk başlıkları altında incelenmektedir. Aynı zamanda doğum yapan kadına eş desteğide açıklanması gereken önemli konular arasındadır.

#### 4. *Doğum eyleminin üçüncü evresi*

Üçüncü evre, bebeğin doğumu ile başlayıp plasentanın çıkarılması ile son bulan dönemdir (Bal & Yılmaz, 2017; MacDonald & Magill-Cuerden, 2015). Doğum sürecinin bu aşamasında, anne ve yenidoğan ilk kez yüz yüze buluşurlar. Bu dönem; aile ilişkileri ve başarılı emzirme konusunda uzun vadeli etkili olabilecek önemli bir zaman dilimidir. Aynı zamanda plasentanın uterus duvarından ayrılacağı, alt uterus segmentine ineceği ve membranlarla birlikte atıldığı zamandır (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Plasentanın ayrılma belirtileri (Beckmann, Ling, Herbert, Laube, & Smith, 2015);

- Uterus karında yükselir ve globüler hale gelir,
- Aniden, fışkırır tarzda kanama,
- Umblikal kordonun uzaması.

Doğumun üçüncü evresinin yönetimi iki şekildedir (Chapman & Charles, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2014c; Posner vd., 2014):

1. Aktif yönetim, aşağıdaki bakımları içerir:

- Uterotonik ilaçların rutin kullanımı
- Umblikal kord klemplenmesi ve kesilmesinin ertelenmemesi
- Plasentanın ayrılma belirtileri sonrasında kontrollü kord traksiyonu.

2. Fizyolojik (beklenen) yönetim aşağıdaki bakımları içerir:

- Uterotonik ilaçların rutin kullanılmaması
- Nabız durdurulana kadar kord klemplenmesinin geciktirilmesi.
- Annenin çabasıyla plasenta doğumu.

Fizyolojik ve aktif yönetimin artı ve eksileri (Chapman & Charles, 2018):

• Aktif yönetimde plasentanın ayrılması daha çabuk gerçekleşir. Beklenen süre ortalama beş ile 20 dakika arasında sürer. Kadınların biran önce bitmesini istediği durumlarda oksitosin uygulaması seçilebilir.

• İlaç uygulanmasının istenmediği, plasentanın doğal yöntemlerle çıkmasını isteyen kadınlarda fizyolojik yönetim tercih edilebilir.

• Aktif yönetimde doğum sonrası kanama azdır, bu nedenle kanama riski fazla olan kadınlarda aktif yönetim uygundur.

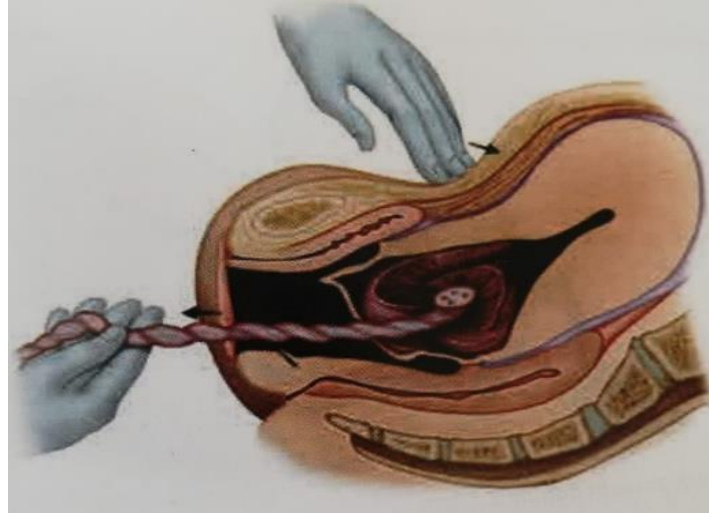
- Her iki yöntemde de uzun süreli kan kaybı miktarı aynıdır.

- Aktif yönetimde oksitosinin etkisi ile baş ağrısı, bulantı-kusma, şiddetli ağrılar gibi yan etkiler ve kanama ile tekrar hastaneye yatışların olduğu bildirilmektedir.

- Her iki yöntemde de bebek ile ilgili yan etki bildirilmemektedir.

Ebeler her iki yöntem hakkında açıklayıcı bilgiye sahip olmalıdır (Chapman & Charles, 2018).

Plasentanın çıkarılması sırasında aşırı traksiyon uygulanması sakıncalıdır. Kontrolsüz kuvvet uygulanması, obstetrik acillerden biri olan uterus inversiyonuna neden olabileceği unutulmamalıdır. Plasentanın ayrılması için 30 dakika kendi haline bırakılmalıdır. Placenta alt segmente indiğinde, bir el umbilikal kordun hafif traksiyonunu sağlarken, diğer el ile nazikçe suprapubik ters yönde basınç uygulanır. Bu sayede uterus fundusu korunmuş olur ve uterus inversiyonu önlenmiş olur (Beckmann vd., 2015) (Şekil 2.1).



Şekil 2. 1. Plasentanın çıkarılması (Posner vd., 2014)

Placenta çıkarıldıktan sonra uterusun kontrakte olup olmadığı ve kanama miktarının normal olup olmadığı kontrol edilmelidir. Placenta kontrol edilmelidir (Chapman & Charles, 2018).

Doğumun üçüncü aşamasında ebenin rolü (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015):

- Kadınlara bireysel ihtiyaçları ile ilgili bir bakım seçeneği sunmak.

- Doğum sonrası dönemde normal fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik süreçleri desteklemek ve izlemek.

- Normalden sapan ve üçüncü aşamanın aktif yönetimini gerektirecek kadınları tespit etmek.

#### *2.1.2.5. Doğumun dördüncü evresi*

Doğumun dördüncü evresi plasentanın doğumu sonrası ilk dört saatlik dönemi kapsamaktadır (Bal & Yılmaz, 2017). Bu dönem ciddi postpartum komplikasyonların görüldüğü (Beckmann vd., 2015), anne ve bebek için hayati önemi olan bir evredir (Bal & Yılmaz, 2017). Postpartum kanama; hızlı doğum, iri bebek, uzamış travay, çoğul gebelik, polihidroamnios veya korioamnionit gibi durumlarda görülme riski artar (Beckmann vd., 2015).

Erken postpartum dönemde vital bulguların takibi önemlidir. İlk bir saatte her 15 dakikada, ikinci saatte her yarım saatte ve sonraki yirmidört saatte dört saatte bir, daha sonra sekiz saatte bulgular takip edilmelidir. Annenin vital bulguların yanı sıra, duygusal durumu, enerji düzeyi, konfor düzeyi, açlık ve susuzluğu değerlendirilmelidir (Bal & Yılmaz, 2017).

Bu dönem anne ve bebeğin birbirlerine yakınlaşmaları için fırsat tanınmalıdır. Doğum sonrası ilk saat özel bir zaman dilimidir ve anne ile bebeğin ten tene temas kurmaları sağlanmalıdır (Chapman & Charles, 2018).

#### *2.1.3. Travmatik doğum algısı tanımı*

Doğum algısı, kadının kişilik özellikleri ile yaşadığı doğum deneyiminden ve toplumun kültürel değerlerinin doğumu algılayışından etkilenir (İsbir & İnci, 2014). Aynı zamanda bu algılayış, doğum sırasındaki müdahaleler, doğumun şekli (sezaryen veya vajinal) ve sağlık uzmanlarının yapmış oldukları davranışların da etkisi altındadır. Müdehalenin olmadığı, normal şekilde doğum yapan kadınlar da bile doğumun travmatik olarak algılanabileceği yani “seyircinin gözünde algılanan” olarak yorumlanabileceği bildirilmiştir (Elmir vd., 2010). Travmatik doğum, doğumla ilgili bazı deneyimleri ve olumsuz psikolojik tepkileri tanımlamak için kullanılan karmaşık bir kavramdır. Bebeğe veya anneye zarar verme şeklinde fiziksel travma dahil olabilir ya da fiziksel

travmanın olmadığı durumlarda da yaşanabilir (Greenfield, Jomeen, & Glover, 2016).

Kadının doğum eylemini; kendisi ve bebeği için yaralanma veya ölüm tehdidi olarak algılaması ve fiziksel bütünlüğüne tehdit olarak düşünmesi ile travma kriterlerini doldurmak mümkün olabilir (Ayers, 2004). Reed ve ark. (2017)'da; "Anneye veya bebeğine gerçek veya tehdit edici yaralanma veya ölüm" algısı olarak bildirmiştir (Reed vd., 2017). Travmatik doğum algısını birebir ölçen bir araç bulunmazken, DSM-IV kriterleri, TSSB'nu değerlendiren ölçüm araçları, doğum memnuniyet ölçekleri ve Wijma doğum korkusu ölçeği ile çeşitli prevalans oranları bildirilmiştir (Aksoy, Özkan, & Gündoğdu, 2015; Bilgin vd., 2018; Boorman vd., 2014; Dikmen-Yildiz vd., 2017; Garthus-Niegel vd., 2012; Garthus-Niegel, von Soest, vd., 2014; Størksen, Garthus-Niegel, Vangen, & Eberhard-Gran, 2013; Uysal, 2017).

Karmaşık, negatif veya travmatik doğum deneyimleri sıklıkla; doğum deneyiminden memnuniyetsizlik tanımıyla bağlantılıdır (Elmir vd., 2010). Reed ve ark. (2017) yaptıkları nitel çalışmada; dünya çapında 943 kadının 748'i "doğumda travmatik bulduğunuz şeyi tanımlar mısınız?" sorusuna cevap vermiştir. Katılımcıların üçte biri erken doğum, kanama veya bebeklerinin iyiliği ile ilgili endişeler gibi olayları açıklamıştır. Bununla birlikte, çoğunluk (% 66.7), deneyimlerinde bakım sağlayıcı eylemlerini "travmatik unsur" olarak tanımlamıştır (Reed vd., 2017).

Olumsuz bir doğum; diğer doğum deneyiminde korkuya yol açmaktadır (Özkars, 2017). Boorman ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada; korkunun, travmatik doğumun değerlendirilmesi için önemli bir psikolojik tanı ölçütü olduğunu belirtmiştir (Boorman vd., 2014). Ayrıca, travmatik doğum deneyimi, bir kadının nerede, nasıl ve kiminle doğuracağı ile ilgili gelecekteki kararlarını etkileyebilir. Örneğin, kadınlar travmatik bir hastane deneyimini tekrarlamaktan kaçınmak için evde doğum yapmayı (Reed vd., 2017) veya gereksiz sezaryen talebinde bulunmayı tercih edebilmektedir (Modarres, Afrasiabi, Rahnama, & Montazeri, 2012). Profesyonel bir bakım sağlayıcısı

olmadan doğum yapma kararı, önceki doğumun travmatikliğinden etkilenebilmektedir (Reed vd., 2017).

Kadınların önceki doğumlarında kötü bakım, korku ve endişeler sonucu yaşadıkları olumsuz deneyimden sonra, kendi ve bebekleri için daha güvenli olduğuna inanmaları, daha az travmaya yol açtığını düşünmeleri nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri bildirilmektedir (McCourt vd., 2007). Bu nedenle, travmatik bir doğum deneyiminin sonuçları kadınlar ve aileleri için önemli ve geniş kapsamlı olabilir. Yapılan metaetnografik bir çalışma, travmatik doğumun kadınlar ve eşleri için derin sonuçları olduğunu ve bu etkinin bebekler ve çocuklar için kötü sonuçlar doğurabileceğini bildirmiştir (Elmir vd., 2010). Erken anne-bebek bağlamasındaki zorluklar bebeğin sosyal, duygusal ve zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir (Reed vd., 2017). Travmatik doğum, annenin emzirme deneyimini olumsuz yönde etkileyebilir (Beck, 2015).

Son yirmi yılda, kadınlar ve bebekleri için sonuçları iyileştirmek amacıyla, doğumu başlatmak, hızlandırmak, sonlandırmak, düzenlemek veya izlemek için çeşitli doğum uygulamalarında önemli bir artış olmuştur. Bu işlemler, doğumun tıbbileştirilmesi, kadının doğum yapma yeteneğini baltalama ve doğum deneyimini olumsuz yönde etkileme eğilimindedir (World Health Organization, 2018). Bu gelişmelerle birlikte, günümüzde doğum, riskli bir durum olarak algılanmakta ve müdahalesiz yapılamacağı düşünülmektedir. Özellikle eylem süresince çeşitli nedenlerle gebelerin hareket özgürlüğünün olmaması, epizyotominin rutin olarak uygulanması, indüksiyon oranlarının artması ve tek bir pozisyonda doğum yapılması gibi müdahaleler doğumun olumsuz algılanmasına neden olmaktadır (Karaman & Yıldız, 2018).

Kadınların zor veya travmatik doğumlardan sonra bir dizi ciddi ve kalıcı komplikasyon yaşayabileceği son yıllarda kabul edilmiştir. Bunlar suçluluk ve sıkıntıdan aşırı endişe ve panik ataklara kadar uzanmaktadır (Fenech & Thomson, 2014). Doğumlarını travmatik olarak algılayan kadınlar, doğum anını; korku ve dehşet verici bir anı ve çaresizlik olarak tanımlamaktadırlar. Yine travmatik doğum algısı; doğumun sık sık hatırlanması, kabuslar görülmesi ve doğumun tekrar tekrar yaşanılmasına sebep olmaktadır (Yalnız vd., 2016).



Travmatik doğum ve postpartum TSSB için gebelikteki risk faktörleri; hamilelikte depresyon, doğum korkusu, gebelikte kötü sağlık ya da komplikasyonlar, TSSB öyküsü, hamilelik veya doğumla ilgili bilgi eksikliğinin olduğu bildirilmiştir. Doğum sırasındaki en güçlü risk faktörleri, negatif bir subjektif doğum deneyimi, cerrahi doğum (yani yardımcı vajinal veya sezaryen), doğum sırasında destek eksikliği bulunmaktadır. Doğumdan sonra, TSSB, zayıf başa çıkma ve stres ile ilişkilidir, belirtiler depresyon ile benzerdir. Bu risk faktörleri diğer travma topluluklarında bulunan risk faktörleriyle tutarlılık göstermektedir (Ayers, 2017).

Travmatik doğum algısı; kadının, zihninde oluşturduğu doğum temasının, gebeliğin başından itibaren doğum hakkında edindiği bilgilerin, doğum eyleminde yaşadığı her durum ile harmanlanması sonucunda ortaya çıkan ve postpartum dönemi de etkileyen algılar bütündür. Çünkü kadının doğumu algılama şekli, postpartum dönemde doğum aklına geldiğindeki hislerine yön verecektir.

#### ***2.1.4. Doğumun travmatik olarak algılanmasına yol açan durumlar***

##### ***2.1.4.1. Doğum ağrısı***

Genel travma literatüründe ağrının TSSB gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, doğum literatüründe durum biraz daha farklıdır. Yaralanma veya hastalığa işaret edebilecek diğer ağrı türlerine göre, doğum ağrısına benzersiz ve özel bir önem verilir (Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014).

İnsanlığın varoluşundan bu yana doğum ağrısı fenomen olmaya devam etmektedir. Değerlendirilmesi kompleks, subjektif ve duyulara karşı çok boyutlu verilen cevapları içerir. Bireysel, psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel birleşenleri içinde barındırır. Doğum ağrısı kültürü, yalnızca ailenin ve toplumun standartlarını ve inançlarını değil, aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerinin uygulamalarını da içine dahil eder (Kömürcü, 2014). Doğum ağrısında kadın ile ebe arasındaki ilişki önemlidir ve bu ilişki kadının doğum sancısını nasıl algıladığını etkileyebilir. Sabır ve kadının yolculuğuna destek

olunması bakımın önemli unsurlarıdır (Marshall & Raynor, 2014). Doğum ağrısını diğer ağrılardan ayıran tarafları aşağıdaki gibidir (Kömürcü, 2014):

1. Doğum ağrısı normal, fizyolojik bir sürecin parçasıdır.
2. Doğum ağrısı için hazırlanılabilir, baş etme mekanizmalarının öğrenilebileceği bir süre vardır.
3. Öngörülebilir bir sonu vardır.
4. Kontraksiyonlar arasında dinlenilebilir bir ağrıdır.
5. Bebeğe verilen önem çoğu zaman kadını motive eder ve başka şartlar altında dayanılamayacak acıya dayanma gücü verir.

Kadınlar, doğumda fizyolojik ve psikolojik olarak stres altında olduklarından, doğum ağrısına korku ve endişe de katkıda bulunur (Kömürcü, 2014).

Fiziksel acıyı kabul etmek kolay olsa da, doğumdaki acı psikolojik bir bileşene sahiptir. Ebeler ve diğer sağlık uzmanları tarafından anlaşılması gereken nokta budur. Psikolojik etkiler, bireylerin acıyı algılayıp verdikleri tepkilerden çok daha fazlası ile tanımlanmaktadır. Sadece tatsız rahatsızlık duygularıyla değil, aynı zamanda hatıralarla veya hayal gücüyle bağlantılı olabilecek duygularla ilgili olan duygusal bir boyutu vardır (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Travmatik doğum yaşamış kadınların postpartum dönemde en çok bahsettikleri konular; ağrı, kontrol kaybı duygusu ve eylem süresince sağlık personeli tarafından yeterli destek alamamaktır (İsbir & İnci, 2014).

#### *2.1.4.2. Uzamış Travay*

Servikal dilatasyon ve efesmanın doğum eylemi süresince grafiğe işlenmesi, gebenin doğum eyleminin ilerleyişini ve anormal durumları erken dönemde tanımlamayı kolaylaştırmaktadır. Bu amaç için genellikle Friedman eğrisi kullanılmaktadır (Beckmann vd., 2015).

Yeni kanıtlar; normal travayın her zaman Friedman'ın grafiğinde olduğu gibi doğrusal bir şekilde ilerlemediğini göstermektedir. Yavaş ilerleme bir birey

için normal bir durum olabilir veya bu durumun pek çok nedeni olabilir. Bunlar (Chapman & Charles, 2018);

- Fiziksel Nedenler
  - Fetal malpozisyon ya da malprezentasyon
  - Sefalopelvik Uyumsuzluk
  - Pelvik Anomaliler
  - Servikal Problemler
- Analjezi Tercihi
  - Epidural Anestezi
- Stres Yanıtı ve Duygusal Distosi
  - Stres Hormonları
  - Çevresel Stres Faktörleri
  - Psikolojik Stres ve Anksiyete

“Tipik bir hastane ortamında, kadınlar her defasında, cihazlar, izinsiz girişler, yabancılar ve her zaman hissedilen ‘mahremiyetin olmaması’ gibi durumlar yüzünden rahatsızlık yaşarlar...Bu korkular hep birlikte stres hormonlarının güçlü bir şekilde salınmasına katkıda bulunarak, kadınları fizyolojik savaşa ya da kaçışa yöneltmektedir. Kadın entelektüel düzeyde hastanenin güvenli ve korunaklı bir ortam olduğuna inanabilir. Fakat bedeni oldukça farklı tepkiler verir” (Chapman & Charles, 2018).

#### *Uzamış latent faz*

Nulliparların 20, multiparların ise 14 saati geçen sürelerde latent fazda bulunmasıdır. Bu durum sıklıkla primiparlarda görülür ve aşırı rahatsızlık verici bir durumdur. Latent faz bitmeden uygulanan sedasyon, etkili olmayan kontraksiyonlar, feto-pelvik uyumsuzluk, serviks ile ilgili problemler ve yalancı doğum eylemi uzamış latent faza yol açabilir (Bal & Yılmaz, 2017).

Bu fazda kadınlar heyecanlı ve/veya endişeli olabilirler. Vücudunda yaşadığı değişikliklerle ilgili sıcak bir tavırla anlaşılır bilgi isterler. Özellikle bu

aşamada evde yapılan değerlendirme; sentetik oksitosin ve analjezik kullanımını azaltması, sezaryen oranlarını ve maliyetleri düşürmesi açısından önemlidir. Hastaneye gelen kadınlarında travay servisi haricinde başka bir serviste değerlendirilmesi ile travayda kalış sürelerinin azaldığı, kontrol hislerinin arttığı ve analjezi kullanım ihtiyacının azaldığı bildirilmiştir (Chapman & Charles, 2018).

Doğumun birinci evresinin latent fazında endişeyi ve korkuyu azaltmada uygulanabilecek bakım gereksinimleri için girişimler Tablo 2.2 de gösterilmiştir.

*Tablo 2.1. Latent Fazda Endişeyi ve Korkuyu Azaltmada Uygulanabilecek Girişimler*  
(Chapman & Charles, 2018; Mete & Uludağ, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2014c)

Hedef	Girişimler
<b>Güven verici şekilde iletişim kurmak</b>	Kendini ve bakım verecek sağlık ekibini tanıtmak İletişim kurarken sakin, kendine güvenen ses tonu ile konuşmak Gebenin tepkilerine göre yeri geldiğinde dokunmak
<b>Gebenin bulunduğu ortamda kendini güvende hissetmesini sağlamak</b>	Doğumun latent fazında gebeyi neler beklediği hakkında bilgi vermek Doğum eylemi boyunca destek olacağını bildirmek Nasıl olduğunu, dileklerini, beklentilerini ve sahip olduğu endişeleri bildirmesini istemek Tüm sorularını sorabileceği ortam oluşturmak Yapılan tüm işlemler ve malzemeler hakkında bilgi vermek Gebeye ismi ile seslenmek
<b>Olumlu doğum ortamı oluşturmak</b>	Gebenin kalacağı servisi, doğumhaneyi tanıtmak Hangi sağlık personeline nasıl ulaşacağı konusunda bilgi vermek Gerginlik yaratabilecek malzemelerin kaldırılması veya üzerinin örtülmesi Elektronik fetal monitör ve benzeri uygulamalar konusunda bilgi vermek Ortamın ses, ısı ve ışığını ayarlamak Kadının doğum arkadaşı (lar) için rehberlik ve destek sağlamak
<b>Doğum hakkında olumlu duygu ve davranış oluşturmak</b>	Doğum ile ilgili kelimeleri olumluları ile yer değiştirme Cesaretlendirici ve motive edici olmak Tıbbi terimleri anlayacağı şekilde açıklamak Doğumun süresi konusunda ortalama süreler ve kişiden değişebileceği açıklamak Gebeye dik pozisyonlar konusunda destek olmak Gebeyi hareket etmesi konusunda desteklemek Soru sormasını desteklemek Nefes egzersizleri uygulamak Gevşeme yöntemleri uygulamak
<b>Kontraksiyonlarla başa çıkabilmeleri için pratik öneriler</b>	Ilık banyo, masaj ve sıcak su torbaları Dikkatini dağıtmak, yürüyüşe çıkmak, yemek yemek, film izlemek gibi meşguliyetler

### *Uzamış aktif faz*

Bu fazda tanı için nulliparların saatte 1.2 cm'den, multipar olanlarda ise 1.5 cm den daha az servikal dilatasyonun görülmesidir (Albers, 2007; Bal & Yılmaz, 2017). Aktif fazda uterus kontraksiyonlarında ki sıklık, şiddet ve sürede artış beklenmektedir. Kontraksiyonları bir saat öncesine göre değerlendirmek faydalı olabilir (Chapman & Charles, 2018).

Aktif fazın uzamasına; hipotonik veya hipertonic uterus disfonksiyonu ve feto-pelvik uyumsuzlukları çoğunlukla yol açmaktadır. Yine, uygun şekilde yapılmayan anestezi, aşırı sedasyon ve doğum kanalında ya da pelvisde bulunan tümöral yapılarda neden olabilmektedir (Bal & Yılmaz, 2017). Uzamış aktif fazın yönetimi için (Bal & Yılmaz, 2017; Chapman & Charles, 2018);

- Uzamış aktif faz tanısı konulabilmesi için servikal açıklığın en az dört cm ve üstü olması gerekir.

- Kontraksiyonları artırmak için oksitosin infüzyonu önerilebilir.

- Membranlar rüptüre değilse ve uzamış aktif faz tanısı almış ise amniyotomi önerilir.

- Bu süreçte fetal kalp atımları sürekli izlenir.

- Fetal kalp atımlarında bir bozukluk yok ise süreç altı-sekiz saat daha uzatılabilir.

Sezaryen endikasyonları;

- Oksitosin kontraendike ise,

- Travay daha fazla ilerlemiyorsa,

- Fetal kalp atım hızında (FKH) bozulma görülmesi durumlarıdır.

