TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK RİSKLİ VE DÜŞÜK RİSKLİ GEBELERDE TRAVMATİK DOĞUM ALGISININ KARŞILAŞTIRILMASI

GÜLPINAR YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ZÜMRÜT BİLGİN

İSTANBUL-2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

22.06.2020

Gülpınar YILDIRIM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini sabırla paylaşıp, hoşgörüyle desteklerini esirmeyen başta tez danışmanım Sayın Dr. Zümrüt Bilgin'e ve kıymetli tüm hocalarıma,

Araştırma sürecimde destekleriyle beni motive eden bütün arkadaşlarıma,

Aldığım tüm kararlarımda yanımda olup, sevgisini ve şefkatini koşulsuz veren, sonsuz fedakârlıklarla beni bu günlere getiren biricik *'aileme'* teşekkür ederim.

Gülpınar YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

BEYAN

TEŞEKKÜR i

İÇİNDEKİLER ii

Kısaltmalar Listesi vi

Şekiller Listesi vii

Tablolar Listesi …..…….……viii

1. ÖZET.....1

2. SUMMARY.....2

3. GİRİŞ ve AMAÇ 3

3.1. Giriş……...3

3.2. Araştırmanın Amacı……...5

3.3. Araştırma Soruları……..5

4. GENEL BİLGİLER .....……6

4.1. Gebelik ……..6

4.2. Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler…….…….....6

4.2.1. Fizyolojik değişiklikler……...7

4.2.2. Metabolik değişiklikler …….....7

4.2.3.Psikolojik değişiklikler…….....8

4.3. Gebeliğin Risk Durumuna Göre Sınıflandırılması……9

4.3.1. Düşük riskli gebelik …….....10

4.3.2. Riskli gebelik …….....10

4.3.3. Yüksek riskli gebelik…….....10

4.4. Dünyada ve Türkiye'de Riskli Gebelik Durumu……11

4.5. Gebelikte Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması……14

4.6. Gebelikte Risk Durumlarını Belirlemek İçin Kullanılan Ölçüm Araçları……...15

4.6.1. Knox risk değerlendirme formu……15

4.6.2. Hızlı risk değerlendirme formu…….15

4.6.3. Sağlık bakanlığı gebelikte risk değerlendirme formu……...16

4.7. Doğum…….16

4.7.1. Normal vaginal doğumun evreleri……16

4.7.2. Sezaryan doğum……19
4.8. Travma……20
4.8.1. Travmatik doğum algısı……21
4.8.2. Travmatik doğum algısına neden olan faktörler……...21
4.8.2.1. Sosyo-demografik faktörler……...…22
4.8.2.2. Prepartum döneme ilişkin faktörler……...23
4.8.2.3. İntrapartum döneme ilişkin faktörler……23
4.8.2.4. Postpartum döneme ilişkin faktörler……..24
4.8.2.5. Diğer faktörler……24
4.8.2.5.1. Doğum korkusu……...25
4.8.2.5.1.1. Doğum korkusunun sınıflandırılması……..25
4.8.2.5.1.2. Doğum korkusunun prenatal, natal ve postnatal dönem üzerine etkileri……26
4.9. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı ve Mesleki Katkısı……...27
5. GEREÇ ve YÖNTEM 30
5.1. Araştırmanın Tipi……30
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..…….....30
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……..31
5.3.1. Araştırmanın evreni…….....31
5.3.2. Araştırmanın örneklemi……31
5.3.3. Araştırmaya alınma kriterleri……32
5.3.4. Araştırmadan dışlanma kriterleri……..32
5.4. Araştırmanın Değişkenleri.……..……32
5.5. Veri Toplama Araçları ve Araştırma Akış Şeması……..32
5.5.1. Sağlık Bakanlığı gebelikte risk değerlendirme formu (Ek-3)……...34
5.5.2. Gebe tanıtıcı bilgi formu (Ek-4)……...35
5.5.3. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği (DSKÖ) (Ek-5)……...35
5.5.4. Travmatik doğum algısı ölçeği (TDAÖ) (Ek-6)……...36
5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi…….....36
5.7. Araştırmanın Etik Yönleri…….....37
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler……..37
5.9. Araştırmada Kullanılan Mevcut Olanaklar……..38

6.BULGULAR…….……..……....39
6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları……40
6.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulguları……...41
6.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşlerine Ait Bulguları……...……..45
6.4. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Kaygılarına Ait Bulguları…….46
6.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları……...48
6.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları…….50
6.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları……...52
6.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarına İlişkin Bulguları……54
6.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……..55
6.10. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları…….55
6.11. Yüksek ve Düşük Riskli Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Korelasyonu……56
6.12. Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları……57
7. TARTIŞMA ve SONUÇ ……...……..…..…58
7.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması…….58
7.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulgularının Tartışılması…….59
7.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşlerine Ait Bulgularının Karşılaştırılması……..60
7.4. Gebelerin Doğumla İlişkin Korku ve Kaygılarına Ait Bulguların Tartışılması…….....61
7.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması…….....62
7.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması……...64

7.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması…….....64
7.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması…….....65
7.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Karşılaştırılarak, Grupların Korelasyonu ve Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları……...65
8. KAYNAKLAR ……..……..70
9.EKLER…….....89
Ek - 1: S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu……89
Ek - 2: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni……92
Ek - 3: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Kullanım İzni……..…93
Ek - 4: Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu……94
Ek - 5: Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu……..96
Ek - 6: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ)……..99
Ek - 7: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ)……102
Ek - 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ……104
10.ÖZGEÇMİŞ……...……..…..107

Kısaltmalar Listesi

ACOG : Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği

DÖB : Doğum Öncesi Bakım

DSKÖ : Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

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

EDT : Erken Doğum Tehdidi

EMR : Erken Membran Rüptürü

IUGG : İntra Uterin Gelişme Geriliği

MDT : Muhtemel Doğum Tarihi

NICE : National Institute of Health and Clinical Exellence

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development

PBT: Psikolojik Doğum Travması

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TDAÖ : Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO : World Health Organization

Şekiller Listesi

ŞEKİL 1: Araştırma Akış Şeması

Tablolar Listesi

TABLO 4.4.1. ACOG, NICE, WHO ve Türkiye'de Her İzlem İçin Rutin Önerilenler

TABLO 6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

TABLO 6.2. Gebelerin Obstetrik ve Mevcut Gebelik Özellikleri

TABLO 6.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşleri

TABLO 6.4. Gebelerin Doğumla İlgili Korku ve Kaygıları

TABLO 6.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

TABLO 6.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

TABLO 6.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

TABLO 6.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarının Dağılımı

TABLO 6.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Dağılımı

TABLO 6.10. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Karşılaştırılması

TABLO 6.11. Yüksek ve Düşük Riskli Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Korelasyonu

TABLO 6.12. Ölçekler Arasındaki Regresyon Analiz Sonuçlar

Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Karşılaştırılması

Öğrencinin Adı: Gülpınar YILDIRIM
Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Zümrüt BİLGİN
Anabilim Dalı: Ebelik Anabilim Dalı

1.ÖZET

Amaç: Araştırma, yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde travmatik doğum algısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2020-Mayıs 2020 tarihlerinde doğum için yatışı yapılan gebelerle yapılmış karşılaştırmalı tanımlayıcı çalışmadır. Çalışmaya alınma kriterlerine uyan toplam 156 gebe Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu kullanılarak, 78 yüksek riskli ve 78 düşük riskli gebe grubu şeklinde çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında sırasıyla; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin %79,5'inin normal vajinal doğum yapmak istediği, %62,8'inin normal doğumdan korktuğu saptanmıştır. Çalışmada yüksek riskli grubun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puan ortalaması 73,08±31,11, düşük riskli grubun puan ortalaması 69,33±29,343 bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin ölçeklerinin korelasyonunda; durumluk kaygı ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde ve orta derecede, sürekli kaygı ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Düşük riskli gebelerin ölçeklerinin korelasyonunda ise; durumluk kaygı ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde ve orta derecede, sürekli kaygı ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuçlar: Çalışmada yüksek riskli gebelerde travmatik doğum algısı ölçek puanı düşük riskli gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Ebeler, gebelikte travmatik doğum algısı oluşturacak risk faktörlerini önceden belirleyebilmeli, önlemeye yönelik koruyucu/destekleyici yaklaşımlarda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Doğum algısı, travmatik doğum algısı, riskli gebelik**,** doğum korkusu.

Comparison of Traumatic Perception in High-Risk and Low-Risk Pregnant Women

Student's Name: Gülpınar YILDIRIM
Consultant: Dr. Öğretim Üyesi Zümrüt BİLGİN
Department: Midwifery Department

2.SUMMARY

Objective: The research was carried out to determine the perception of traumatic birth in high-risk and low-risk pregnant women.

Materials and Methods: The study is a comparative descriptive study conducted in Sarıyer Hamidiye Etfal Training and Research Hospital with pregnant women who were hospitalized for delivery between January 2020 and May 2020. A total of 156 pregnant women meeting the inclusion criteria were included in the study as two groups one including 78 high-risk pregnant women and the other 78 low-risk pregnant women using the Ministry of Health Risk Assessment Form. In the collection of the data Pregnant Introductory Information Form, State and Trait Anxiety Scale, Traumatic Birth Perception Scale were used.

Findings: It was determined that 79.5% of the pregnant women participating in the study wanted to have a normal vaginal delivery and 62.8% were afraid of normal delivery. In the study, the mean score of the Traumatic Birth Perception Scale of the high-risk group was 73.08 ± 31.11, and the mean score of the low-risk group was 69.33 ± 29.334. In the correlation of the scales of high-risk pregnant women; There was a positive and moderate relationship between trait anxiety and traumatic birth perception, and a low level of positive correlation between trait anxiety and traumatic birth perception ($p < 0.05$). In the correlation of the scales of low-risk pregnant women; There was a moderate and moderate relationship between trait anxiety and traumatic birth perception positively and moderately, and positively significant correlation between trait anxiety and traumatic birth perception ($p < 0.05$).

Results: In the study, traumatic birth perception scale score was found to be higher in high-risk pregnant women compared to low-risk pregnant women. Midwives should be able to determine the risk factors that will lead to traumatic perception of birth during pregnancy, take preventive measures and adopt supportive approaches.

Keywords: Perception of birth, perception of traumatic birth, risky pregnancy, fear of birth.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3.1. Giriş

Gebelik ve doğum kadınlarda fiziksel, duygusal değişikliklerle birlikte sosyal izler bırakan fizyolojik bir yaşam deneyimidir. Ancak bu fizyolojik deneyime karşı çeşitli faktörlere bağlı gelişen birtakım riskler, anne ve fetüs sağlığını tehdit ederek kadınlarda kaygı ve korku oluşmasına neden olmaktadır (Dencker ve ark., 2010; Halldorsdottir ve Karlsdottir, 1996; Bertucci ve ark., 2012; Durmazoğlu ve ark., 2016; Aslan ve Okumuş, 2017). *"Gebelikte risk"*, normal şartlarda gelişmeyen ancak önceden mevcut olan ya da gebelikte oluşabilecek bazı komplikasyonlarda artma olasılığıdır. Tüm doğumların yaklaşık 3'te 1'i en az bir kaçınılmaz yüksek risk kategorisinde yer alır (TNSA, 2018). Gebelikler risk durumlarına göre *"yüksek riskli"* ve *"düşük riskli"* gebelikler şeklinde sınıflandırılırlar. Gebelik öncesinde ve gebelikte riski yüksek olan kadınlar, doğumla ilgili giderek artan düzeylerde kaygı ve korku yaşarlar. Gebeliğin herhangi bir döneminde anne/fetüs sağlığının olumsuz etkilenme ihtimalinin artmasıyla gelişen kaygı ve korku, gebelerin doğumu travmatik algılanmasına neden olmaktadır (Wijma ve Zar, 1998; Kuru, 2007).

Gebeliğin seyri kadından kadına değişikmekle birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm gebelerin riskli gebelik kategorisinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (DSÖ, 2003). Anne adaylarında gebelikte beklenmedik duygusal dalgalanmalar ve anksiyete (aşırı mutluluk, fazla alınganlık, ani öfkelenme vb.) ortaya çıkabilmektedir (Taşkın, 2012). Gebelerde anksiyete sıklığı %19,5 ila %77,2 arasında görülmektedir (Foxcroft ve ark., 2013; Çöpoğlu ve ark., 2015; Kusaka ve ark., 2016). Trimesterlere göre anksiyete sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada, birinci trimesterde %17,3, ikinci trimesterde %1,2 ve üçüncü trimesterde %27,3 oranında gebelerin anksiyete yaşandığı belirtilmiştir (Effati- Daryani ve ark., 2018). Gebelikte yaşanan anksiyete kadının hormonal dengesini olumsuz etkileyerek, doğumun travmatik ve kötü bir deneyim olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Travmatik doğum, kadının doğum eylemini kendisi ve bebeği için yaralanma, ölüm tehdidi şeklinde algılaması olarak tanımlanmaktadır (İsbir ve İnci, 2014; Yalnız ve

ark., 2016). Başka bir ifadeyle travmatik doğum, *"korku, çaresizlik, ölüme yaklaşma ve dehşet anı"* şeklinde ifade edilmektedir (İsbir ve İnci, 2014). Travmatik doğum algısı tek başına doğum korkusunu içine alan bir kavram olmayıp, her çeşit travmayı bünyesinde barındırmaktadır (İsbir ve İnci, 2014; Yalnız ve ark., 2016). Travmatik doğum algısı kadınlarda geçici kimi zaman kalıcı sorunlar oluşturmakta, ilerleyen süreçlerde de kadın sağlığını ve daha sonraki doğum deneyimlerini, anne-yenidoğan ve eşler arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Halldorsdottir ve Karlsdottir, 1996; Lundgren, 2005; Nyberg ve ark., 2010; Nilsson ve ark., 2013). Öte yandan bu etkiler anneyle sınırlı kalmayıp gelecek nesillerin doğum algıları ve deneyimleri üzerinde de etkili olabilmektedir (Dekel ve Goldblatt, 2008; Aslan ve Okumuş, 2017).

Annelerin travmatik doğum deneyimleme olasılığının artmış olmasına rağmen, etkili faktörlerin önlenmesine yönelik girişimler oldukça yetersizdir. Kadınların doğum beklentileri ve doğum memnuniyetleri pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler kişisel, kültürel ve çevresel faktörler şeklinde sıralanabilir. Literatürde kadınlarda eğitim seviyesi düştükçe travmatik doğum algısı düzeylerinde artış olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, yüksek eğitim seviyesinin de doğumun travmatik algılanmasına neden olabildiğine dair çalışma mevcuttur (Stankovic, 2017). Aynı zamanda çok düşük gelir seviyesine sahip, sosyal güvencesi bulunmayan, savaş ve doğal afetler nedeniyle göç etmek zorunda kalan, lisan problemi ve kültürel farklılıkları olan gebelerin doğumlarını travmatik algıladığı bildirilmektedir (Yildiz, Ayers ve Phillips 2017; Laursen, Hedegaard ve Johansen 2008; Anderson 2017). Kadınların doğum algılarında, yaşanılanlardan öte hissettikleri duygular önem taşır (Serçekuş ve Okumuş, 2009; Ford ve Ayers, 2009). Olumsuz beklentiler; kadınların kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olurken maternal sağlık üzerinde yarattığı negatif etkiyle de doğumun travmatik algılanmasına yol açar (Özkars, 2017).

Kadınların travmatik doğum deneyimlerini inceleyen nitel araştırmalarda, doğumda ebelerin gebelerle etkileşimlerinin önemli olduğu bildirilmektedir (Reed, Sharman ve Inglis, 2017). Ebe ve hemşireler tarafından verilecek sürekli doğum desteği annelerin doğumu daha az travmatik algılamasını sağlayacak, böylece posttravmatik stres

sendromu gelişmesi önlenebilecektir (Furuta ve ark., 2014). Gebelerin travmatik doğum deneyimlerinin engellenmesi için, kadınların konuyla ilgili görüşlerinin daha fazla araştırılmasını gerekmektedir (Elmir ve ark., 2010). Mevcut tüm bu veriler doğrultusunda travmatik doğuma neden olan faktörlerin belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınması son derece önemlidir (Yalnız ve ark., 2016).

3.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde yüksek ve düşük riskli gebelerin tavmatik doğum algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı; yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin travmatik doğum algısını belirleyerek literatüre katkı sağlamak ve bu alanda yapılacak araştırmalara kaynak oluşturmaktır.

3.3. Araştırma Soruları

- Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Gebelikte risk durumu doğum süreci üzerinde olumsuz duygu ve düşünceler oluşmasında etkili midir?
- Yüksek riskli gebeler ile düşük riskli gebelerin sosyal destek gereksinimleri farklı mıdır?
- Gebelikteki risk durumu normal doğum korkusu üzerinde etkili midir?

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Gebelik

Gebelik, fertilizasyon sonucu oluşan fetüs ve eklerinin gelişim sürecidir. Bu gelişim süreci kadının son menstrüasyonun ilk gününden başlayarak 280 gün/10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) ya da 40 hafta (obstetrik 40, embriyolojik 38 hafta) olarak tanımlanmıştır (Şirin ve Kavlak, 2016). Kavramsal açıdan gebelik dönemi ise; çocuğu olmayan kadının, çocuk sahibi olmasını ifade eden iki yaşam biçimi arasındaki geçiş süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Lederman ve Weis, 2009). Aynı zamanda gebelik, bir dizi anatomik, fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal değişikliklerin yaşandığı, normal ve patolojik süreçlerin bütünleştiği beraberinde homeostazisin sağlandığı kompleks bir dönemdir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Kadın açısından gebelik ve doğum her ne kadar olağan bir süreç olarak kabul edilse de bu iki kilit dönem, gebe kadın ve yakın çevresi için biyo-psiko-sosyal uyum gerektiren ambivalan bir süreçtir (Köybaşı Şahin ve Yeşiltepe Oskay, 2017).