Uzun süreli doğum eylemi; doğum ağrısı, operatif müdahaleler ve epidural kullanma riskinin artmasına yol açar. Kadınlara uygulanan yüksek düzeyde obstetrik girişim, acil sezaryen, eylemin ikinci evresindeki cerrahi müdahale psikolojik travmaya neden olmakta ve gelecek doğumlar için endişe ve korkuya yol açmaktadır (Nystedt, Högberg, & Lundman, 2006).

#### 2.1.4.3. Sürekli Fetal Monitörizasyon

Doğum eyleminin ilk evresinde düşük komplikasyon riski taşıyan gebelerde fetal iyilik halinin değerlendirilmesi, fetoskop veya fetal el dobleri gibi elde taşınan cihazlar vasıtasıyla aralıklı oskültasyon önerilir. Birinci evrede, 15-30 dakika aralıklarla en az 60 saniye olacak şekilde oskülte edilmelidir (National Institute for Health and Care Excellence, 2014c; Posner vd., 2014). Doğumun ikinci evresinde beş dakika aralıklarla dinlenmelidir (Posner vd., 2014).

FKH monitörizasyonunun sürekli olacak şekilde klinikte kullanımı, fetüste asfiksini metabolik ve hemodinamik bir takım değişiklik oluşturduğu düşüncesine dayanır. Sürekli FKH monitörizasyonunun endikasyonları (National Institute for Health and Care Excellence, 2014c; Posner vd., 2014):

- Fetal kalp atımında tespit edilen anormal durumların varlığında,
- Mekonyumlu amniyotik mayi,
- Oksitosin indüksiyonu,
- Prematür doğum,
- Yavaş ilerleyen doğum eylemi,
- Anormal prezentasyon,
- Uteroplasental risk taşıyan gebeler,
- Annenin nabzının; 30 dakika arayla iki kez 120 atım / dakika olması,
- Annede hipertermi,
- Korioamniyonit veya sepsis şüphesi,
- Normal kasılmalar ile ilişkilendirilmiş ağrıdan farklı olan kadın tarafından bildirilen ağrı,
- Eylem sırasında gelişen belirgin vajinal kanama,
- Şiddetli hipertansiyon,
- Hipertansiyona ek olarak idrarda iki+ protein görülmesi,

- 60 saniyeden (hipertonus) daha uzun süren kasılmalar veya 10 dakika içinde beş kontraksiyondan fazla kasılma (taşistol) olması durumudur.

Kadına ve eşlik eden doğum arkadaşına sürekli fetal kalp atımı monitörizasyonu ile ilgili bilgilendirilme yapılmalıdır (National Institute for Health and Care Excellence, 2014c):

- Bebeğin kalp atışlarını ve doğum kasılmalarını izlemek için kullanıldığı,
- Annenin hareketliliğini kısıtlayabileceğini,
- Oluşabilecek bulguları, normal trase de bebeğin doğumla iyi başa çıktığını,
- Doğum sırasında bebeğin kalp atış hızındaki değişikliklerin yaygın olduğunu ve mutlaka endişe yaratmadığını,
- Trase normal değilse, bebekteki şüpheli durumlar nedeniyle sürekli izlemenin önerileceğini,
- Doğum sırasındaki bakımı konusundaki kararların, tercihlerin ve durumun, bebeğinin sürekli monitörizasyonunun yanı sıra çeşitli faktörlerin değerlendirilmesine de dayanacağını açıklanmalıdır.

Uzun süreli ve gereksiz yapılan elektronik fetal monitörizasyon, sürekli yatağa bağımlı olma, intravenöz infüzyon ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasına yol açmakta, hareket özgürlüğünü engellemektedir (Karaman & Yıldız, 2018). Bu durum sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının artışı ile ilişkilidir (Başgöl & Beji, 2015).

#### 2.1.4.4. Epizyotomi ve perine travmaları

Epizyotomi, doğum sırasında vulval çıkış çapını arttırmak için yapılan perine kesiğidir. Bir epizyotomi, spontan vajinal doğum sırasında rutin olarak yapılmamalı ve yalnızca spesifik klinik ihtiyaçlar varsa yapılmalıdır. İnsizyonu yapmadan önce, her zaman kadından bilgilendirilmiş onam alınmalı ve acil durumlar dışında her zaman analjezi yapılmalıdır (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Bir epizyotomi sadece gelen kısım perineal dokuları gerdiğinde yapılmalıdır; aksi takdirde, doğumu hızlandıramaz ve aşırı kanama meydana gelebilir. Aşağıdaki durumlarda epizyotomi yapılabilir ancak karar verme yetkisi daima kullanılabilir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015):

- İkinci aşamada gecikmeye neden olan sert perine,
- Şiddetli hipertansiyon ve kalp hastalığı vakalarında uzun süreli maternal "ıkınma" çabalarını azaltmak,
- Müdahaleli vajinal doğum sırasında (forceps veya vakum) veya fetüsün oksipito posterior pozisyondayken ciddi perineal travmayı önlemek için,
- Omuz distosisi vakalarında doğumu kolaylaştırmak için.

Komplikasyonlar (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015)

- Bartholin bezlerin hasarı,
- Olası bartholin bezi kisti oluşumu,
- Vajinal kayganlıkta azalma, cinsel zorluklara yol açar,
- Ciddi ağrı,
- Onarımda zorluklar,
- Kesinin çok küçük açılması durumunda, insizyonun kendiliğinden uzamasıdır.

Ebeler, epizyotomi kullanımını, spesifik fetal ve maternal endikasyonlar doğrultusunda sınırlandırmaları gerekmektedir. Serbest ve sınırlı epizyotomi kullanımı ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar, sınırlandırılmış epizyotomi politikasının, düşük posterior perineal travma oranları, daha az sütür atma, azalmış ağrı ve komplikasyonlarda azalma ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar maternal morbidite oranının düşmesine ve sütür materyalleri için önemli maliyet tasarruflu etkilere neden olabilir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Doğum sırasında çoğu kadında perine travması görülmekte ve bazı travmalar sutür atılmasına ihtiyaç olmadan iyileşmektedir. Primigravida,



epizyotomi, müdehaleli doğum ve iri bebek büyük perine travmaları ile ilişkilidir (Chapman & Charles, 2018).

Çalışmalar, perine travmasında; ikinci evre boyunca sıcak nemli kompres uygulaması, primigravidalar da antenatal dönemde düzenli yapılan perine masajı, doğumların evde yapılması ve doğum eylemi boyunca sürekli destek ile azaltılabileceği bildirilmiştir. Pasif ıkınma ile acele edilmeden normal seyrine bırakılan doğumların perineal travmaya faydalarını bildiren çalışmalar mevcuttur (Chapman & Charles, 2018).

#### *2.1.4.5. Operatif (enstrümantal) vajinal doğum*

Operatif vajinal doğum; forseps ve vakum ile, fetüsün traksiyonunu sağlayan girişimlerdir. Fetal baş angaje ve serviks tam açıklıkta iken aşağıda verilen endikasyonların görülmesi durumunda uygulanır (Beckmann vd., 2015):

- Doğumun ikinci evresinin uzaması veya durması,
- Acil fetal sıkıntı şüphesi,
- Anne yararına ikinci evrenin kısaltılması gereken durumlarda.

Forseps ve vakum, bebeği ve anneyi tehlikeli bir durumdan güvenli bir şekilde uzaklaştırma ve hatta hayat kurtarma potansiyeline sahiptir. Ancak, bunu dikkate alarak kullanımlarının artırılması durumunda, kadınların ve bebeklerin sağlığı olumsuz etkilenebilir. Travma oranlarının en yüksek olduğu operatif vajinal doğumlarda, kısa süreli ve uzun süreli morbidite oranları yüksektir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

#### *Neonatal komplikasyonlar*

Herhangi bir operatif vajinal doğumdan sonra, bebek hipoksi çekebilir, düşük apgar skoruna sahip olabilir ve resüsitasyon gerektirebilir. Yüz veya kafa derisi sıyrıkları veya morlukları yaygındır. Fetal baş ile pelvis veya forseps kaşıkları arasındaki sürtünme, vakumun emme faaliyetine bağlı sefal hematom gelişebilir. İntrakraniyal travma ve hemoraji, vakumla ekstraksiyon yapılan bebeklerde, forseps veya sezaryen ile olanlardan daha yüksektir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

### *Maternal komplikasyonlar*

Genital sistemde en sık görülen yaralanmalar; servikal, vajinal ve perineal hematomlar ve rektal laserasyonlardır. İdrar retansiyonuna ve hatta fistül oluşumuna yol açan mesane veya üretral yaralanma meydana gelebilir. Morarma, ödem, travma ve epizyotomi nedeniyle oluşan perineal ağrı, cinsel fonksiyonu ve bebek beslenmesini bozabilir. Pelvik taban bozuklukları ve uzun süreli pelvik taban morbiditesi, enstrümantal doğum ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Enstrümantal doğumun psikolojik etkileri, sonraki gebelikle ilgili korku ve endişe ile başarısızlık, yetersizlik ve hayal kırıklığı duygularını içerebilir. Kadınların hem forseps hem de vakum yardımcı doğum deneyimleri, akut travma semptomları ve travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili faktörler olarak bildirilmiştir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Operatif doğumlar gebeler ve sağlık personelleri için korkutucu olabilmektedir. Bu dönemde bir personel, yalnızca kadın ve partnerinin duygusal ihtiyaçlarını gidermeye çalışmalıdır. İşlemler esnasında odadaki tüm ışıkların açık kalması, korkutucu olabilir veya gerginliği artırabilir. Aynı zamanda kadının çıplak olması korunmasız hissetmesine neden olabilir. Bu yönde önlemlerinde alınması gerekmektedir (Chapman & Charles, 2018).

#### *2.1.4.6. Doğumun indüksiyonu*

Doğumun gerçekleşmesi anne ve bebek açısından devam etmesinden daha yararlı ise doğum indüksiyonu uygulanır (Beckmann vd., 2015). Doğum indüksiyonu, eylemin kendiliğinden değil de sunni yöntemlerle başlatılmasıdır (Posner vd., 2014). Doğum eyleminin indüklenmesi spontan doğumdan genellikle daha acı vericidir. Epidural analjezi veya operatif doğum ile sonuçlanabilir. Doğum indüksiyonu yapılan gebelerin üçte ikisinden azı ileri bir girişim gerektirmeden doğururken, %15'inde müdahaleli doğum ve %22'sinde acil sezaryenle doğum gerektiği bildirilmiştir (National Institute for Health and Care Excellence, 2014b). Tablo 2.3 ve Tablo 2.4'de doğum indüksiyonu için kullanılması önerilen ve önerilmeyen yöntemler belirtilmiştir.

Tablo 2.2. Doğum indüksiyonu için önerilen yöntemler (Chapman & Charles, 2018)

Membran Sıyırma	Farmakolojik Yöntemler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostaglandinin salgılanmasını artırmayı amaçlar.</li> <li>• İşlem sırasında çekilen rahatsızlığın fazlalığına rağmen, ileride gerektiğinde bu işlemi kabul edeceğini belirten kişilerin oranı da genellikle yüksektir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vajinal Prostaglandin E2 (PGE2); kullanılmaması için spesifik klinik bir neden olmadığı sürece tercih edilir.</li> <li>• Misoprostol; yalnızca intrauterin fetal ölümü olan kadınlara veya klinik bir çalışma bağlamında tercih edilir.</li> <li>• Mifepriston; yalnızca intrauterin fetal ölümü olan kadınlar da tercih edilir.</li> </ul>

Tablo 2.3. Doğum indüksiyonu için önerilmeyen yöntemler (Chapman & Charles, 2018)

Farmakolojik Yöntemler	Nonfarmakolojik Yöntemler	Cerrahi Yöntemler	Mekanik Yöntemler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral PGE2</li> <li>• İntravenöz PGE2</li> <li>• Ekstraamniyotik PGE2</li> <li>• İntraservikal PGE2</li> <li>• Sadece intravenöz oksitosin</li> <li>• Hiyalüronidaz</li> <li>• Kortikosteroidler</li> <li>• Östrojen</li> <li>• Vajinal nitrik oksit donörleri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitkisel takviyeler</li> <li>• Akupunktur</li> <li>• Homeopatik tedavi</li> <li>• Hint yağı</li> <li>• Sıcak banyo</li> <li>• Lavmanlar</li> <li>• Cinsel ilişki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniyotomi, vajinal PGE2 kullanmamak için spesifik klinik bir neden yoksa, tek başına veya oksitosin ile birlikte doğum eylemi indüksiyonu için primer yöntem olarak, özellikle uterus hiperstimülasyonu riski nedeniyle kullanılmamalıdır.</li> <li>• Yapılan çalışmalarda amniyotominin doğum ağrısını arttırmamasına rağmen doğum süresini etkilemediği saptanmıştır (Başgöl &amp; Beji, 2015).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mekanik işlemler (balon kateterler ve laminaria cerrahi milleri) doğum eylemi için rutin olarak kullanılmamalıdır.</li> </ul>

#### 2.1.4.7. Fundal bası

Doğum eyleminin ikinci evresinde, operatif olmayan vajinal doğuma yardımcı olmak, uzun süreli ikinci evreden veya sezaryen ile doğumdan kaçınmak amacıyla, uterusun üst kısmına manuel olarak basınç uygulanmasıdır ("Kristeller manevrası" olarak da bilinir). Bu manevra için klinik endikasyonlar; fetal distres, doğumun ikinci evresinde ilerlemede başarısızlık ve/veya maternal yorgunluk veya (uzun süreli) itmenin kontrendike olduğu (örneğin, anne kalp hastalığı) tıbbi durumlar olabilir (Hofmeyr, Vogel, Cuthbert, & Singata, 2017).

Fundal basınç yaygın olarak kullanılır, ancak kullanım yöntemleri oldukça değişkendir. Fundal baskının kullanımına ilişkin lehte ve aleyhte kuvvetli görüşler bulunmasına rağmen, maternal-neonatal yararları ve zararları ile ilgili sınırlı kanıt bulunmaktadır (Hofmeyr vd., 2017).

#### 2.1.4.8. Beslenme

Eylemdeki kadınlar ile ilgili optimum hidrasyon literatürde hiç tanımlanmamıştır. Bununla birlikte, spor hekimliği araştırmacıları, eylemdeki bir kadını uzaktan koşu yapan veya sürekli orta dereceli aerobik egzersiz yapan bir sporcuya benzetmektedir. Amerikan Hemşire-Ebeler Koleji, “Doğumu, karmaşık sinirsel ve hormonal sistemler tarafından düzenli şekilde enerji tüketen bir süreçtir” diye belirtmektedir (Anderson & Stone, 2013).

1940'larda, genel anestezi doğum sırasında yaygın bir müdahale haline geldiğinde, Mendelson tarafından yapılan bir çalışmada, genel anesteziye gerek duyulursa, kusma, mide içeriğinden pulmoner aspirasyon ve tıkanmayı önlemek için eylem sırasında yiyecek veya sıvı tüketilmesi yasaklanmıştır. Ancak günümüzde yapılan çalışmalarda, tıbbi müdahaleler, fetal pozisyon veya ters fetal veya maternal sonuçlar ile gıda tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Anderson & Stone, 2013).

#### 2.1.4.9. Sosyal destek

İnsanların duygusal, maddi ve psikolojik ihtiyaçlarını gidermede yardımcı, yaşamlarında önemli bir yere sahip olan kişiler, aynı zamanda sağlığı da korumaya yarayan “Sosyal Destek Sistemleri” olarak isimlendirilmektedir. Sosyal destek sistemi son yıllarda ortaya çıkmış ve bireyin zorlandığı durumlarla başa çıkabilmesi, sosyolojik ve psikolojik sorunların çözümü, önlenmesi ve tedavisinde etkili güçlü bir kaynaktır (Mermer, Bilge, Yücel, & Çeber, 2010).

Sosyal desteği yüksek olan kadınlar, gebeliği uyumlu geçirmekte, daha kısa doğum eylemi, daha az operasyonel doğum yaşamakta, bebeğine olan ilgisi artmakta ve annelik rolüne geçişi olumlu yönde etkilemektedir (Albers, 2007; Mermer vd., 2010). Sosyal destekleri ve destek algıları yüksek olan gebelerin destekleri olmayan gebelere kıyasla; daha az anksiyete ve ağrı düzeylerinin olduğu bildirilmektedir (Mete vd., 2016). Aynı zamanda gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde sosyal desteği düşük olan kadınlarda, postpartum dönemde travma semptomlarının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (İsbir & İnci, 2014).

#### *2.1.4.10. Doğum ortamları ve hareket özgürlüğü*

Yüksek veya orta derece kaliteli sistemik literatür tarama sonuçları gösteriyor ki; dünya daki kadınların çoğu, doğasında var olan fiziksel ve psikososyal kapasitelerini kullanmayı sağlayan, kültürel ve psikolojik olarak güvenli bir ortamda, doğum arkadaşları tarafından sürekli duygusal desteğin olduğu, güvenli teknik yetkinlik sağlayan nazik, hassas sağlık personeli ile sağlıklı bir bebeği dünyaya getirmeyi talep etmektedir (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, & Gülmezoglu, 2018).

Kadınların gebelik ve doğumla ilgili memnuniyetlerini etkileyen faktörler içinde en fazla araştırılıp etkinliği olduğu kanıtlanan konular; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bakımın aynı ortamda verildiği ev ortamına benzer tek kişilik odalar ve sevdiklerinin katılımına izin verilmesidir. Bu durum evde doğum tartışmasına yol açmaktadır. Kadınların sağlık personeli yardımıyla evde doğum yapma tercihleri giderek artmaktadır. Çünkü; hastane ortamında medikal yaklaşımdan kaçarak, daha az girişimin yapıldığı, doğal ev ortamında, yakınlarının da yanında bulunduğu doğum ortamları gittikçe daha çekici hale gelmektedir (Güngör, 2009). Kadınların kendilerini iyi hissettikleri ortamlarda, aktif hormonlarında etkisi ile doğuma daha az müdahale edileceği vurgulanmaktadır (Sercekus & Isbir, 2012).

Doğum eylemi süresince hareket özgürlüğü; DSÖ'nün önerdiği ve kanıta dayalı çalışmalar tarafından da desteklenen, eylemin bir ve ikinci evresinde kadının istediği zaman aralığında, istediği pozisyonu almasına fırsat verilmesidir. Doğum eylemi süresince hareket özgürlüğü sağlanan gebelerde, doğum algılarının olumlu yönde etkilendiği, doğum süresinin ve ağrı düzeylerinin azaldığı, konfor ve memnuniyetlerinin arttığı bildirilmektedir. Sürekli yatağa bağlanan gebeler, doğumda aktif rol almaları gerekirken pasif hale gelmekteydiler. Bu durum, doğumu kendi yönetimlerinden çıkararak tek bir pozisyonda olma, indüksiyon, epizyotomi, isteğe bağlı sezaryen gibi müdahalelerin artmasına neden olmaktadır (Karaman & Yıldız, 2018).

#### *2.1.4.11. Bilgi eksikliği ve doğuma hazırlık sınıfları*

Gebelikle birlikte kadın, hem yaşanan değişiklikler hem de doğum ve doğum sonrası dönemde yaşayacakları konusunda bilgi alarak ebeveynliğe hazırlanmak ister. Bu konular arasında en dikkat çekici olan doğumun nasıl olacağıdır ve bu durum gebelerde yoğun biçimde bilgi alma ihtiyacı doğurur. Doğuma ilişkin endişelerin giderilmesinde en iyi yöntem doğuma hazırlık sınıflarıdır (Mete, Çiçek, Tokat, Çamlıbel, & Uludağ, 2017).

Doğuma hazırlık sınıfları bireysel veya grup şeklinde olabilir. Bu sınıflara katılan gebelerin katılmayanlara göre; kendine güvenlerinin yüksek olduğu, anksiyete seviyelerinin düşük olduğu, daha az ağrı hissettikleri ve daha az epidural kullandıkları çalışmalarla bildirilmiştir. Ancak eğitim almalarının yanında doğum süreci boyunca desteklenmeleri, başetme becerilerini kullanmaları açısından önemlidir (Mete, 2013).

Gebelik süresince kaliteli ebelik bakımı almak, antenatal dönemde sağlığın yükselmesine, daha az indüksiyon ihtiyacına, daha az analjezi ve anesteziye, ağrı ile baş etme yöntemi olarak daha çok nonfarmakolojik yöntemin kullanılmasına, doğasına uygun doğumların artmasına ve başta acil sezaryen olmak üzere sezaryen oranlarında da düşmeye neden olabileceği iyi kalitede çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ancak maalesef şu anda ki mevcut sağlık sistemi, kaliteli ebelik bakımının uygulanması konusunda bazı sıkıntılar barındırmaktadır. Özellikle ebelerin, gebeliğin ilk haftasından itibaren kadını takip ederek, doğum ve doğum sonrası döneme hazırlaması, alternatif doğum yöntemleri anlatılarak doğum ağrısı ile başetme konusunda uygulamalı eğitimler yapması ve gebeliği süresince danışmanlığını yaptığı kadının doğumunda yaptırma imkanı vermemektedir (Arslan, Karahan, & Çam, 2008).

#### *2.1.4.12. Sezaryen*

Sezaryen ile doğum, anne ve/veya bebeğin hayatını kurtarıcı nitelikte olabilmektedir. Ancak bazı durumlarda kadınlar, sezaryeni kendisi tercih ederken bazı durumlarda da sezaryen için ikna edilmek zorunda kalabilmektedirler. Buradaki sorun sezaryenin gereksiz endikasyonlarla yapılıyor olmasıdır. Bu aşamada ebeler doğru karar alması konusunda mantıklı

gerekçeler ile kadını desteklemelidir. Tablo 2.5 de sezaryen doğumda yaşanabilecek risk faktörleri belirtilmiştir (Chapman & Charles, 2018).

*Tablo 2.4. Sezaryen Doğumda Yaşanabilecek Riskler (Chapman & Charles, 2018)*



Ülkemizde 2016 yılı itibari ile sezaryen doğum oranı tüm doğumlar içinde %54.17 olarak bildirilmiştir (Başkaya & Sayiner, 2018). Türkiye’de sezaryen olmuş kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada sezaryen nedenleri sorulduğunda %27 ile ilk sırada verilen cevap kadınların kendi istekleri olmuştur (Karabel, Demirbaş, & İnci, 2017).

Anne tercihi ile ilgili görüş ayrılığı vardır. Bazı kaynaklar gereksiz büyük ameliyat yapılamayacağını savunurken, bazı kaynaklarda annelerin doğum şeklini seçebileceklerini savunmaktadır (Chapman & Charles, 2018). Yapılan bir çalışmada doğum korkusuna sahip ve sezaryen için yoğun istekte bulunan ancak reddilen kadınlarda, daha ağır psikolojik morbidite yaşadıkları bildirilmiştir (Hofberg & Ward, 2003).

Posttravmatik stres bozukluğu her doğumdan sonra görülebilir ancak acil sezaryen sonrasında daha çok geliştiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Chapman & Charles, 2018; Harris & Ayers, 2012). Sezaryen doğum yapmış annelerin bebekleri ile etkileşimlerinde daha az zevk aldıkları, daha sinirli ve düşmanca davrandıkları bildirilmektedir. Vajinal doğumda; uterin kontraksiyonlar ve vajino-servikal stimülasyondan kaynaklı oksitosin salgılanması artmaktadır. Sezaryen ile doğum esnasında fizyolojik farklılıklar nedeniyle maternal bağlanma olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Herguner, Cicek, Annagur, Herguner, & Ors, 2014).

#### 2.1.4.13. Doğum korkusu

Korku genellikle bireyin korunması ve güvenliği için gerekli olan normal ve fizyolojik bir insan tepkisidir. Doğum ile ilişkili korku, kadınların doğum için hazırlanmalarına yardımcı olabileceğinden, belli bir dereceye kadar “sağlıklı” olduğu düşünülebilir. Ancak, eğer korkular felç edici ve dehşet verici hale gelirse, fiziksel ve duygusal olarak engeller oluşturabilir ve “tokofobi” gibi spesifik patolojilere yol açabilir (Scollato & Lampasona, 2013). Kadınlar doğum sırasında ölüm korkusu çekmektedir. Doğum sırasındaki endişe veya ölüm korkusunun gebelikten önce meydana gelmesi ve mümkün olduğunca doğumdan kaçınılması durumunda, “tokofobi” adı verilen fobik bir durum oluşabilmektedir. Tokofobi, kadınları çocukluktan yaşlılığa etkileyebilir (Hofberg & Ward, 2003).

Doğum korkusu; eğitim seviyesi düşük, sosyal desteği az olan, yaşı küçük olan, işi olmayan, doğumla ilgili herhangi bir danışmanlık almayanlar ve primipar gebelerde yüksek olabilmektedir. Aynı zamanda sağlık personelinin tutumu, doğumda yapılan çeşitli müdahaleler, kötü mental sağlık, cinsel taciz öyküsü, düşük özyeterlilik ve yüksek anksiyete öyküsü de annenin korku ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Aksoy, 2015; Ayers, 2014; Mete, 2013). Nulliparite; doğum korkusunun daha sık yaşanmasına fakat multiparite; daha yoğun yaşanmasına yol açmaktadır (Ayers, 2014; İsbir & İnci, 2014). Bu durumun nedeni olarak; olumsuz ya da travmatik doğum deneyimi olan kadınların, sonraki hamilelikte doğum korkusu bildirme olasılıkları neredeyse beş kat daha arttığı söylenebilir (Ayers, 2014). Aynı zamanda yaşanan travmatik doğum ve sahip olunan doğum korkusu TSSB gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Peeler, Stedmon, Chung, & Skirton, 2018).

Doğum ile ilgili korkuların oluşmasında sağlık personelinin davranışları ve sağlık personeline karşı güven ile antenatal dönemde verilen doğuma yönelik bilginin kaliteside rol oynamaktadır (İsbir & İnci, 2014).

Yaşanmış riskli gebelik öyküleri ve olumsuz doğum tecrübeleri doğum korkusuna yol açabilecek en önemli faktörlerdendir. Daha önceki gebeliklerinde acil sezaryen geçirmiş olma, operatif vajinal doğum öyküsü, ölü doğum, abortus



veya anomalili bebek doğurma gibi istenmeyen problemleri yaşamış olma doğum korkusunun oluşmasına neden olabilir (Aksoy, 2015).

Yoğun doğum korkusunun gebelerin %7–26'sında görüldüğü bildirilmektedir. Doğum korkusu ile ilgili belirtiler, gebelik ve doğum ile ilgili yüksek düzeyde endişe, doğum sırasında zarar veya ölüm korkusu, kötü uyku ve somatik şikayetleri içermektedir (Ayers, 2014). Doğum korkusuna sahip kadınlarda oluşabilecek riskler Tablo 2.6'da verilmiştir.

*Tablo 2.5. Doğum Korkusuna Bağlı Oluşabilecek Riskli Durumlar (Aksoy, 2015; İsbir & İnci, 2014; Mete, 2013; Mete & Uludağ, 2017)*

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Korkuya bağlı yüksek kan basıncı nedeniyle erken doğum,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Gebelik süresince yaşanan strese bağlı katekolamin seviyeleri artar ve kadınlar gebeliklerinde sinirli ve alıngan davranabilirler,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Yüksek katekolamin seviyeleri uterin arter direncinde artışa yol açarak uterusu giden kan akımını azaltır ve doğumda uterustaki kasların düzenli kasılmasını engeller,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Doğum eyleminde uzama,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Acil sezaryen riski,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bebekte hipoksi oluşma riski,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Travmatik doğum deneyimi riski,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>İntrapartum bakımın yetersiz olarak algılanması,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Doğum ağrısı toleransını azaltması,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Epidural anestezi kullanımı artar,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Elektif sezaryen artar,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kadınlara bebeğini doğurabilme yeteneklerine inançları azalır,</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Düşük özyeterlilik.</b></li></ul>

Bu faktörler travmatik doğum algısını etkiler. Özellikle doğum ortamları ve ebelerin yaptığı uygulamalar, fiziksel, psikolojik, savunuculuk ve bilgi desteği, yani sürekli ebelik bakımı, doğumun travmatik algılanmasında önemli bir etken olduğu görülmektedir.

## **2.2. Postpartum Dönem**

Postpartum dönem, geleneksel olarak, doğumun sona ermesiyle başlayan ve kanıt temelli olmamasına rağmen doğum sonrası altı-sekiz hafta civarında olduğu tahmin edilen, üreme organlarının, doğum öncesi durumlarına mümkün olduğu kadar geri döndüğü zaman dilimini kapsayan süredir (MacDonald & Magill-Cuerden, 2015).

Doğum sonrası ilk günlerde; fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin çok hızlı gerçekleşmesi ve bu nedenle potansiyel risklerin en fazla oluşma durumu söz konusudur. Postpartum dönem üç döneme ayrılır (Bulut, 2018):

1. Doğumdan hemen sonra ilk 24 saati içine alan dönem,
2. Postpartum ilk bir haftayı alan erken doğum sonrası dönem,
3. Postpartum ikinci haftadan başlayıp altı veya 12 haftaya kadar süren geç doğum sonrası dönemdir.

Lohusalık döneminde gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin eski haline dönmesine involüsyon süreci denir ve en önemli involüsyon uterusda meydana gelir. Gebelikte hacmi ve ağırlığı önemli derecede artan uterus hızla eski halini almaya başlar. Serviks doğumu takip eden süreçte kısılır ve kalınlaşır. Vajen doğumu takip eden süreçte yavaş involüsyona uğrar, ancak hiçbir zaman gebelikten önceki halini alamaz. Labia majör ve minörlerde gebelikten önceki haline geri dönemez. Bunlarla birlikte göğüslerde laktasyon sürecine hazırlanır, prolaktin ve oksitosin hormonlarının etkisi ile emzirme sağlanır (Can, 2010).

Tüm bu değişikliklerle birlikte, anne hastaneden taburcu olmasıyla, vücudunda gerçekleşen fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü başarması, kendine ve bebeğine bakım verebilmesi beklenmektedir. Doğum sonrası meydana gelen değişiklikler kadının, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu etkilemektedir (Can, 2010). Yenidoğanın aileye kabulünün gerçekleşmesi, bebeğin bakımı ile ilgili güven ve beceri geliştirme, bebek ile iletişim kurmayı başarma gibi annelik rollerine uyumun sağlanması, aile üyeleri ile ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gibi kritik görevler bu dönemde gerçekleşir. Pek çok kadın için pozitif geçirilsede bazı kadınlar için kriz dönemi olabilmektedir (Erdem, 2009; Karabulut, 2013).

Doğum öncesi ve sonrası dönemlerde kadınlar, kendi ve bebek bakımları ile ilgili bilgi sahibi olduklarında, kaygı ve endişeleri azalarak kendilerini daha iyi hissedebilir, sonuç olarak özgüvenlerinin gelişmesi sağlanabilmektedir. Annelerin bilgi sahibi, kontrolü elinde tutma ve özgüven sahibi olmaları onların sorunlarla başetmelerine, sorun çözme becerilerinin ve yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca kadınlar bedenleri ile ilgili yaşayacakları değişikliklerin farkına varması, değişikliklere hazırlıklı olmasını sağlayacaktır ve hazırlıklı olan annelerin doğum sonrası doyumunu ve özsaygısı artar. Sonuçta

kendisi ve bebeğine uygun ve doğru bakım verilmesi ile sağlıklı gelecek nesillerin temelleri atılmış olacaktır (Bulut, 2018). Bu kapsamda ebelerin, gebelik ve doğum konusunda bakım hizmetleri kadar postpartum, bebek bakımı ve emzirmeye yönelik eğitimleride annelere vermeleri gerekmektedir. Doğuma hazırlık sınıfları bu konuların kadınlara aktarılacağı yerler olması açısından önemlidir.

Sonuç olarak; ebeler, annelerin postpartum dönemde bakım gereksinimlerini değerlendirerek, gerekli bakım ve desteği sağlamalı,annelik rolüne uyumlarında yardımcı olmalı ve postpartum dönemde görülebilecek sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Balkaya, 2002).

### ***2.2.1. Postpartum dönemde yaşanan psikolojik değişiklikler***

Doğum sonrası, kadının yaşadığı değişikliklere bağlı olarak psikiyatrik hastalıklara yakalanma riskinin en fazla olduğu dönem olarak kabul edilmektedir (Özkan, Üst, Gündoğdu, Çapık, & Şahin, 2014). Bu dönemde ki psikiyatrik hastalıklar, belirtilerinin şiddeti, özellikleri ve tedavilerine göre; annelik hüznü ile başlayıp, postpartum depresyon ve sonrasında psikoza kadar ilerleyebilmektedir (Erdem, 2009; Marakoğlu vd., 2009).

Annelik hüznü, genellikle ağlama, anksiyete, uyku bozuklukları, duygu durumlarında hızlı değişiklik, sinirlilik ve konsantrasyon güçlüğü ile kendini gösteren, kadınların %50-80 gibi önemli bir bölümünde görülebilen problemlerden biridir. Annelik hüznünde ilaç kullanılmaz, genellikle 2 hafta içinde iyileşir. Beklenen süre içinde belirtiler iyileşmezse depresyon açısından dikkatli olunmalıdır (Marakoğlu vd., 2009).

Postpartum psikoz, genellikle doğumu takip eden iki-üç hafta içinde başlayan ve iki-üç aya kadar sürebilen, kendisini depresyon, hezeyanlar ve kendisine ya da bebeğine zarar verme düşüncesi ile ortaya çıkabilen psikiyatrik bozukluktur (Marakoğlu vd., 2009).

### *2.2.1.1. Postpartum depresyon*

#### *Tanım*

Psikiyatrik Tanı Sistemlerinden DSM-V'de "Duygu Durum Bozuklukları" başlığı altında yer almakta, "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" epizotun, postpartum dört hafta içinde başlaması olarak tanımlanmaktadır (Koçak & Duman, 2016). Doğum sonrası depresyon belirtileri, "annelik hüznü" 'ne göre daha ağırlaşarak, özkıyım düşüncesinin de eşlik etmesi söz konusu olabilmektedir (Marakoğlu vd., 2009).

Biyolojik yatkınlığı ve psikolojik duyarlılığı olan kadınlarda gebelik ve doğum, doğum sonrası depresyona yol açabilmektedir. Özellikle gebelik ve doğum sonrası dönemde hızlı yaşanan fizyolojik ve hormonal değişimlerin nörobiyolojiyi etkileme fikri ağır basmaktadır ancak etyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Genellikle postpartum iki veya sekizinci haftalar içinde başlayıp, en az iki, en fazla bir yıla kadar sürmektedir ve tedavi edilmezse, kronik bir hastalık olabilmekte, yaşam kalitesini etkileyip, kişiye veya bebeğine zarar verme riskini artırmaktadır (Durmazoğlu vd., 2016).

#### *Görülme sıklığı*

Postpartum depresyon görülme sıklığı, örneklem hacimleri ve popülasyon farklılıkları, kullanılan tanı koyma aracı, doğumdan sonra farklı zamanların seçilmesi, tanısız değerlendirme veya belirtilerin şiddetini ölçmesine göre değişiklik göstermektedir (Marakoğlu vd., 2009; Özkan vd., 2014).

Biaggi ve ark. (2016) yaptıkları sistemik makale çalışmasında; postpartum depresyonun düşük-orta ve yüksek gelirli ülkelerde %7-30 arasında olduğunu bildirmiştir (Biaggi vd., 2016). Meksika'da yapılan bir çalışmada postnatal depresyon oranı %10.6 olarak (Frongillo, Billings, Rivera, de Castro, & Place, 2014), İsveç'te yapılan (2008) çalışmada %14.9 (Hildingsson, Tingvall, & Rubertsson, 2008) olarak bulunmuştur.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda; Can (2010); EDSÖ ile yaptığı çalışmada doğum sonrası depresyon oranını %27.7 olarak bildirmiştir (Can, 2010). Ancak 2011 yılında Yıldırım ve ark. yaptıkları çalışmada aynı ölçek

kullanılarak doğum sonrası depresyon riski %51.3 ile bildirilen oranlardan yüksek bulunmuştur (Yıldırım vd., 2011). Aynı yıl yapılan Durukan ve ark. çalışmasında aynı ölçek ile bu oran %15 bulunmuştur (Durukan vd., 2011). Demir ve ark. (2016); EDSÖ ile riski %34.8 olarak bulmuşlardır (Demir vd., 2016).

### *Risk faktörleri*

Postpartum dönem, kadınların mutlu olmaları gereken bir dönem olarak düşünüldüğünden, bu dönemde depresif duygu hisseden kadınlar, suçluluk ile belirtileri gizleyebilmekte ve bu durumda depresyon tanısı gözden kaçabilmektedir. Birinci basamak loğusa takipleri sırasında depresyon akılda tutulması gereken bir konudur (Erdem, 2009; Marakoğlu vd., 2009). Postpartum depresyona ait risk faktörleri Tablo 2.7 de belirtilmiştir.

*Tablo 2.6. Postpartum Depresyona ait Risk Faktörleri (Durmazoğlu vd., 2016; Erdem, 2009; Marakoğlu vd., 2009)*

• Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı	• Gebeliğin istenme durumu
• Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler	• Ailede depresyon öyküsünün bulunması
• Stresli yaşam olayları	• Eğitim düzeyi
• Olumsuz evlilik ilişkileri	• Doğum sayısı
• Bebeğin huysuzluğu	• Prematüre doğum
• Sosyoekonomik durum	• Şiddetli premenstrüel sendrom
• Geçirilmiş depresyon öyküsü	• Emzirmeme
• Sosyal destek eksikliği	• Tiroid hastalıkları
• Annelik hüznü	• Gebelik komplikasyonları
• Düşük benlik saygısı	• Erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi
• Annenin evlilikten memnuniyeti	• Fiziksel yorgunluk

Aynı zamanda gebelik süresince psikiyatrik tedavi alan ve depresyon semptomları taşıyan eşe sahip kadınların da yakından izlenmesi gerekmektedir. Çünkü; bu durum kadını olumsuz etkiyebilecek bir olaydır (Durmazoğlu vd., 2016).

Sezaryenin doğum sonrası depresyon için risk faktörü olabileceği de tartışmalı konulardan birisidir. Sezaryen doğum sonrası depresyon riskinin fazla olmasının nedenleri; annenin doğum sonrası bebeğini geç görmesi, doğumda eş desteğinin olmaması, acil sezaryenin strese neden olması, doğum sonrasında yenidoğanda daha fazla problemin ortaya çıkması, kadınların daha

fazla postpartum komplikasyon yaşaması (enfeksiyon, postoperatif ağrı) sayılabilir (Can, 2010).

### *Belirti ve Bulgular*

Postpartum depresyonun başlıca belirtileri; enerji kaybı, duygu durumunda değişkenlikler, geçmeyen yorgunluk, bebeğine yeterince ilgi gösteremediğini düşünme, bebeğine zarar verebileceğini düşünme, bellek zayıflığı, kendine zarar vereceğini düşünme, konsantrasyon güçlüğü, iştahla ilgili problemler, uyku problemleri, sosyal izolasyon ve yetersizlik hissi şeklinde ifade edilebilir (Gereklioğlu, Poçan, & Başhan, 2007).

Doğum sonrası depresyon, anne, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle özel yaklaşım gerektiren bir durumdur. Özellikle anne-bebek bağı ciddi şekilde zarar görebilir. Depresif anneler, bebekleri ile duygusal bağ kurmakta güçlük çekerler ve bu annelerin bebeklerinde sadece davranışsal ya da emosyonel değil kognitif sorunlarda yaşanabilmektedir (Marakoğlu vd., 2009). Postpartum dönemde depresif annelerin bebeklerinde, infantil koliğin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Erken tanı ve tedavi anne-bebek sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır (Gereklioğlu vd., 2007).

Postpartum depresyonda, aileye karşı sevgisizlik ve yenidoğana karşı olumsuz duygular ön plandadır. Bu zorlu zamanların kadın ve ailesine olumsuz etkileri önlemek amacıyla erken dönemde tespit edilmesi ve müdahale edilmesi zorunludur. Bu nedenle; ebeler, takip ettikleri gebelerin, postpartum risklerini belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme ve uygun müdahaleyi yapma sorumlulukları vardır (Durmazoğlu vd., 2016).

### **2.3. Postpartum Depresyon ve Travmatik Doğumun İlişkisi**

Doğum, etkili biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin anneler tarafından yaşandığı karmaşık bir yaşam olayıdır. Biyolojik yatkınlık ve/ veya psikososyal duyarlılığı olan kadınlarda gebelik ve doğum süreci, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (Herguner vd., 2014).

Depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları ve bebeğin sağlık sorunları, postpartum depresyon için risk faktörü olarak

bildirilmiştir (Herguner vd., 2014). Bir kadının duygusal ve psikolojik refahı, hamilelik ve doğum konusundaki algılarına ve deneyimlerine olumlu şekilde katkıda bulunur. Kötü duygusal sağlık, artan doğum korkusu ve depresyon riski, doğum travması, bebekle olumlu etkileşim kuramama ve bebeğin gelişim ihtiyaçlarını karşılama yetersizliği ve çift ilişkisinde strese yol açabilir. Ayrıca, doğum korkusu olan gebeler daha sık sezaryen tercih ederler ve acil obstetrik müdahaleler açısından da risk altındadırlar (Fenwick vd., 2015).

Kadınlarda Postpartum TSSB'nin nedenleri; doğum sırasında ve sonrasında yaşanan risk faktörleri ve duygusal travmaların birleşiminden kaynaklanabilir. Özellikle mevcut veya daha önceden kaynaklanan psikiyatrik sorunlar, TSSB öyküsü ve/veya gebelikte doğum korkusu olan kadınların savunmasız olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Ayers, 2014). Kadınların algıları üzerindeki önceki olayların ve inançların etkisi, gebeliğe duygusal cevabı, doğuma ilişkin beklentileri, doğum sırasında doğumun algılanışını etkileyecek olayların yaşanması, travmatik doğum sırasında kadının kırılganlığına duyarsız davranılması gibi durumlar doğum sonrası depresyonun teşhis ve tanımlanmasında kullanılır (James, 2015).

Depresyon ve TSSB'nun benzerlik göstermelerindeki nedenlerden biri; önemli aktivitelere olan ilginin azalması, başkalarından kopma hisleri, uyku bozuklukları ve konsantre olma zorluğu gibi tanısal özelliklerinin benzerlik göstermesidir. Diğer nedeni ise; önceden var olan depresyonun kişinin travmatik olaylara karşı duyarlılığını arttırmasıdır (Söderquist, Wijma, Thorbert, & Wijma, 2009).

Aynı zamanda literatürde; doğum deneyimleri ile doğum sonrası depresif belirtiler arasında bir ilişki olmadığı bildirilmektedir (Michels, Kruske, & Thompson, 2013). Herguner ve ark. (2014) yaptıkları çalışma ile; doğum şeklinin, doğum sonrası depresyon gelişimi üzerine bir etkisinin olmadığını ancak sezaryen doğumun maternal bağlanma üzerine olumsuz bir etkisi olabileceğini bildirmiştir (Herguner vd., 2014). Bununla birlikte, bir kadının doğum sırasındaki bakımına ilişkin algısı ve bakıcıları ile olan ilişkisi, hem

kadının hem de yeni doğanın refahını etkileyebilecek uzun vadeli psikolojik sonuçları olduğu iddia edilmektedir (Michels vd., 2013).

Doğum sonrası TSSB özellikle ebelik bakımıyla ilgilidir, çünkü kadınların perinatal yaşantılarını doğrudan etkiler veya doğum tecrübesinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Ebeliğin önemi, doğum sonrası TSSB'nin, uygun ebelik ve perinatal akıl sağlığı bakımı ile önlenabilir veya azaltılabilir olmasıdır. Yalnızca tedaviye yönelik çalışmalar TSSB'nin prevalansını azaltmaya katkıda bulunamaz. Doğum sonrası TSSB'nin, ebelik bakımındaki değişiklikler ile önlenmesi veya azaltılmasına odaklanması daha verimli olabilir (Çapık & Durmaz, 2018).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerinden alınan, Konya ili Selçuklu, Karatay ve Meram merkez ilçelerinin toplam 23185 canlı doğum oluşturmaktadır.

#### **3.2. Araştırmanın Örnekleme**

Literatürde değişik oranlar bulunmakla birlikte; travmatik doğum prevalansı % 20-%30 arasında (Garthus-Niegel, Knoph, vd., 2014; Soet vd., 2003; Yalnız vd., 2016) ve gebelikte depresyon görülme oranları %7-30 arasında değişmektedir (Biaggi vd., 2016). Travmatik doğum ve depresyon ele alındığında; en büyük örnekleme ulaşmak amacıyla olayın % 20 prevalans, % 5'lik fark ile  $\alpha=0.05$ ,  $\beta=0.2$ , power= %80 olmak üzere en az 471 kişinin çalışmaya alınması gerektiği bulunmuştur. Oluşabilecek vaka kayıpları gözönünde bulundurulurken örneklem 550 kişi olarak belirlenmiştir.

Konya iline ait TÜİK 2016 verileri baz alınarak evreni temsil edecek örneklem hesabı yapılmıştır. Doğum sonu birinci ayında olan kadınlara ulaşmak için, Konya ilinin üç merkez ilçesindeki 68 Aile Sağlığı Merkezine bağlı 385 aile hekiminden yararlanılmıştır. Çalışılacak Aile Hekimliklerinin sayısı hesaplanırken; ilçelerin ortalama aylık doğum sayıları ilçede o gün için aktif olan aile hekimi sayısına bölünmüş ve her aile hekimi başına düşen ortalama loğusa sayısı hesaplanmıştır. İlçelerin toplam doğumlar içindeki payları oranında çalışmaya alınacak loğusa sayıları hesaplanmış, ortalama loğusa sayısına bölünmüş ve çalışılacak aile hekimi sayısı belirlenmiştir (Virgüllü rakamlar en yakın tam sayıya tamamlanmıştır). Her ilçe için Aile Sağlığı Merkezi sıra numarasına göre sıralanmış Aile Hekimleri listesinde, yansız sayılar tablosunda belirlenen (çalışmaya alınacak aile hekimi kadar) numaralarda bulunan aile hekimleri çalışmaya dahil edilmiştir. TÜİK verileri ve aile hekimi sayıları Tablo 3.1. de gösterilmiştir.

Tablo 3. 1. Çalışılacak Aile Hekimliği Sayılarının Belirlenmesi

İlçeler	Canlı Doğum Sayıları*	Yüzdeler oranları	Çalışmaya Alınacak Loğusa Sayısı**	Aktif Durumdaki Aile Hekimi Sayısı	Çalışmaya Alınacak Aile Hekimi Sayısı***
Selçuklu	10783	%46,5	256	189	52
Karatay	6282	%27,1	149	94	30
Meram	6120	%26,4	145	102	29
Genel Toplam	23185	%100	550	385	111

\*TÜİK 2016 canlı doğum sayısı

\*\*550 (Örneklem Büyüklüğü)xYüzdeler oran

\*\*\*Çalışmaya Alınacak Loğusa Sayısı/5 (Aile Hekimi başına düşen loğusa sayısı)

Postpartum dönemde örnekleme alınma kriterleri;

- Doğum sonu birinci ayında olan,
- 37-42 gebelik haftasında doğum yapan ve canlı bebeğe sahip olan,
- Bebeğinde anomali bulunmayan,
- Doğum sonrası kendisi ve bebeği komplikasyon yaşanmayan,
- Önemli/ kronik bir sağlık sorunu olmayan,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Görme ve işitme problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerdir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- 18 yaşın altında olan,
- Doğum sonrası herhangi bir olumsuz durum yaşamış olan,
- Türkçe konuşmıyor olan kişilerdir.

### 3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada genel ve obstetrik bilgilerin ele alındığı anket formu ile, TDAÖ ve EDSÖ veri toplamak için kullanılmıştır (Bkz. EK-1, EK-2, EK-3).