Normal gebelik süreci, her biri üçer aylık periyotlardan oluşan üç ayrı trimesterden oluşur. Gebeliğin 1.2.3. ayları 1. trimester, 4.5.6. ayları 2. trimester, 7.8.9. ayları ise 3.trimester olarak isimlendirilir. Gebelikte meydana gelen anatomik ve psikolojik değişiklikler, genellikle bu mevcut trimesterlere göre farklılıklar gösterir (Taşkın, 2016). Bu trimesterlere göre anne ve fetüsün gereksinimlerinin karşılanabilmesi ve gebeliğin sağlıklı bir şekilde sonuçlanabilmesi için, anne adayının bedeninde ciddi anatomik, nöroendokrin, hormonal ve psikososyal değişimler yaşanmaktadır (Gündoğdu, 2013; Özorhan, 2014).

4.2. Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik boyunca kadının tüm vücut sistemlerinde fizyolojik, anatomik, hormonal ve duygusal değişimler yaşanır. Gebenin vücudunu etkisi altına alan bu değişimler gebeliğe uyum olarak isimlendirilir. Tüm bunlar fertilizasyondan hemen sonra başlar ve doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta içerisinde önceki durumuna dönmesi beklenir (Alpay Türk, 2015; Kafkaslı, 2007). Sağlıklı bir kadın tüm bu değişikliklere

kolaylıkla adapte olabilir. Gebelikte oluşan değişikliklerin izlemi gebelikle birlikte ortaya çıkan risklerin değerlendirilmesinde son derece önemlidir (Taşkın, 2016).
Gebelikte görülen başlıca değişimler:

- *Kardiyovasküler sisteminde (kalp, kan hacmi, kan basıncında) gelişen değişiklikler*
- *Solunum sisteminde gelişen değişiklikler*
- *Gastrointestinal sistemde gelişen değişiklikler*
- *Üriner sistemde gelişen değişiklikler*
- *Ciltte gelişen değişiklikler*
- *Kas- iskelet sisteminde gelişen değişiklikler*
- *Endokrin sistemde gelişen değişiklikler*
- *Nörolojik sistemde gelişen değişiklikler*
- *Metabolik sistemde gelişen değişiklikler*
- *Psikolojik değişikliklerdir.*

4.2.1. Fizyolojik değişiklikler

Kadın bedeni, gebelik boyunca giderek büyüyen fetüsü barındırıp besleyebilmek için çeşitli fizyolojik değişikliklerle karşı karşıya kalır. Buna paralel kadının anatomik yapısında da birtakım büyüme ve gelişmeler yaşanır (Rubin, 1976; Mattson ve Smith, 2016). Gebelikte annenin tüm organ faaliyetleri fetüsün emrine girer ve bütün kaynaklar fetüse mobilize edilir (Kömürcü ve Doğan Merih, 2016). Gebelik ve doğum sürecinde pek çok anatomik, fizyolojik, hormonal ve psikolojik değişiklikler yaşanırken, eş zamanlı değişen hormonların etkisiyle de genital sistem, üriner sistem, kardiyo-vasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi, meme ve ciltte anatomik, fizyolojik farklılıklar görülür (Alpay Türk, 2015).

4.2.2. Metabolik değişiklikler

Gebeliğin maternal metabolik yükü ve fetal ihtiyaçlardaki dinamik artış metabolik hızı yükseltir. Bazal metabolik hızdaki artış özellikle son trimesterde %10-20 seviyelerini bulur (Taşkın, 2012; Alpay Türk, 2015; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Uterus, meme, plasenta, fetüs ve amniotik mayi gibi maternal ve fetal yapılar ile

ekstravasküler ve ekstrasellüler sıvılardaki artış kilo artışına neden olur (Taşkın, 2012; Alpay Türk, 2015). Gebelik öncesi beden kitle indeksi 19-24,9 kg/m^2 aralığında olan ve normal kabul edilen kadınların gebelik süresince almaları önerilen kilo ortalama 9-14 kg aralığındadır (Taşkın, 2012; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Kilosu normalin altında olan kadınların ise ideal kilolarına ulaşarak 11,5-16 kg aralığında kilo almaları önerilmektedir. Gebelik öncesi aşırı kiloya sahip olan kadınlara ise 6,8-11,5 kg arasında kilo almaları önerilir. İlk trimesterde bulantı ve kusmaya bağlı kilo alımı minimalize olabilir. Ancak bu artış gebelik ilerledikçe hız kazanarak ortalama ilk trimesterde 1,6-2,3 kg, ikinci trimesterde 5,5-6,8kg, üçüncü trimesterde ise 5,5-6,8 kg aralığında olur (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2016).

4.2.3. Psikolojik değişiklikler

Gebelikle birlikte kadının yaşamında heyecanlı ve mucizevi değişimler yaşanır. Bu dönemde kadının vücudundan, sosyal statüsüne kadar bir dizi değişim eş zamanlı gerçekleşir. Gebenin kendisi ve yakın aile üyeleri de bu değişiklikleri ortaklaşa yaşarlar (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2016). Kadınların gebelik ve gebeliğin neden olduğu değişimlere olan reaksiyonu, kişisel özelliklerine sosyo-ekonomik faktörlere ve değişimin düzeyine bağlı olarak farklılıklar gösterir. Bu değişkenler yaş, eğitim, mevcut sağlık durumu, gebeliğin istenme durumu, sosyo-ekonomik faktörler ve kadının destek sistemleri şeklinde sıralanabilir. Tüm bu çerçevede anne adaylarının trimesterlere ve gebeden gebeye değişen psikolojik adaptasyon süreci yaşandıkları belirtilmektedir (Taşkın, 2012; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016).

Birinci trimesterde görülen psikolojik değişiklikler; Birinci trimesterde yorgunluk ve uyuma isteğiyle birlikte bulantı-kusmalar baş göstererek yoğun ambivalan duygular yaşanır (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2016). Bu süreçte kadınlar sürekli gebeliğin kendisinde yarattığı değişimleri gözlemleyerek gebeliği kabullenmeye çalışırlar (McKinney ve ark., 2018). Bu karmaşık duygular içindeki gebeye sağlık profesyonellerinin ve sosyal çevresinin desteği son derece önemlidir (Taşkın, 2012; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016) Gebelik ve annelik yaşam boyu sürecek değişiklikler yaratacağından sıklıkla kadın bu değişikliklerin neler olacağının ve bunlarla nasıl başa çıkacağının kritiğini yapmaktadır (Rubin, 1984; McKinney ve ark., 2018).

İkinci trimesterde görülen psikolojik değişiklikler; Birinci trimesterde görülen fiziksel septomlar giderek azalır, bebeğini kabul eder ve annelik rolünü benimsemeye başlar. Bu dönemde fetal hareketlerin algılanmaya başlamasıyla (Quıckening) kadın kendine yönelir. Gebelerin büyük bir çoğunluğu, daha bebekleri doğmadan onlarla konuşmaya başlarlar. Fetüsle emosyonel konuşma anne-bebek bağlanmasında büyük bir adımdır (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2016). Yaşanan bütün bu olumlu gelişmelerin yanı sıra gebelerde beklenmedik duygusal dalgalanmalar ve anksiyete (aşırı mutluluk, fazla alınganlık, ani öfkelenme vb.) ortaya çıkabilir (Taşkın, 2012).

Üçüncü trimesterde görülen psikolojik değişiklikler; Gebeliğin son dönemi olan üçüncü trimesterde fetal ve maternal kilo artışı ile birlikte hareket özgürlüğü kısıtlanır. Gelişen gebelik semptomlarını ve değişen bedenini kabullenmekte zorlanan gebelerin beden imajı zedenebilmektedir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Beden imajı algısı bireyden bireye önemli farklılıklar gösterir. Bazı kadınlar kendilerini her zamankinden çok daha güzel görürken, bazıları gebeliği bir kilo alma ve bir rahatsızlık olarak görebilirler. Kimileri için kilo almadaki endişe azalırken bir kısmı için kilo alma korkusu daha da şiddetlenir (Kızılkaya Beji ve Aydın Özkan, 2016). Gebelikteki değişim trimesterlere göre değişmekle birlikte, anne ve fetüs sağlığı açısından istenmeyen risk ve sorunlar oluşabilmektedir.

4.3. Gebeliğin Risk Durumuna Göre Sınıflandırılması

Gebeliğin seyri, kadından kadına değişikmekle birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm gebelerin riskli gebelik kategorisinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (DSÖ, 2003). Gebelikteki riskler, gebelik öncesi mevcut olan ya da gebelikle birlikte ortaya çıkan bazı komplikasyonlar olarak ifade edilmektedir. Riskli gebelikler ise kritik düzeylerde maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalite riskinin arttığı gebelikler şeklinde tanımlanmaktadır (Gilbert, 2011). Literatürde çeşitli riskli gebelik sınıflandırmaları mevcuttur. Bu sınıflandırmaya göre riskli gebelikler; "*düşük riskli, riskli* ve *yüksek riskli gebelik"* (Queenan ve Hobbins, 1998; Oskay, 2001; Queenan ve Spong, 2007; USCF Health, 2019), diğer bir sınıflama şekli, "*riskli gebelik* ve *yüksek riskli gebelik"* (Coşkun, 2008; Yates, 2010; Kavuncuoğlu ve ark., 2010;

Coşkun, 2012), başka bir sınıflandırma şekli ise, "*düşük riskli gebelik* ve *yüksek riskli gebelik"* şeklindedir (Soypak, 1999; Serçekuş ve Okumuş, 2004; Oskay, 2004; Saydam ve ark., 2007). Türkiye Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ise riskli gebelikleri; *"yüksek riskli, riskli* ve *düşük riskli"* gruplar olarak kategorize etmiştir (Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2005).

4.3.1. Düşük riskli gebelik

Akut herhangi bir komplikasyon gelişmeyen gebelerin oluşturduğu gebelik grubudur. Bu grup gebelerin, istemlenen laboratuvar ve tarama test sonuçları normal olup sağlıklı bebekler dünyaya getirirler (Queenan ve Hobbins, 1998; Oskay, 2001; Queenan ve Spong, 2007).

4.3.2. Riskli gebelik

Laboratuvar testleri tekrarlı yapılarak daha sıkı takip edilmesi gereken gebeler bu grupta yer alır. Gebeler perinatoloji alanında uzmanlaşmış bir ekibin bulunduğu sağlık kuruluşlarına yönlendirilirler (Queenan ve Hobbins, 1998; Oskay, 2001; Yates, 2010). Bu gruptaki gebelere, anne ve fetüsün sağlığının korunması, risklerin erken dönemde belirlenmesi ve tedavisi amacıyla daha kapsamlı sağlık bakımı verilmesi gerektirmektedir (Coşkun, 2012).

4.3.3. Yüksek riskli gebelik

Maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalite oranını artıran gebelikler bu grupta incelenir (Kornelsen ve Grzybowski, 2005; Gilbert ve Harmon, 2011). Yüksek riskli gebeliğe neden olan sorunlar genel olarak iki başlık altında incelenebilir. Bunlar; gebelik öncesi mevcut olan sorunlar ve gebelik sürecinde ortaya çıkan sorunlar olarak kategorize edilir.

Gebelik öncesi mevcut olan sorunlar: Anne adayında gebelik öncesinde kronik kalp hastalığı, kronik hipertansiyon, diyabet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sorunların bulunmasıdır (Queenan ve Hobbins, 1998; Oskay, 2001; Taşkın, 2011).

Gebelik sürecinde ortaya çıkan sorunlar: Gebelik hipertansiyonu-preeklampsi-eklampsi, gestasyonel diyabet, Rh izoimmunizasyonu, servikal yetmezlik, plasenta anomalileri, erken doğum tehditi (EDT), erken membran rüptürü (EMR), intrauterin gelişme geriliği (IUGG) tromboembolitik hastalıklar, vaginal kanamalar, anemi, üriner enfeksiyonlar, hiperemezis gravidarum, oligohidroamniyos, polihidroamniyos gibi komplikasyonların görülmesidir (Gilbert, 2011; Oskay, 2015; Taşkın, 2016).

4.4. Dünyada ve Türkiye'de Riskli Gebelik Durumu

Kadın ve çocuk sağlığına ilişkin parametreler ülkelerin refah seviyesi, kadının toplumdaki statüsü ve sağlık hizmetinin kalitesini gösteren önemli ölçütlerden biridir (Aktaş, 2007). Dünyada her yıl ortalama ikiyüz milyon kadın gebe kalmaktadır (Hounton ve ark., 2013). Her gün ortalama 830 kadın dünya genelinde gebelik ya da doğum kaynaklı komplikasyonlar sonucu hayatını kaybetmektedir (DSÖ, 2018). Anne ölümlerinin nerdeyse (%99) gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yarıdan fazlası Sahra altı Afrika'da, üçte birine yakını ise Güney Asya'dadır. Gebelik ve doğum sırasında tahminen üçyüzüç bin kadının yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bu komplikasyonların ve ölümlerin büyük bir çoğunluğu, düzenli prenatal izlemlerle risklerin erken tanınlanması ve tedavisiyle önlebilir (DSÖ, 2018 a).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, araştırmadan önceki beş yıllık dönemde ülkemizde gerçekleşen doğumların %34'ü herhangi bir risk kategorisine girmemektedir. Doğumların %31'i ise, kaçınılmaz risk kategorisinde olan 18-34 yaş arasında ve ilk doğumunu yapan kadınlar oluşturmaktadır. Doğumların yaklaşık üçte biri (%35) yüksek risk kategorisindedir. Dünya genelinde anne ölümlerinin en sık nedenleri kanama (%27), gebelik toksemisi (%14), enfeksiyon (%10,7) iken, ülkemizde 2014 yılı anne ölüm nedenlerinin %19,2'si kanama, %13,6'sı gebelik toksemisi, %12,2'si emboli gibi primer nedenlerden kaynaklandığı görülmektedir (Şencan ve ark., 2016).

Riskli gebeliklerin önlenmesinde, prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelik döneminde verilen nitelikli prenatal bakım çok önemlidir. Prenatal bakım ise maternal ve fetal sağlığın korunması ve yükseltilmesi için, kadının gebelik boyunca

düzenli aralıklarla bir sağlık profesyoneli tarafından izlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Prenatal bakımda temel hedef, maternal ve fetal sağlığın korunması, geliştirilmesi ve önceden olan ya da bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunların erken tanılanması ve tedavisiyle maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır (Çalışkan, 2006). Gebelikte riskleri önlemeye yönelik verilen prenatal bakımın (Amerikan Pediatri Derneği ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği prekonsepsiyonel dönemden itibaren) gebelik öncesi ve gebelik oluşur oluşmaz başlanması gerektiği belirtilmiştir. Her gebe gebeliği boyunca bir sağlık elemanı ve sağlık kuruluşu tarafından izlenmelidir (ACOG, 2012). Gebelik takiplerinin sıklığı konusunda DSÖ önerilerde bulunmaktadır. Prenatal izlem sıklığı ve sayısının gebelerin mevcut koşullarına, ülke politikalarına ve kılavuzlarına bağlı oluşturulması gerektiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) 2012 yılı klavuzu ve İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Clinical Excellence – NICE) 2016 kılavuzunda yayınlanan protokollerde ve Türkiye'de 2014 yılında yayınlanmış olan Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzunda gebelerin doğum öncesi izlemleri karşılaştırılmıştır (ACOG, 2012; Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018; NICE, 2016; DSÖ, 2016).

DSÖ kılavuzuna göre: 1.izlem: 16.gebelik haftası öncesi, 2.izlem: 24-28. gebelik haftası, 3.izlem: 30-32. gebelik haftası, 4.izlem: 36-38. gebelik haftası şeklinde toplam 4 gebelik izlem önermektedir. Ancak muhtemel doğum tarihini (MDT) takip eden 2 hafta içerisinde doğum gerçekleşmez ise, ek olarak 5. İzlemin yapılması gerektiği belirtilmektedir (DSÖ, 2016).

ACOG 2012 kılavuzuna göre: Herhangi bir komplikasyona rastlanmayan ilk gebelikler için izlem sıklığını 28. gebelik haftasına kadar 4 haftada bir, 29-35. gebelik haftaları arasında 2-3 haftada bir, 36. gebelik haftasından sonra ise, haftalık izlem şeklinde toplamda 12-14 gebelik izlemi şeklinde önermektedir. Yine bu kılavuzda önceki gebeliklerinde herhangi bir sorunla karşılaşılmamış ve mevcut gebeliğinde de bir sıkıntısı olmayan birden fazla doğum yapan gebelerde takip sıklığının azaltılabileceği bildirilmektedir (ACOG, 2012).

NICE kılavuzuna göre: NICE kılavuzuna göre komplikasyonsuz nullipar gebelere 10 izlem, komplikasyon görülmeyen multipar gebelerde 7 izlem önerilmektedir (NICE, 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre: Birinci gebelik izleminin gebeliğin ilk 14 haftası içinde yapılmasını önermektedir. Ancak gebe geldiğinde 14. gebelik haftasını geçirmişse, gebelik haftasına bakılmaksızın gebenin ilk izlemi olarak kabul edilir. İlk izlemde yapılması gerekli olan tüm prosedürler uygulanırken bunlara ilaveten gebelik haftasıyla uyumlu ek takip prosedürleri de uygulamaya alınır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018).

Tablo 4.4.1. ACOG, NICE, WHO ve Türkiye'de Her İzlem İçin Rutin Önerilenler

	Amerika (ACOG*)	İngiltere (NICE**)	Dünya Sağlık Örgütü (WHO***)	Türkiye (Sağlık Bakanlığı****)
Önerilen izlem sayısı	12-14	Nullipar 10 Multipar 7	4	4
Kilo, VKİ	+	-	-	+
Fundus yüksekliği	+	+	+	+
FKA	+	+	+	+
Kan Basıncı	+	+	+	+
Ödem	+	-	+	+

**ACOG. (2012). Guidelines for perinatal care. United States: American Academy of Pediatrics [and] the American College of Obstetricians and Gynecologists.*
***NICE. (2016). Antenatal care Quality standard. Britain.*
****DSÖ. (2016). WHO recommendations on antenatal care. World Health Organization.*
*****T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.*

Ülkeler arasında doğum öncesi bakım (DÖB) alma düzeyleri, ülkenin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerden Kanada ve Avustralya'da %98, İtalya'da %99, Fransa'da ise %100'dür. Gelişmekte olan

ülkelere bakıldığında bu oran Brezilya'da %97, Irak'ta %78, Hindistan'da %75'dir. Az gelişmiş ülkelere gelindiğinde ise Malezya'da %97, Pakistan'da %73, Afganistan'da %59'dur (The World Bank, 2017).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre; Türkiye'de kadınların %96'sı bir sağlık profesyoneli (doktor, ebe veya hemşire) tarafından doğum öncesi bakım almıştır. Yapılan araştırmalarda, bir kez DÖB alan herkes bakımın niteliği değerlendirilmeksizin DÖB almış kabul edilmektedir. Araştırmalar eğitim seviyesinin DÖB alma düzeyini etkilediğini göstermektedir. Eğitim almamış ya da ilköğretim mezunu olmayan kadınlarda DÖB alma oranı %93 iken, ortaokulu bitirmiş kadınlarda bu oran %98'dir. Kadınların %90'ı önerildiği gibi gebeliğin 4. ayından önce DÖB almışlar ve yine %90'ı dört ya da daha fazla DÖB almıştır. %81'i gebelik süresince demir ilavesi almıştır. DÖB alan kadınların hemen hemen hepsi kan basıncı ölçümü (%98), kan tahlili (%97), ultrason (%98) gibi temel DÖB hizmetlerinden yararlanmıştır. DÖB alan kadınların %81'i ise son doğumlarında tetanos aşısı olmuştur. 2017 Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün raporunda ülkemizde en az bir kez DÖB alma oranının %99,7'ye ulaştığı görülmüştür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

4.5. Gebelikte Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması

Gebelik ve doğum her ne kadar fizyolojik bir süreç olarak kabul edilse de bazı gebelerde gebelik öncesinde ya da gebelik sırasında ortaya çıkan birtakım riskler oluşabilmektedir. Bazen de ilave olarak hali hazırdaki riskler nüksedebilir ve perinatal dönemde maternal ve fetal sağlık üzerinde tehdit unsuru oluşturabilmektedir. Bu nedenle ebeler/hemşireler olası riskleri önceden tespit etmeli, izlemlerde risk değerlendirmesi yapabilmeli, gerektiğinde gebeleri ileri değerlendirme için yönlendirebilmelidir (Balkaya, 2014). Literatürde farklı risk sınıflamaları yapılmış olup gebelikte risk faktörleri biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörler olmak üzere üç başlık altında gruplandırılmıştır (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016).

Biyolojik risk faktörleri: Genetik hastalıklar, kromozom anomalileri, çoğul gebelik, grandmultiparite, ABO uygunsuzluğu, servikal yetmezlik, plasental anomaliler,

erken doğum, gebelikte görülen hipertansiyon, maternal kronik hastalık öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer enfeksiyon hastalıkları, beslenme bozuklukları, az ya da fazla kilolu olma ve infertilite öyküsüdür.

Psikosoyal risk faktörleri: Düşük sosyo-ekonomik düzey, 18 yaş altı ya da 35 yaş üstü gebelikler, yetersiz doğum öncesi bakım alma, sigara ve alkol alışkanlıkları, ilaç kullanımı ve şiddet öyküsüdür.

Çevresel risk faktörleri: Bulaşıcı hastalıklar, radyasyon ve strestir.

Yates ise gebelikteki risk faktörlerini; Gebenin genel sağlık durumu ve kronik hastalıklarını barındıran hazırlayıcı risk faktörleri, obstetrik faktörler, sosyo-ekonomik ve davranışsal faktörler şeklinde üç kategoride incelemiştir (Yates, 2010).

4.6. Gebelikte Risk Durumlarını Belirlemek İçin Kullanılan Ölçüm Araçları

Gebelikte riskli durumların belirlemesinde çeşitli ölçüm araçları kullanılmaktadır. Gebelikte görülen riskli durumları tanılamak amacıyla birtakım ölçme araçları geliştirilmiştir (Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2005; Kuru, 2007; Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018).

4.6.1. Knox risk değerlendirme formu

Knox Risk Değerlendirme Formu, 1993'te Knox ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenirliliği Kuru tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Maternal faktörler, obstetrik öykü, tıbbi öykü ve gebelikteki risk faktörleri şeklinde dört başlıktan oluşmaktadır (Kuru, 2007).

4.6.2. Hızlı risk değerlendirme formu

Perinatoloji Derneği tarafından geliştirilmiş bir formdur. Sağlık Bakanlığı risk değerlendirme formuna yakın özelliktedir. İçeriğindeki kısımlar*; "Obstetrik Öykü*", *"Şimdiki Gebelik", "Genel Sağlık Durumu"* ndan oluşur. Hızlı Risk Değerlendirme Formundakine ilaveten Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu'nun "*Obstetrik Öykü"* kısmında *"Erken doğum öyküsü (22-37 hafta arası)", "Anomalili bebek doğurma öyküsü", "Mevcut Gebelik"* kısmında *"Anemi öyküsü"* ve *"Genel Tıbbi Öykü"* kısmında *"Tiroid hastalığı", "Talasemi taşıyıcılığı"* maddeleri de

bulunmaktadır. Hızlı Risk Değerlendirme Formunun sonunda yer alan ifade *"Yukarıdaki sorulardan birine EVET cevabının verilmesi durumunda gebe 'Risk Taşımayan Gebe Grubu'ndan çıkarılmalıdır"* biçimindedir (Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2005).

4.6.3. Sağlık bakanlığı gebelikte risk değerlendirme formu

Sağlık Bakanlığınca uygulamaya sunulmuş ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşları için geçerli standart bir formdur. Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanmış *"Hızlı Risk Değerlendirme Formu"* revize edilerek *"Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu"* geliştirilmiştir. Formda tıbbi öykü, obstetrik öykü ve mevcut gebelik olmak üzere üç bölüm bulunmakta ve gebelerdeki riskli durumların saptanması amaçlanmaktadır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018).

Riskli ve yüksek riskli gebelikler, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve yenidoğan sağlığı açısından ciddi risklere neden olabilir. Bu gebelerin önerilen protokollere göre prenatal izlemlerinin yapılması ve doğumlarının ise tam donanımlı sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi gerekmektedir.

4.7. Doğum

Doğum eylemi, giderek sıklığı, şiddeti ve süresi artan uterus kontraksiyonlarının serviks dilatasyonunu tamamlamasıyla fetüs ve plasentanın uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Doğum normal vajinal ve sezaryen (abdominal) olmak üzere iki şekilde gerçekleşir (İnce, 2010).

4.7.1. Normal vajinal doğumun evreleri

Normal vaginal doğum 4 evreden oluşmaktadır. Bu evreler: *Birinci evre, ikinci evre, üçüncü evre* ve *dördüncü evre* olarak tanımlanır. Doğum eyleminin total süresi, nulliparlar ile multiparlar arasında değişiklik göstermekle birlikte 24 saati aşmaması gerekir. Dört evrede incelenen doğum sürecinin, her bir evresinin süresi de kendi arasında farklılık göstermektedir (Karaca Saydam, 2008; Yeşilçiçek Çalık, 2010; Taşkın, 2016).

Birinci Evre: Düzenli ve ritmik uterus kontraksiyonlarının görülmesiyle başlar, servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanmasıyla sona erer. Nulliparlarda ortalama 6-18 saat sürerken, multiparlarda bu süre 2-10 saattir. Bu evre latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olarak üç bölümde incelenir. Latent faz; çoğunlukla gebenin güçlü ve düzenli uterus kontraksiyonları hissetmesiyle başlar ve servikal açıklığın 4 cm'i bulmasıyla tamamlanır. Bu faz nulliparlarda yaklaşık 8-9 saat, multiparlarda ise 5-6 saat sürer. Latent fazın süresi nulliparlarda 20, multiparlarda ise 14 saati aşmamalıdır (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018). Latent fazdaki kontraksiyonlar hafif şiddetli olduğu için gebe ağrı ile baş edebilir, gergin ve endişeli haline rağmen iletişime açık olup duygularını ifade edebilir. Ebenin ya da doğumda yanında olacak kişinin/kişilerin desteği oldukça önemlidir. Gebe cesaretlendirilmeli, ağrıyla baş etmesi yönünde yardımcı olunmalı ve gerekli destek sistemleri sunulmalıdır (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Aktif faz; servikal açıklığın 4 cm'den 7 cm'ye gelinceye kadar geçen süredir. Aktif fazda kontraksiyonların sıklığı, süresi ve şiddeti artar. Bu faz nulliparlarda ortalama 5 saat sürerken multiparlarda 3 saati bulur (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Geçiş fazı; bu fazda servikal dilatasyon 8 cm'den 10 cm'ye ulaşır. Kontraksiyon aralıkları 2 dakikadan daha az olup 60-90 saniye sürer. Doğum kanalı içinde fetüsün ilerleyişi ve inişi artar (Karaca Saydam, 2008; Yeşilçiçek Çalık, 2010; Taşkın, 2016). Rektum üzerindeki basınç artarken, membranlar açılır ve kontrolsüz ıkınma meydana gelir. Anne adayı endişeli, yorgun ve bir o kadar huzursuz olabilir. Bütün enerjisini ağrıyla baş etmeye harcar. İletişime açık olmayabilir. Bu evrede söylenenleri algılamada güçlük, hiperventilasyon, terleme, bulantı, kusma ve hıçkırık görülebilir. Bu süreçte anne adayı yalnız kalmaktan korktuğu için yalnız kalmaması önemlidir (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

İkinci Evre: Bu evre birinci evrenin sonundan başlar ve bebeğin doğumu ile tamamlanır. Nulliparlarda 30 dakika-3 saat sürerken, multiparlarda ise 5-30 dakika arasındadır. Kontraksiyonlar kuvvetli olup 1,5-2 dakika aralıklarla gelir ve 60-90 saniye sürer. Fetal iniş perine kabarıncaya kadar sürerken fetüsün büyük bölümü retraksiyon halkasının altına kadar ilerler. Bu esnada karın kaslarının itici gücü ve diyafragma kasları birleşerek fetüsün dışarı atılmasına destek olur. Gebenin ıkınmasıyla birlikte itici güçler kuvvetlenir. Servikal dilatasyon ve efasman tamamlandığında ve ıkınma hissi geliştiğinde gebenin ıkınmasına izin verilmeli ve kendisini en rahat hissedeceği oturma, çömelme gibi farklı ıkınma pozisyonları önerilip desteklenmelidir. (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018). Fetal başın pozisyonu, kemik yapısı ve büyüklüğü doğum kanalından geçişi etkileyen faktörlerdir. Fetal baş vaginal kanalın orta kısmına geldiğinde pelvis boşluğuna ulaşmış olup, burada arasındaki uzaklık yaklaşık 10,5 cm olan iskial spinalar yer alır. Başın bu uzaklığı aşması artık doğuma çok az bir zaman kaldığının işaretidir. Bu evrede fetal başın rektuma yaptığı baskıya bağlı spontan ıkınma refleksi gelişir. Ikınmaya bağlı fetal başta ilerleme devam ederken, perine yassılaşıp öne doğru bombeleşir ve levator ani kasının lifleri gerilir. Her kontraksiyonda fetal baş vulvayı kabarttığı için perinenin kalınlığı 5 cm'den 2,4 mm'lik bir zar halini alır. Aynı zamanda kontraksiyonla anüs gerilir, uzar ve labialar ayrılır. Maternal itme kuvveti ve ilerletici kontraksiyonların yarattığı güçle fetal baş iyice aşağı iner. Kontraksiyonlar bittiğinde fetal başın geri kaçtığı gözlemlenebilir. Baş simfizis pubis altına doğru uzandığında doğum gerçekleşir. Baş doğduktan sonra önce ön omuz, sonra arka omuz ve en son olarak tüm vücudun doğumu gerçekleşir (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Üçüncü Evre: Bu evre bebeğin doğumu ile başlayıp plasentanın atılmasıyla son bulur. Plasenta kılcal damarlarda kanama ve mevcut kontraksiyonlarla uterin duvardan ayrılır. Bu evre plasental ayrılma fazı ve plasental atılma fazı şeklinde ikiye ayrılır. Her iki fazda uterin kontraksiyonları izleyerek oluşur. Kontraksiyonlar plasenta ve membranlar uterus duvarından tamamen ayrılıncaya kadar sürer. Bebeğin doğmasıyla beraber uterin kavitenin boyutunda azalma ve plasental ayrılma süreci

başlar. Eş zamanlı başlangıç gösteren uterus kontraksiyonları sayesinde plasenta vazifesini tamamlayarak uterustan ayrılır (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018). Bu evre ideal ölçülerde 5-10 dakika sürmekte 30 dakikayı aşması durumunda postpartum kanama riskini arttırmaktadır. Doğumu başlayan plasenta kendi ağırlığıyla saat yönünde tüm zarları gelene kadar döndürülür. Son olarak zar ve kotiledon kontrolü yapılarak anneye ihtiyacı olan bakım sağlanır. Varsa epizyotomi tamiri yapılarak anne hayati fonksiyonlar, fundus ve kanama takibi açısından değerlendirilir (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; MacDonald ve Johnson, 2017; Church, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Dördüncü Evre: Bu evre plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içeren son evredir. Bu dönemde özellikle fiziksel olarak hızlı bir şekilde gebelik öncesi döneme dönüş başlandığı bilinmektedir. Normal doğumdaki kan kaybı ortalama 500 ml'dir. Uterin kontraksiyonlar devam ederken fundus genellikle umblikus ile simfizis pubis arasında sağ ya da sol hattadır. Kasılmalarla birlikte plasentanın ayrıldığı bölgede yer alan damar sinüsleri kapanır. Serviks doğumu takiben yaygın bir görüntü alır ve kalınlaşır. Doğumda gelişen bazı komplikasyonlar dördüncü evrenin uzamasına neden olabilir. (Taşkın, 2016; Bal ve Yılmaz, 2017; Karaman, 2017).

4.7.2. Sezaryen doğum

Sezaryen doğum; 20. gebelik haftası üzerindeki fetüsün plasenta ve ekleriyle birlikte karın duvarı ve uterusa yapılan bir kesiyle doğurtulması işlemidir (Çakır, 2009; Derya, 2012; Cantürk, 2018). Bu kesi klasik ve alt segment transvers olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Klasik sezaryen, abdominal kesinin vertikal olarak uygulandığı ve günümüzde daha az tercih edilen, alt segment transvers (Kerr) insizyon modeli ise komplikasyonları daha az olup en sık uygulanan kesi yöntemidir (İnce, 2010; Derya, 2012; Cantürk, 2018). Sezaryen doğum şekli, normal vaginal doğumun maternal ve/veya fetal açıdan riskli olduğu, gebeliğin sonlandırılmasının gerekli olduğu, ancak doğum için ihtiyaç olan uyarılma oluşmadığı, distosi veya fetal profilin vajinal doğum için belirgin risk oluşturduğu, acilen süratle doğumun

gerçekleşmesi gerektiği ancak vajinal yolun elverişsiz olduğu durumlarda endikedir (Cunningham, 2016; Işıtan, 2017). Bunlar fetal distres, fetal prezantasyon anomalileri, fetal anomaliler, baş-pelvis uyumsuzluğu, fetal makrozomi, çoğul gebelikler, geçirilmiş uterus cerrahisi, sistemik hastalıklar, vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar, uzamış eylem, kord prolapsusu, plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa gibi vajinal doğumun kontrendike olduğu durumlardır (Çakır, 2009; Derya, 2012; Cantürk, 2018).

4.8. Travma

Kişiyi korkunun ve çaresizliğin en üst sınırlarına taşıyan oldukça sıkıntılı bir haldir (Gölge, 2005). Kelime anlamı; psikolojide *"sarsıntı",* tıpta ise *"bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme"* olarak açıklanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2019). Travma bireyin bedenini ve sosyal çevresini tehdit eden, mağduriyetine yol açan bir durumdur. Travmatik olgular incelendiğinde bireylerin sıradan olumsuzluklara karşı farklı boyutlarda şiddet, tehdit ya da ölüme yaklaşma tepkileri söz konusudur (Gölge, 2005). DSM-IV travmatik olayı; *'kişinin, ölüm, ciddi şekilde yaralanma ya da tehdit içeren olay (ları) yaşaması, tanık olması veya karşı karşıya olması', kendisinin ya da bir başkasının fiziksel tehditle karşı karşıya kalması durumunda, korku ve çaresizlikle oldukça güçlü duygusal reaksiyon göstermesi* şeklinde tanımlamaktadır (Aşçıbaşı, Çökmüş ve Aydemir, 2017; Boorman ve ark.., 2014). DSM-IV'de belirsiz bir fiziksel tehdit, DSM-V'de yaşam ya da beden üzerinde bir tehdit şeklinde tanımlanmış aynı zamanda travma yaratan olaylara direkt maruz kalınmasa bile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülebileceği bildirilmiştir (North ve ark., 2016). Bireylerin doğrudan travmayla karşı karşıya kalmaları *"birincil travma",* travmaya maruz kaldıkları süreçlere kasti ya da istemeden tanıklık ederek travma stresine maruz kalmaları ise *"ikincil travma"* olarak açıklanmaktadır. İkincil travmalarda oluşan negatif durumların, birincil travmanın yarattığı tepkilere benzer ya da birebir olduğu öngörülmektedir (Pak, Özcan ve Çoban, 2017).

4.8.1. Travmatik doğum algısı

Kadınların doğumu tanımlama, anlamlandırma ve algılama biçimleri doğuma ilişkin beklentilerini etkilemektedir. Normal bir süreç olan doğuma karşı kadında olumlu ya da olumsuz beklentiler oluşur. Doğum algısı, kadının bireysel özellikleri, doğum deneyimi ve toplumun kültürel değerleri gibi birçok faktörün etkisi altındadır (İsbir ve İnci, 2014). Travmatik doğum, birtakım doğum deneyimlerini ve negatif psikolojik tepkileri ifadelemek amacıyla kullanılan kompleks bir kavramdır. Anne ya da bebeğine zarar verebilecek fiziksel travma dahil olabilir veya fiziksel travma olmadığı hallerde de gelişebilir (Greenfield, Jomeen ve Glover, 2016). Reed ve ark. (2017)'da; *"Anneye veya bebeğine gerçek veya tehdit edici yaralanma veya ölüm"* algısı olarak bildirmiştir (Reed ve ark., 2017).