#### 3.3.1. Anket formu

Anket Formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Gözükara & Eroğlu, 2008; Yakut, 2015; Yılmaztürk, 2010). Formda kadınların; sosyodemografik (yaş, medeni durum, aile tipi, evlenme

yaşı, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, meslek, gelir durumu) ve obstetrik özellikleri (gebelik, yaşayan ve ölü çocuk ve abortus sayısı, en son ki doğum deneyimi, son gebeliğin sonucu, doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi hakkında bilgi, eğitim alma durumu, bilgi alınan kaynak) inceleyen toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

### **3.3.2. Travmatik doğum algısı ölçeği (TDAÖ)**

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği; 2016'da Yalnız, Canan, Genç, Kuloğlu ve Geçici tarafından, kadınların doğum eylemini travmatik olarak algılama düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Bu ölçek, doğum eyleminin, bazı bireylerde normalden uzaklaşıp travmatik hale gelmesi nedeniyle 15-49 izlemlerinde, prekonsepsiyon döneminde, prenatal ve postpartum izlemler sırasında ya da doğumhane ve obstetrik servislerinde, hassas bireylerin tespit edilmesi amacıyla kullanılabilir (Yalnız vd., 2016). TDAÖ'nün güvenilirliğini belirlemek için yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.895 olarak bulunmuştur. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır ve ölçek minimum puanı 0, maksimum puanı 130'dır. Sıfırdan ona doğru olan derecelendirme ölçeği, ölçek toplam puan ortalamaları; 0-26 puan aralığı çok düşük, 27- 52 puan aralığı "düşük", 53-78 puan aralığı "orta", 79-104 puan aralığı "yüksek", 105-130 puan aralığı "çok yüksek" travmatik doğum algısı düzeyi olduğunu göstermektedir (Yalnız vd., 2016). Çalışmamız için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.900 bulunmuştur.

Ölçekle ilgili gerekli izinler alınmıştır.

### **3.3.3. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ)**

Cox ve ark. (1987)'nin postpartum depresyon riskini belirlemesi için hazırladığı bu ölçeğin Türkçe uyarlaması Engindeniz (1996) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek tarama amaçlı hazırlanmıştır, depresyon tanısı koymaya yönelik kullanılmamaktadır. EDSDÖ 10 maddeden oluşup, 4'lü likert tarzında kendini bildirim ölçeğidir. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçeğin en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters

puanlanmaktadır. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Engindeniz, Küey, & Kültür, 1996; Karaçam & Kitiş, 2008; Özkan vd., 2014).

Çalışmamızda; ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir ve yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 bulunmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

01/03/2018-01/02/2019 tarihleri arasında Konya ili üç merkez ilçesinde, ilgili aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının bilgisi dahilinde, bebeğine ikinci hepatit aşısını ve takiplerini yaptırmaya gelen, çalışmaya katılmayı kabul eden anneler ile görüşme tekniği kullanılarak anketler yapılmıştır. Bir gün içinde ilgili aile hekimine gelen, çalışma kriterlerine uyan anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Anketler doldurulmadan önce çalışmacı kendisini tanıtmış, çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirme yaparak, sözlü ve yazılı onamları almıştır (EK-4). Anketler kadınların isteğine bağlı olarak çalışmacı veya kadın tarafından okunarak toplam 10 dakikayı geçmeyecek sürede doldurulmuştur.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, IBM SPSS Statistics 24 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik ve obstetrik veriler yüzde (%), ölçek dağılımları yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Skewness ve Kurtosis testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmalarında, grup sayısı iki ise Bağımsız Örneklem t Testi, daha fazla sayıdaki gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin

karşılaştırılmasında Chi-square analizinden faydalanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi için Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0.05$  değeri kriter kabul edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmada belirlenen Aile Sağlığı Merkezlerinin fazla olması ve geniş bir coğrafyaya yayılmış olması veri toplamayı zorlaştırmıştır. Bazı gebelerin onam formunu imzalamada çekimser davranması da araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden 13/06/2017 tarih ve 1129 sayılı yönetim kurulu kararı ile tez onayı alınmıştır. KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/11/2017 tarih ve 7 sayılı karar tutanağı ile etik kurul izni (Bkz. EK-5) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Bkz. EK-4).

Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu'ndan 28/02/2018 tarih ve 63827352 sayılı yazı ile gerekli onay alınmıştır (Bkz. EK-6).

## 4. BULGULAR

Konya ili merkez ilçelerinde, 01/03/2018-01/02/2019 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uyan 550 kadının, travmatik doğum algısı ve postpartum depresyon ile ilgili bilgi ve deneyimlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmamızın bulgularına bu bölümde yer verilmiştir.

Bulgularda verilerimiz dört başlık altında;

- 4.1. Sosyo-demografik ve obstetrik veriler,
- 4.2. Travmatik doğum algısı görülme sıklığı ve etki eden faktörlere ilişkin veriler,
- 4.3. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı ve etki eden faktörler,
- 4.4. Travmatik doğum algısının doğum sonrası depresyon ile ilişkisi incelenmiştir.

### 4.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Verilerin İncelenmesi

Tablo 4. 1. Kadınların Sosyo-demografik Bilgilerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler		n	%
<b>Yaş grubu (yıl)</b> <sup>a</sup> 28.25±5.242 <sup>b</sup> 18-43	18-25	173	31.50
	26-34	295	53.60
	≥35	82	14.90
<b>Medeni Durum</b>	Evli	544	98.90
	Bekar	6	1.10
<b>Evlenme yaşı</b>	18 Yaş Ve Altı	79	14.40
	19 Yaş Ve Üzeri	471	85.60
<b>İçinde yaşadığınız aile tipi</b>	Çekirdek	463	84.20
	Geniş	87	15.80
<b>Öğrenim durumu</b>	İlkokul	92	16.70
	Ortaokul	117	21.30
	Lise	144	26.20
	Üniversite	197	35.80
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	137	24.90
	Çalışmıyor	413	75.10
<b>Sosyal güvence durumu</b>	Var	502	91.30
	Yok	48	8.70
<b>Gelir durumu</b>	Gelirim giderimden az	101	18.40
	Gelirim giderime denk	362	65.80
	Gelirim giderimden fazla	87	15.80
<b>Toplam</b>		550	100.00

<sup>a</sup>Ortalama±Standart Sapma, <sup>b</sup> Min-Max

Tablo 4.1.'de çalışmaya alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarına yer verildi. Kadınların yaş dağılımlarına bakıldığında 18-43 arasında değişmekte olup, ortalama değer 28.25±5,242 yıl olarak bulundu.

Kadınların %53.6' sını 26-34 yaş aralığında, %98.9 evli, %85.6'sının 19 yaş ve üzerinde evlendiği, %84.20'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %35.8'inin üniversite mezunu olduğu, %75.10'unun ev hanımı olduğu, %91.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %65.8'inin gelirinin giderine denk olduğu bulundu.

Tablo 4. 2. Kadınların Obstetrik Bilgilerinin Dağılımı

Obstetrik Bilgiler		n	%
Doğum sayısı <sup>a</sup> 2.00±1.106 <sup>b</sup> 1-8	Primipar	222	40.40
	Multipar	328	59.60
Yaşayan çocuk sayısı <sup>a</sup> 1.94±0.994 <sup>b</sup> 1-6	1	227	41.30
	2	184	33.50
	3 ve üzeri	139	25.20
Düşük/ölü doğum <sup>a</sup> 0.30±0.644 <sup>b</sup> 0-4	Yok	426	77.50
	Var	124	22.50
Doğum şekli	Vajinal Doğum	321	58.40
	Sezaryen	229	41.60
Gebelik planlı olma durumu	Evet	441	80.20
	Hayır	109	19.80
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	111	20.20
	Hayır	439	79.80
Gebelik izlemlerini yapan kişi	Doktor	333	60.50
	ASE	123	22.40
	Doktor/Ebe	94	17.10
Gebelik takipleriniz yapılma durumu	Evet	544	98.90
	Hayır	6	1.10
Doğumu yaptıran kişi	Doktor	391	71.10
	Ebe	159	28.90
Doğum yapılan yer	Tıp Fakültesi	94	17.10
	Doğumevi	190	34.50
	Özel hastane	254	46.20
	Ev	12	2.20
Doğum konusunda eğitim/bilgi	Evet	378	68.70
	Hayır	172	31.30
Alınan bilginin yeterli olup olmadığı	Evet	291	52.90
	Hayır	15	2.70
	Kısmen	72	13.10
<b>Toplam</b>		<b>550</b>	<b>100.00</b>

<sup>a</sup>Ortalama±Standart Sapma, <sup>b</sup> Min-Max  
ASE: Aile Sağlığı Elemanı

Tablo 4.2.'de kadınların obstetrik bilgilerinin dağılımına yer verildi. Çalışmaya alınan kadınların %59.60'nın multipar olduğu, %41.30'unun yaşayan bir çocuğunun olduğu, %77.50'inin hiç düşük yaşamadığı, %58.40'nın vajinal doğum yaptığı, %80.20'sinin gebeliğinin planlı olduğu, %79.80'nin gebeliği süresince herhangi bir sorun yaşamadığı tespit edildi. Sosyo-demografik özelliklerde; %60.50 kadının gebelikte izlemlerini doktor yaptığı,

%98.90 kadının gebelik takiplerini yaptırdığı, %71.10 kadının doğumunu doktorun yaptırdığı, %46.20 kadının doğumunu özel hastanede yaptırdığı, %68.70 kadının doğuma hazırlık ve doğum hakkında bilgi/eğitim aldığı, %52.90 kadınında bu bilgilerin yeterli gördüğü saptandı.

#### 4.2. Travmatik Doğum Algısı Görülme Sıklığı ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Verilerin İncelenmesi

Tablo 4. 3. Kadınlarda TDAÖ Tanımlayıcı İstatistikleri ve Düzeylere göre Dağılımları

Tanımlayıcı İstatistikler		Düzeylere Göre Dağılımları		
Ortalama	63.45		n	%
Std. Sapma	28.116	Çok düşük (0-26 puan aralığı)	63	11.50
Mode	90	Düşük (27-52 puan aralığı)	130	23.60
Median	65	Orta (53-78 puan aralığı)	171	31.10
25. çeyrek	43	Yüksek (79-104 puan aralığı)	148	26.90
50. çeyrek:	65	Çok yüksek (105-130 puan aralığı)	38	6.90
75. çeyrek	85	<b>Toplam</b>	<b>550</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.3.'de çalışmaya alınan kadınların TDAÖ puanlarının tanımlayıcı istatistiklerine ve ölçek düzeylerine göre dağılımlarına yer verildi. Ortalamalara bakıldığında kadınların %66.2'sinin doğumlarını "çok düşük", "düşük" ve "orta" düzey de travmatik algıladıkları, %33.8'inin ise "yüksek" ve "çok yüksek" olarak değerlendirdiği bulundu. Çalışmaya alınan kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalamaları;  $63.45 \pm 28.116$ , ortanca değeri 65 idi ve bu değer "orta" düzey travmatik doğum algısı aralığında bulunmakta idi (53-78 puan aralığı).



Tablo 4. 4. Kadınlarda TDAÖ Puan Ortalamasının Sosyo-demografik Bilgilere göre Dağılımı

Sosyo-demografik Bilgiler		n	TDAÖ	
			Ortalama±SD	Test.p
Yaş	18-25 yaş	173	62.51±29.951	F :0.272 p:0.762
	26-34 yaş	295	63.49±26.993	
	35 ve üzeri	82	65.29±28.338	
Medeni durum	Evli	544	63.43±28.011	Z: -0.342 p: 0.732
	Bekar	6	65.50±39.783	
Evlenme yaşı	18 ve altı	79	63.46±29.071	t :0.000 p:1.000
	19 ve üzeri	471	63.45±27.985	
İçinde yaşanan aile tipi	Çekirdek	463	63.24±28.033	t :-0.413 p:0.680
	Geniş	87	64.60±28.692	
Öğrenim durumu	İlkokul	92	66.60±28.634	F :1.583 p:0.192
	Ortaokul	117	66.91±30.061	
	Lise	144	61.13±25.903	
	Üniversite	197	61.63±28.109	
Çalışma durumu	Çalışıyor	137	64.25±28.409	t:0.381 p:0.703
	Çalışmıyor	413	63.19±28.048	
Sosyal güvence durumu	Var	502	63.36±27.801	t :-0.243 p:0.808
	Yok	48	64.40±31.535	
Gelir durumu	Gelir giderden az	101	69.80±28.598	<b>F: 3.226</b> <b>p: 0.040*</b>
	Gelir gidere denk	362	62.23±27.185	
	Gelir giderden fazla	87	61.20±30.570	
<b>Toplam</b>		<b>550</b>		

F: ANOVA, Z: Mann Withney U, t: Bağımsız Örneklem T-Test, \*p<0.05

Tablo 4.4.'de çalışmaya alınan kadınların TDAÖ ile sosyo-demografik bilgilerin karşılaştırılmasına yer verildi. Kadınların travmatik doğum algısı puanları ve sosyo-demografik verilerin karşılaştırılmasında gelir durumunda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ). Çalışma yapılan kadınlarda geliri giderinden az olan kadınların geliri giderinden fazla olanlara göre travmatik doğum algısı yüksek saptandı ( $61.20 \pm 30.570 < 69.80 \pm 28.598$ ). Gelir durumu dışındaki bilgiler ile ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunamadı (Her biri için  $p > 0.05$ ).

Tablo 4. 5. Kadınların TDAÖ Puanlarının Obstetrik Bilgilere göre Dağılımı

Obstetrik Bilgiler		n	TDAÖ	
			Ortalama±SD	Test.p
Doğum sayısı <sup>a</sup> 2.00±1.106 <sup>b</sup> 1-8	Primipar	222	64.50±28.379	t: 0.714 p:0.476
	Multipar	328	62.75±27.958	
Yaşayan çocuk sayısı <sup>a</sup> 1.94±0.994 <sup>b</sup> 1-6	1	227	63.86±28.410	F: 0.576 p: 0.562
	2	184	61.76±27.715	
	3 ve üzeri	139	65.04±28.246	
Düşük/ölü doğum <sup>a</sup> 0.30±0.644 <sup>b</sup> 0-4	Yok	426	63.18±28.751	t: -0.423 p: 0.672
	Var	124	64.40±25.905	
Doğum şekli	Vajinal Doğum	321	61.21±29.489	t: -2.273 p:0.023*
	Sezaryen	229	66.60±25.807	
Gebelik planlı olma durumu	Evet	441	62.03±28.259	t: -2.397 p: 0.017*
	Hayır	109	69.21±26.894	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	111	66.63±27.406	t: 1.333 p:0.183
	Hayır	439	62.65±28.267	
Gebelik izlemlerini yapan kişi	Doktor	333	64.62±28.130	F: 3.887 p: 0.021*
	ASE	123	65.85±27.062	
	Doktor/Ebe	94	56.21±28.561	
Gebelik takipleriniz yapılma durumu	Evet	544	63.40±28.122	Z:-0.593 p:0.553
	Hayır	6	68.50±29.663	
Doğumu yaptıran kişi	Doktor	391	64.80±27.225	t: 1.767 p: 0.078
	Ebe	159	60.14±30.027	
Doğum yapılan yer	Tıp Fakültesi	94	68.13±27.385	KW: 18.962 p:0.000*
	Doğumevi	190	66.83±29.276	
	Özel hastane	254	60.54±26.488	
	Ev	12	35.08±28.186	
Doğum konusunda eğitim/bilgi	Evet	378	61.46±27.867	t: -2.484 p:0.013*
	Hayır	172	67.85±28.243	
Alınan bilginin yeterli olup olmadığı <sup>c</sup>	Evet	291	58.04±28.879	KW: 19.939 p:0.000*
	Hayır	15	76.53±25.207	
	Kısmen	72	72.11±19.509	
	Eğitim almayan	172	67.85±28.243	
Toplam		550		

F: ANOVA, Z: Mann Withney U, t: Bağımsız Örneklem T-Test, KW: Kruskal-Wallis Test, \*p<0.05,

<sup>a</sup>Ortalama±Standart Sapma, <sup>b</sup> Min-Max

<sup>c</sup>: Eğitime katılmayanlar analize alınmamıştır.

ASE: Aile Sağlığı Elemanı

Tablo 4.5.'de yer alan bilgilere göre; yapılan analizde, travmatik doğum algısı düzeyleri ile doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik izlemlerini yapan kişi, doğum yapılan yer, doğum konusunda bilgi alma durumu ve alınan bilginin yeterli olup olmadığı ile istatistiksel anlamlı fark bulunurken (Herbiri için p<0.05), diğer değişkenler ile anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05).

Sezaryen doğum yapanların TDAÖ puanı ortalaması (66.6±25.807) vajinal doğum yapanların TDAÖ puan ortlamasından (61.21±29.489) anlamlı düzeyde

daha yüksekti ( $p<0.05$ ). Gebeliği planlı olmayanların TDAÖ puan ortalamaları ( $69.21\pm 26.894$ ) ise gebeliği planlı olanların TDAÖ puan ortalamalarından ( $62.03\pm 28.259$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Gebelik izlemlerini doktor ve ebeğe yaptıran kadınların TDAÖ puan ortalaması;  $56.21\pm 28.561$  ile farklılığı oluşturan grup olarak bulundu. Doğum yapılan yerler arasında en yüksek TDAÖ puan ortalamasına sahip yer; Tıp Fakültesi Hastanesi ( $68.13\pm 27.385$ ) iken en düşük yer; evde yapılan doğumlar ( $35.08\pm 28.186$ ) olarak bulundu (Tablo 4.5.).

Doğuma hazırlık konusunda bilgi/egitim alan ve almayan kadınların TDAÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) ve doğuma hazırlık eğitimi alan grup daha düşük travmatik doğum algısına sahipti ( $61.46\pm 27.867 < 67.85\pm 28.243$ ). Kadınların eğitimi yetersiz ve kısmen yeterli olarak değerlendirenlerin, yeterli olduğunu düşünenlere göre TDAÖ puan ortalamaları daha yüksekti ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı idi ( $76.53\pm 25.207 / 72.11\pm 19.509 > 58.04\pm 28.879$ ) (Tablo 4.5.).

Tablo 4. 3. Kadınların TDAÖ'ye Verdikleri Cevapların Ortalamaları

TDAÖ		Ortalama±SD
1	Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız	5.75±2.955
2	Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor	5.62±3.103
3	Doğumda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız	5.78±3.190
4	Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız	5.42±3.607
5	Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz	4.83±2.983
6	<b>Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi sizi ne kadar kaygılandırır</b>	<b>5.92±3.310</b>
7	Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur	5.03±3.549
8	Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız	5.69±3.176
9	Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder	4.15±3.055
10	Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız	3.65±3.287
11	<b>Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hissedersiniz</b>	<b>3.50±3.226</b>
12	TV de doğumla alakalı bir haber.film. dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız	3.65±3.212
13	Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hissedersiniz	4.45±3,373

Tablo 4.6.'de çalışmaya katılan kadınların TDAÖ'ye verdikleri cevapların dağılımları bulunmaktadır. Kadınların ölçeğe verdikleri cevaplar arasında en yüksek puana sahip madde  $5.92\pm 3.310$  ile "doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi sizi ne kadar kaygılandırır" sorusu oldu. Kadınlar "Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz" sorusuna en düşük puanı verdi ( $3.50\pm 3.226$ ).

Tablo 4.4. Kadınların TDAÖ Puan Ortalamalarının Doğum Deneyimlerine İlişkin Algılarına göre Dağılımları

Doğum Algıları	TDAÖ			
	n	%	Ortalama±SD	F p
<b>Ebe desteği</b>				
Beklenenin altında	64	11.60	69.34±26.967	<b>10.739</b> <b>0.000*</b>
Beklenen düzeyde	310	56.40	66.71±27.266	
Beklenenden fazla	176	32.00	55.59±28.492	
<b>Korku</b>				
Beklenenin altında	119	21.60	44.13±26.268	<b>61.853</b> <b>0.000*</b>
Beklenen düzeyde	261	47.50	62.85±26.338	
Beklenenden fazla	170	30.90	77.91±23.354	
<b>Kaygı</b>				
Beklenenin altında	123	22.40	45.57±27.269	<b>53.570</b> <b>0.000*</b>
Beklenen düzeyde	256	46.50	62.96±26.787	
Beklenenden fazla	171	31.10	77.06±22.909	
<b>Ağrı</b>				
Beklenenin altında	106	19.30	55.35±29.299	<b>12.496</b> <b>0.000*</b>
Beklenen düzeyde	269	48.90	61.50±27.117	
Beklenenden fazla	175	31.80	71.37±27.104	
<b>Doğum sonu ağrı</b>				
Beklenenin altında	118	21.50	53.36±28.224	<b>14.849</b> <b>0.000*</b>
Beklenen düzeyde	281	51.00	63.26±26.053	
Beklenenden fazla	151	27.50	71.72±29.257	
<b>Mahremiyet ihlali</b>				
Beklenenin altında	232	42.20	58.69±28.115	<b>6.339</b> <b>0.002*</b>
Beklenen düzeyde	257	46.70	67.67±26.267	
Beklenenden fazla	61	11.10	63.80±32.897	
<b>Toplam</b>	550	100		

F: ANOVA, \*p<0.05

TDAÖ puan ortalamaları ile doğuma ilişkin algıların karşılaştırması Tablo 4.7.'de verildi. Travmatik algı düzeyleri doğuma ilişkin algılar arasında istatistiksel fark anlamlı idi. Kadınlara göre; ebe desteği beklenenin altında olanlarda ( $69.34\pm 26.967$ ), korku ( $77.91\pm 23.354$ ), kaygı ( $77.06\pm 22.909$ ), ağrı ( $71.37\pm 27.104$ ) ve doğum sonu ağrı ( $71.72\pm 29.257$ ) beklenenden fazla olanlarda TDAÖ puan ortalaması en yüksek olarak bulundu. Mahremiyet ihlali,

67.67±26.267 ortalama ile beklenen düzeyde bulan kadınlarda, travmatik doğum algısı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Tablo 4. 5. Kadınların TDAÖ Puan Ortalamalarının Bilgi Alınan Kaynaklara göre Dağılımı

Eğitim Alınan Kaynaklar <sup>a</sup>	n	%	Ortalama±SD	t	p
Doktor	187	34.00	61.99±27.859	-0.874	0.383
Arkadaş	53	9.60	67.87±26.902	1.203	0.230
Aile büyükleri	59	10.70	69.22±27.361	1.670	0.096
TV. internet	104	18.90	63.18±24.617	-0.109	0.913
Kitap	95	17.30	57.83±26.394	-2.150	<b>0.032*</b>
ASE	258	46.50	62.93±28.175	-0.414	0.679
Doğum hazırlık	48	8.70	53.06±30.295	-2.696	<b>0.007*</b>
ASE+ Doğuma hazırlık	28	5.10	54.85±28.271	-1.630 <sup>b</sup>	0.103
<b>Toplam</b>	<b>550</b>	<b>100</b>			

t: Bağımsız Örneklem T-Test, \*p<0.05

<sup>a</sup> Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

<sup>b</sup> Grup sayısı 28 olduğu için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

ASE: Aile Sağlığı Elemanı

Bilgi alınan kaynaklardan kitap ve doğuma hazırlık gruplarında travmatik doğum algısı ölçek puanlarına göre istatistiksel fark anlamlı bulundu (p<0.05) (Tablo 4.8.). En yüksek travmatik doğum algısı ölçek puanı ortalamasına; aile büyüklerinden bilgi alan grup (69.22±27.361), en düşük ortalamaya sahip ise doğuma hazırlık sınıflarından bilgi alan grup (53.06±30.295) olarak belirlendi. Kitaptan bilgi edinen kadınlar, kitaptan bilgi almayan gruba göre fark anlamlı bulundu (p<0.05). Diğer eğitim alınan kaynaklar ve travmatik doğum ölçek puanları arasında istatistiksel farka rastlanmadı (p>0.05).

### 4.3. Doğum Sonrası Depresyon Görülme Sıklığı Ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 4. 6. Kadınların EDSÖ Dağılımları

EDSDÖ	n	%	Ortalama±SD	Ortanca	Min-Max
Risk yok	411	74.7	5.96±3.66	6	0-12
Risk var	139	25.3	17.19±3.621	17	13-30
<b>Toplam</b>	<b>550</b>	<b>100</b>	<b>8.8±6.094</b>	<b>8</b>	

Tablo 4.9. çalışmaya katılan kadınlar arasında postpartum depresyonun görülme riskinin dağılımları bulunmaktadır. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğine 13 ve üzeri puan alan %25.3 kadında doğum sonrası depresyon riski bulundu. EDSÖ ortalamaları; risk olmayan grupta 5.96±3.66, risk olan grupta 17.19±3.621 olarak bulundu.