4.8.2. Travmatik doğum algısına neden olan faktörler

Son yirmi yılda, maternal ve fetal sağlığı iyileştirmek, doğum eylemini başlatmak, süreci hızlandırmak, düzenlemek ve izlemek adına farklı doğum uygulamalarında kritik bir artış görülmektedir. Tüm bu uygulamalar, doğumun tıbbileştirilmesi, kadının doğurma yeteneğinin engellenmesi ve doğum deneyiminin olumsuz değerlendirilmesine neden olmaktadır (World Health Organization, 2018). Bu gelişmeler doğrultusunda, günümüz toplumlarında doğum, riskli bir süreç olarak algılanmakta ve girişimsiz yapılamacağı düşüncesi kabul görmektedir (Karaman ve Yıldız, 2018). Günümüzde kadınların zor ve travmatik doğum deneyimlerinin ilerleyen zamanlarında bir dizi kalıcı ve ciddi komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir. Bunlar suçluluk duygusu, duygusal olarak yüksek endişe ve panik ataklara kadar ilerlemektedir (Fenech ve Thomson, 2014). Doğumlarını travmatik algılayan kadınlar, doğum anını, korku ve dehşet dolu bir anı ve çaresizlik şeklinde tanımlamaktadır. Travmatik doğum algısı, doğum eyleminin devamlı hatırlanmasına, kabuslar görülmesine ve doğum anının tekraren yaşanmasına neden olmaktadır (Yalnız ve ark., 2016).

Doğumun travmatik algılanmasına sebep olan durumlar iki şekilde incelenebilir;

1. *Fiziksel Travma:* Doğumda gelişebilen maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyebilecek perineal yırtıklar, enfeksiyonlar, müdahaleli doğum, fundal bası, hemoraji, ilk doğum, doğum ağrısı, epizyotomi, acil sezaryen, fetal hipoksi, fetal anomali ya da prematürite, küretaj öyküsü, menstruasyonla ilgili sorunlar özellikle cinsel istismar gibi durumlar sıralanabilir (Ayers, 2004; İsbir ve İnci, 2014)
2. *Duygusal Travma:* Kadınların içsel korkuları, yetersiz sosyal destek, kötü doğum deneyimi, doğum ağrısına bağlı gelişebilecek kontrol kaybı düşüncesi, negatif doğum hikayeleri, yetersiz antenatal bakım, istenmeyen ya da plansız gebelik, kötü doğum ortamları, intrapartum dönemde sağlık personelinden yeterli destek alamama, bilgi ve iletişim yetersizliği gibi durumlar sıralanabilir (İsbir ve İnci, 2014).

Travmatik doğum algısına neden olan faktörlerde çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Bunlar;

- *Sosyo-demografik faktörler,*
- *Prepartum döneme ilişkin faktörler,*
- *Intrapartum döneme ilişkin faktörler,*
- *Postpartum döneme ilişkin faktörler,*
- *Diğer faktörlerdir.*

4.8.2.1. Sosyo-demografik faktörler

Adölesan yaş grubundakiler ile ilk gebeliği olan kadınlarda bilinmezliğin yarattığı stres ve endişe doğumun negatif algılanmasına neden olur. Trabzon ilinde multiparlar üzerinde yapılmış bir çalışmada, anne adayının yaşı, evlilik süresi, toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı artıkça travmatik doğum algısında azalma görülmüştür (Aktaş, 2018). Elde edilen bu veriye göre, kadınların yaşı, evlilik süresi ve sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça stresle başa çıkma ve kontrol etme gücünün arttığı ve doğumu daha az travmatik algıladıkları belirtilmektedir. Literatürde kadınlarda eğitim seviyesi düştükçe travmatik doğum algısı düzeylerinde artış olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, yüksek eğitim seviyesinin de doğumun travmatik algılanmasına neden olabildiğine dair çalışma mevcuttur

(Stankovic, 2017). Aynı zamanda çok düşük gelir seviyesine sahip, sosyal güvencesi bulunmayan, savaş ve doğal afetler nedeniyle göç etmek zorunda kalan, lisan sorunu ve kültürel farklılıkları olan gebelerin doğumlarını travmatik algıladığı bildirilmektedir (Yildiz, Ayers ve Phillips 2017; Laursen, Hedegaard ve Johansen 2008; Anderson 2017).

4.8.2.2. Prepartum döneme ilişkin faktörler

Prepartum dönemde doğum algısı gebe ve ailesinin gebelikten beklentileri ve bu beklentilerinin gerçekleştiği oranda şekillenmektedir (Aktaş ve Pasinlioğlu 2017). Nulliparite, adölesan gebelik, plansız veya istenmeyen gebelik, cinsel istismar, doğumla ilgili olumsuz düşünceler, yetersiz antenatal bakım, yetersiz psikososyal destek ve/veya yetersiz algılanması, mevcut veya önceki gebeliklerinde riskli gebelik varlığı, yardımcı üreme teknikleriyle gebelik, ileri yaş gebelik ve doğumla ilgili bilgi eksikliği travmatik doğum algısına neden olan faktörlerdir (Yildiz ve ark., 2017; Hodnett 2002; Çiçek ve Mete 2015).

4.8.2.3. İntrapartum döneme ilişkin faktörler

Mucizevi ve heyecan dolu bir bekleyişin son istasyonu olan doğum, mutlulukla müjdelenme ve anne/babanın yavrusuna kavuşma anı olarak kabul edilse de bu yolda yaşanan ağrı, acı ve kontrol kaybı gibi düşünceler doğumun travmatik algılanmasına neden olabilmektedir (İsbir ve ark., 2016; Aktaş ve Pasinlioğlu 2016). Intrapartum dönemdeki temel risk faktörleri; daha önceki olumsuz bir doğum deneyimi, doğum şekli, doğum ağrısı, doğumun gerçekleşeceği ortam, doğumda verilen bakımın yetersizliği, kendisi ya da bebeğinin öleceği düşüncesi ve acil sezaryana alınma olasılığının yaratmış olduğu endişedir. Yapılan bir araştırmada önceki doğum şekli normal vajinal doğum olan ve doğumda girişim uygulanmış (oksitosin, epizyotomi, fundal bası) gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri ile doğumda girişim uygulanmamış ve sezaryen olmuş multipar gebelere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yalnız ve ark., 2016; Aktaş ve Aydın 2017).

Travmatik doğum algısına neden olan bir diğer faktör ise doğumun ikinci evresindeki fundal bası uygulamasıdır. Fundal bası, geleneksel bir uygulama olup, sert uygulandığında acı, abdominal bölgede morarmalar, stres, korku, travma gibi

fiziksel ve psikolojik yakınmalara neden olmaktadır (Berghella, Baxter ve Chauhan 2008). Doğumda fundal bası uygulanmış annelerle yapılan bir çalışmada annelerin bazıları; ebelerin fundal basıyı çok sert uyguladığını, oldukça korktuklarını, doğumdan sonra hastanedeyken rüyalarında gördüklerini ve bağırarak korku içinde uyandıklarını söylemişlerdir. Doğumun travmatik olarak algılanmaması için kanıt temelli olmayan bu uygulamanın terk edilmesini gerektirmektedir (Aktaş ve Aydın 2017).

4.8.2.4. Postpartum döneme ilişkin faktörler

Biten bir doğumun ardından yaşananları algılama, değerlendirme ve travmatize etme ya da red etme süreci postpartum dönemde de tüm gücüyle devam eder. Bu dönemde sosyal desteğin, psikolojik yenilenmede etkili olduğu belirtilmektedir (Gamble ve Creedy 2009). Sosyal destek algısı zayıf olan gebelerde, postpartum dönemde travma semptomlarında artış olduğu izlenmiştir (Soet ve ark., 2003). Eşlerinden gördüğü duygusal desteği yüksek düzeylerde algılayan kadınlarda ise travma sonrası stres semptomlarına daha az rastlandığı belirtilmiştir (Lemola ve ark., 2007; Iles ve ark., 2011). Kadınların doğum tecrübelerini sağlık profesyonelleriyle paylaşmayı önemsedikleri ve bunu kendileri için bir destek sistemi olarak düşündükleri belirtilmektedir. Maalesef ki kadınların büyük kısmı sağlık personelinin doğumla ilgili duygularıyla ilgilenmediği, hissettiklerini ifade ettiklerinde de tam olarak anlaşılmadıkları şeklinde açıklamalar yapmışlardır (Creedy ve ark., 2000). Yapılan bir araştırmada; önceki vajinal doğumu ebe tarafından gerçekleştirilen ve ebeyle olan iletişimden memnun kalan ve yine doğumunu aynı ebeyle yapmak isteyen gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri düşük çıkmıştır (Aktaş, 2018). Doğum sürecinde empati duyulmadan yapılan bir iletişim gebelerde travmatik algıya neden olabilirken sezaryen taleplerini de artırmaktadır (Stankoviç, 2017).

4.8.2.5. Diğer faktörler

Günümüz medyası, anlatılan olumsuz doğum hikayeleri, aşırı doğum korkusu, cinsel istismar, göçler, afetler, ruhsal ve fiziksel travmalar travmatik doğum algısının ortaya çıkmasına neden olan faktörlerdir (Anderson, 2017; Elmir ve ark., 2010). Aksoy tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış

kişilerde %12 oranında doğum korkusu geliştiği bildirilmiştir (Aksoy, 2015). Doğum korkusu, travmatik doğum algısı gelişmesine neden olan en önemli risk faktörüdür (Tan ve ark., 2013).

4.8.2.5.1. Doğum korkusu

Korku normal şartlarda bireyin korunması ve güvenliğinin sağlanması adına geliştirilmiş normal ve fizyolojik bir tepkidir. Doğum korkusu, doğum öncesinde, doğum sırasında veya doğum sonrasında yaşanan doğum sürecine ilişkin korku şeklinde ifade edilmektedir (Wijma ve Zar, 1998). Doğum korkusu, belli bir dereceye kadar kadınların doğuma hazır oluşunda faydalı olabileceğinden, *"sağlıklı"* olarak değerlendirilebilir. Ancak, korkular ket vurucu ve dehşet verici boyutlara ulaşırsa, bireyde fiziksel ve duygusal sorunlar ve *"tokofobi"* gibi spesifik patolojilere yol açabilir (Scollato ve Lampasona, 2013). Kadınlar doğum anında ölüm korkusu yaşarlar. Doğum sırasında yaşadığı endişe veya ölüm korkusunun gebelik öncesi var olması ve doğumdan kaçınılması durumunda ise *"tokofobi"* gelişebilmektedir. *"Tokofobi"* tıbbi olarak, bir kısım kadınlarda korkuyla birlikte gelişen, yoğun anksiyete ve anneliği istemelerine karşın, gebelik ve doğumdan kaçınmalarını ifadelemede kullanılmıştır (Scollato ve Lampasona, 2013). Tokofobi, kadınları çocukluk çağından yaşlılık dönemine dek etkileyebilmektedir (Hofberg ve Ward, 2003). Tokofobiyi ölçmek için, 2009 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek geliştirilmiştir (Körükcü, 2009).

4.8.2.5.1.1. Doğum korkusunun sınıflandırılması

Doğum korkusu (tokofobi); patolojik doğum korkusu şeklinde ifade edilerek *primer, sekonder ve prenatal depresyon tokofobisi* şeklinde üç kategoride incelenmektedir (Kitapçıoğlu ve ark., 2008; Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Primer tokofobi: Hayatı boyunca gebelik geçirmemiş olan kadınlarda görülen doğum korkusudur (Alessandra, 2013). Bu kadınlar, gebelik istemeyebilir hatta gebe kaldıklarında gebeliği sonlandırma veya sezaryenla doğum yapma isteğinde bulunabilirler (Alessandra, 2013; Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Sekonder tokofobi: Travmatik bir obstetrik deneyim sonrası ortaya çıkan tokofobi türüdür (Alessandra, 2013). İki ve daha fazla gebelik geçirmiş kadınlar, önceki doğum deneyimleri kötü ve travmatik ise, yaklaşan doğumla ilgili korku yaşayabilmektedirler. Etyolojisinde travmatik vaginal doğum, abort ve mort fetüs olabilir (Uçum ve Kitapçıoğlu, 2010).

Prenatal depresyon belirtisi olarak tokofobi: Bu tokofobi türünde doğum öncesi anne adaylarında depresif tutumlar gelişir ve doğumda bebeğinin başına bir şey geleceği korkusu, bebeği sağlıklı bir biçimde dünyaya gelse de onu kaybedeceği düşünceleriyle doğumdan kaçmaya kadar varabilir (Alessandra, 2013; Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2017).

4.8.2.5.1.2. Doğum korkusunun prenatal, natal ve postnatal dönem üzerine etkileri

Doğum korkusu, prenatal, natal ve postnatal dönemle ilgili birçok istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır. Prenatal dönemde doğum korkusu; gebelerin uykuya dalmakta güçlük çekmesine, kâbus görmelerine ve yaşamış oldukları korkular yüzünden isteğe bağlı sezaryen oranının artmasına, beraberinde maternal depresyon, anne-bebek bağlanması ile ilgili sorunlara ve laktasyonun gecikmesine neden olmaktadır. Anne adaylarını tüm bunlardan korumak için önerilen ilaçlar ise bebekte ciddi sorunlar yaratabilimektedir. Yüksek düzeyde korkunun yenidoğanda düşük Apgar skoruna neden olduğu belirtilmektedir (Gönenç, 2013; Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2017). Smorti ve ark. (2019) gebelerdeki depresif durumun prenatal bağlanma ve yenidoğan Apgar skorunu kötü etkilediğini belirtmişlerdir (Smorti ve ark., 2019).

Doğum korkusunun; doğum eyleminde ağrı toleransında azalmaya, analjezi ihtiyacında artışa, eylemin uzamasına, girişimli doğum oranlarında artışa, sezaryen doğuma, anne-bebek bağlanmasında gecikmeye, emzirme sorunlarına, yenidoğana ilişkin sorunlara, postpartum depresyona ve posttravmatik stres sendromuna neden olduğu belirtilmektedir. Çok sayıda anne adayı, doğumun bilinmezliğinin neden olduğu korku ve ağrılara bağlı bebeğine zarar geleceğini düşünür hatta bebeğini kaybetme korkusu yaşar. Bu gebeler, spontan vajinal doğumda başarılı

olamayacaklarını düşündükleri için sezaryen doğumu tercih ederler. Bu nedenle doğum korkusu son yıllardaki sezaryen oranlarındaki artışta büyük rol oynamaktadır. Nitekim Aksoy (2015) yapmış olduğu çalışmada da doğum korkusunun isteğe bağlı sezaryen oranlarında artışa neden olduğunu bildirmektedir (Aksoy, 2015).

Doğum korkusu; yaşça küçük, ekonomik özgürlüğü olmayan, eğitim seviyesi düşük, sosyal desteği az ve doğumla ilgili herhangi bir danışmanlık almamış primipar gebelerde yüksektir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin tutumu, doğumda yapılan müdahaleler, mental sağlıktaki bozukluk, cinsel taciz öyküsü, anksiyete öyküsü ve özyetersizlik algısı kadının doğumdan korkmasına sebep olmaktadır (Aksoy, 2015; Ayers, 2014; Mete, 2013). Nullipar kadınlarda doğum korkusu daha çok görülmesine karşın, multipar kadınlarda ise daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir (Ayers, 2014; İsbir ve İnci, 2014). Önceki riskli gebelik öyküsü ve negatif doğum deneyimleri doğum korkusuna neden olan faktörlerdir. Kötü ya da travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınların sonraki gebeliklerinde doğum korkusunun beş kat arttığı saptanmıştır (Ayers, 2014). Ayrıca geçirilmiş acil sezaryen, operatif vajinal doğum, ölü doğum, abortus ya da anomalili bebek doğurma gibi sorunlar yaşanması doğum korkusunun gelişmesine yol açan faktörlerdir (Aksoy, 2015). Doğum ile ilgili korkuların ortaya çıkmasında sağlık profesyonellerinin yaklaşımları ile birlikte antenatal dönemde verilen danışmanlık ve bilgilendirmede oldukça etkili olmaktadır (İsbir ve İnci, 2014).

4.9. Travmatik doğum algısında ebelik yaklaşımı ve mesleki katkısı

Kadınlığın simgesi olan doğumun, travmatik bir deneyim olarak algılanması, beraberinde gelişecek psikolojik sorunlar anne, bebek, diğer aile üyeleri ve gelecek nesiller üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu sebeple doğumu deneyimleyen kadınların ve sonraki nesillerin, doğumu doğal olumlu bir deneyim olarak algılaması oldukça önemlidir (Nyberg ve ark., 2010; İsbir ve İnci, 2014; Simpson ve Catling, 2016). Travmatik doğum algısı değerlendirilmez ve tedavi edilmezse, kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını bozarak anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde tehdit oluşturur (Garthus Niegel ve ark., 2013). Aile ilişkilerinde bozulma, laktasyonda azalma ve uzun vadede bu annelerin çocuklarında, duygusal, bilişsel ve

davranışsal problemlere sebep olabilmektedir (Hodnett, 2002; Aktaş, 2018; İsbir ve İnci, 2014; Aydın ve Yıldız, 2018). İlaveten travmatik bir doğuma yol açabileceği gibi postpartum süreçte depresyon, anne-bebek bağlanmasında aksama ve posttravmatik stres bozukluğuna sebebiyet verebilmektedir (Uçar ve Gölbasi, 2015).

Travmatik doğum algısı üzerinde etkili olan faktörler, kadınlarda doğum korkusu ve isteğe bağlı sezaryen oranlarında artışa neden olmaktadır. Son yıllarda tüm dünya ülkelerinde sezaryen ile doğum oranı önemli ölçüde artmış ve bu durum anne çocuk sağlığı ile toplum sağlığı üzerinde endişe verici bir hal almıştır (Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Türkiye, OECD ülkeleri içinde en yüksek sezaryen oranlarına sahip olan ülkeler arasında yer almaktadır (OECD, 2016). Travmatik doğum, ekipte yer alan tüm sağlık profesyonellerini doğrudan ilgilendiren bir durumdur (Nyberg ve ark., 2010; İsbir ve İnci, 2014; Simpson ve Catling, 2016). Sağlık sunucularının etik, yasal ve profesyonellik çerçevesinde güvenli ve saygılı bir bakım sunma mecburiyeti bulunmaktadır (Reed ve ark., 2017). Ekibin tüm üyeleri; iyi bir iletişime, dayanışma ruhuna sahip, doğumun doğal seyrini korumacı, doğumla ilgili kendi korkularından arınmış ve tüm kadınların bu deneyimi pozitif hatırlamalarını hedef edinmiş olmalıdır (Nyberg ve ark., 2010; İsbir ve İnci, 2014; Simpson ve Catling, 2016). Kadınlardaki travmatik doğum algısını azaltmak ve bu algının oluşmasını engellemek için ebelerin;

- Gebeliğin erken dönemlerinde, uygun tarama yöntemleriyle travmatik doğuma neden olabilecek risklerin/durumların önceden tespit edilmesi ve bu yönde tedbirlerin alınması (psikolojik destek, ilaçla tedavi gibi),
- Gebelerin doğuma hazırlık eğitimlerinden faydalanmalarını sağlayarak, vajinal doğumla ilgili travmatik endişelerinin/korkularının azaltılıp vajinal doğuma teşvik edilmesi,
- Kadınlarda pozitif doğum algısı yaratacak ideal doğum ortamlarının oluşturulması,
- Doğuma yardımcı sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin güçlendirilmesi,

- Doğumda travma etkisi yaratabilecek, endike olmadıkça istenmeyen müdahalelerden kaçınılması (epizyotomi, fundal bası, sentetik oksitosin vb),
- Travmatik doğumlara yaklaşım konusunda eğitim almaları önerilmektedir.

Temel yaklaşımda amaç; öncelikle travmatik doğuma yönelik risk faktörleriyle ilgili kadınların değerlendirilmesi, risklerin/sorunların erken dönemde tespit edilmesi, gerekli tedbirlerin alınması ve ihtimal travma riskini azaltmak için doğumda gebeye gelişmiş duygusal destek sağlanmasıdır. İlerleyen süreçlerde karşılaşılabilecek olumsuzlukların önlenmesi adına ebelere düşen önemli sorumluluğun farkındalığı ve uygulanabilirlik düzeyi de amaçlanan hedefler arasındadır (Nyberg ve ark., 2010; İsbir ve İnci, 2014; Simpson ve Catling, 2016, Reed ve ark., 2017).

Ebelerin bu doğrultuda sunacağı profesyonel bakım, kritik düzeydeki sezaryen oranlarında azalma ve anne-yenidoğan sağlığında yükselme konularında büyük kazanımlar sağlanacaktır. Aynı zamanda travmatik doğum algısı yerine toplumda olumlu bir doğum algısının yerleşmesi, doğumun elçisi olan ebelik mesleğinin imajını yükseltecek ve ebeleri mesleki doyuma ulaştıracaktır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin travmatik doğum algısını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte klinik bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ek Hizmet Binası Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Doğumhanesinde (Ocak 2020 - Mayıs 2020) tarihleri arasında yapılmıştır. Hastanenin Acil Kadın Hastalıkları ve Doğumhane kliniği Ağustos 2018'de Şişli yerleşkesinden Sarıyer Hamidiye Etfal yerleşkesine taşınmış olup poliklinik ve yataklı servisleri ile hizmet vermektedir. Sarıyer yerleşkesinde 3 adet yataklı servis, doğumhane ve acil kadın doğum birimi bulunmaktadır. Yatakları servisler; yataklı gebe ve lohusa servisi, yataklı jinekoloji servisi ve yataklı onkoloji servisinden oluşmaktadır. Sarıyer yerleşkesinde haftanın 5 günü 2 jinekoloji polikliniği, 2 obstetri polikliniği ve 1 yüksek riskli gebe poliklinikleri ile 16 kadın doğum uzmanı ve 2 perinatoloji uzmanı hizmet vermektedir. Sezaryen doğumların gerçekleştirildiği iki ameliyathane mevcuttur. Doğumhanede 2 TDL, 2 travay odası şeklinde toplam 6 yatak, 4 doğum masası, her bir odada Elektronik Fetal Monitör (EFM) ve bir radyant ısıtıcı bulunmaktadır. Yenidoğan bebekler için doğumhanede bebek bakım odası mevcut olup, doğumhanede toplam 12 ebe görev yapmaktadır.

Doğumhanenin işleyişi;

Doğum için başvuran gebeler önce gebe polikliniklerinde veya acil kadın doğum polikliniğinde değerlendirilmekte, yatış kararı alınanlar ise kadın doğum acil bölümünde yatış işlemleri başlatılarak doğumhaneye transfer edilmektedir. Doğumhaneye kabul edilen gebeler yatağına alınarak yatış işlemlerine devam edilmektedir. Yatış işlemleri esnasında anamnez formu doldurulmakta, damar yolu açılmakta ve doğumhane önlüğü giydirilmektedir. Odalarda tuvalet, banyo ve

televizyon bulunmaktadır. Oda girişinde kapıya paralel perde bulunmakta hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.

Araştırmanın bu kurumda yapılmasının temel nedeni; araştırmacının bu kurumda görev yapıyor olmasıdır. Araştırma için S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan gerekli etik izin (28.05.2019- Karar No:1266) (Ek-1) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (17.01.2020- 71211201-1900220013) (Ek-2) alınmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini (Kasım 2018 – Nisan 2019) tarihleri arasında İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ek Hizmet Binası Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Doğumhanesinde gerçekleşen (Normal vaginal doğum: 260) (Sezaryen: 137) bütün primipar doğumlar oluşturmuştur.

5.3.2. Araştırmanın örneklemi

Araştırmanın örneklemine; doğum (vaginal/sezaryen) için yatışı yapılan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan aynı zamanda araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler alınmıştır. Örneklem büyüklüğü; tanımlayıcı olarak tasarlanan çalışma benzer özellik taşıyan çalışmalar baz alınarak yapılan Power analizi (G*Power 3.1.9.2) sonucunda örneklem sayısı her bir grup için minimum 78 olmak üzere toplam 156 olarak saptandı. Kayıplar göz önünde bulundurularak toplam 172 (Deney:86 Kontrol:86) kişi ile çalışma yapılması planlandı.

5.3.3. Araştırmaya alınma kriterleri

Düşük Riskli Gebe Grubu	Yüksek Riskli Gebe Grubu
18 – 40 yaş arası,	18 – 40 yaş arası,
İletişim problemi olmayıp okuma-yazma bilen,	İletişim problemi olmayıp okuma-yazma bilen,
38 hafta ve üzeri vaginal/sezaryen doğum için yatışı yapılan,	38 hafta ve üzeri vaginal/sezaryen doğum için yatışı yapılan,
Nullipar,	Nullipar,
Yüksek riskli gebeliği olmayan düşük riskli gebeler	Yüksek riskli gebeliği olan yüksek riskli gebeler,
Araştırmaya katılmayı kabul ederek onam alınan gebeler.	Araştırmaya katılmayı kabul ederek onam alınan gebeler.

5.3.4. Araştırmadan dışlanma kriterleri:

Düşük Riskli Gebe Grubu	Yüksek Riskli Gebe Grubu
Multiparite,	Multiparite,
Çalışmaya katılmak için onam vermeyen veya verdikten sonra vazgeçenler.	Çalışmaya katılmak için onam vermeyen veya verdikten sonra vazgeçenler.

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

- ***Bağımlı Değişkenler***: Gebelerin risk durumları, durumluk ve sürekli kaygı durumları, travmatik doğum algıları.

- ***Bağımsız Değişkenler***: Gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, yaşadığı aile tipi…vb.), obstetrik özellikleri (gebelik haftası vb.), gebelerin doğuma ilişkin görüşleri (kaygı, korku, kendilerini hazır hissetme durumları...vb.)

5.5. Veri Toplama Araçları ve Araştırma Akış Şeması

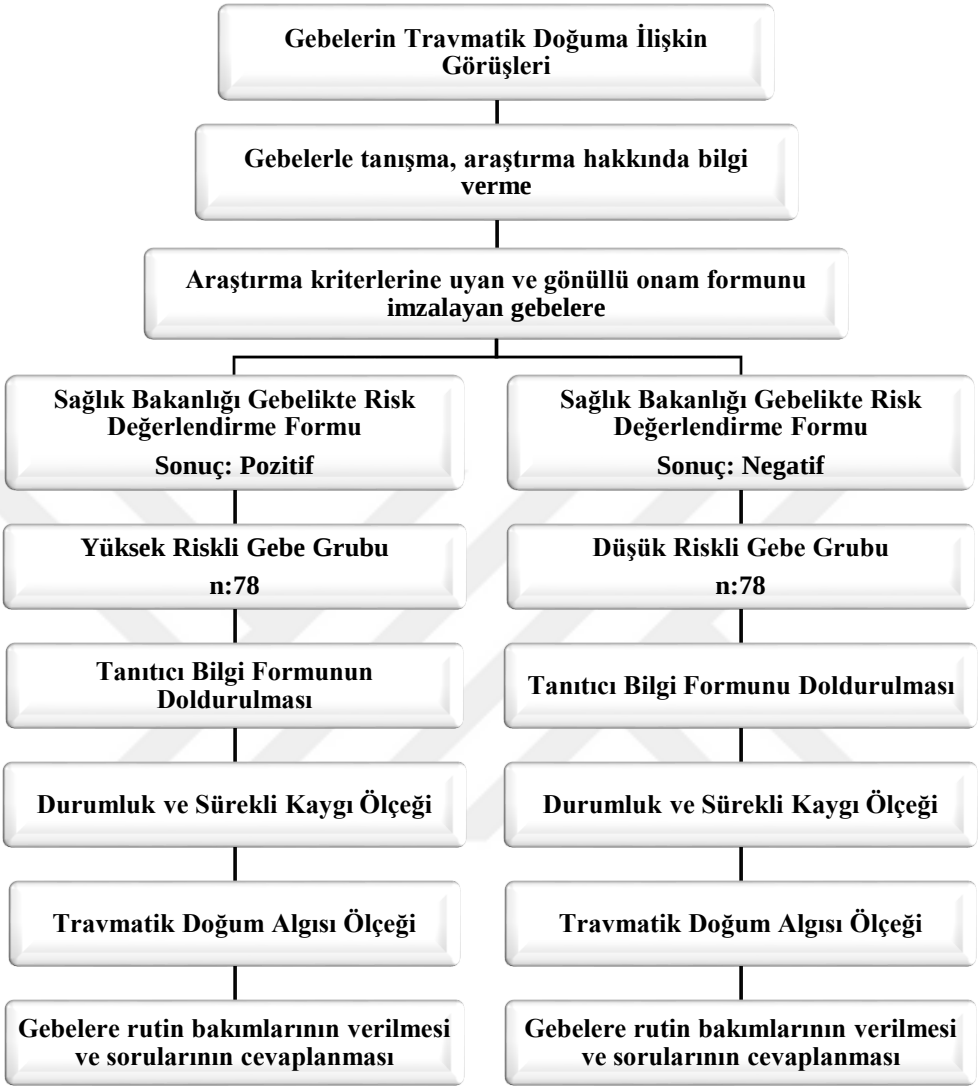
- Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (Ek-3)
- Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4)
- Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) (Ek-5)
- Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) (Ek-6) ile toplanacaktır.

Araştırma verileri toplamadan önce, çalışmanın yapıldığı hastaneden etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra, çalışma konusunda gebeler bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veriler İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ek Hizmet Binası Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi doğumhane birimine yatışları yapılan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya gönüllü katılan gebelerin katılımı ile toplanmıştır. Veri formları, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Çalışma iki adımda gerçekleştirilmiştir;

Çalışmanın birinci adımı: Doğum kliniğine yatışı yapılan gebelere araştırma konusunda bilgi verilmesi, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya gönüllü katılan gebelerden sözlü ve yazılı onamların alınması ve gebelere *"Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (Ek-3)*" düşük riskli ve yüksek riskli grupların belirlendiği ilk aşamadır.

Çalışmanın ikinci adımı: Her iki gruptaki gebeye *"Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4)", "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-5)"* ve *"Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (Ek-6)"* uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması akış şemasında gösterilmiştir (**Şekil 1).**

Şekil 1. Araştırma Akış Şeması



5.5.1. Sağlık Bakanlığı gebelikte risk değerlendirme formu (Ek-3)

Sağlık Bakanlığı tarafından standardize edilerek ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında kullanılmakta olan standart bir formdur. Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanan *"Hızlı Risk Değerlendirme Formu*" revize edilerek *"Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu"* oluşturulmuştur. Bu form, obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öykü olmak üzere üç bölümden oluşmakta ve gebelerdeki riskli durumlarını saptamayı amaçlamaktadır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

Genel Müdürlüğü. Ankara – 2018. S:25-40). Çalışmada Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

5.5.2. Gebe tanıtıcı bilgi formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-3), gebelere ait sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, gebenin eğitim durumu, gelir durumu ve aile tipi), genel sağlık alışkanlıkları (sistemik/kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı), obstetrik özellikleri (şimdiki ve geçmiş gebeliklere ait bilgiler, gebeliğinde risk faktörü varlığı, sosyal destek düzeyi) ve doğum süreci hakkındaki görüşlerinden oluşan kapalı ve açık uçlu olmak üzere toplam 43 sorudan oluşmaktadır. Tanıtıcı Bilgi Formu araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme tekniği, ölçüm ve gözlem yolu ile doldurulmuştur.

5.5.3. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği (DSKÖ) (Ek-5)

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'te geliştirilmiş olup 1975 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış, yirmişer maddelik durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir (Le Compte ve Öner, 1975). *"Hiç"* ile *"Tamamıyla"* arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama

eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır.

5.5.4. Travmatik doğum algısı ölçeği (TDAÖ) (Ek-6)

Yalnız ve ark. tarafından geliştirilmiş 2016 yılında geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin son hali 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte alınan puan arttıkça travmatik doğum algısı düzeyi artış göstermektedir. Sorular; kadının doğum eylemini düşündüğünde kendisinde oluşan duygu ve düşünceleri, kaygı, korku ve travma durumunu içermektedir. Sorulara verilecek cevaplar *"hiç"* ,*"çok"* şeklinde en azdan en çoğa doğru 0-10 sayıları arasında puanlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa guvenirlik katsayısı 0.895'tir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.926 bulunmuştur. Ölçekten elde edilen toplam puan, travmatik doğum algısı düzeyini göstermektedir. Ölçekten elde edilebilecek puanlar minimum 0, maksimum 130'dur. Toplam puan ortalamaları dört grupta değerlendirilmektedir:

(0-26) puan: çok düşük düzeyde travmatik doğum algısı

(27- 52) puan: düşük düzeyde travmatik doğum algısı

(53-78) puan: orta düzeyde travmatik doğum algısı

(79-104) puan: yüksek düzeyde travmatik doğum algısı

(105-130) puan: çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısı

5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımları ve demografik değişkenlerin sürekli ve durumluk kaygı ölçeklerinden alınan puan ortalamalarıyla karşılaştırılmaları amacıyla normal dağılıma uyanlarda parametrik testler (t testi, One Way Anova testi), normal dağılıma uymayan gruplarda ise parametrik olmayan (Mann-Whitnet U testi, Kruskall-Wallis Testi) testler uygulanmıştır. Ayrıca yüksek riskli ve düşük riskli grupların tanımlayıcı değişkenlerinin karşılaştırılmasında, sayı, yüzde ve Ki-Kare analizi; ölçekler ile grupların ve sosyo-demografik özelliklerin

karşılaştırılmasında ikili değişkenler için Mann-Whitney U, ikiden fazla değişkenler için Krusskal-Wallis analizi yapıldı. Ölçeklerin ilişkisel boyutuna bakmak amacıyla Korelasyon analizi yapıldı. İlişkisel anlamlılık elde edilince Regresyon analizi yapıldı. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17,0 paket programı kullanılarak ve aşağıdaki testler uygulanarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar ise %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

İncelenen özelik	**İstatistik testler**
Sosyo-demografik özellikleri, Grupların ölçek kaygı ortalamaları, Grupların ölçek puanlarının dağılımları Tablo 1., Tablo 8., Tablo 9.	Sayı, ortalama, yüzde, standart sapma
Grupların karşılaştırması Tablo 1., Tablo 2., Tablo 3., Tablo 4., Tablo 5., Tablo 6., Tablo 7., Tablo 10., Tablo 11., Tablo 12.	Ki kare; t testi/ANOVA; Kruskal Wallis/ Mann Whitney U, Spearman Test, Regresyon Testi.

5.7. Araştırmanın Etik Yönleri

- ✓ Araştırmayı yapabilmek için S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan gerekli etik izini 28.05.2019 (Karar No:1266) tarihinde (Ek-1),
- ✓ İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni 17.01.2020 (71211201-1900220013) tarihinde (Ek-2) alınmıştır.
- ✓ Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ)'ni geliştiren Hacer Yalnız'dan ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmıştır (Ek-3).

Örnekleme seçim kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere araştırmanın amacı açıklanmış olup, araştırmaya katılan tüm gebelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-8).

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

- → Araştırma Doğumhaneye (vaginal/sezaryen) doğum için yatışı yapılan, 38 hafta ve üzeri gebeliği olan perinatoloji polikliniklerinden takipli yüksek riskli gebe ve diğer polikliniklerden takipli düşük riskli nullipar gebeler ile sınırlandırılmıştır.
- → Çalışma belli bir yer ve gruptaki nullipar gebelerle gerçekleştirildiğinden sonuçları genellenememektedir.

5.9. Araştırmada Kullanılan Mevcut Olanaklar

- Araştırmacının kendi olanakları
- Online veri tabanları

6. BULGULAR

Bu bölümde, yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin travmatik doğum algısı düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırma bulguları istatistiksel analizleriyle birlikte tablolar eşliğinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları,
6.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulguları,
6.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşlerine Ait Bulguları,
6.4. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Kaygılarına Ait Bulguları,
6.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları,
6.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları,
6.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguları,
6.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarına İlişkin Bulgular,
6.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular,
6.10. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular,
6.11. Yüksek ve Düşük Riskli Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Korelasyonu,
6.12. Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi'dir.

6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Her iki gruba 78 yüksek riskli gebe grubu ve 78 düşük riskli gebe grubu olmak üzere, araştırmaya katılan 156 katılımcının demografik özelliklerine ait bulguları **Tablo 6.1.'** de sunuldu.