Tablo 4. 7. Kadınlarda EDSDÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Bilgilere göre Dağılımları

Sosyo-demografik Bilgiler		n	EDSDÖ	
			Ortalama±SD	Test.p
Yaş	18-25 yaş	173	8.05±5.767	F:2.553 p: 0.079
	26-34 yaş	295	9.33±6.411	
	35 ve üzeri	82	8.46±5.441	
Medeni durum	Evli	544	8.77±6.042	Z:-0.479 p:0.632
	Bekar	6	11.67±10.191	
Evlenme yaşı	18 ve altı	79	7.95±5.383	t: -1.339 p: 0.181
	19 ve üzeri	471	8.94±6.2	
İçinde yaşanılan aile tipi	Çekirdek	463	8.84±6.1	t: 0.334 p: 0.738
	Geniş	87	8.6±6.095	
Öğrenim durumu	İlkokul	92	8.51±5.677	F: 1.132 p: 0.335
	Ortaokul	117	8.66±5.585	
	Lise	144	8.26±5.639	
	Üniversite	197	9.41±6.838	
Çalışma durumu	Çalışıyor	137	8.31±6.674	t:-1.090 p: 0.276
	Çalışmıyor	413	8.96±5.889	
Sosyal güvence durumu	Var	502	8.9±6.144	t: 1.248 p: 0.213
	Yok	48	7.75±5.502	
Gelir durumu	Gelir giderden az	101	9.16±6.246	F: 0.665 p: 0.515
	Gelir gidere denk	362	8.85±6.117	
	Gelir giderden fazla	87	8.16±5.841	
Toplam		550		

F: ANOVA, Z: Mann Withney U, t: Bağımsız Örneklem T-Test, \*p<0.05

Tablo 4.10.'de sosyo-demografik veriler, EDSDÖ puan ortalamaları ve istatistiksel analizleri yer almaktadır. Yapılan analizde çalışmaya alınan kadınların sosyo-ekonomik bilgilerin EDSDÖ yönünden anlamlı bir farklılığın olmadığı bulundu (Herbiri için; p>0.05). Kadınlar arasında en yüksek ölçek ortalamasına sahip olan grup bekarlar (11.67±10.191), en düşük ortalamaya sahip grup ise sosyal güvencesi olmayan kadınlar (7.75±5.502) olarak saptandı.

Tablo 4. 8. Kadınlarda EDSÖ Puan Ortalamalarının Obstetrik Bilgilere göre Dağılımları

Obstetrik Bilgiler	n	EDSDÖ		
		Ortalama±SD	Test.p	
Doğum sayısı <sup>a</sup> 2.00±1.106 <sup>b</sup> 1-8	Primipar	222	9.14±6.628	t: 1.067 p: 0.286
	Multipar	328	8.57±5.704	
Yaşayan çocuk sayısı <sup>a</sup> 1.94±0.994 <sup>b</sup> 1-6	1	227	8.99±6.454	F: 0.463 p: 0.630
	2	184	8.45±5.834	
	3 ve üzeri	139	8.96±5.843	
Düşük/ölü doğum <sup>a</sup> 0.30±0.644 <sup>b</sup> 0-4	Yok	426	8.88±6.033	t: 0.602 p: 0.547
	Var	124	8.51±6.317	
Doğum şekli	Vajinal Doğum	321	8.56±5.986	t: -1.082 p: 0.280
	Sezaryen	229	9.13±6.241	
Gebelik planlı olma durumu	Evet	441	8.40±5.952	t: -3.095 p: 0.002*
	Hayır	109	10.40±6.422	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	111	10.61±6.725	t: 3.548 p: 0.00*
	Hayır	439	8.34±5.844	
Gebelik izlemlerini yapan kişi	Doktor	333	9.73±6.236	F: 13.188 p: 0.00*
	ASE	123	8.22±5.527	
	Doktor/Ebe	94	6.26±5.503	
Gebelik takipleriniz yapılma durumu	Evet	544	8.83±6.106	Z: -0.948 p: 0.343
	Hayır	6	6.17±4.622	
Doğumu Yaptıran Kişi	Doktor	391	9.04±6.104	t: 1.451 p: 0.147
	Ebe	159	8.21±6.049	
Doğum yapılan yer	Tıp Fakültesi	94	9.24±6.48	KW: 7.193 p: 0.066
	Doğumevi	190	8.49±5.631	
	Özel hastane	254	9.06±6.303	
	Ev	12	4.50±3.873	
Doğum konusunda eğitim/bilgi	Evet	378	8.37±6.161	t: -2.467 p: 0.014*
	Hayır	172	9.74±5.851	
Alınan bilginin yeterli olma durumu <sup>c</sup>	Evet	291	7.48±5.624	KW: 22.637 p: 0.00*
	Hayır	15	12.80±8.317	
	Kısmen	72	11.01±6.655	
	Eğitim almayan	172	9.74±5.851	
<b>Toplam</b>		550		

F: ANOVA, Z: Mann Withney U, t: Bağımsız Örneklem T-Test, KW: Kruskal-Wallis Test, \*p<0.05

<sup>a</sup>Ortalama±Standart Sapma, <sup>b</sup> Min-Max

c: Eğitime katılmayanlar analize alınmamıştır.

ASE: Aile Sağlığı Elemanı

EDSDÖ ile gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik süresince herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı, gebelik izlemlerini yapan kişi, doğum konusunda bilgi/eğitim alma durumu ve alınan bilginin yeterli olma durumu gruplar arası fark anlamlı bulundu (Herbiri için; p<0.05). Diğer sosyo-demografik ve obstetrik bilgiler ile EDSÖ düzeyleri arasında herhangi bir fark yoktu (Herbiri için; p>0.05) (Tablo 4.11). Gruplar arasında en yüksek ölçek ortalamasına sahip olan; doğum konusunda bilginin yeterli olmadığını düşünen grup (12.80±8.317), en

düşük ortalamaya sahip grup ise; evde doğum yapanlar ( $4.50\pm 3.873$ ) olarak hesaplandı.

Gebeliği planlı olan grup puan ortalaması  $8.40\pm 5.952$ , planlı olmayan grup ise  $10.40\pm 6.422$  hesaplandı ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Gebeliği sırasında sağlık sorunu yaşayan kadınların EDSÖ puan ortalamaları  $10.61\pm 6.725$  olarak hesaplandı ve istatistiksel olarak sağlık sorunu yaşamayan grupla fark anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Gebelik takiplerini yapan kişi ile EDSÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Gebelik izlemlerini doktorların yaptığı kadınlarda ölçek puan ortalaması  $9.73\pm 6.236$  ve doktor ve ebenin yaptığı grupta  $6.26\pm 5.503$  ile en düşük ortalama olarak hesaplandı (Tablo 4.11).

EDSÖ ile doğuma hazırlık ve doğum şekli konusunda bilgi/egitim alma durumu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Eğitim alan grupta Edinburgh depresyon ölçek puan ortalaması  $8.37\pm 6.161$  iken, eğitim almayan grubun ortalaması  $9.74\pm 5.851$  olarak tespit edildi. Eğitim alanlar içinde de, aldığı eğitimi yeterli olarak gören grubun ölçek puan ortalaması  $7.48\pm 5.624$ , aldığı eğitimi yetersiz ve kısmen yeterli olarak gören grupların puan ortalamaları sıra ile  $12.80\pm 8.317$ ,  $11.01\pm 6.655$  olarak saptandı ve gruplar arası istatistiksel analizde fark anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11).



Tablo 4. 9. Kadınların EDSÖ Puan Ortalamalarının Doğum Deneyimlerine İlişkin Algılarına göre Dağılımları

Doğum Algıları	EDSDÖ			
	n	%	Ortalama±SD	F p
<b>Ebe desteği</b>				
Beklenenin altında	64	11.60	12.09±7.32	<b>1.741</b> <b>0.011*</b>
Beklenen düzeyde	310	56.40	8.61±5.86	
Beklenenden fazla	176	32.00	7.94±5.64	
<b>Korku</b>				
Beklenenin altında	119	21.60	6.84±5.50	<b>1.990</b> <b>0.002*</b>
Beklenen düzeyde	261	47.50	8.41±5.89	
Beklenenden fazla	170	30.90	10.76±6.27	
<b>Kaygı</b>				
Beklenenin altında	123	22.40	6.55±5.13	<b>2.432</b> <b>0.00*</b>
Beklenen düzeyde	256	46.50	8.27±5.77	
Beklenenden fazla	171	31.10	11.20±6.43	
<b>Ağrı</b>				
Beklenenin altında	106	19.30	7.42±5.59	<b>2.362</b> <b>0.00*</b>
Beklenen düzeyde	269	48.90	8.10±5.58	
Beklenenden fazla	175	31.80	10.71±6.69	
<b>Doğum sonu ağrı</b>				
Beklenenin altında	118	21.50	6.94±5.71	<b>1.631</b> <b>0.023*</b>
Beklenen düzeyde	281	51.00	8.82±5.98	
Beklenenden fazla	151	27.50	10.21±6.24	
<b>Mahremiyet ihlali</b>				
Beklenenin altında	232	42.20	8.40±5.79	1.107 0.324
Beklenen düzeyde	257	46.70	8.84±5.93	
Beklenenden fazla	61	11.10	10.11±7.66	
<b>Toplam</b>	550	100		

F: ANOVA, \*p<0.05

Kadınların EDSÖ puan ortalamalarının doğum deneyimlerine ilişkin algılarına göre dağılımları Tablo 4.12.'de verildi. EDSÖ puanları ile ebe desteği, korku, kaygı, ağrı ve doğum sonu ağrı grupları ile fark anlamlı bulunurken (Herbiri için; p<0.05), mahremiyet ihlali ile istatistiksel farka rastlanmadı (p>0.05). Doğum algıları içinde en yüksek ölçek ortalamasına sahip grup; beklenenin altında ebe desteği alan kadınlarda (12.09±7.32), en düşük ölçek ortalamasına sahip grup ise; beklenenin altında kaygı hisseden kadınlar (6.55±5.13) olarak bulundu.

#### 4.4. Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonrası Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi

Tablo 4. 10. Kadınların EDSÖ Puan Ortalamalarının TDAÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisi

	n	Ortalama/SD	r	p
TDAÖ	550	63.45±28.116	0.361	0.00*
EDSDÖ	550	8.8±6.094		

r: Pearson Correlation, \*p<0.05

Tablo 4. 11. Kadınların EDSÖ Düzeylerinin TDAÖ Düzeylerine göre Dağılımları

				TDAÖ					
				Çok Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek	Ortalama± SD
EDSDÖ	Risk yok	n	411	55	111	133	91	21	59.32±28.036
		EDSDÖ %	13.4%	27.0%	32.4%	22.1%	5.1%		
	Risk var	n	139	8	19	38	57	17	75.69±24.654
		EDSDÖ %	5.8%	13.7%	27.3%	41.0%	12.2%		

Tablo 4.13.'da EDSÖ puan ortalamalarının TDAÖ puan ortalamaları ile ilişkisi yer aldı. Travmatik doğum algısı ve EDSÖ arasında aynı yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4.13). Depresyon riski saptanan kadınların travmatik doğum algısı ölçek puan ortalaması 75.69±24.654, risk olmayanlarda ortalama ise 59.32±28.036 olarak bulundu. Postpartum depresyon riski bulunan grupta doğum %53.2 oranında yüksek ve çok yüksek olarak travmatik algılanırken, risk olmayan grupta bu değerler; %27.2 idi. Travmatik doğum algısı çok düşük olan kadınların %87.3'ünde postpartum depresyon riski yoktu (Tablo 4.14.).

Tablo 4. 125. Kadınların EDSÖ Düzeylerinin TDAÖ Düzeylerine göre Lojistik Regresyon Analizi

Travmatik Doğum Algısı	B (Beta)	Standart Hata	p	Exp(B)	% 95 Güven Aralığı
-2 Log likelihood = 586.819 Nagelkerke R Square = 0.091					
Çok Düşük <sup>a</sup>			0.000		
Düşük	0.163	0.453	0.719	1.177	(0.485-2.857)
Orta	0.675	0.421	0.109	1.964	(0.861-4.481)
Yüksek	1.460	0.414	0.000	4.306	(1.912-9.701)
Çok Yüksek	1.717	0.500	0.001	5.565	(2.090-14.818)

<sup>a</sup> Referans

Kadınların EDSÖ düzeylerinin TDAÖ düzeylerine göre lojistik regresyon analizi Tablo 4.15.'de verildi. Postpartum depresyon yaşama ihtimalinde travmatik doğum algısı düzeylerinin etkili olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15). TDAÖ düzeylerinden “çok düşük” referans olarak alındığında; “düşük” ve “orta” düzey travmatik doğum algısına sahip kadınlarda postpartum depresyon yaşama ihtimali anlamlı bulunmadı (Herbiri için;  $p>0.05$ ). Ancak “çok düşük” referansına göre; “yüksek” ve “çok yüksek” düzeylerinde postpartum depresyon yaşama ihtimali anlamlı bulundu (Herbiri için;  $p<0.05$ ). Çalışmaya alınan kadınlar arasında; “yüksek” düzey travmatik doğum algısı yaşayanlar için postpartum depresyon ihtimali; 4.306 kat (% 95 Güven Aralığı; 1.912-9.701), “çok yüksek” travmatik doğum algısı yaşayanlarda postpartum depresyon ihtimali 5.565 kat (% 95 Güven Aralığı; 2.090-14.818) daha yüksetti (Tablo 4.15).

## 5. TARTIŞMA

Kadınlar doğum deneyimlerini olumlu ya da olumsuz cümlelerle ifade ederler. Olumlu olarak “doğal, muhteşem, kendine güveni artıran, güçlü bir yaşam deneyimi, fantastik, harika, sihir, inanılmaz, dünyaya yakınlık hissi, çok özel bir yolculukla mutluluk yaşamak, hayatın önemli bir anı, olağanüstü bir deneyim” gibi, olumsuz olarak da “stresli, hayal kırıklığı, suçluluk çaresizlik, yoğun endişe, korku/acı veren” gibi ifadelerle tanımlamalar yapmaktadırlar (Aydın & Yıldız, 2018).

Çalışmamızın araştırma grubunu; Konya ili Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerindeki aile hekimlerine bağlı, postpartum dönemde olan, 550 kadın oluşturmuştur. Bu bölümde; çalışmaya alınan kadınlarda travmatik doğum algısı görülme sıklığı, bu algıyı etkileyen faktörler, olumsuz doğum deneyimi ve postpartum depresyonun ilişkisi tartışılmıştır.

Tartışmada verilerimiz dört başlık altında incelenmiştir:

5.1. Sosyo-demografik ve obstetrik verilerin tartışılması,

5.2. Travmatik doğum algısı sıklığı ve etki eden faktörlere ilişkin verilerin tartışılması,

5.3. Doğum sonrası depresyon sıklığı ve etki eden verilerin tartışılması,

5.4. Travmatik doğum algısının doğum sonrası depresyon ile ilişkisinin tartışılması.

### **5.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Verilerin Tartışılması**

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının  $28.25 \pm 5.242$  ve çoğunun 26-34 yaş aralığında olduğu (%53.6), %98.9 evli, %85.6'sının 19 yaş ve üzerinde evlendiği, %84.20'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %35.8'inin üniversite mezunu olduğu, %75.10'unun ev hanımı olduğu, %91.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %65.8'inin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Durduran ve ark. (2012)'nin “ Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası

gebe ve bebek izlemleri” çalışmasında verilen sosyo-demografik verilerde; gebelerin yaş ortancası 26, %66’sının ilköğretim mezunu ve %65’inin çekirdek aile yaşadığını bildirmiştir (Durduran, 2012). Konya ilinde 2016 yılında yapılan bir çalışmada; yaş ortalaması  $27.49 \pm 6.47$ , %72.5’inin ortaöğretim ve altı mezunu, %67’sinin çekirdek aileye sahip, %92.2’sinin çalışmadığı, %72.8’inin aylık gelirinin giderine denk ve %85.8’inin sağlık güvencesinin olduğu bildirilmiştir (Aksoy vd., 2016). Çalışma sonuçları, Konya’da yapılan benzer çalışmalar ve istatistiklerle uyumludur.

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde ise; doğum sayısı ortalaması  $2.00 \pm 1.106$  ve %59.60’nın multipar olduğu, %41.30’unun yaşayan bir çocuğunun olduğu, %77.50’inin hiç düşük yaşamadığı, %58.40’nın vajinal doğum yaptığı, %80.20’sinin gebeliğinin planlı olduğu, %79.80’nin gebeliği süresince herhangi bir sorun yaşamadığı, %60.50’sinin gebelikte izlemlerini doktor yaptığı, %98.90’nın gebelik takiplerini yaptırdığı, %71.10’un doğumunu doktorun yaptırdığı, %46.20’sinin doğumunu özel hastanede yaptırdığı, %68.70’inin doğuma hazırlık ve doğum hakkında bilgi/eğitim aldığı, %52.90’nın ise bu bilgileri yeterli gördüğü saptanmıştır (Tablo 4.2). Aksoy ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmada; doğum sayısı ortalaması  $2.12 \pm 1.13$ , %81.2’si isteyerek gebe kaldığı, %84’ünün gebelikte sağlık sorunu yaşamadığı, %61.4’ünün doğum öncesi bakım aldığı ve %67.6’sının normal doğum yaptığı bildirilmiştir (Aksoy vd., 2016). Bülbül ve ark. (2016), kadınların %88.2’sinin gebeliği planladığını, ancak kadınların sadece %20’sinin gebelik konusunda eğitim aldığını saptamıştır (Bülbül, Özen, Çopur, & Kayacık, 2016). “Kadınların doğum deneyimleri ve doğum sonrası memnuniyetleri”nin incelendiği çalışmada; kadınların, hepsinin doğum öncesi takiplerinin yapıldığı, %74.9’unun aile sağlığı merkezinde takip yapıldığını, %30.3’ünün primipar olduğunu, %60.1’inin gebeliğinin planlı olduğu, %54.6’sının doğumunu doktorun yaptırdığı ve %99.5’inin doğum öncesi eğitim aldığı bildirilmiştir (Uysal, 2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017), kadın başına düşen toplam doğurganlık hızı 2.1, %53.1 sezaryen oranı, %99.7’sinin en az bir adet antenatal bakım aldığı belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel

Müdürlüğü, 2017). Çalışma grubumuz ülkemizdeki doğurgan çağıdaki kadınlar ile benzerlik göstermektedir.

## **5.2. Travmatik Doğum Algısı Sıklığı ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Verilerin Tartışılması**

Travmatik doğum algısı prevelansı ile ilgili çeşitli oranlar verilmektedir. Bu oranlardaki değişiklikler çeşitli faktörlerden etkilendiği gibi ölçüm aracındaki değişiklikten de etkilenmektedir. Soet ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada; kadınların %34'nün doğumunun, DSM-IV kriterlerine göre travmatik olarak değerlendirildiği ve Boorman ve ark. (2014)' da %29.4 kadının travmatik doğum kriterlerini karşıladığını sonucuna ulaşmıştır (Boorman vd., 2014; Soet vd., 2003). Türkiye'de 2016 yılına kadar travmatik doğum algısını ölçen bir ölçek bulunmamaktadır. Aktaş'ın (2018) gebelerde TDAÖ ile yapmış olduğu çalışmada; ölçek puan ortalaması  $70.57 \pm 21.89$  ve %23.6 kadının yüksek düzey travmatik doğum algısı yaşadığı bildirilmektedir (Aktas, 2018). Doğum Memnuniyeti ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) ile yapılan çalışmalara sık rastlanmaktadır. Bu çalışmalarda W-DEQ puanları 46.4-85.63 puan aralığında değişmektedir (Barut & Uçar, 2018; Güleç vd., 2014; Körükçü vd., 2017; Şahin vd., 2009). Bilgin ve ark. (2018) doğum memnuniyetine görsel kıyaslama ölçeği ile ölçtükleri çalışmada; %80.4 kadının doğumun güzel, mutluluk verici bir deneyim olduğunu, %19.6'sının ise zor ve ağırlı bulduklarını ifade etmiştir (Bilgin vd., 2018). Bu çalışmada; Yalnız ve ark. (2016) geliştirmiş olduğu ölçek ile, **travmatik doğum algıları “yüksek” ve “çok yüksek” olan kadınların oranının %33.8 olduğu, ölçek puan ortalamalarının  $63.45 \pm 28.116$  olarak “orta” düzeyde olduğu bulunmuştur** (Tablo 4.3). Travmatik doğum algısı görülme sıklığının literatürde verilen sonuçlardan farklı olması, ölçüm araçlarının birbirinden farklı olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda kullandığımız TDAÖ, doğumun her türlü travmasını ölçmeye yarayan yeni bir ölçektir.

İleri yaş, yüksek öğrenim düzeyi gibi demografik faktörlerin gebelik ve doğum sırasında yüksek oranda memnuniyetle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Michels vd., 2013; Uysal, 2017). Güleç ve ark. (2014) çalışmasında; eğitim

durumu, çalışma durumu, doğum sayısına göre doğum korkusunun etkilenmediği saptanmıştır (Güleç vd., 2014). Yapmış olduğumuz çalışmada; travmatik doğum algısı puanlarının sosyo-demografik verilere dağılımında; yaş, medeni durum, evlenme yaşı, içinde yaşanılan aile tipi, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durum ile fark bulunmazken (herbiri için;  $p>0.05$ ), gelir durumu grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4). Gruplar arasında en yüksek travmatik doğum algısı puan ortalaması; geliri giderinden az olan grupta, en düşük ölçek puan ortalaması ise; lise mezunu olan grupta tespit edilmiştir. Yaş grupları arasında en yüksek ölçek puan ortalaması 35 ve üzeri yaş grubundadır. Aynı şekilde, eğitim durumu arttıkça olumsuz doğum algısında da düşme görülmektedir. Ancak bu bulgular istatistiksel olarak fark oluşturacak düzeyde bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Literatürde fikir birliği olmamakla birlikte, çalışma bulgularımıza istinaden, travmatik doğum algısında, sosyo-demografik verilerin etkili olmadığı söylenebilir.

Kadınlarda gelir durumu ve eğitim düzeyindeki düşüklük ile sosyal destek azlığının bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarına zemin hazırladığı bilinmektedir (Mermer vd., 2010). Çalışmamızda; **geliri giderinden az olan grupta travmatik doğum algısı; geliri giderine eşit veya fazla olan gruba göre yüksek bulunmuştur** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4). Güleç ve ark. (2014)'nin yaptıkları çalışmada doğum korkusu ile gelir durumunun ilişkili olduğunu bildirmiştir (Güleç vd., 2014). Buna karşılık Üst ve Pasinlioğlu (2015)'nin çalışmasında; primipar ve multipar gebelerin gelir durumunun doğum ve doğum sonrası endişe ölçek puanını etkilemediği bildirilmiştir (Üst & Pasinlioğlu, 2015). Gelir durumunun tek başına faktör olmadığı, beraberinde doğum yapılan yer, gerekli bilgiye ulaşmada yetersizlikler ve sosyal destek eksikliği gibi olumsuz durumları beraberinde getirdiğinden doğumun travmatik algılanmasına yol açabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda; obstetrik verilerin travmatik doğum algısı dağılımlarının incelemesinde; doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, gebelik takiplerinin yapılma durumu ve doğumu yaptıran kişi gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı bulunmuştur (Herbiri için;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.5). İlk çocuğunu doğuran kadınların travmatik doğum algısı multiparlara göre yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5). Primipar ve multiparların doğum ve doğum sonu endişelerinin karşılaştırıldığı çalışmada; primipar gebelerin endişelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Üst & Pasinlioğlu, 2015). Güleç ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada; primipar ve multipar gebelerin doğum korku düzeyleri arasında istatistiksel bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Güleç vd., 2014). Yapılan bir diğer çalışmada da; primiparların %60'ının sezaryen ile doğum yaptığı tespit edilmiştir (Aslan & Okumuş, 2017). Nullipar olma, doğum şekli ile ilgili belirsizlik, genç ve ergen olma gibi faktörler strese, korkuya ve olumsuz doğum algısına neden olabilir (Aktas, 2018). Çalışmamızdaki kadınların doğum yapmış olmaları, doğum şekli ile ilgili belirsizliğin azalması, korkularının azalmasına, daha objektif karar vermelerine, primipar ve multiparlar arasındaki farkın azalmasına sebep olmuş olabilir.