Tablo 6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Yüksek Riskli Gebe (n:78)		Düşük Riskli Gebe (n:78)		Toplam (n:156)		Ki-Kare ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	p
Yaş							
18-23 yaş arası	1	21,8	32	41	49	31,4	**22,67**
24-29 yaş arası	31	39,7	39	50	70	44,9	
30-34 yaş arası	17	21,8	7	9	24	15,4	**0,000**
35 yaş ve üstü	13	16,7	0	0	13	8,3	
Yaş ortalaması	27,9±5,83		24,6±3,67		26,6±5,13		
Eğitim düzeyi							
İlkokul	11	14,1	4	5,1	15	9,6	4,217
Ortaokul	21	26,9	20	25,6	41	26,3	
Lise	28	35,9	30	38,5	58	37,2	0,239
Üniversite	18	23,1	24	30,8	42	26,9	
Çalışma durumu							
Hayır	55	70,5	57	73,1	112	71,8	0,127
Evet	23	29,5	21	26,9	44	28,2	0,429
Gelir durumu							
Gelir giderden az	18	23,1	14	12,8	32	20,5	0,638
Gelir gidere denk	51	65,4	54	69,3	105	67,3	
Gelir giderden yüksek	9	11,5	10	17,9	19	12,2	0,727
Aile tipi							
Çekirdek Aile	59	75,6	60	76,9	119	76,3	0,035
Geniş Aile	19	24,4	18	23,1	37	23,7	0,5
Medeni durum							
Resmi birliktelik	76	97,4	75	96,2	151	96,8	0,207
Resmi olmayan birliktelik	2	2,6	3	3,8	5	3,2	0,5
Sigara kullanımı							
Kullanmıyorum	48	61,5	62	79,5	110	70,5	**8,484**
Gebelikte bıraktım	15	19,2	12	15,4	27	17,3	
Gebelikte kullandım	15	19,2	4	5,1	19	12,2	**0,014**
Sosyal destek algısı							
Yetersiz	14	17,9	14	17,9	28	17,9	0
Yeterli	64	82,1	64	82,1	128	82,1	0,582

***Ki-Kare Testi**

Çalışmada yer alan gebelerin yaş ortalamasının 26,6±5,13 olduğu, %44,9'unun 24-29 yaş arasında olduğu, %37,2'sinin lise mezunu olduğu, %71,8'inin çalışmadığı, %67,3'ünün gelirinin giderine denk olduğu, %76,3'ünün çekirdek aile tipinde olduğu, %96,8'inin resmi birlikteliği olduğu, %70,5'inin sigara kullanmadığı ve %82,1'inin sosyal destek algısının yeterli olduğu saptandı.

Çalışma sonucuna göre gebelerin yaş ve sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer sosyo-demografik özellikler açısından ise gruplar istatistiksel olarak benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

6.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 156 gebenin obstetrik özelliklerine ait bulguları **Tablo 6.2.'** de sunuldu.

Tablo 6.2. Gebelerin Obstetrik ve Mevcut Gebelik Özellikleri

Obstetrik ve Mevcut Gebelik Özellikleri	Yüksek Riskli Gebe (n:78)		Düşük Riskli Gebe (n:78)		Toplam (n:156)		Ki-Kare ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	p
İlk gebelik yaşı							
18 yaş ve altı	10	12,8	9	11,5	19	12,2	**6,427**
19-34 yaş arası	62	79,5	69	88,5	131	84	
35 yaş ve üzeri	6	7,7	0	0	6	3,8	**0,04**
Gebelik sayısı							
1	58	74,4	71	91	129	82,7	**7,569**
2 ve üzeri	20	25,6	7	8	27	17,3	**0,005**
Kendiliğinden düşük sayısı							
0	62	79,5	70	89,7	132	84,6	3,264
1	13	16,7	6	7,7	19	12,2	
2 ve üzeri	3	3,8	2	2,6	5	3,2	0,196
İsteğe bağlı kürtaj sayısı							
0	71	91	77	98,7	148	94,9	5,043
1	4	5,1	1	1,3	5	3,2	
2 ve üzeri	3	3,8	0	0	3	1,9	0,08
Gebelik haftası							
38	33	42,3	30	38,5	63	40,4	4,277
39	29	37,2	21	26,9	50	32,1	
40 ve üzeri	16	20,5	27	34,6	43	27,5	0,256
Gebeliğin istenme durumu							
Planlı	54	69,2	63	80,8	117	75	3,092
Plansız	21	26,9	14	18	35	22,4	
Tedavi/Yardımla	3	3,8	1	1,3	4	2,6	0,412
Gebe okulundan eğitim alma							
Hayır	68	87,2	67	85,9	135	86,5	0,055
Evet	10	12,8	11	14,1	21	13,5	0,5
Gebelikte eğitimin alındığı kişi/yer							
Görsel basın/yayın	18	24	20	26,7	38	25,3	0,753
Yazılı basın/yayın	11	14,7	14	18,7	25	16,7	
Sosyal çevre	46	61,3	41	54,7	87	58	0,409
Gebelikte düzenli kontrole gitme							
Hayır	2	3	2	3	4	2,6	0,00
Evet	76	97	76	97	152	97,4	0,69
Gebelikte acil doktora gitme durumu							
Hayır	41	52,6	49	62,8	90	57,7	
Fetal problemler	24	30,8	21	26,9	45	28,8	2,102
Maternal problemler	13	16,7	8	10,3	21	13,5	0,35

***Ki-Kare Testi**

Gebelerin %84'ünün ilk gebelik yaşının 19-34 yaş arası olduğu, %82,7'sinin ilk gebeliği olduğu, %84,6'sının kendiliğinden düşük yapmadığı, %94,9'unun isteğe bağlı kürtaj yaptırmadığı, %40,4'ünün 38. gebelik haftasında olduğu, %75'inin planlı/istenen gebeliğe sahip olduğu, %86,5'inin gebelik süresince eğitim almadığı, %58'inin sosyal çevresinden bilgi aldığı, %97,4'ünün gebelik süresince kontrole gittiği, %57,7'sinin gebelikte acil doktora gitme ihtiyacının olmadığı saptandı.

Çalışma sonucuna göre gebelerin ilk gebelik yaşı ve gebelik sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer obstetrik ve mevcut gebeliğe ilişkin özellikler açısından gruplar istatistiksel olarak benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

6.3.Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşlerine Ait Bulguları

Bu bölümde çalışmaya katılan gebelerin doğumla ilgili görüşlerine ait bulguları **Tablo 6.3**'te sunuldu.

Tablo 6.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşleri

Doğuma İlişkin Görüşler	Yüksek Riskli Gebe (n:78)		Düşük Riskli Gebe (n:78)		Toplam (n:156)		Ki-Kare ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	p
Doğuma ilişkin kaygısı							
Kaygısız	14	17,9	14	17,9	28	17,9	**6,9**
Biraz kaygılı	41	52,6	54	69,2	95	60,9	
Çok kaygılı	23	29,5	10	12,8	33	21,2	**0,032**
Normal doğuma hazır hissetme							
Hazır hissetmiyorum	26	33,3	28	35,9	54	34,6	0,113
Hazır hissediyorum	52	66,7	50	64,1	102	65,4	0,433
Doğumda yalnızlık algısı							
Hayır	58	74,4	56	71,8	114	73,1	0,13
Evet	20	25,6	22	28,2	42	26,9	0,428
Doğumda bir yakınını yanında istemesi							
İstemiyorum	19	24,4	13	16,7	32	20,5	1,415
İstiyorum	59	75,6	65	83,3	125	79,5	0,161
Doğum yöntemi tercihi							
Normal doğum	58	74,4	66	84,6	124	79,5	2,516
Sezaryen	20	25,6	12	15,4	32	20,5	0,082
Doğumdan korkma							
Hayır	28	35,9	30	38,5	58	37,2	0,11
Evet	51	64,1	48	61,5	99	62,8	0,434
Normal doğumdan korkma nedeni							
Annenin kendisine ilişkin endişeleri (doğum ağrısı vb.)	16	31,4	17	35,4	33	33,3	0,227
Bebeğe ilişkin endişeleri (bebeğe bir şey olacağı endişesi vb.)	11	21,6	9	18,8	20	20,2	
Her ikisi	24	47	22	45,8	46	46,5	0,893

***Ki-Kare Testi**

Gebelerin %60,9'unun gebeliğe ilişkin biraz kaygılı olduğu, %65,4'ünün normal doğuma kendini hazır hissettiği, %73,1'inin doğumda yalnızlık algısının olmadığı, %79,5'inin doğumda yanında bir yakınını istediği, %79,5'inin normal doğum

istediği, %62,8'inin normal doğumdan korktuğu ve %46,5'inin hem kendisine hem de bebeğine ilişkin endişelerden dolayı normal doğumdan korktuğu saptandı.

Çalışma sonucuna göre gebelerin doğuma ilişkin kaygıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Doğuma ilişkin diğer görüşler açısından gruplar istatistiksel olarak benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

6.4. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Kaygılarına Ait Bulguları

Bu bölümde gebelerin doğumla ilgili korku ve kaygı durumları değerlendirilmiştir.

Tablo 6.4. Gebelerin Doğumla İlgili Korku ve Kaygıları

Doğumla İlişkin Korku ve Kaygılar	Yüksek Riskli Gebe (n:78)		Düşük Riskli Gebe (n:78)		Toplam (n:156)		Ki-Kare ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	p
Doğum ağrısıyla baş edebilme inancı							
Kolaylıkla baş edebilirim	8	10,3	6	7,7	14	9	0,571
Baş edebilirim	64	82,1	64	82,1	128	82	
Baş edemem	6	7,7	8	10,3	14	9	0,751
Olumsuz doğum öyküsünden etkilenme durumu							
Hayır	2	2,6	2	2,6	4	51,3	0,411
Evet	76	97,4	76	97,4	152	48,7	0,315
Doğum salonunun kaygı/korkusunu artırması							
Hayır	32	41	35	44,9	67	42,9	0,235
Evet	46	59	43	55,1	89	57,1	0,373
Doğumda istenmeyen bir iletişime/davranışa maruz kalmaktan korkması							
Hayır	41	52,6	38	48,7	79	50,6	0,231
Evet	37	47,4	40	51,3	77	49,4	0,374
Doğum sürecinde yalnız kalmaktan korkması							
Hayır	37	47,4	46	59	83	53,2	2,085
Evet	41	52,6	32	41	73	46,8	0,1
Doğumda mahremiyetine ilişkin endişesi							
Hayır	38	48,7	38	48,7	76	48,7	0
Evet	40	51,3	40	51,3	80	51,3	0,564
Doğumda istenmeyen bir girişime maruz kalmaktan korkması							
Hayır	37	47,4	44	56,4	81	51,9	1,258
Evet	41	52,6	34	43,6	85	48,1	0,168
Doğumda bebeğine ilişkin endişesi							
Hayır	40	51,3	43	55,1	83	53,2	0,232
Evet	38	48,7	35	44,9	73	46,8	0,374
Doğumda kendisine ilişkin endişesi							
Hayır	36	46,2	35	44,9	71	45,5	0,026
Evet	42	53,8	43	55,1	85	54,5	0,5
Doğumdaki herhangi bir olumsuzluğun, doğurganlığını etkileyeceğine dair korkusu							
Hayır	38	48,7	39	50		49,4	0,026
Evet	40	51,3	39	50		50,6	0,5
Doğumdaki herhangi bir olumsuzluğun, cinsel yaşamını etkilemesine dair korkusu							
Hayır	33	42,3	39	50	72	46,2	0,929
Evet	45	57,7	39	50	84	53,8	0,211

***Ki-Kare Testi**

Gebelerin %82'si doğum ağrısıyla baş edebileceği, %51,3'ünün olumsuz doğum öyküsünden etkilenmediği, %57,1'inin doğum salonunun korkusunu/kaygısını

arttırdığı, %50,6'sının doğumda istenmeyen bir iletişime/davranışa maruz kalmaktan korkmadığı, %53,2'sinin doğumda yalnız kalmaktan korkmadığı, %51,3'ünün doğumda mahremiyetine ilişkin endişesinin olduğu, %51,9'unun doğumda istenmeyen bir girişime maruz kalmaktan korkmadığı, %53,2'sinin doğumda bebeğine ilişkin bir endişesinin olmadığı, %54,5'inin doğumda kendisine ilişkin bir endişesinin olduğu, %50,6'sının doğumda herhangi bir girişimin doğurganlığını etkilemesinden korktuğu ve %53,8'inin doğumda herhangi bir olumsuzluğun cinsel yaşamını etkilemesinden korktuğu saptandı.

Doğuma ilişkin korku ve kaygı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	Düşük Riskli Gebeler (n:78)					**Yüksek Riskli Gebeler (n:78)**				
	Yaş	n(78)	Ortalama Sıra	X^2	p	Yaş	n(78)	Ortalama Sıra	X^2	p
DKÖ	18-23 yaş arası	32	46,58	7,08	0,029	18-23 yaş arası	17	46,35	3,058	0,38
	24-29 yaş arası	39	32,69			24-29 yaş arası	31	37,81		
	30-34 yaş arası	7	45,07			30-34 yaş arası	17	41,09		
	35 yaş ve üzeri					35 yaş ve üzeri	13	32,5		
SKÖ	18-23 yaş arası	32	45	**6,65**	**0,036**	18-23 yaş arası	17	38,59	2,437	0,48
	24-29 yaş arası	39	33,05			24-29 yaş arası	31	43,47		
	30-34 yaş arası	7	50,29			30-34 yaş arası	17	32,88		
	35 yaş ve üzeri					35 yaş ve üzeri	13	39,88		
TDAÖ	18-23 yaş arası	32	39,97	3,66	0,16	18-23 yaş arası	17	39,29	4,593	0,2
	24-29 yaş arası	39	36,47			24-29 yaş arası	31	42,85		
	30-34 yaş arası	7	54,21			30-34 yaş arası	17	42,68		
	35 yaş ve üzeri					35 yaş ve üzeri	13	27,62		
Eğitim düzeyi										
DKÖ	İlkokul	4	49,13	**20,9**	**0,000**	İlkokul	11	33,36	4,064	0,25
	Ortaokul	20	57,55			Ortaokul	21	44,02		
	Lise	30	35,72			Lise	28	43,04		
	Üniversite	24	27,58			Üniversite	18	32,47		
SKÖ	İlkokul	4	43,75	7,66	0,054	İlkokul	11	40,86	7,277	0,063
	Ortaokul	20	48,98			Ortaokul	21	41,26		
	Lise	30	40			Lise	28	45,45		
	Üniversite	24	30,27			Üniversite	18	27,36		
TDAÖ	İlkokul	4	44,38	7,43	0,059	İlkokul	11	40,18	1,024	0,795
	Ortaokul	20	47,98			Ortaokul	21	42,74		
	Lise	30	40,9			Lise	28	39,43		
	Üniversite	24	29,88			Üniversite/	18	35,42		

***X^2: Krusskal-Wallis testi, U: Mann-Whitney U testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Tablo 5. Devamı

	Gelir Durumu	n(78)	Ortalama Sıra	$X^{2.}$	p	Gelir Durumu	n(78)	Ortalama Sıra	$X^{2.}$	p
DKÖ	Gelir giderden az	14	52,39	5,72	0,057	Gelir giderden az	18	43,17	1,41	0,493
	Gelir gidere denk	54	36,15			Gelir gidere denk	51	37,3		
	Gelir giderden yüksek	10	39,55			Gelir giderden yüksek	9	44,61		
SKÖ	Gelir giderden az	14	49,11	4,54	0,103	Gelir giderden az	18	46,47	2,468	0,291
	Gelir gidere denk	54	35,93			Gelir gidere denk	51	38,02		
	Gelir giderden yüksek	10	45,35			Gelir giderden yüksek	9	33,94		
TDAÖ	Gelir giderden az	14	42,71	2,92	0,233	Gelir giderden az	18	50,19	8,606	0,0135
	Gelir gidere denk	54	36,84			Gelir gidere denk	51	34,03		
	Gelir giderden yüksek	10	49,35			Gelir giderden yüksek	9	49,11		
Aile tipi				U					U	
DKÖ	Çekirdek aile	60	35,3	288	0,001	Çekirdek aile	59	37,67	452,5	0,208
	Geniş aile	18	53,5			Geniş aile	19	45,18		
SKÖ	Çekirdek aile	60	36,2	342	0,02	Çekirdek aile	59	36,58	388	0,044
	Geniş aile	18	50,5			Geniş aile	19	48,58		
TDAÖ	Çekirdek aile	60	36,46	358	0,03	Çekirdek aile	59	36,58	388,5	0,045
	Geniş aile	18	49,64			Geniş aile	19	48,55		
	Uyumlu	77	39,92			Uyumlu	77	39,08		

***X^2: Krusskal-Wallis testi, U: Mann-Whitney U testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Çalışma sonucuna göre düşük riskli gebelerin yaş grupları ile SKÖ arasında, eğitim düzeyleri ile DKÖ arasında, aile tipi ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yüksek riskli gebelerin aile tipi ile SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Yüksek Riskli Gebeler (n:78)						**Düşük Riskli Gebeler (n:78)**				
Gebeliğin istenme durumu		n(78	Ortalama Sıra	$X^{2.}$	p		n(78)	Ortalama Sıra	$X^{2.}$	p
DKÖ	Planlı	63	38,98	1,77	0,413	Planlı	54	37,44	1,45	0,484
	Plansız	14	43,64			Plansız	21	44,02		
	Tedavi/ Yardımla	1	14			Tedavi/ Yardımla	3	44,83		
SKÖ	Planlı	63	38,63	1,66	0,436	Planlı	54	37,67	1,186	0,552
	Plansız	14	44,86			Plansız	21	43,95		
	Tedavi/ Yardımla	1	19,5			Tedavi/ Yardımla	3	41,33		
TDAÖ	Planlı	63	39,18	0,12	0,942	Planlı	54	38,43	2,231	0,327
	Plansız	14	40,46			Plansız	21	44,29		
	Tedavi/ Yardımla	1	46			Tedavi/ Yardımla	3	25,33		
Doğuma hazırlık sınıflarından eğitim alma				U					U	
DKÖ	Hayır	67	39,57	364	0,943	Hayır	68	40,6	265	0,261
	Evet	11	39,05			Evet	10	32		
SKÖ	Hayır	67	40,7	288	0,247	Hayır	68	42,05	**166,5**	**0,009**
	Evet	11	32,18			Evet	10	22,15		
TDAÖ	Hayır	67	40,15	325	0,532	Hayır	68	41,15	227,5	0,092
	Evet	11	35,55			Evet	10	28,25		
Gebelikte acil doktora gitme durumu										
DKÖ	Hayır	49	46,34	**17,5**	**0,000**	Hayır	41	42,13	2,899	0,234
	Fetal sorunlar	21	34			Fetal sorunlar	24	32,98		
	Maternal sorunlar	8	12,06			Maternalsorunlar	13	43,23		
SKÖ	Hayır	49	40,85	**7,15**	**0,028**	Hayır	41	39,26	0,0101	0,994
	Fetal sorunlar	21	43,93			Fetal Sorunlar	24	39,79		
	Maternal sorun	8	19,63			MaternalSorunlar	13	39,73		
TDAÖ	Hayır	49	45,57	**13,2**	**0,001**	Hayır	41	43,56	2,782	0,248
	Fetal sorunlar	21	34,29			Fetal sorunlar	24	35,19		
	Maternal sorunlar	8	16			Maternalsorunlar	13	34,65		