Kadınların sahip olduğu olumsuz doğum deneyimlerinin ve sezaryen tercihlerinin esas faktörü korkudur (Başkaya & Sayiner, 2018; Sercekus, 2011). Ergöl ve Kürtüncü (2014) çalışmalarında; sezaryen ile doğum yapan kadınların %47.4'ü doğumdan korktuğu için, sezaryen doğumu tercih ettiğini ifade etmiştir (Ergöl & Kürtüncü, 2014). Bilgin ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada; elektif veya acil sezaryen olanların doğum memnuniyetinin vajinal doğum yapanlara göre daha düşük olduğunu bulmuştur ( $p<0.05$ ) (Bilgin vd., 2018). Çalışmamızda; **sezaryen ile doğum yapan kadınların travmatik doğum algısı daha yüksek** bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Literatürde de; doğumun olumsuz olarak algılanmasının, doğum eylemi süresince müdahalelerin artmasına, doğum şekline ve sağlık personelinin davranışlarının değişmesine yol açabileceği belirtilmektedir (Elmir vd., 2010). Elvander ve ark. (2013)'da, yüksek korku düzeylerine sahip acil sezaryen olmuş kadınların, düşük korkuya sahip müdahalesiz vajinal doğum yapmış kadınlara oranla negatif doğum deneyimi bildirme riskinin 12 kat arttığını belirtmektedir. Müdahale olmadan vajinal doğum yapan, doğum korkusu düşük kadınlar en olumlu doğum deneyimi olduğunu bildirmiştir (Elvander, Cnattingius, &



Kjerulff, 2013). Buna karşılık Aktas'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada; vajinal doğum sezaryene göre daha travmatik bulunmuştur (Aktas, 2018). Literatürde farklı görüşler bildirilmekle birlikte, çalışmamızda; sezaryen ile doğumun daha travmatik olduğunu söyleyebiliriz. Bu sonuç; doğum korkusuna sahip kadınların doğum şekli tercihlerini sezaryen şeklinde kullanmasından kaynaklanabilir. Yapılan bir çalışmada; normal doğum yapan annelerin konfor puanları sezaryene göre daha yüksek bulunmuştur (Pınar, Doğan, Algier, Kaya, & Çakmak, 2009). Annelerin doğum sonrası yaşadıkları problemler, doğumun olumsuz olarak değerlendirilme ihtimalini artırabilir.

Korku düzeyi yüksek olan kadınlar, korku düzeyi düşük olan kadınlara göre, küçük yaş grubunda olma, planlanmamış gebeliklere, düşük sosyal desteğe ve daha kötü bir ekonomik duruma sahip olma eğilimindedir (Elvander vd., 2013). Literatürle uyumu şeklide çalışmamızda da; **gebeliği planlı olan kadınların travmatik doğum algısının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.). Aksoy ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada; gebeliğini planlayan kadınların W-DEQ (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire) ölçek puanlarını ( $68.34 \pm 11.73$ ), planlanmamış gebelikten ( $76.52 \pm 1.73$ ) daha düşük bulmuştur ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirmiştir ( $p<0.05$ ) (Aksoy vd., 2015). İstenmeyen gebelikler, kadınların hayat düzenini ani olarak değiştirebilir ve kadınların bu fikre alışması zaman alabilir ya da hiçbir zaman alışma gerçekleşmeyebilir. Bu durum kadın ve ailesi için maddi ve manevi sorunları beraberinde getirerek psikolojik etkilere yol açabilir. Çalışmamızdaki sonucun benzer nedenlerden kaynaklandığını düşünülmektedir.

Antenatal bakımın niteliği ve yeterliliği konusunda ciddi sorunlar olduğu bildirilmiştir (Altıparmak & Coşkun, 2016). Çalışma sonuçlarımızda doğumun travmatik algılanmasındaki bir diğer etkenin de; **gebelik izlemlerini yapan kişi olduğu görülmüştür. Buna göre; gebelik izlemlerini ebe ve doktorun yaptığı kadınların travmatik doğum algısı daha düşük bulunmuştur** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.). Durduran ve ark. (2012), Konya ilinde kadınların %93'nün antenatal bakım için doktora gittiğini ve sağlıklı doğum izlemlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması gerektiğini belirtmiştir

(Durduran, 2012). DSÖ, ICM ve Sağlık Bakanlığı'nın tanımlarına göre doğum öncesi izlemi yapmak ebenin görevidir ("Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik," 2014). Aile Sağlığı Elemanı (ASE)'nin görevleri arasında koruyucu hizmetleri yapmak, Ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmek bulunmaktadır (*Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*, 2013). Aile sağlığı elemanı olarak hemşireler, ebeler ve ATT'ler görevlendirilmektedir. ASE'ye izlem yaptıran kadınların travmatik doğum algısının en yüksek olması antenatal dönemde sağlık personelinin doğum korkusunu azaltmada etkisiz kaldığını veya verilen eğitimlerin yetersizliğini akla getirebilir. Antenatal izlemlerin doktorda yaptırılıyor olması kadınların etkili ve yeterli antenatal bakımdan mahrum kalmasına yol açabilir ve bu durum da doğumun travmatik algılanmasında önemli rol oynayabilir.

Doğum korkusunun sezaryene olan etkisi kadar doğum medikalizasyonunun da doğum korkusuna yol açtığı düşünülebilir. Çalışmamızda; **doğumun gerçekleştiği yerler arasında; evde doğum yapanların TDAÖ puan ortalamaları diğerlerine göre önemli düzeyde daha düşük bulunmuştur** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Çalışmaya alınan 12 kadın evde doğum yapmıştır ve travmatik doğum ölçek puan ortalaması 35.08 ile en düşük puana sahiptir. Martin ve Fleming (2011) yapmış oldukları çalışmada; sağlık personelinin, kadınların düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını kontrol ederek normal olan süreci bozduğu, doğal doğumun hastanede yapılamayacağını ve kadınların evde doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir. Aynı zamanda doğum ortamının, ev doğumunu daha tatmin edici bir deneyim haline getiren özelliklerden en önemlisi olduğunu belirtmektedir (Martin & Fleming, 2011). Aynı zamanda ev doğumlarında ebelerin daha az oranda epizyotomi tercih ettiği düşünülmektedir (Sayiner & Demirci, 2007). Planlanan evde doğumları ile planlanan hastane doğumlarının anne ve yenidoğan sonuçları açısından karşılaştırıldığı meteanalizde; evde doğumların epidural analjezi, elektronik fetal kalp hızı izleme, epizyotomi ve operatif doğum gibi daha az maternal girişim ile ilişkili olduğu, yine bu kadınlarda laserasyon, kanama ve enfeksiyon geçirme olasılığının daha düşük olduğu bildirilmiştir

(Wax vd., 2010). Çalışmamızda; literatürle uyumlu şekilde evde doğum yapanların travmatik doğum algısı ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Bu memnuniyet kadınların %83.3'ünün doğum öncesi bilgi almış olması, hareket özgürlüğüne sahip olması, hem ebe hem de ailesi tarafından destekleniyor olmalarından kaynaklanabilir.

**Özel hastanelerde memnuniyetin ikinci sırada yer alması**, Konya'da bulunan özel hastanelerde; doğumhane ortamlarının ev ortamlarına benzer olması, suda doğumun hastanelerde yaygınlaşmaya başlaması ve doktorların doğal doğumu desteklemelerinin etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.5). Doğumevinde ebeler doğumları, aynı anda doğum masası olabilen yatakların bulunduğu tek kişilik travay odalarında yaptırmakta ve anneler aynı odada bebekleri ile birlikte kalabilmektedir. Buna karşın, Doğumevi Hastanesindeki yüksek travmatik doğum algısının; gebelerin yatağa bağımlı olmaları, sürekli fetal monitörizasyon, sosyal destek eksikliği, doğum oranlarının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Üniversite hastanelerinin üçüncü basamak hizmet vermesi sonucu, riskli doğumların bu hastanelere sevk edilmesi, travmatik doğum algısını artırmış olabilir. Doğumun gerçekleştiği yerde, kadınların doğuma hakim olması ya da olmaması olumsuz duyguların gelişmesinde etkili önemli bir faktör olarak görülebilir.

Kadınların ailesi veya ebeleri ile korkularını paylaşmaları, doğum konusunda olumlu hikayeler duymaları ve özellikle doğum hakkında bilgi almalarının yanlış bilinenleri değiştirilmesi ile korkuların azalmasını sağladığı bilinmektedir (Bülbül vd., 2016; Sercekus, 2011). Çalışmamızda; **doğuma hazırlık konusunda bilgi/egitim alan kadınlarda, almayanlara göre travmatik doğum algısı düşük bulunmuştur** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Coşar ve Demirci (2012)'de araştırmalarında; lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin, annenin doğum algısını etkileyen tüm alanlarda pozitif etkisinin olduğunu kanıtlamıştır (Coşar & Demirci, 2012). Akın ve Turfan (2016) çalışmasında; doğuma hazırlık eğitimi alan grubun almayanlara göre doğum memnuniyet ölçek puanını daha yüksek bulmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir (Akın & Turfan, 2016). Ancak Mete ve ark. (2017)'nin çalışmasında; doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların doğum

korkusu puan ortalamalarında istatistiksel bir fark bildirilmemiştir (Mete vd., 2017). Gönenç ve Çalbayram (2017) çalışmasında; kadınların %72.5'i gebe okulundan aldıkları eğitimin, doğum sürecine fayda sağladığını, %52.5'inin gebeliğinde doğum korkusu yaşadığını, korku yaşadığını ifade edenlerin tamamına yakınının gebe okulundan aldığı bilgilerle bu korkuları ile baş edebildiğini ifade etmiştir (Gönenç & Çalbayram, 2017). Doğum konusunda bilgi/eğitim alma; kadının doğumu üzerinde kontrolünü sağlaması, bilgisizlikten kaynaklı endişelerin azaltılması açısından önemlidir ve bu durum doğum ile ilgili algıyı değiştirebilir. Doğum hazırlık eğitiminin bilgi ve beceri yönünden kendini kanıtlamış, ebeler tarafından verilmesi ile ancak istenen sonuca ulaşılabilir.

Doğum öncesi bakımın nitelikli olmasında yalnız bakımın sayısı değil, aynı zamanda; bakımın içeriği ve sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve beceriye sahip olma durumu da etkilidir (Akın & Turfan, 2016). Araştırmamızda; doğum konusunda bilgi/eğitim alanlar arasında; **eğitimin yeterli olmadığını ve kısmen yeterli olduğunu düşünen grubun** travmatik doğum algısı ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5). Doğum öncesi bakımda en önemli konuların başında gelen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yeterli ve nitelikli şekilde verilmesi; Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu rehberlerde ve literatürlerde önemle vurgulanmış olmasına rağmen istenen düzeye ulaşamamıştır (Altıparmak & Coşkun, 2016). Çalışma bulgumuz literatürle uyumludur. Antenatal dönemde verilen bilginin yeterli ve nitelikli olmaması ve/veya doğum eylemi boyunca alınan bilgilerin uygulanmaması, doğuma hazırlık eğitiminin etkisiz olmasına yol açmış olabilir. Eğitimin etkinliğini artıran faktörlerin eksik olabileceği düşüncesindeyiz.

Olumsuz doğum algısına sahip kadınlar farklı durumlarla ilişkili korkulara sahip olabilmektedirler. Çalışmamızda travmatik doğum algısı ölçek maddelerine bakıldığında en yüksek puanı  $5.92\pm 3.310$  ile **“doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi sizi ne kadar kaygılandırır”** almıştır. En düşük puan ortalaması ise; **“Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz”**

sorusu olmuştur (3.50±3.226) (Tablo 4.6). Literatürde en sık karşılaşılan korku ağrı ile ilgili olsa da farklı konularda da korku yaşadıkları bilinmektedir. Bunlar; bebekleri ile ilgili endişeler, doğum sırasında kontrolünü kaybetme, vajinal muayene ve genital bölgenin hasara uğramasında sayılabilmektedir. Bu korkular ileri derecede olduğunda genital bölgenin hasara uğraması sonucu cinsel hayatının olumsuz etkileneceğinden korkan kadınlar, gebeliklerini ertelemekte veya gebelik meydana gelmişse sonlandırmayı tercih edebilmektedir (Aksoy, 2015). Albers ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada; çalışmaya alınan kadınların %85'inde genital travma yaşandığını, bunların 2/3'ünde birinci veya ikinci derece perineal laserasyonlar ve yarısında da dış vajinal yırtıkların oluştuğunu bildirmiştir (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf, & Peralta, 2005). Sayiner ve Demirci (2007)'de yaptıkları çalışmada; epizyo uygulama oranını %70.33 olduğu tespit edilmiştir (Sayiner & Demirci, 2007). Özellikle doğum eylemi boyunca kadınların hareket özgürlüğünün olması, ağrının, genital travmaların daha az oluşmasına, doğumun ikinci evresinin daha kısa yaşanmasına ve bu olumlu etkiler neticesinde anne memnuniyetinin artmasına yol açtığı çalışmalarla desteklenmektedir (Adams & Bianchi, 2008; Karaman & Yıldız, 2018). Hastanelerde epizyotominin yüksek oranda uygulanıyor olması, perine hasarının tamirinin kadında ciddi ağrılara neden olması, perine hasarına bağlı olarak; doğum sonu dönemde annelerin hareketlerinin kısıtlanması, ek komplikasyonlara yol açması ve ölçekte sadece onüç maddenin bulunmasına bağlı olarak, genital bölgenin hasara uğraması en çok endişe uyandıran madde olarak seçilmiş olabilir.

Doğum algısı, kadının kişilik özellikleri ile yaşadığı doğum deneyiminden ve toplumun kültürel değerlerinin doğumu algılayışından etkilenir (İsbir & İnci, 2014). Yapmış olduğumuz çalışmada kadınların yaşadıkları doğum deneyimlerindeki algıları ile travmatik doğum algı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışma bulgularımızda **kadınların yaşadıkları doğum deneyimine ilişkin algıları ile travmatik doğum algısı ölçek puanları arasındaki farkın** anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7). Yaşadıkları doğuma ilişkin algılarda **ebe desteği beklenenin altında olanlarda** travmatik doğum algı puanı grup içindeki en yüksek puan olmuştur ( $p<0.05$ ). İntrapartum süreçte ebe

desteği; fiziksel yönden rahatlatıcı uygulamaları, duygusal yönden kadının yanında olmayı, bilgi gereksiniminin giderilmesini, sağlık çalışanları ile iletişimini sağlamayı ve kadının savunulması süreçlerini içermektedir. İntrapartum süreçte sürekli desteklenen gebeler aktif şekilde doğuma katılımı sağlandığında sezaryen oranlarında düşme sağlanabilmektedir (Başkaya & Sayiner, 2018). Bohren ve ark. (2017)'nin yapmış oldukları meta-analiz sonuçlarında; sürekli destek verilen kadınların, olumsuz doğum deneyimi ve intrapartum anestezi kullanma oranlarının daha düşük olduğunu, daha kısa süreli doğum eylemi, daha az sezaryen ve müdehaleli doğum, daha düşük sayıda epidural anestezi ve daha az sayıda düşük apgar skorlu bebek sahibi olma ihtimalinin olduğunu bildirmiştir (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017). Kadınlarda oluşabilecek travma riskini azaltmak için bakım verenler, doğum esnasında gelişmiş duygusal destek sağlamalıdır. Sağlık profesyonellerinin etik, yasal ve profesyonellik içinde güvenli ve saygılı bir bakım sağlama zorunluluğu bulunmaktadır (Reed vd., 2017). Çalışma sonuçlarımız yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte kullandığımız ölçeğin de doğuma ilişkin psikometrik algıları ölçmek için kullanılabilir iyi bir ölçüm aracı olduğunu söylenebilir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada Cronbach alfa katsayısı; 0.895 iken, alışmamızda Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.900 olarak bulunmuştur. Doğum boyunca ebe desteği; kadının ihtiyaı olan sürekli bakım modelini uygulayarak, kadının, psikolojik, bilgi, eş desteği, karalara katılımı gibi tüm gereksinimlerin karşılanmasını sağladığından olumlu doğum deneyiminin oluşmasında önemli faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

Gebelik boyunca yüksek düzeyde doğum korkusu yaşamak, olumsuz doğum deneyiminde etkili faktör olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (Elvander vd., 2013; İsbir & İnci, 2014). Bunula birlikte yaşanılan olumsuz doğum deneyiminde doğum korkusunda etkili olabilmektedir (Aksoy, 2015). Yapmış olduğumuz çalışmada; **beklenenin altında korku ve kaygı yaşayan kadınlarda travmatik doğum algısı düşük** bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7). Literatürde de Elvander ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada doğum korkusu orta ve yüksek düzeyde olan kadınların düşük olanlara kıyasla, daha

fazla olumsuz doğum deneyimi, planlanmamış sezaryen ve enstürimental doğuma sahip olduğunu bildirmiştir (Elvander vd., 2013). Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumluluk göstermektedir. Çalışmamızda beklenenden fazla korku yaşayan kadınların oranı %30.90 bulunmuştur ve bu rakam travmatik doğum algısı yaşayan %33.8 ile uyumluluk göstermektedir ve bu durum TDAÖ'nün kadınların doğum korkusunu ölçmede kullanılabilecek iyi ölçüm araçlarından biri olduğunu gösterebilir.

Kadınların olumsuz doğum yaşamalarına yol açan en önemli faktörlerden biri de “doğum ağrısı”dır. Literatürde, doğum ağrısının kontrol altına alınmadığı durumlarda, doğumun olumsuz olarak algılanması ile komplikasyonlu doğumların gerçekleşmesine ve memnuniyetin azalmasına yol açabileceği bildirmiştir (Karaman & Yıldız, 2018). **Yapmış olduğumuz çalışmada; beklenenden fazla doğum ağrısı yaşayan grubun travmatik doğum algısı en yüksek düzeydedir** (Tablo 4.7). Dahlberg ve Aune (2013) yaptıkları çalışmada ağrı, tıbbi prosedürler ve doğum komplikasyonlarının, negatif doğum tecrübesi ile ilişkili faktörler olduğunu bildirmiştir (Dahlberg & Aune, 2013). Hollander ve ark. (2017) 2192 kadının katıldığı bir çalışmada; %47.4'ünün yüksek yoğunlukta ağrıya sahip olduğunu, bu durumun travmatik deneyime katkıda bulunduğunu ve primiparlarda bu oranın daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Hollander vd., 2017). Doğum ağrısının fizyolojik olarak gerçekleştiği ve mutlaka yaşanması gerektiği inancı yerine, kontrol altına alınması ön planda tutulmaktadır (Ertem & Sevil, 2005; Karaman & Yıldız, 2018). Çalışma bulgularımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda doğum sonrası ağrıda, doğum ağrısı ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır ve **doğum sonrası ağrı beklenenden fazla olan kadınlarda da TDAÖ puan ortalamaları yüksek** bulunmuştur (Tablo 4.7). Doğum sonu ağrı; sezaryen ile ilgili olduğu kadar epizyotomi ile ilgilide olabilir (Pınar vd., 2009). Bilgin ve ark. (2018) çalışmasında; kadınların doğum sonu yaşadıkları ağrı ile doğum memnuniyetinin negatif yönde, erken mobilizasyon ve bebeğini erken dönemde kucağına alma ile pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (Bilgin vd., 2018). Çalışma bulgularımız literatürle uyumludur. Vajinal doğum ya da sezaryen ameliyatı sonrası yaşanan ağrı; kadının mobilizasyonunu

etkilemesi, bebeğini emzirme ve bakım verme faaliyetlerini engellemesi açısından olumsuz duygular oluşturabilir ve doğumun daha travmatik olarak algılanmasına yol açabilir.

Çalışmamızda; diğer algıların aksine **beklenen düzeyde mahremiyet ihlali yaşayan kadınlarda, en yüksek travmatik doğum algısına sahip** olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.7). Doğum hizmetleri esnasında mahremiyetin korunması, kadınların doğumdan memnuniyetini etkileyen önemli rollerden biridir. Bakım esnasındaki uygulamalar kadınlarda utanma duygusuna yol açabilir ve doğumun olumsuz olarak algılanmasına neden olabilmektedir (Aslan & Okumuş, 2017). Özellikle doğum esnasında mahremiyet, kadının endojen oksitosini destekleyerek, doğum eyleminin fizyolojik sürecini ve ağrıyla başa çıkma yeteneğini en uygun hale getirmektedir (Elmir vd., 2010). Çalışma bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kadınlar tarafından mahremiyet ihlalinin beklenen düzeyde olması durumunda dahi, doğumun travmatik olarak değerlendirilmesine yol açabilmektedir.

Yapılan çalışmalar; doğum konusunda alınan eğitim ve antenatal sınıflara katılımının doğum memnuniyetini etkilediğini göstermektedir (Bilgin vd., 2018; Gönenç & Çalbayram, 2017). Çalışmamızda; **doğuma hazırlık eğitimi/bilgi alan ve kitaptan bilgi aldığını belirten kadınlarda travmatik doğum algısı daha düşük** bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.8). Coşar ve Demirci (2012)'nin çalışmasında doğuma hazırlık eğitimi alan grubun doğum hakkında kitap okuma oranının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir (Coşar & Demirci, 2012). Doğum konusunda bilgi almak, kadının doğru bilinen yanlışlarından vazgeçmesine, kendini hazır hissetmesine, doğumda kontrolü elinde tutmasına yardım ederek doğum korkusunun azalmasına yardım edebilir. Özellikle kitap okuyan kadının; doğumunda sözü geçen ve karar verici rolde olması, travmatik doğum yaşama riskini azaltacağından beklenen bir durumdur. Aynı zamanda kitap okuma oranının doğuma hazırlıktan fazla olması; kadınların doğuma hazırlık eğitimine katılmada yetersiz olması durumunda kitaplardan faydalandıklarını akla getirmektedir. Olumsuz doğum hikayelerinin nesiller arası geçiyor olması aile



büyüklerinden bilgi alan grubun doğumu daha travmatik algılamasına yol açmış olabilir. Nitekim, doğum korkusunun oluşmasında rol oynayan önemli hususlardan biride; başkalarından duyulan olumsuz doğum hikayeleri ya da aile büyüklerinin anlattığı travmatik doğum öykülerinin, kadınların bilinç altına işlemeden kaynaklandığı bilinmektedir (Aydın & Yıldız, 2018).

### **5.3. Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Etki Eden Verilerin Tartışılması**

Doğum sonu depresyon oranları pekçok çalışmada farklı rakamlar ile ifade edilmektedir. Çalışmamıza alınan kadınlar arasında doğum sonrası **depresyon riski taşıyan kadınların oranı %25.3, EDSÖ puan ortalaması; 8.80±6.094 olarak “risk yok” sınırında** bulunmuştur (Tablo 4.9). Gülnar ve ark. (2010) Edinburgh doğum sonrası depresyonu ölçeği ile yaptıkları çalışmada; postpartum depresyon oranını %35.4 olarak bulmuştur (Gülnar vd., 2010). Can (2010); EDSÖ ile yaptığı çalışmada doğum sonrası depresyon oranını %27.7 olarak bildirmiştir (Can, 2010). Ancak 2011 yılında Yıldırım ve ark. yaptıkları çalışmada aynı ölçek kullanılarak doğum sonrası depresyon riski %51.3 ile bildirilen oranlardan yüksek bulunmuştur (Yıldırım vd., 2011). Aynı yıl yapılan Durukan ve ark. çalışmasında aynı ölçek ile bu oran %15 bulunmuştur (Durukan vd., 2011). Yine Edinburgh doğum sonrası ölçek ile yapılan bir başka araştırmada kadınların %30.6'sının postpartum depresyon riski taşıdığı bildirilmiştir (Battaloğlu vd., 2012). Demir ve ark. (2016); EDSÖ ile riski %34.8 olarak bulmuşlardır (Demir vd., 2016). Postpartum depresyon oranları literatürde farklılık göstermektedir. Diğer kaynaklara göre bizim çalışma bulgumuz en düşük oranı belirtmektedir. Bu düşüklük; ölçüm yapılan zaman, kişisel ve kültürel faktörlerden kaynaklanabilir.

Özkan ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada EDSÖ 'den aldıkları puan ortalamaları ile demografik özellikleri arasında anlamlı farklılığın olmadığını, sadece gelir durumunun az olan grubun fazla ve denk olan gruba göre istatistiksel farklı olduğunu bildirmiştir (Özkan vd., 2014). Araştırma sonuçlarımızda; kadınların sosyo-demografik bilgilerinde EDSÖ yönünden **anlamlı bir farklılığının olmadığı** bulunmuştur (Herbiri için; p>0.05).

Kadınların gelir durumları arasında herhangi bir fark bulunmazken, gelir durumu az olan grubun depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Çeber (2010)'in yapmış olduğu çalışmada da, EDSÖ puan ortalamaları ile yaş, sosyal güvence durumu, çalışma durumu ve aile tipi arasında anlamlı bir fark olmadığı, geniş ailede yaşayanların çekirdek aileye göre 2.87 kat, gebeliği planlı olmayan kadınların, planlı olanlara göre 5 kat daha fazla depresyon riskine sahip olduğu bulunmuştur (Çeber, Bilge, Mermer, & Yücel, 2010). Efe ve ark. (2009) çalışmasında; yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile tipi, meslek ve çalışma durumunun doğum sonrası depresyon riskini etkilemediğini bildirmiştir (Efe, Taşkın, & Eroğlu, 2009). Yapmış olduğumuz çalışma sonuçlarına göre doğum sonrası depresyon riski üzerinde sosyodemografik özelliklerin etkili olmadığı, ancak gelir durumu düşük olan kadınların depresyon yönünden riskli olabileceği düşünülebilir.

Kadınların obstetrik verilerinin EDSÖ puanlarının dağılımlarında; doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, toplam düşük/ölü doğum varlığı, doğum şekli, gebelik takiplerinin yapılma durumu, doğumu yaptıran kişi ve doğumun yapıldığı yer ile fark bulunmazken (Herbiri için;  $p>0.05$ ), **gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelik izlemlerini yapan kişi, doğum konusunda bilgi/eğitim alma ve alınan eğitimin yeterli olma durumu arasında istatistiksel fark bulunmuştur** (Herbiri için;  $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). En yüksek ölçek puan ortalaması; alınan bilginin yeterli olmadığı grupta, en düşük ölçek puan ortalaması ise; evde doğum yapan grupta tespit edilmiştir. Türkiye'de postnatal depresyonu etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada; doğum sayısı, planlı gebelik, gebelikte sağlık sorununun olması, doğum şeklinin postnatal depresyon riskini artırmadığını bildirmiştir (Efe vd., 2009). Can (2010) çalışmasında; doğum sonu depresyonun, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli, gebelikte sağlık sorunu yaşama ile ilişkili olmadığını, ancak doğum sayısı ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Can, 2010). Özkan ve ark. (2014); ilk gebeliği olan annelerin üzeri olanlara göre Edinburgh doğum sonrası depresyon puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bildirilmiştir (Özkan vd., 2014). Handelzalts ve ark. (2017) çalışmasında; olumsuz doğum deneyiminin, doğum sonrası depresyon, gelecekteki bir doğuma

karşı korku ve buna bağlı sezaryen isteği ile ilgili olduğunu, doğum eyleminin ilerlememesi, acil sezaryen durumlarında kişisel refah konusunda özel dikkat gösterilmesi gerektiğini bildirilmektedir (Handelzalts vd., 2017). Primipar annelerin doğum sonu depresyon ölçek puanı yüksek bulunmasına rağmen aradaki fark anlamlı değildir. Primipar annelerin doğum sonu yaşadıkları stresin artmasına bağlı doğum sonrası depresyon puanları artmış olabilir. Aynı şekilde sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınlar arasında doğum sonu depresyon riski istatistiksel farklı değilken, sezaryen grubunun EDSÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu durum sezaryen olan annelerin doğum sonrası yaşadığı problemlerinin daha fazla olmasından ve sezaryen grubunun travmatik doğum algısı puanlarının yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Postpartum depresyon riskini artıran psikososyal faktörler; sosyal destek azlığı, ekonomik sıkıntılar, stresli olaylar ve istenmeyen gebelikleri sayabilmekteyiz (Çeber vd., 2010). Araştırmamızda **gebeliği planlı olan kadınlarda postpartum depresyon düzeyi daha düşük** bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Gebeliğin planlı olmaması, doğum sonrası anne bebek iletişimini bozmakta ve bebeği ile iyi ilişki kuramayan annelerde depresyon riski artmaktadır. Özkan ve ark. (2014) çalışmasında da, gebeliği planlı olmayan annelerin depresyon riski yüksek bulunmuştur (Özkan vd., 2014). Planlı ve planlı olmayan gebeliklerde maternal depresyonu araştıran bir çalışmada; planlı olmadan gebe kalan kadınlar, her iki değerlendirme sırasında da (hamilelik ve doğum sırasında) planlı hamileliği olan kadınlara kıyasla 2,5 kat daha fazla depresyon riskine sahip olduğu bildirilmiştir (Faisal-Cury, Menezes, Quayle, & Matijasevich, 2017). Çalışma bulgularımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Özellikle gebelikte ruhsal sıkıntı yaşamış olmak postpartum dönemde depresyon riskini yaklaşık 2.6 kat; premenstrüel döneme ilişkin duygu durumunda değişiklik yaşamak 1.9 kez artırdığı saptanmıştır (Durukan vd., 2011). **Çalışma bulgularımızda; gebelik süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınlarda depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Çalışmamızla uyumlu olarak; Durukan ve ark. (2011) çalışmada da, gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşama

durumunun postpartum depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir (Durukan vd., 2011). Battaloğlu ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada ise; gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu ile EDSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Battaloğlu vd., 2012). Ayvaz ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada da; hiperemezis şikayetleri olan kişilerde yüksek oranda doğum sonrası depresyon görüldüğünü bildirmiştir (Ayvaz, Hocaoğlu, Tiryaki, & Ak, 2006). Çalışma sonuçlarımız literatür ile uygun bulunmuştur.

Çalışmamızda; **gebelik izlemlerini doktor ve ebenin yaptığı kadınlarda depresyon düzeyi daha düşük** bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Durduran ve ark. (2012) Konya ilinde gebe izlemlerini inceledikleri çalışmada; gebe izlem için hastaneye başvuruların birinci basamağa başvurulardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Durduran, 2012). Çalışma bulgularımız; kadınların gebelikle ilgili bir sorun yaşamamasına rağmen takiplerini yüksek oranda doktora yaptırdığını göstermektedir. Ancak gebelik takiplerini yalnız doktora yaptıran kadınların doğum sonrası depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yalnız Aile Sağlığı Elemanına takip yaptıran kadınların doğum sonrası depresyon ölçek puanının da doktor grubunun puanına yakın olması antenatal izlemin nitelik ve niceliğinin yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Nitekim hem doktor hemde ebeden bakım alan kadınlar istatistiksel farkı ortaya koyan grup olmuştur ve bu durum izlemin daha kaliteli olduğu fikrini akıla getirmektedir.

Literatürde; doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin sezaryen oranlarının düşük olduğu, doğumda daha aktif oldukları, doğum memnuniyetlerinin, öz güvenlerinin arttığı ve lohusalık depresyonunun daha az görüldüğü bildirilmiştir (Altıparmak & Coşkun, 2016). Çalışmamız bulgularında; **doğum konusunda bilgi/eğitim alan kadınlarda postpartum depresyon düzeyi daha düşük** bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Fenwick ve ark. (2015), ebelerin yapmış oldukları psikolojik eğitimin doğum korkusu ve postpartum depresyona etkilerini inceledikleri çalışmada; kontrol ve müdehale grupları arasında EDSÖ puanları açısından bir fark bulamamıştır (Fenwick vd., 2015). Ancak Türkiye’de yapılan bir çalışmada; 28. ve 32. haftalar arasında Doğuma Hazırlık Eğitimi verilen grup ve kontrol grubunun depresyon puanlarının

karşılaştırılmasında müdehale grubunun düşük olduğu ve istatistiksel farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Doğuma hazırlık eğitiminin depresyon üzerine etkileri görülmektedir. Çalışma bulgularımızda; eğitim almış ancak **yeterli olmadığını ya da kısmen yeterli olduğunu düşünen kadınlarda eğitimin yeterli olduğunu düşünenlere göre postpartum depresyon düzeyi daha yüksektir** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11). Doğum konusunda bilgi alma durumunun doğumun travmatik algılanması üzerinde de etkili olduğunu düşünüldüğünde, doğum sonrası depresyona etkileri bu nedenle de olabilir.

Doğum memnuniyetinin düşük olması, postpartum dönemde depresyon ve depresyona yol açabilecek emzirme problemleri, anne-bebek bağlanmasında sorunlar, bebeği ihmal gibi durumlara yol açabilmektedir (Aktaş, 2014). Çalışmamızda; EDSÖ puan ortalamaları açısından doğuma ilişkin algıların istatistiksel analizinde yapılmıştır (Tablo 4.12). Kadınların yaşamış oldukları doğum deneyimi algılarından; **ebe desteği, korku, kaygı, ağrı, doğum sonu ağrı beklentileri doğum sonrası depresyon riskini etkilemektedir** (Herbiri için;  $p<0.05$ ) (Tablo 4.12). En yüksek EDSÖ puan ortalaması; beklenenden fazla ebe desteği alan, en düşük EDSÖ puan ortalamasına sahip grup beklenenin altında kaygıya sahip kadınlarda görülmüştür. Yalnız mahremiyet ihlali grubunda istatistiksel bir fark bulunmazken EDSÖ puan ortalaması beklenenden fazla olan grupta yine yüksek seviyededir. Yapılan çalışmada; doğum eylemi süresinde çekilen ağrının şiddeti ile doğum sonrası depresyon arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Meštrović vd., 2015). Eisenach ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada; doğum sonrası ağrının depresyon ile ilişkili olduğunu, şiddetli doğum sonrası ağrı çeken kadınlarda doğum sonrası depresyon riski 3 kat arttığını bildirmiştir (Eisenach vd., 2008). Gebelikten itibaren başlayan doğum korkusu da hem olumsuz doğum deneyimi ile hem de depresyon ile ilişkilidir (Rudman & Om, 2013; Uçar & Gölbası, 2015). Çalışma bulgularımız literatürle uyumluluk göstermektedir. Bu durum doğuma ilişkin algıların doğum sonrası depresyon riskini artırdığını göstermektedir.

## 5.4. Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonrası Depresyon İle İlişkisi

Travmatik bir doğum deneyimi, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dahil olmak üzere doğum sonrası zihinsel sağlık sorunları ile ilişkilidir (Reed vd., 2017). Boorman ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada; EDSÖ puanları ile travmatik doğum kriterlerinin ilişkili olduğunu bildirmiştir (Boorman vd., 2014). Garthus-Niegel ve ark. (2014) çalışmasında; hem doğum ağrısını hemde genel doğum algısının doğum sonrası TSSB'nin gelişmesinde etkili olduğunu bildirmiştir (Garthus-Niegel, von Soest, vd., 2014). Postpartum TSSB, doğuma karşı gelişen bir reaksiyondur ve doğum ve postpartum depresyon, TSSB'nin gelişiminde en önemli faktörlerdir (Çapık & Durmaz, 2018). Kadınların algıları üzerindeki önceki olayların ve inançların etkisi, gebeliğe duygusal cevabı, doğuma ilişkin beklentileri, doğum sırasında doğumun algılanışını etkileyecek olayların yaşanması, travmatik doğum sırasında kadının kırılğanlığına duyarsız davranılması gibi durumlar doğum sonrası depresyonun teşhis ve tanımlanmasında kullanılır (James, 2015). Bell ve Andersson'un (2016) kadınların doğum deneyimleri ve postpartum depresyon ile ilgili yapmış oldukları sistematik derlemede; doğum sonrası bakış açısının postpartum depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bell & Andersson, 2016). **Literatürle uyumlu şekilde çalışma sonuçlarımız; kadınlarda travmatik doğum algısı arttıkça doğum sonrası depresyon riskinde arttığını göstermektedir** ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.13). Araştırmamızda; doğum sonrası depresyon riski olan kadınlarda travmatik doğum algısı “yüksek” ve “çok yüksek” olanların oranı toplamda %53.2, riski olmayan grupta ise bu oran %27.2'dir (Tablo 4.14). Buna ek olarak; kadınların sahip olduğu travmatik doğum algısı düzeyi postpartum depresyon yaşama ihtimalini artırmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15). TDAÖ'ye göre; “düşük” ve “orta” düzey travmatik doğum algısına sahip kadınlarda postpartum depresyon yaşama ihtimali bulunmazken (Herbiri için;  $p>0.05$ ), “yüksek” düzey travmatik doğum algısı yaşayanlar için postpartum depresyon ihtimali; 4 kat ( $p<0.05$ ), “çok yüksek” travmatik doğum algısı yaşayanlarda postpartum depresyon ihtimali 5 kat ( $p<0.05$ ) daha yüksetir (Tablo 4.15). Doğumu travmatik olarak algılamanın kadında oluşturduğu

psikolojik değişiklikler, postpartum dönem de oluşan psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik değişiklerle birleşerek, depresyon riskini artırabilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde; Konya il merkezinde ikamet eden, postpartum ilk bir ayını doldurmuş kadınlarda, travmatik doğum algısı ve postpartum depresyon düzeyleri ve ilişkisinin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak gerçekleştiren ve 550 katılımcıdan oluşan çalışmamızdan elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür bilgileri ile geliştirilen anket formu kullanıldı. Olumsuz doğum deneyimi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) ile, doğum sonu depresyon Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon (EDSDÖ) ile değerlendirildi. Yapılan değerlendirmeler sonucunda aşağıdaki **sonuçlara** ulaşılmıştır.

- Çalışmamızda, travmatik doğum algısı sıklığı %33.8 ve 63.45 puan ortalaması ile “orta” düzeyde bulunmuştur.

- Çalışmamızda, geliri giderinden az olan kadınların travmatik doğum algısı daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

- Obstetrik özelliklerden doğum sayısı, gebelikte sağlık sorunu yaşama ve doğumu yaptıran kişi gruplarında travmatik doğum algısı açısından farklılık bulunmazken ( $p>0.05$ ), doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu ve gebelik izlemlerini yapan kişi gruplarında travmatik doğum algısı değişmektedir ( $p<0.05$ ).

- Çalışmamızda, evde doğum yapanlarda travmatik doğum algısı düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

- Doğum konusunda bilgi/egitim alan kadınların travmatik doğum algısı daha düşüktür ( $p<0.05$ ).

- Doğum konusunda bilgi/egitim alan ancak aldığı bu eğitimin yeterli olmadığını veya kısmen yeterli olduğunu düşünen kadınlarda travmatik doğum algısı yüksektir ( $p<0.05$ ).

- Kadınların travmatik doğum algısına verdikleri cevapların dağılımında en yüksek puanı genital bölgenin hasara uğrama düşüncesi almıştır.



• Kadınların yaşadıkları doğum deneyiminde ebe desteği beklenenin altında olan grupta travmatik doğum algısı ölçek puan ortalamaları en yüksektir ( $p<0.05$ ).

• Doğumlarında beklenenden fazla korku ve kaygı yaşayan kadınların travmatik doğum algısı beklenen düzeyde veya beklenenden az olanlara göre yüksektir ( $p<0.05$ ).

• Yaşadıkları doğum deneyiminde yaşadıkları ağrı ve doğum sonu ağrı beklenenden az olan gruplarda travmatik doğum algısı ölçek puan ortalamaları en düşüktür ( $p<0.05$ ).

• Mahremiyet ihlalini beklenen düzeyde olarak değerlendiren kadınların travmatik doğum algısı puan en yüksek düzeyde bulunmuştur( $p<0.05$ ).

• Doğuma konusunda kitaptan bilgi alan ve doğuma hazırlık konusunda eğitim/bilgi alan kadınların travmatik doğum algısı düşüktür ( $p<0.05$ ).

• Çalışmaya alınan kadınlar arasında, postpartum depresyon sıklığı %25.3 oranında ve 8.8 ölçek puan ortalaması ile “risk yok” düzeyinde bulunmuştur.

• Sosyo-demografik veriler doğum sonrası depresyon riski üzerinde etkili değildir ( $p>0.05$ ). Gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte sağlık sorunu yaşayama, gebelik izlemlerini doktor ve ebeye yaptırma, doğum konusunda bilgi/eğitim alma ve doğum konusunda aldıkları eğitim yeterli olma durumu gruplarında doğum sonrası depresyon açısından risk düzeyleri değişmektedir ( $p<0.05$ ).

• Kadınların yaşadıkları doğum eyleminde ebe desteği, korku ve doğum sonu ağrı, kaygı ve ağrı algıları ile doğum sonu depresyon riski etkilenmektedir ( $p<0.05$ ).

• Çalışmamızda; kadınlarda travmatik doğum algısı arttıkça doğum sonrası depresyon düzeyide artmaktadır ( $p<0.05$ ).

• Postpartum depresyon yaşama ihtimalinde kadının sahip olduğu travmatik doğum algısı düzeyi etkili olmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15).

Travmatik doğum algısı ve doğum sonrası depresyona ilişkin **önerilerimiz** aşağıda belirtilmiştir.

- Travmatik doğum algısını azaltmak için ebe desteği sağlanmalıdır.
- Ebeler, düşük gelirli ailelerin sosyal olarak desteklenmesini sağlamalıdır.
- Ebeler tarafından doğum algısı olumsuz kadınların belirlenerek, gebe kalmaları durumunda riskli grup olarak değerlendirilmesi ve daha fazla destek ve bakım verilmesi sağlanmalıdır.
- İstenmeyen gebelikleri önlemek için ebeler tarafından; prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gerekli eğitimlerin verilmesi, üreme çağındaki kadınların aile planlaması konularında daha fazla desteklenmesi ve gebe kalınması durumunda; antenatal izlemler sırasında gebelikle ilgili düşüncelerin tespit edilmesi, sorunların erken dönemde saptanması ve önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- Antenatal dönemde ebeler bakım ve izlemleri yeterince verilmelidir.
- Travmatik doğum algısının oluşmasını önlemek, doğum korkusunu azaltmak için antenatal dönemde ebeler tarafından doğuma hazırlık eğitimleri verilmelidir.
- Gebelerin antenatal dönemde doğuma hazırlık eğitimlerine katılmalarının önündeki engellerin kaldırılarak, her gebeye ulaşılmalıdır.
- Mahremiyet konusunda, kadın doğum hekimleri ve ebeler tarafından daha fazla özen gösterilmelidir.
- Evde veya özel hastanelerdeki doğumlarda olduğu gibi devlete bağlı kurumlarda da fizyolojisine saygı duyulan doğumların yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.
- TDAÖ ile farklı dönemlerde olan farklı kadın gruplarında da çalışmalar yapılmalıdır.

• Kadınların travmatik doğum algı düzeyleri belirlenerek postpartum depresyon yaşama ihtimalleri göz önünde bulundurulmalı ve bununla ilgili gerekli girişimler ebeler tarafından planlanmalıdır.

• Ebeler tarafından, travmatik doğum süreci yaşayan kadınlara doğum sonu dönemde destek verilerek, postpartum depresyon gibi olumsuzlukların önüne geçilmesi sağlanmalıdır.

Araştırma **sorularımız ve cevapları** aşağıda verilmiştir:

1. Çalışmaya katılan kadınlar arasında travmatik doğum algısı sıklığı nedir?

• Çalışmaya katılan kadınlar arasında travmatik doğum algısı sıklığı %33.8 olarak bulunmuştur.

2. Sosyo-demografik veriler arasında travmatik doğum algısı ölçek puanları açısından fark var mıdır?

• Sosyo-demografik veriler arasında yalnız gelir grubunda travmatik doğum algısı farklı bulunmuş, yaş, medeni durum, çalışma durumu, evlenme yaşı, sosyal güvence gibi durumların algıyı etkilemediği bulunmuştur.

3. Kadınlar sezaryen doğumunu, normal doğumunu travmatik olarak algılıyor?

• Kadınlar sezaryen doğumu vajinal doğuma göre daha travmatik algıladığı bulunmuştur.

4. Gebelik süresince sağlık problemi yaşama durumu doğumun travmatik algılanmasına yol açar mı?

• Gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama travmatik doğum algısını etkilememektedir.

5. Doğumun yapıldığı yer doğumun travmatik olarak algılanmasına yol açar mı?

• Doğumun yapıldığı yerler arasında travmatik doğum algısı değişmektedir.

6. Doğumu yaptıran kişi travmatik doğum algısını etkiler mi?

- Doğumu yaptıran kişiye göre travmatik doğum algısı değişmemektedir.
7. Doğuma ilişkin algılar travmatik doğum algısını etkiler mi?
- Kadınların yaşamış oldukları doğum deneyiminde yaşadıkları ebe desteği, korku, kaygı, doğum öncesi ve doğum sonrası ağrı, mahremiyet ihlali gibi durumlar travmatik doğum algısını etkilemektedir.
8. Doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi konusunda bilgi/eğitim alma durumu travmatik doğum algısını etkiler mi?
- Kadınların doğuma hazırlık ve doğum şekli konusunda bilgi/eğitim almaları travmatik doğum algısını azaltmaktadır.
9. Kadınların bilgi aldığı gruplar arasında travmatik doğum algısı açısından fark var mıdır?
- Doğuma hazırlık sınıfları ve kitaptan bilgi alan kadınlarda travmatik doğum algısı düşük bulunurken, aile üyelerinden bilgi alan kadınlar arasında travmatik doğum algısı en yüksektir.
10. Kadınların doğum sürecinde en çok endişe duydukları durum nedir?
- Kadınlar doğum eylemi sürecinde en çok genital bölgenin hasara uğraması konusunda endişe duymaktadır.
11. Kadınlarda postpartum depresyonu görülme sıklığı nedir?
- Kadınlarda postpartum depresyon sıklığı %25.3 olarak bulunmuştur.
12. Sosyo-demografik ve obstetrik verilerde postpartum depresyon açısından fark var mıdır?
- Sosyo-demografik veriler doğum sonrası depresyonu etkilememektedir. Obstetrik veriler içinden; gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelik izlemlerini doktor ve ebeğe yaptırma, doğum konusunda bilgi/eğitim alma ve doğum konusunda aldıkları eğitimin yeterli olma durumu gruplarında postpartum depresyonu etkilemektedir.
13. Travmatik doğum algısı ile doğum sonrası depresyon arasında bir ilişki var mıdır?

- Kadınlarda travmatik doğum algısı arttıkça doğum sonrası depresyon düzeyide artmaktadır.

14. Postpartum depresyon yaşama ihtimali travmatik doğum algısına sahip olanlar için nasıl değişir?

- Postpartum depresyon yaşama ihtimalinde kadının sahip olduğu travmatik doğum algısı düzeyi etkili olmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15). TDAÖ'ye göre; “düşük” ve “orta” düzey travmatik doğum algısına sahip kadınlarda postpartum depresyon yaşama ihtimali bulunmazken (Herbiri için;  $p>0.05$ ), “yüksek” düzey travmatik doğum algısı yaşayanlar için postpartum depresyon ihtimali; 4 kat ( $p<0.05$ ), “çok yüksek” travmatik doğum algısı yaşayanlarda postpartum depresyon ihtimali 5 kat ( $p<0.05$ ) daha yüksetir (Tablo 4.15).

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x>
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013). Retrieved from <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/53582,aile-hekimligi-uygulama-yonetmeli-2015pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 31.03.2019
- Akın, B., & Turfan, E. Ç. (2016). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan ve Almayan Gebelerin Doğumdan Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal and Child Health*, (8), 1–1. <https://doi.org/10.17367/jacsd.2016823639>
- Aksoy, A. N. (2015). Doğum Korkusu Literatür. *ODÜ Tıp Dergisi / ODU Journal of Medicine*, 2, 161–165.
- Aksoy, N. A., Özkan, H., & Gündoğdu, G. (2015). Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 42(2), 179–183.
- Aksoy, Y. E., Ünal, F., İnçke, G., Çil, G., Oruç, K., Yılmaz, T., ... Yılmaz, S. D. (2016). Postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 90–96.
- Aktas, S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science | International Medical Journal*, (February), 1. <https://doi.org/10.5455/medscience.2017.06.8728>
- Aktaş, S. (2014). *Ebelere Verilen Empati Eğitiminin Doğumda Anne Memnuniyetine Etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Albers, L. L. (2007). The Evidence for Physiologic Management of the Active Phase of the First Stage of Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 207–215. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.009>
- Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 365–372. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.012>
- Altıparmak, S., & Coşkun, A. M. (2016). Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi ile Memnuniyet Durumuna Etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610. <https://doi.org/10.14687/jhs.v13i2.3744>
- Anderson, B. A., & Stone, S. E. (2013). *Best practices in midwifery: Using the evidence to implement change*. New York: Springer Publishing Company.
- Arslan, H., Karahan, N., & Çam, Ç. (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 54–59.

- Aşçıbaşı, K., Çökmüş, F. P., & Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry, 18*, 38–44. <https://doi.org/10.5455/apd.237985>
- Aslan, Ş., & Okumuş, F. (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4*(1), 32–40. <https://doi.org/10.17681/hsp.287497>
- Aydın, N., & Yıldız, H. (2018). Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences, 15*(1), 604. <https://doi.org/10.14687/jhs.v15i1.5175>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, screening & treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology, 47*(3), 552–567.
- Ayers, S. (2014). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery, 30*(2), 145–148. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001>
- Ayers, S. (2017). Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 35*(5), 427–430. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1386874>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry, 9*(September), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., & Ak, İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17*(4), 243–251. <https://doi.org/10.1054/bjoc.1999.1090>
- Bal, M. D., & Yılmaz, S. D. (Eds.). (2017). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara: Akademisyen kitapevi.
- Balkaya, N. A. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6*(2).
- Barut, S., & Uçar, T. (2018). Gebelerde Doğum Öz Yeterlilik Algısının Doğum Korkusu İle İlişkisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg, 11*(2), 107–115.
- Başgöl, Ş., & Beji, N. K. (2015). Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5*(3), 66–71.
- Başkaya, Y., & Sayiner, F. D. (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5*(1), 113–119. <https://doi.org/10.17681/hsp.335472>
- Battaloğlu, B., Aydemir, N., & Hatipoğlu, S. (2012). Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. *Medical Journal of Bakirkoy, 8*(1), 12–21. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201208103>
- Beck, C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Global Qualitative Nursing Research, 1*–13.

<https://doi.org/10.1177/2333393615575313>

- Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Herbert, W. N. P., Laube, D. W., & Smith, R. P. (2015). *Obstetrik ve Jinekoloji* (7. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, *39*, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bilgin, N. Ç., Ak, B., Potur, D. C., & Ayhan, F. (2018). Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(3), 342–353. <https://doi.org/10.17681/hsp.422360>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, *30*, 255–261. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001>
- Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., & Kayacık, F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, *25*(3), 126–130.
- Bulut, A. (2018). Knowledge and attitudes of women regarding the situations affecting their own health in the postpartum process. *Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal of Medicine*, *2*(2), 90–99. <https://doi.org/10.5606/fng.btd.2016.018>
- Can, R. (2010). Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınlarda Postpartum Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Çapık, A., & Durmaz, H. (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*(6), 455–463. <https://doi.org/10.1111/wvn.12326>
- Çeber, E., Bilge, A., Mermer, G., & Yücel, U. (2010). İzmirin Bornova İlçesinde Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon Riski. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, *20*(1), 1–9.
- Chapman, V., & Charles, C. (Eds.). (2018). *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı* (3rd ed.). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Coşar, F., & Demirci, N. (2012). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(1), 13.



- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience-The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Demir, S., Şentürk, M. B., Çakmak, Y., & Altay, M. (2016). Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*, 54, 83–89. <https://doi.org/10.4274/haseki.2856>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Screening for birth-related PTSD : psychometric properties of the Turkish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale in postpartum women in Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1306414>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Durduran, Y. (2012). Monitoring of pregnant and infants in Konya district before and after transformation in health-care system. *Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 227–233. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.02.0132>
- Durmazoğlu, G., Serttaş, M., Kuru Oktay, A., Tatarlar, A., Göçmen, F., Bezirgan, S., & Toksoy, S. (2016). Postpartum Depresyonun Hemşire ve Ebeler Tarafından Öngörülmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 33–37.
- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4), 385–393. <https://doi.org/10.5174/tutfd.2010.04117.3>
- Efe, Ş. Y., Taşkın, L., & Eroğlu, K. (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 10, 14–20.
- Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear. Findings from the First Baby Study. *NIH Public Access*, 40(4). <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.005.Re-Thinking>
- Engindeniz, A., Küey, L., & Kültür, S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. In *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları* (pp. 51–52).
- Erdem, Ö. (2009). *Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu*

*durumlarının incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.*

- Ergöl, Ş., & Kürtüncü, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26–34.
- Ertem, G., & Sevil, Ü. (2005). Doğum Ağrısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 117–123.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Quayle, J., & Matijasevich, A. (2017). Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychology, Health and Medicine*, 22(1), 65–74. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153678>
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., ... Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>
- Frongillo, E. A., Billings, D. L., Rivera, L., de Castro, F., & Place, J. M. S. (2014). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 463–471. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0472-1>
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth*, 41(1). <https://doi.org/10.1111/birt.12093>
- Garthus-Niegel, S., Soest, T. Von, Vollrath, M., & Eberhard-Gran, M. (2012). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms : a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-191>
- Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., & Başhan, İ. (2007). Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 17(2), 126–133.
- Gölge, Z. B. (2005). Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42(1-2-3-4), 19–28.

- Gönenç, İ. M., & Çalbayram, N. Ç. (2017). Gebelerin , gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1609–1620. <https://doi.org/10.14687/jhs.v14i2.4424>
- Gözükara, F., & Eroğlu, K. (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–46.
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254–267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>
- Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., & Kazandı, M. (2014). Gebelerin Algıladıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(1), 36\*41.
- Gülнар, D., Sunay, D., & Çaylana, A. (2010). Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Turkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 20(3), 141–148.
- Günel, S., & Yüce, K. (2014). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (3rd ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Güngör, İ. (2009). *Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Handelzalts, J. E., Peyser, A., Krissi, H., Levy, S., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2017). Indications for Emergency Intervention, Mode of Delivery, and the Childbirth Experience. *Plos One*, 12(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169132>
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum “hotspots.” *Psychology and Health*, 27(10), 1166–1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Herguner, S., Cicek, E., Annagur, A., Herguner, A., & Ors, R. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *Dusunen Adam*, 27(1), 15–20. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2014270102>
- Hildingsson, I., Tingvall, M., & Rubertsson, C. (2008). Partner support in the childbearing period—A follow up study. *Women and Birth*, 21(4), 141–148.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.935.505>
- Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub2>
- Hollander, M. H., Hastenberg, E., Dillen, J., Pampus, M. G., Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women’s perceptions and views. *Archives of Women’s Mental Health*, 20(4). <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>

- İsbir, G. G., & İnci, F. (2014). Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *KASHED*, 1(1), 29–40.
- James, S. (2015). Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 761–771. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0560-x>
- Karabel, M. P., Demirbaş, M., & İnci, M. B. (2017). Türkiye 'de ve Dünya'da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158–163. <https://doi.org/10.31832/smj.368600>
- Karabulut, İ. (2013). *Doğum Sonu Birinci ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Karaçam, Z., & Kitiş, Y. (2008). Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187–196.
- Karaman, Ö. E., & Yıldız, H. (2018). Freedom of Movement During Labor: How? What Does it Provide? What is the Role of Obstetrics and Gynecology Nurses? *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 78–87. <https://doi.org/10.5336/nurses.2017-57080>
- Koçak, D. Y., & Duman, N. B. (2016). Postpartum Depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi Sempozyum*, 9, 21–26.
- Kömürcü, N. (2014). *Doğum ağrısı ve yönetimi*. (2. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., & Kabukcuoglu, K. (2017). Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7(4), 152–158. <https://doi.org/10.5152/clinexphealthsci.2017.359>
- Körükçü, Ö. H. (2009). *Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Koyucu, R. G., & Demirci, N. (2016). Doğumun İkinci Evresinde Kullanılan İkinma Tipleri: Literatür Gözden Geçirme Çalışması. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2(1), 33–39. <https://doi.org/10.52222/jaren.2016.033>
- MacDonald, S., & Magill-Cuerden, J. (Eds.). (2015). *Mayes' Midwifery* (14th ed.). Edinburgh: Bailliere Tindall Elsevier.
- Marakoğlu, K., Özdemir, S., & Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(1), 206–214. <https://doi.org/10.1016/j.jpdc.2007.08.001>
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (Eds.). (2014). *Myles' Textbook for Midwives* (16th ed.). New York: Saunders/Elsevier.
- Martin, C. H., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124–135.

<https://doi.org/10.1108/09526861111105086>

- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth, 34*(1), 65–79. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00147.x>
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1*(2), 71–76.
- Meštrović, A. H., Bilić, M., Lončar, L. B., Mičković, V., & Lončar, Z. (2015). Psychological Factors in Experience of Pain during Childbirth. *Cool. Antropol, 39*(3), 557–565.
- Mete, S. (2013). Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6*(2), 93–98. Retrieved from <https://dspace.deu.edu.tr/xmlui/handle/12345/4640>
- Mete, S., Çiçek, Ö., Tokat, M. A., Çamlıbel, M., & Uludağ, E. (2017). The Effect of Childbirth Preparation Classes on Fear of Childbirth, Birth Preference and Preparation of Labor. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 9*(3), 201–206. <https://doi.org/10.5336/nurses.2016-53977>
- Mete, S., Çiçek, Ö., & Uludağ, E. (2016). Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9*(3), 101–104.
- Mete, S., & Uludağ, E. (2017). Doğumda Destekleyici Bakımda Hypnobirthing Felsefesinin Kullanılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10*(1), 52–59.
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: The role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*(2), 172–182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. <https://doi.org/10.1109/ICPHM.2017.7998331>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). *Induction of Labour: Misoprostol Vaginal Delivery System* (Vol. 38). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/advice/esnm38/chapter/Key-points-from-the-evidence>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014c). *Intrapartum Care for Healthy Women and Babies*. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00024>
- North, C., Suris, A., Smith, R. P., & King, R. V. (2016). The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. *ANNALS OF CLINICAL PSYCHIATRY ANNALS, 28*(3), 197–208.

- Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2006). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*, 22(1), 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.003>
- Özkan, H., Üst, Z. D., Gündoğdu, G., Çapık, A., & Şahin, S. A. (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *SiSli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital*, (2), 125–132. <https://doi.org/10.5350/SEMB.20140206061410>
- Özkars, N. B. (2017). *Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Trauma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul. Retrieved from <http://acikerisim.fsm.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11352/2463/Özkar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pak, M. D., Özcan, E., & Çoban, A. İ. (2017). Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik Dayanıklılığı. *Ulaslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52).
- Peeler, S., Stedmon, J., Chung, M. C., & Skirton, H. (2018). Women's experiences of living with postnatal PTSD. *Midwifery*, 56(April 2017), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.019>
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184–190.
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. D. (Eds.). (2014). *Oxorn-Foote Eylem & Doğum* (6. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Rudman, A. N. N., & Om, U. W. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers , subsequent childbirth experience and impact of antenatal education : subanalysis of results from a randomized controlled trial, 92, 967–973. <https://doi.org/10.1111/aogs.12147>
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*. (2014). Retrieved from <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/8593,saglik-meslek-mensuplari-ile-saglik-hizmetlerinde-calisan-diger-meslek-mensuplarinin-is-ve-gorev-tanimlarina-dair-yonetmelikdocx>. Erişim Tarihi: 03.03.2019
- Şahin, N., Dinç, H., & Dişsiz, M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57–62. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00016>
- Sayner, F., & Demirci, N. (2007). Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 146–154. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/fnijn/issue/9020/112483>
- Scollato, A., & Lampasona, R. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth

- prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1–18.  
<https://doi.org/10.6092/2282-1619/2013.1.893>
- Sercekus, P. (2011). Intervention for Fear of Childbirth: HypnoBirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239.  
<https://doi.org/10.5455/pmb.20101123011947>
- Sercekus, P., & Isbir, G. (2012). Investigation of Active Birth Method with Evidence Based Practice. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), 97.  
<https://doi.org/10.5455/pmb.20111104012052>
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5), 672–680.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>
- Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.  
<https://doi.org/10.1111/aogs.12072>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.
- Türk Dil Kurumu. (n.d.). *Tavma*. Retrieved from [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ca1122b64fbc2.24107794](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ca1122b64fbc2.24107794) Erişim Tarihi: 31.03.2019
- Uçar, T., & Gölbasi, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu Derleme Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54–58.
- Uludağ, E., & Mete, S. (2014). Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 22–29.
- Üst, Z. D., & Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 306–317. <https://doi.org/10.17681/hsp.96963>
- Uysal, B. (2017). *Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Wax, J. R., Lucas, F. L., Lamont, M., Pinette, M. G., Cartin, A., & Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: A metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(3), 243.e1-243.e8.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.05.028>
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215->

eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intr  
apartum-care-guidelines/en/

- Yakut, E. Y. (2015). *Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş ve Tercihleri*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Yalnız, H., Canan, F., Genç, R. E., Kuloğlu, M. M., & Geçici, Ö. (2016). Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi, 8(3), 81–88. <https://doi.org/10.5505/ttd.2016.40427>
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., & Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki social support and affecting factors. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31–46. Retrieved from <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/1013/645>
- Yılmaztürk, Y. (2010). *Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.



## 8. EKLER DİZİNİ

### EK-1: ANKET FORMU

#### POSTPARTUM KADINLARDA TRAVMATİK DOĞUM ALGISI PREVELANSI VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket doğum sonrası dönemde olan kadınlarda doğumu travmatik olarak algılama sıklığını ve depresyon ile ilişkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Travmatik doğum algısı, doğurganlık sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkan, kadının doğum eylemini, bebeği ve kendisi için yaralanma veya ölüm tehdidi olarak düşünmesidir. Anketimiz, genel bilgiler, gebelik ve doğumlarınız ile ilgili olan kısımlar ile, yaşadığınız doğum eyleminin sizin için ne kadar travmatik olduğunun ve son bir hafta içindeki duygu ve düşüncelerinizin ölçüldüğü kısımlar yer almaktadır. Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

#### GENEL BİLGİLER

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Medeni Durumunuz?
  - a. Evli
  - b. Bekar
3. Evlenme yaşı?
  - a. 18 yaş ve altı
  - b. 19 yaş ve üzeri
4. İçinde yaşadığınız aile tipi?
  - a. Çekirdek aile
  - b. Geniş aile
5. Öğrenim durumunuz?
  - a. Okur-yazar değil
  - b. İlkokul mezunu
  - c. Ortaokul mezunu
  - d. Lise mezunu
  - e. Üniversite mezunu
6. Eşinizin öğrenim durumu?
  - a. Okur-yazar değil
  - b. İlkokul mezunu
  - c. Ortaokul mezunu
  - d. Lise mezunu
  - e. Üniversite mezunu
7. Çalışma durumunuz nedir?
  - a. Çalışıyor
  - b. Çalışmıyor .
8. Eşinizin çalışma durumu nedir?
  - a. Çalışıyor
  - b. Çalışmıyor
9. Sosyal güvence durumunuz nedir?
  - a. Var
  - b. Yok
10. Gelir durumunuz?
  - a. Gelirim giderimden az
  - b. Gelirim giderime denk
  - c. Gelirim giderimden fazla

#### OBSTETRİK BİLGİLER

1. Toplam doğum sayınız? .....
2. Toplam yaşayan çocuk sayınız? .....
3. Toplam düşük/ölü doğum sayınız?.....
4. Son gebeliğin sonucu nedir?
  - a. Canlı doğum
  - b. İsteyerek düşük
  - c. Kendiliğinden düşük

5. Son doğum deneyiminizi işaretleyiniz.
  - a. Vajinal doğum
  - b. Epidural-spinal anestezi ile vajinal doğum
  - c. Genel anestezi ile sezaryen doğum
  - d. Epidural-spinal anestezi ile sezaryen doğum
6. Gebelik planlı bir gebelik miydi?
  - a. Evet
  - b. Hayır
7. Gebelik sürecinizde herhangi bir sağlık sorunuz oldu mu?
  - a. Evet (.....)
  - b. Hayır
8. Doğumun yapıldığı yer neresiydi?
  - a. Tıp Fakültesi Hastanesi
  - b. Doğumevi
  - c. Özel Hastane
  - d. Evde
9. Gebelik takiplerinizi yapıldı mı?
  - a. Evet
  - b. Hayır
10. Gebelik izlemlerinizi kim tarafından yapıldı?
  - a. Doktor
  - b. ASE
  - c. Doktor/Ebe
11. Doğumu yaptıran kişi kimdi?
  - a. Doktor
  - b. Ebe

12. Son doğum deneyiminizle ilgili doğuma ilişkin algılarınız nedir?

Doğuma ilişkin algılar	Beklenenin altında	Beklenen düzeyde	Beklenenden fazla
Ebe desteği			
Korku			
Kaygı			
Ağrı			
Doğum sonu ağrı			
Mahremiyetin ihlali			

13. Son gebeliğinizde doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi hakkında herhangi bir bilgi, eğitim aldınız mı?
  - a. Evet
  - b. Hayır
14. Eğer bilgi alındıysa bilgi alınan kaynak nedir?
  - a. ASE
  - b. Doktor
  - c. Arkadaş
  - d. Aile büyükleri
  - e. Tv, internet
  - f. Kitap
  - g. Doğuma hazırlık sınıfları
  - h. Diğer (Lütfen açıklayınız).....
15. Aldığınız bilgi yeterli mi?
  - a. Evet
  - b. Hayır
  - c. Kısmen

## EK-2: TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ

### TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç endişelendirmez

Çok endişelendirir

3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

5. Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç zarar vermez

Çok zarar verir

6. Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

---

Hiç kaygılandırmaz

Çok kaygılandırır

---

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkutmaz

Çok korkutur

---

8. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

---

9. Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç huzursuz etmez

Çok huzursuz eder

---

10. Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygı duymam

Çok kaygı duyarır

---

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığımızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç hissetmem

Çok hissederim

---

12. TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

---

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

---

**TEŞEKKÜRLER...**

## **EK-3: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

### **EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)**

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- a) Her zaman olduğu kadar
- b) Artık pek o kadar değil
- c) Artık kesinlikle o kadar değil
- d) Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

- a) Hayır, hiçbir zaman
- b) Çok seyrek
- c) Evet, bazen
- d) Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

- a) Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- b) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- c) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- d) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, bazen
- c) Çok sık değil
- d) Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

- a) Evet, çoğu zaman
- b) Evet, oldukça sık
- c) Çok seyrek
- d) Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- a) Evet, oldukça sık
- b) Bazen.
- c) Hemen hemen hiç
- d) Asla

TEŞEKKÜRLER...

## EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma; doğum sonrası dönemde olan kadınlarda doğumu travmatik olarak algılama sıklığını ve depresyon ile ilişkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Travmatik doğum algısı, doğurganlık sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkan, kadının doğum eylemini, bebeği ve kendisi için yaralanma veya ölüm tehdidi olarak algılamasıdır. Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

- Gebeliğinde riskli bir durum yaşamamış olmanız,
- Doğum sonrası 1. Ayda,
- 37-42 gebelik haftasında doğum yapmış ve canlı bebeğe sahip olmanız,
- Bebeğinizde herhangi bir özür durumunun olmaması,
- Doğum sonrası kendinizde veya bebeğinizde herhangi bir olumsuzluk

yaşanmamış,

- Önemli/ kronik bir sağlık sorunu olmamış,
- 18 yaş ve üstünde,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız gerekmektedir.

Çalışmamız 10 dk sürecek anket sorularından oluşmaktadır. Bu sorularda genel bilgiler, gebelik ve doğumlarınız ile ilgili olan kısımlar ile, yaşadığınız doğum eyleminin sizin için ne kadar travmatik olduğunun ve son bir hafta içindeki duygu ve düşüncelerinizin ölçüldüğü kısımlar yer almaktadır.

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru cevap vermek ve araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Araştırmamızda yer alacak gönüllüler, Konya ili merkez ilçelerinde doğum yapmış 550 lohusadır.

Çalışmamızda size sadece anket uygulanacağından, tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir ya da çalışmaya katılma ile olası bir riskiniz yoktur.

Yapılacak araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Çalışmamız herhangi bir kurum tarafından desteklenmemektedir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır. Size ait tüm tıbbi bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren bir sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		
<b>Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının</b>		<b>İMZASI</b>
ADI & SOYADI		
TARİH		
<b>Gerektiği Durumlarda Tanık</b>		<b>İMZASI</b>
ADI & SOYADI		
GÖREV		
TARİH		



## EK-5: ETİK KURUL KARARI

T.C.  
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 7

Toplantı Tarihi: 22-11-2017

**Karar Sayısı: 2017/003:** Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER'in "Postpartum Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı Prevelansı ve Depresyon İle İlişkisi" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 26.10.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

**Sorumlu Araştırmacı:** Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER  
**Yardımcı Araştırmacı:** Öğr. Gör. Fatma BAY

# EK-6: KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ

15.03.2018



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 94723667-806.01.03  
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu

Sayı...Fatura...AAZ.....

İlgi : 25.11.2017 tarihli müracaatınız.

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Tarık ACAR  
İl Sağlık Müdürü a.  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:  
Yazı (2 adet)

DAĞITIM :  
Ekli Liste

Tuba BELHAN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Güvenli Elektronik İmza  
28.01.2018

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA

Faks No:(0332)3517268

e-Posta:mehmetufuk.yesil@saglik.gov.tr İnt.Adresi:  
konya.kamusaagligi@saglik.gov.tr

Evrakan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden abd2ca6c-ad6d-4aa0-8b26-8761f62b1af kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Mehmet Ufuk YEŞİL

Unvan:SAĞLIK MEMURU

Telefon No:



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA KAMU  
SAĞLIK HİZMETLERİ İLİTİ MÜDÜRLÜĞÜ  
26/02/2018 09:37 - 94723667 - 806.01.03 - E 1372



Sayı : 94723667-806.01.03  
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Uz.Dr. Tarık ACAR  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

O L U R  
.../.../2018

*e-İmzalıdır.*  
Prof.Dr.Mehmet KOÇ  
İl Sağlık Müdürü

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA

Faks No:(0332)351 7268

e-Posta:mehmetufuk.yesil@saglik.gov.tr İnt.Adresi:  
konya.kamusaligi@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ahd2ea6c-nd6d-4aa0-8b26-8761ff62b1af kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Mehmet Ufuk YEŞİL

Unvan:SAĞLIK MEMURU

Telefon No:

KARAR NO	İSİM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAKI YER
1	Nergis KARAMAN	Travayda Primar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum ağrılarının ve doğum beklentisine etkisi.	Alçehir Devlet Hastanesi
2	Hem. Sibel KIYAK	Depresyon semptomu gösteren gebelere verilen sanatsal içerikli antenatal müdahalelerin postpartum dönem mental (Ruh sağlığı) sağlık düzeyine etkisi.	48. Nolu Selçuklu Aile Sağlığı Merkezi
3	Fatma BAY	Postpartum kadınlarda travmatik doğum algısı, prevelansı ve depresyon ile ilişkisi.	Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde bulunan 111 A.S.M.
4	Yasin CAN	Hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan paramediklerin geniş QRS 'li taşikardilerin tanı ve tedavi konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi.	Konya İl Ambulans KKM'ye bağlı A.S.H.I.
5	Dr. Sadık TAŞER	65 yaş üstü bireylerde standart minimal test üzerine nitrisyonel durum, sosyodemoğrafik özellikler ve diğer sağlık değişkenlerine etkisi.	Karatay 21 nolu A.S.M, Meram 40 nolu A.S.M Selçuklu 58 nolu A.S.M
6	Sevinç ARKOYUN	Annelerde hemşire desteği ve emzirme öz-yeterlilik ilişkisi.	Konya Ereğli Devlet Hastanesi
7	Merve DURMUŞ	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde bir uygulama.	Konya İl Ambulans KKM'ye bağlı A.S.H.I.
8	Büşra KONUKLU	Yetişkinlerde süt tüketimi alışkanlığı ve süt tüketiminin kas iskelet sistemi sorunları ile ilişkisi.	75 ve 80 Nolu A.S.M
9	Ezra ÜN.	Sağlık çalışanlarının advers, ilaç reaksiyonları ve farmakovijilans uygulamaları hakkında bilgi ve farkındalığı; Konya İli örneği.	Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesisleri
10	Hazal ÖZDEMİR	Aile sağlığı merkezine başvuran annelerde anne bebek bağlanma düzeyinin incelenmesi	Selçuklu 28 Nolu A.S.M.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı :Fatma BAY

Doğum tarihi ve yeri :07.09.1982/KONYA

Uyruğu :T.C.

Medeni durumu :Evli

İletişim adresleri :K.T.O. Karatay Üniversitesi Ebelik Bölümü

### Eğitim Durumu

(Tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru ilköğretim, lise, üniversite, yabancı dil / diller) :

Lisans: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü-2003

Y. Lisans: S. Ü. Tıp Fakültesi Histoloji/Embriyoloji ABD-2015

### Mesleki Deneyim :

2004-2017: Sağlık Bakanlığı Kamu Kurumları-Ebelik

2017- Halen devam ediyor: K.T.O. Karatay Üniversitesi Ebelik Bölümü-  
Öğretim Görevlisi

### Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar:

### Yayımlar :