***X^2: Krusskal-Wallis testi, U: Mann-Whitney U testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Çalışma sonucuna göre yüksek riskli gebelerin gebelikte acil doktora gitmeyi gerektiren bir durum ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düşük riskli gebelerin gebelikle ilgili eğitim alma ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	Yüksek Riskli Gebeler (n:78)					**Düşük Riskli Gebeler (n:78)**				
Doğuma ilişkin kaygı düzeyi		n	Ortalama Sıra	X	p		n	Ortalama Sıra	X	p
DKÖ	Kaygısız	14	30,61	**8,66**	**0,013**	Kaygısız	14	21,18	**17,35**	**0,00**
	Biraz kaygılı	41	36,24			Biraz kaygılı	54	40,48		
	Çok kaygılı	23	50,72			Çok kaygılı	10	59,85		
SKÖ	Kaygısız	14	37,43	**7,43**	**0,024**	Kaygısız	14	21,25	**11,131**	**0,004**
	Biraz kaygılı	41	34,23			Biraz kaygılı	54	43,28		
	Çok kaygılı	23	50,15			Çok kaygılı	10	44,65		
TDAÖ	Kaygısız	14	18,89	**25,8**	**0,00**	Kaygısız	14	19,39	**18,329**	**0,00**
	Biraz kaygılı	41	36,76			Biraz kaygılı	54	41,2		
	Çok kaygılı	23	56,93			Çok kaygılı	10	58,45		
Normal doğumdan korkma durumu				U						
DKÖ	Hayır	28	29	**406**	**0,002**	Hayır	30	27,92	**372,5**	**0,00**
	Evet	50	45,38			Evet	48	46,74		
SKÖ	Hayır	28	28,66	**397**	**0,001**	Hayır	30	31,1	**468**	**0,01**
	Evet	50	45,57			Evet	48	44,75		
TDAÖ	Hayır	28	26,86	**346**	**0,00**	Hayır	30	20,62	**153,5**	**0,00**
	Evet	50	46,58			Evet	48	51,3		
Doğum ağrısıyla baş edebilmesine dair düşüncesi										
DKÖ	Kolaylıkla baş edebilirim	8	23,19	5,78	0,055	Kolaylıkla baş edebilirim	6	21,5	**8,396**	**0,015**
	Baş edebilirim	64	40,48			Baş edebilirim	64	39,05		
	Baş edemem	6	50,83			Baş edemem	8	56,63		
SKÖ	Kolaylıkla baş edebilirim	8	24,19	**6,56**	**0,037**	Kolaylıkla baş edebilirim	6	18,67	5,941	0,051
	Baş edebilirim	64	39,95			Baş edebilirim	64	40,62		
	Baş edemem	6	55,17			Baş edemem	8	46,19		
TDAÖ	Kolaylıkla baş edebilirim	8	30,38	2,67	0,262	Kolaylıkla baş edebilirim	6	15,67	**10,106**	**0,006**
	Baş edebilirim	64	39,63			Baş edebilirim	64	39,88		
	Baş edemem	6	50,33			Baş edemem	8	54,38		
Sosyal çevreden /basından duyduğu olumsuz bir doğum hikayesinden etkilenme durumu				U					U	
DKÖ	Hayır	42	39,6	752	0,967	Hayır	38	35,5	608	0,128
	Evet	36	39,39			Evet	40	43,3		
SKÖ	Hayır	42	41,36	678	0,433	Hayır	38	41,09	699,5	0,545
	Evet	36	37,33			Evet	40	37,99		
TDAÖ	Hayır	42	40,15	729	0,782	Hayır	38	34,33	**563,5**	**0,049**
	Evet	36	38,74			Evet	40	44,41		

***X^2: Krusskal-Wallis testi, U: Mann-Whitney U testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Tablo 6.7. Devamı

Doğumda istenmeyen bir iletişime/davranışa maruz kalmaktan korkma				U					U	
DKÖ	Hayır	41	39,89	743	0,872	Hayır	38	40,58	719	0,682
	Evet	37	39,07			Evet	40	38,48		
SKÖ	Hayır	41	38,09	701	0,561	Hayır	38	44,64	564,5	0,05
	Evet	37	41,07			Evet	40	34,61		
TDAÖ	Hayır	41	37,04	658	0,312	Hayır	38	44,59	566,5	0,053
	Evet	37	42,23			Evet	40	34,66		
Doğum sürecinde yalnız kalmaktan korkma				U					U	
DKÖ	Hayır	37	42,01	666	0,351	Hayır	46	37,93	664	0,464
	Evet	41	37,23			Evet	32	41,75		
SKÖ	Hayır	37	37,5	685	0,458	Hayır	46	37,3	635	0,304
	Evet	41	41,3			Evet	32	42,66		
TDAÖ	Hayır	37	40,96	705	0,588	Hayır	46	39,03	714,5	0,827
	Evet	41	38,18			Evet	32	40,17		
Doğumda mahremiyeti ile ilgili endişesi				U					U	
DKÖ	Hayır	38	37,67	691	0,486	Hayır	38	36,26	637	0,218
	Evet	40	41,24			Evet	40	42,58		
SKÖ	Hayır	38	39,11	745	0,88	Hayır	38	40,68	715	0,652
	Evet	40	39,88			Evet	40	38,38		
TDAÖ	Hayır	38	36,37	641	0,234	Hayır	38	39,46	758,5	0,988
	Evet	40	42,48			Evet	40	39,54		
Doğumda istemeyeceği bir girişime maruz kalmaktan korkma				U					U	
DKÖ	Hayır	37	40,24	731	0,782	Hayır	44	37,72	669,5	0,429
	Evet	41	38,83			Evet	34	41,81		
SKÖ	Hayır	37	36,16	635	0,215	Hayır	44	38,15	688,5	0,548
	Evet	41	42,51			Evet	34	41,25		
TDAÖ	Hayır	37	42,26	657	0,307	Hayır	44	39,98	727	0,832
	Evet	41	37,01			Evet	34	38,88		
Doğumda bebeğe bir şey olacağı endişesi				U					U	
DKÖ	Hayır	40	41,81	668	0,354	Hayır	43	41,83	652,5	0,315
	Evet	38	37,07			Evet	35	36,64		
SKÖ	Hayır	40	37,56	683	0,437	Hayır	43	38,29	700,5	0,601
	Evet	38	41,54			Evet	35	40,99		
TDAÖ	Hayır	40	40,83	707	0,596	Hayır	43	42,24	634,5	0,236
	Evet	38	38,11			Evet	35	36,13		
Doğumda kendine bir şey olacağı endişesi				U					U	
DKÖ	Hayır	36	39	738	0,856	Hayır	35	42,21	657,5	0,339
	Evet	42	39,93			Evet	43	37,29		
SKÖ	Hayır	36	37,76	694	0,53	Hayır	35	43,51	612	0,157
	Evet	42	40,99			Evet	43	36,23		
TDAÖ	Hayır	36	39,63	752	0,964	Hayır	35	41,87	669,5	0,404
	Evet	42	39,39			Evet	43	37,57		

***X^2: Krusskal-Wallis testi, U: Mann-Whitney U testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Çalışma sonucuna göre yüksek riskli gebelerin doğuma ilişkin kaygı durumları ve normal doğumdan korku durumları ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında, doğum ağrısıyla baş etme inancı ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düşük riskli gebelerin doğuma ilişkin kaygı durumları ve normal doğumdan korku durumları ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında, doğum ağrısıyla baş etme inancı ile DKÖ ve TDAÖ arasında, olumsuz doğum hikayesinin kaygılandırma durumu ile TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarının Dağılımı

	Yüksek Riskli Gebeler (n:78)		**Düşük Riskli Gebeler (n:78)**	
	Doğrudan ifadeler	Ters ifadeler	Doğrudan	Ters ifade
DKÖ	17,78±5,13	25,34±6,45	15,64±4,01	26,25±6,98
SKÖ	27,52±6,44	19,92±4,16	28,02±5,28	20,41±3,87

***DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği**

Yüksek riskli gebelerin durumluk kaygı puanı = (17,78-25,34) + 50 = 42,44
Düşük riskli gebelerin durumluk kaygı puanı= (15,64-26,25) + 50 = 39,39
Yüksek riskli gebelerin sürekli kaygı puanı = (27,52-19,92) + 35 = 42,6
Düşük riskli gebelerin sürekli kaygı puanı= (28,02-20,41) + 35= 42,61

Ölçeğin puan aralığı 20 ile 80 arası olup elde edilen puanlara bakıldığında yüksek riskli gebelerin durumluk kaygı puanları düşük riskli gebelerin durumluk kaygı puanlarından yüksek bulunmuştur. Ölçek puanı arttıkça kaygı da artmaktadır.

6.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmada sonucunda ortaya çıkan ölçek puanlarının karşılaştırılmasından elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 6.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Dağılımı

	Yüksek Riskli Gebeler (n:78)			**Düşük Riskli Gebeler (n:78)**		
	Ort.+SS	Min.	Maks	Ort.+SS	Min.	Maks
DKÖ	42,44±10,19	21	70	39,26±9,36	20	56
SKÖ	42,5±7,97	23	65	42,68±7	26	62
TDAÖ	73,08±31,11	0	130	69,33±29,343	9	129

***DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Yüksek riskli grubun DKÖ puan ortalaması 42,44±10,19, SKÖ puan ortalaması 42,5±7,97 ve TDAÖ puan ortalaması 73,08±31,11 olarak saptandı. Düşük riskli grubun DKÖ puan ortalaması 39,26±9,36, SKÖ puan ortalaması 42,68±7 ve TDAÖ puan ortalaması 69,33±29,343 olarak saptandı.

6.10. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.10. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Karşılaştırılması

	Grup	n (156)	Ortalama Sıra	U	p	Güvenilirlik (Chronbach's Alpha)
DKÖ	Yüksek riskli	78	85,39	2504,5	0,057	0,887
	Düşük riskli	78	71,61			
SKÖ	Yüksek riskli	78	77,54	2967,5	0,792	0,762
	Düşük riskli	78	79,46			
TDAÖ	Yüksek riskli	78	81,40	2816	0,423	0,928
	Düşük riskli	78	75,60			

***U: Mann-Whitney U testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

6.11. Yüksek ve Düşük riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Korelasyonu

Tablo 6.11. Yüksek ve Düşük riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Korelasyonu

Yüksek Riskli Gebeler (n:78)		DKÖ	SKÖ	TDAÖ
DKÖ	Korelasyon	1		
	p			
SKÖ	Korelasyon	,440**	1	
	p	,000		
TDAÖ	Korelasyon	,532**	,390**	1
	p	,000	,000	
Düşük Riskli Gebeler (n:78)				
DKÖ	Korelasyon	1		
	p			
SKÖ	Korelasyon	,534**	1	
	p	,000		
TDAÖ	Korelasyon	,460**	,450**	1
	p	,000	,000	

***Spearman Test, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Yüksek riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ ölçeklerinin korelasyon analizinde; DKÖ ile SKÖ arasında pozitif yönde orta derece anlamlı ilişki olduğu; DKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). SKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Düşük riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ ölçeklerinin korelasyon analizinde; DKÖ ile SKÖ arasında pozitif yönde orta derece anlamlı ilişki olduğu; DKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). SKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

6.12. Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi

Tablo 6.12. Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi

	Ort.+SS	F	p	Düzeltilmiş R Değeri
TDAÖ	71,21±30,2	35,679	0,000	,309
DKÖ	40,85±9,88			
SKÖ	42,59±7,48			

***Regresyon Testi, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği**

Ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuca göre DK ve SK, TDA'ya %30,9 etki etmektedir (düzeltilmiş R değeri: 0,309).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde, yüksek riskli gebelerle düşük riskli gebelerin travmatik doğum algısı düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları tartışılacak, sonuç ve önerilere yer verilecektir.

7.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; gebelerin yaş ortalamasının 26,6±5,13 olduğu, %96,8'inin resmi birliktelik yaşadığı, %76,3'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %37,2'inin lise, %26,9'un üniversite mezunu olduğu, %71,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %67,3'ünün gelir gidere denk olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1) Gebelerin eğitim düzeyleri TNSA 2018'e göre İstanbul'dakilerin verileriyle kıyaslandığında, lise ve üzeri eğitim alanların %26 ile çalışmamızdaki verilere yakın olduğu görülmüştür. Ülkemizde primipar kadınlarla yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında %71,8'inin herhangi bir işte çalışmayıp ev hanımı olması (Koyuncu, 2019; Gün, 2018), %76,3'ünün çekirdek aile olmaları (Koyuncu, 2019; Uludağ, 2017) ve ekonomik durumlarının %67,3'ünün gelir gidere denk olması açısından (Kivik, 2019; Keklikçi, 2018) yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Grupların sonuçları incelendiğinde; yüksek riskli gebelerde herhangi bir işte çalışmayanların oranı %70,5, düşük riskli gebelerde %73,1 olduğu, yüksek riskli gebelerin %65,4'ünün, düşük riskli gebelerin %69,3'ünün gelirin gidere denk olduğu, yüksek riskli gebelerin %97,4'ünün, düşük riskli gebelerin %96,2'sinin resmi birlikteliği olduğu ve yüksek riskli gebelerin %61,5'inin, düşük riskli gebelerin ise %99,5'inin sigara kullanmadığı saptandı. Grupların sonuçları incelendiğinde, yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere oranla yaş ortalamaları ve sigara kullanımı daha yüksek ve anlamlı bulunmuş olup (Tablo 6.1), eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi (çalışma durumu, gelir gider durumu, yaşadığı aile tipi vb.) yönünde istatistiksel olarak benzerlik göstermiştir. Çalışmadaki her iki gruptaki %82,1 oranında gebenin yeterli sosyal destek aldığı saptanmıştır. İki grubun önemli bir kısmının gebelik süresince eş ve aileleri tarafından aldıkları sosyal destek

(%82,1), ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile (Bal, 2018) benzerlik göstermiştir (p>0,05; Tablo 6.1).

7.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulgularının Tartışılması

Gebelerin obstetrik özellikleri incelediğinde; ilk gebelik yaşı %84'ünün 19-34 yaş arasında olduğu, %82,7'sinin ilk gebeliği olduğu, %84,6'sının hiç düşük yapmadığı, %80,20'sinin gebeliğinin planlı olduğu, %94,9'unun isteğe bağlı kürtajının olmadığı, %75'inin planlı istenilen gebeliği olduğu, %86,5'inin doğuma hazırlık ve doğumla ilgili bilgi/eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 6.2). Aksoy ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmada; doğum sayısı ortalaması 2,12±1,13 olduğu, %81,2'sinin isteyerek gebe kaldığı, %61,4'ünün doğum öncesi bakım aldığını bildirilmiştir (Aksoy ve ark., 2016). Bülbül ve ark. (2016), kadınların %88,2'sinin gebeliğinin planlı olduğu ancak sadece %20'sinin gebelik hakkında herhangi bir eğitim aldığını ortaya koymuştur (Bülbül ve ark., 2016). "*Kadınların doğum deneyimleri ve doğum sonrası memnuniyetleri"*nin incelendiği bir çalışmada; gebelerin tamamının gebelik takiplerini yaptırdığını, %30,3'ünün primipar olduğunu, %60,1'inin planlı gebeliğe sahip olduğunu ve %99,5'inin doğum öncesi eğitim aldığı bildirilmiştir (Uysal, 2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018) kadın başına düşen toplam doğurganlık hızını 1,99, sezaryen oranını %54,9 ve %99,5'inin en az bir kez antenatal bakım aldığını bildirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2018). Çalışma grupları ülkemizde doğurganlık çağında olan kadınların obstetrik özellikleriyle benzerdir.

Katılımcıların gebelik süresince gebelik ile ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde; %86,5'inin doğuma hazırlık sınıflarından, %25,3'ünün görsel basın ve yayından, %58'inin sosyal çevre (aile, akraba vd.) bilgi almıştır. Grup bazında ise, yüksek riskli gebelerin %87,2'sinin, düşük riskli gebelerin %85,9'unun gebelik sürecinde doğuma hazırlık sınıflarından eğitim aldığı ve yüksek riskli gebelerin %61,3'ünün, düşük riskli gebelerin %54,7'sinin gebelikle ilgili sosyal çevresinden bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 6.2). Vamos ve ark. Florida'da (2019) gebelerin sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, kritiğini yapma ve kullanmadaki

deneyimlerini inceledikleri bir çalışmada, gebelerin sağlıkları ile ilgili bilgi kaynaklarının; sağlık bakımı verenler, internet siteleri, sosyal gruplar, mobil telefonlar, aile/arkadaş ve kitaplar olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada gebelerin kullandığı bilgi kaynağındaki resimlerin ve sayıların verilen mesajı değerlendirmede etkili olduğu ifade edilmiştir. Yapılan bu çalışma ile Vamos ve arkadaşlarının çalışmasındaki gebelerin değişik bilgi kaynaklarının farklı oranlarda ve seçenekte olmasının kültürel değerlere ilişkin olabileceği düşünülmektedir (Vamos ve ark., 2019). Ülkemizde yapılmış çalışmalar; doğumla ilgili alınan eğitim ve antenatal sınıflara katılımın, doğumdan memnuniyet düzeyinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (Bilgin ve ark., 2018; Gönenç ve Çalbayram, 2017).

Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde yüksek riskli gebelerin ilk gebelik yaşının 35 yaş ve üzeri olması, kendiliğinden düşük sayısı, isteğe bağlı kürtaj sayısı, tedavi/yardımla gebe kalma ortalamalarının yüksek olması, gebeliklerinin planlı olmaması ve gebelikte acil doktora gitme durumları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Aynı zamanda ilk gebelik yaşı ve gebelik sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 6.2; $p<0,05$). Obstetrik özellikler açısından iki grup arasındaki belirgin farkın oluşması, yüksek riskli gruptaki gebelerin riskli gebelik kriterlerini karşılayanlardan seçilmiş olmasından kaynaklanmıştır. Literatür incelendiğinde riskli gebeliklerin bünyesinde olan obstetrik faktörlerle uyum göstermektedir (Şen, 2007; Abasi ve Zafari, 2012; Arı, 2012; Bakır ve ark, 2014; Bülbül ve ark, 2018). Her iki gruptaki gebelerin de büyük çoğunluğunun, gebelikte düzenli kontrole gitmeleri (%97) (Çankaya, 2018; Keklikçi, 2018) konu ile ilgili diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri açısından ülke ortalamalarını yansıttığı düşünülmektedir.

7.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüşlerine Ait Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan gebelerin %60,9'unun gebeliğe ilişkin biraz kaygılı olduğu, %65,4'ünün normal doğuma kendini hazır hissettiği, %79,5'inin doğumda yanında bir yakınını istediği, %79,5'inin normal doğum düşündüğü, %62,8'inin normal doğumdan korktuğu ve %46,5'inin ise hem kendisine hem de bebeğine bir şey

olacağı endişesi yüzünden normal doğumdan korktuğu saptandı. Çalışma sonucuna göre gebelerin doğuma ilişkin kaygıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Grupların sonuçları incelendiğinde; yüksek riskli gebelerin %52,6'sının düşük riskli gebelerin de %69,2'sinin biraz kaygılı olduğu, yüksek riskli gebelerin %66,7'sinin, düşük riskli gebelerin ise %64,1'inin normal doğum için kendini hazır hissettiği, yüksek riskli gebelerin %74,4'ünün düşük riskli gebelerin %84,6'sının normal doğum düşündüğü, yüksek riskli gebelerin %64,1'inin düşük riskli gebelerin %61,5'inin normal doğumdan korktuğu saptandı. Grupların doğuma ilişkin kaygı/anksiyete değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.3; $p<0,05$). Mohamamdirizi ve ark. (2018) İran'da yüksek ve düşük riskli gebelerin doğum korkularını incelediği araştırmada, her iki gruptaki gebelerde de doğum korkusunun benzer olduğu bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları, düşük riskli gebelerin, yüksek riskli gebeler kadar doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir (Mohamamdirizi ve ark, 2018). Bizim çalışmamız sonucunda da yüksek riskli grupta çok kaygılı olan gebe sayısı düşük riskli gruptaki gebelerden göreceli olarak fazla olup, literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

7.4. Gebelerin Doğumla İlişkin Korku ve Kaygılarına Ait Bulguların Tartışılması

Lukasse ve ark. (2014) tarafından Avrupa'da altı ülkede yapılan çalışmada şiddetli doğum korkusu prevalansının %4,5-15,2 arasında olduğu, ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda ise %6,5-19,6 arasında değiştiği gösterilmiştir (Lukasse ve Schei, 2014; Dursun, 2018; Parla, 2019). Nulliparite, genç ve ergen anne olma, doğum şekliyle ilgili belirsizlik gibi faktörler stres, korku ve olumsuz doğum algısına yol açabilmektedir (Aktas, 2018). Araştırmamızda yüksek riskli gebelerin %64,1'inin, düşük riskli gebelerin de %61,5'inin normal doğumdan korktuğu belirlenmiş olup çalışmanın sonuçları hem uluslararası hem de ulusal literatürü destekler niteliktedir. Doğum korkusu anne adaylarının yaşadığı ortak sorunlar arasındadır. Bazı kaynaklarda düşük düzey korkunun doğuma yardımcı olacağı ifade edilse de (Alessandra, 2013), doğum korkusu şiddetli yaşandığında hem annenin hem de fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Her izlemde gebelerin doğum korkusu düzeyinin belirlenmesi ve doğum korkusunun azaltılmasına yönelik önlemlerin

alınması anne-fetüs sağlığının korunması açısından faydalı olacaktır (Molgora ve ark, 2018).

Yapılan çalışmalarda; düşük sosyo- ekonomik durum, cinsel travma öyküsü, mevcut veya önceki psikiyatrik problemler, nullipar olma, istenmeyen ya da planlansız gebelik, gebelikte komplikasyon görülmesi, doğumla ilgili negatif duygulara sahip olma, sıkıntılı geçen bir gebelik dönemi, yetersiz antenatal bakım, gebelik ve doğumla ilgili yetersiz bilgiye sahip olma, yaşanmış olumsuz doğum deneyimi, preterm doğum, yeni doğan çocuğun tıbbi durumu, ölü doğum vb. faktörlerin travmatik doğuma neden olabileceği gösterilmektedir (Söderquist ve ark., 2002; Waldenström ve ark., 2004; Soet ve ark., 2003; Boorman ve ark., 2014; Ayers, 2014; O'Donovan ve ark., 2014; Gökçe İsbir ve İnci, 2014, De Schepper ve ark., 2016, Srkalović Imširagić ve ark., 2017). Gebelik döneminde algılanan yüksek düzeydeki doğum korkusu ve doğumda öz yeterliliğin düşük olmasının da doğumun travmatik algılanmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Ayers, 2004; Ayers, 2014). Oxford toplantısında yeni bir araştırma alanı olarak psikolojik doğum travmasının (PBT) önüne geçilmesi önerilmiştir. Toplantıda, doğrudan doğumda psikolojik travmayı önlemeye yönelik yayınlanmış bir çalışma olmadığı kararına varılmıştır (McKenzie ve ark., 2015).

7.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Travmatik doğum algısı prevalansı farklı oranlarda bildirilmektedir. Bu oranlardaki farklılıklar birçok faktör etkisinde olduğu gibi ölçüm aracının türüyle de değişiklik göstermektedir. Soet ve ark. (2003) çalışmalarında; kadınların %34'nün doğumunun, DSM-IV standartlarına göre travmatik şekilde değerlendirildiği ve Boorman ve ark. (2014)' da %29,4 kadının travmatik doğum ölçütlerini karşıladığı sonucuna varmıştır (Boorman ve ark., 2014; Soet ve ark., 2003). Travmatik doğum deneyiminin yaygınlığı ülkeden ülkeye değişmektedir. Örneğin, İsveç'te travmatik doğum deneyimi prevalansı %7 (Waldenström ve ark., 2009), Kanada'da %9,3 (Smarandache ve ark., 2016) ve Atlanta'da %34'tür (Soet ve ark., 2003).

Ülkemizde 2016 yılından önce travmatik doğum algısını ölçen bir ölçek geliştirilmemiştir. Aktaş'ın (2018) gebelerde TDAÖ ile yapmış olduğu çalışmada; ölçek puan ortalaması 70.57 ±21.89 ve %23,6 kadında yüksek travmatik doğum algısı olduğu saptanmıştır (Aktaş, 2018). Bu çalışmada, Yalnız ve arkadaşlarının (2016) geliştirdiği TDAÖ yüksek riskli ve düşük riskli gebelere uygulanmış; travmatik doğum algısı puan ortalaması yüksek riskli gebelerde 73,08±31,11, düşük riskli gebelerde 69,33±29,343 olarak "orta" düzeyde bulunmuştur (Tablo 6.9). Bu araştırmada kullanılan TDAÖ, yeni geliştirilen bir ölçek olmakla birlikte doğum travmasını çok yönlü ölçmeyi sağlayan niteliktedir.

Kadının yaşı ve öğrenim seviyesi gibi demografik verilerden, gebelik ve doğum sürecinde yüksek memnuniyet düzeyiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Michels vd., 2013; Uysal, 2017). Güleç ve ark. (2014) çalışmasında ise eğitim seviyesi, çalışma durumu ve doğum sayısının doğum korkusunu etkilemediği, ancak doğum korkusu ile gelir durumu arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (Güleç ve ark., 2014). Bu çalışmada yüksek riskli ve düşük riskli gebeler arasında, travmatik doğum algısı puanları ile yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu arasında fark bulunmazken (her biri için; $p>0,05$), içinde yaşanılan aile tipi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6.5; $p<0,05$). Gruplar arasında en yüksek travmatik doğum algısı puan ortalaması; geliri giderinden az olan yüksek riskli gebelerde, en düşük ölçek puan ortalaması ise 35 yaş ve üzeri yüksek riskli gebe grubunda bulunmuştur. Gelir-gider denkliği, düşük eğitim seviyesi ve sosyal destek yetersizliğinin bedensel ve ruhsal sağlık sorunları açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (Mermer ve ark., 2010). Çalışma sonucuna göre düşük riskli gebelerin yaş grupları ile SKÖ arasında, eğitim düzeyleri ile DKÖ arasında, aile tipi ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Üst ve Pasinlioğlu (2015) çalışmalarında primipar ve multipar gebelerin gelir durumunun doğum ve doğum sonrası endişe ölçek puanını etkilemediğini bildirmiştir (Üst ve Pasinlioğlu, 2015).

Çalışma sonucuna göre düşük riskli gebelerin yaş grupları ile SKÖ arasında, eğitim düzeyleri ile DKÖ arasında, aile tipi ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yüksek riskli gebelerin ise aile tipi ile SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Literatürde görüş birliği olmamakla birlikte, bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında travmatik doğum algısında; yaşanılan aile tipi, sosyal destek yetersizliği, bilgiye ulaşmada güçlük ve doğumun gerçekleşeceği ortam gibi olumsuz faktörlerin doğumun travmatik olarak algılanmasına neden olabileceği düşünülebilir.

7.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerin obstetrik verilerinin travmatik doğum algısı dağılımları incelendiğinde; gebeliği isteme durumu, gebe okulu ya da doğuma hazırlık sınıflarından eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6.6; her biri için; $p>0,05$). Çalışma sonucuna göre yüksek riskli grupta, gebelikte acil doktora gitmeyi gerektiren bir durum ile TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile ölçekler arasında gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

7.7. Gebelerin Doğuma İlişkin Kaygı Durumu ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma sonucuna göre, yüksek riskli gebelerin doğuma ilişkin kaygı durumları ve normal doğumdan korku durumları ile TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Düşük riskli gebelerin doğuma ilişkin kaygı ve normal doğumdan korku durumları ile doğum ağrısıyla baş etme inancı ve olumsuz doğum hikayesinden kaygılanma durumu TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 6.7; $p<0,05$). Kadınların doğum korkusu nedenlerinden biri başkalarından ya da yakın çevresinden duydukları olumsuz doğum hikayelerinin bilinç altına işlemesidir (Aydın ve Yıldız, 2018).

Doğum korkusu her on kadından birinin yaşadığı yaygın obstetrik bir sorundur. Yapılan çalışmalarda nullipar gebelerde doğum korkusunun multipar gebelerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Serçekuş, 2005; Körükçü ve ark., 2012; Rouhe, 2015; Hofberg, 2003). Danimarka ve İsviçre'de yapılan bazı çalışmalarda, doğum korkusu olan kadınların daha genç, öğrenim düzeyi düşük, kişisel sağlığını

önemsemeyen, sosyal iletişim kaybı yaşayan, sigara içme oranı ile yüksek anksiyete düzeyi ve depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Waldenström, 2006; Laursen ve ark., 2008). Uluslararası çalışmalarda doğum öncesi eğitimin doğum korkusunu azalttığı saptanmıştır (Haapio, 2017; Wilklund, 2007). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde doğum öncesi verilen eğitimin doğum korkusunu azalttığı, öz yeterlilik ve ailevi bağlanması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Serçekuş, 2005; Kızılırmak ve Başer, 2015). Alanında uzman sağlık personelinin sunduğu psiko-eğitimin şiddetli doğum korkusu yaşayan nulliparlarda doğum korkusunu azaltabileceği belirlenmiştir. Bunun yanında anneliğe uyumu arttırıp, postpartum depresyonu azalttığı saptanmıştır (Rouhe ve ark., 2015). Bu çalışmada düşük riskli grubun gebelikle ilgili eğitim almaları ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ulaştığımız sonuçlar literatürü destekler niteliktedir.

7.8. Gebelerin Ölçek Kaygı Ortalamalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda yüksek riskli gebelerin düşük riskli gebelere oranla; doğuma ilişkin kaygı durumları ve normal doğumdan korku durumları ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında, doğum ağrısıyla baş etme inancı ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Olumsuz doğum algısına sahip kadınlar değişik sebeplerle korku yaşayabilmektedirler. Literatürde en sık karşılaşılan korku nedeni ağrı olsada kadınlar doğumla ilgili çeşitli konularda korku yaşamaktadırlar. Korku nedeni bebeği ya da kendisiyle ilgili endişeler, doğumda kontrolünü kaybetme, vajinal muayene ve genital bölgenin tahribatı olarak sıralanabilir. Bu korkular şiddetli yaşandığında genital bölgede hasar gelişmesi sonucu cinsel hayatının negatif etkilenmesinden korkan kadınlar, gebeliklerini ötelemekte hatta gebelik oluşması durumunda sonlandırmayı seçebilmektedir (Aksoy, 2015).

7.9. Gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ Puanlarının Karşılaştırılarak, Grupların Korelasyonu ve Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi'nin Tartışılması

Araştırmada yüksek riskli grubun DKÖ puan ortalaması 42,44±10,19, SKÖ puan ortalaması 42,5±7,97 ve TDAÖ puan ortalaması 73,08±31,11 olarak saptanmıştır. Düşük riskli grubun DKÖ puan ortalaması 39,26±9,36, SKÖ puan ortalaması

42,68±7 ve TDAÖ puan ortalaması 69,33±29,343 olarak belirlenmiştir (Tablo 6.9). TDAÖ'nin geliştirildiği çalışmada Cronbach alfa katsayısı; 0.895 bulunmuşken, bu çalışmada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.928 bulunmuştur. Grupların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları benzerlik gösterirken, travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalaması yüksek riskli grupta düşük riskli gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Özellikle gebelik öncesi var olan ve gebelikte oluşan riskler, gebelerin stres ve kaygı düzeylerini etkilediği için yüksek riskli gebelerin travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalaması düşük riskli gebelerden daha yüksek bulunmuştur.

Pearson Momentler Çarpımı/Spearman Korelasyon Katsayısı (r) en az eşit aralıklı ölçek düzeyinde ölçülen iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değerler alır. "-" değerler negatif yönde doğrusal ilişkiyi, "+" değerler ise pozitif yönde doğrusal ilişkiyi açıklar. Pearson Momentler Çarpımı/Spearman Korelasyon Katsayısı, **"**0.00= ilişki yok", "0.01-0.29= düşük düzeyde ilişki", "0.30-0.70= orta düzeyde ilişki", "0.71-0.99= yüksek düzeyde ilişki", "1.00= mükemmel ilişki" şeklinde yorumlanmaktadır (Köklü ve ark., 2006). Çalışma sonucunda; yüksek riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ ölçeklerinin korelasyon analizinde; DKÖ ile SKÖ arasında pozitif yönde orta derece anlamlı ilişki olduğu; DKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). SKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Düşük riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ ölçeklerinin korelasyon analizinde ise; DKÖ ile SKÖ arasında pozitif yönde orta derece anlamlı ilişki olduğu; DKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). SKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Regresyon analizi sonuçlarına göre ölçekler arasındaki istatistiksel ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre DKÖ ve SKÖ, TDAÖ'ini %30,9 oranında etkilemiştir (düzeltilmiş R değeri: 0,309) (Tablo 6.12). Bu sonuç, gebelerin farklı kaygı durumlarını belirleyen ölçek (durumluk/sürekli kaygı ve travmatik doğum algısı ölçeği) puanlarını etkileyebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma sonucunda:

- Yüksek riskli gruptaki gebelerin yaş ortalamaları ve sigara kullanma alışkanlığı düşük riskli gruptaki gebelere oranla daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

- Düşük riskli gruptaki gebelerin yaşları ile SKÖ arasında, eğitim düzeyleri ile DKÖ arasında, aile tipi ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

- Her iki gruptaki gebelerin gelir-gider durumuyla ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Gebelerin gebeliği isteme durumu açısından, gruplar istatiksel olarak benzerlik göstermiştir ($p>0,05$). Gebeliğin istenme durumu ile ölçekler karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Grupların sosyal destek algısı açısından istatistiksel olarak benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

- Düşük riskli gruptaki gebelerin gebelikle ilgili eğitim almaları ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

- Yüksek riskli gruptaki gebelerin TDAÖ puan ortalaması 73,08±31,11, düşük riskli gruptaki gebelerin TDAÖ puan ortalaması 69,33±29,343 olup, her iki grupta *"orta"* düzeyde travmatik doğum algısı saptanmıştır ($p<0,05$).

- Yüksek riskli gruptaki gebelerin %52,6'sının düşük riskli gruptaki gebelerin %69,2'sinin biraz kaygılı oldukları, grupların doğuma ilişkin kaygı/anksiyete algısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6.3).

- Çalışma sonucuna göre yüksek riskli gruptaki gebelerin doğuma ilişkin kaygı ve normal doğumdan korkma durumları ile DKÖ, SKÖ ve TDAÖ arasında,

doğum ağrısıyla baş etme inancı ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

- Her iki gruptaki gebelerin normal doğumdan korkma nedenlerinin, "hem kendisine hem bebeğine bir şey olacağı endişesi olduğu ve doğumdan korkma nedenleri açısından gruplar istatistiksel olarak benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

- Çalışmada yüksek riskli gebelerin durumluk kaygı puanı (17,78-25,34) + 50 = 42,44, düşük riskli gebelerin durumluk kaygı puanından (15,64-26,25) + 50 = 39,39 yüksek olup, yüksek riskli gebelerde stres, kaygı durumları ile ilişkili olarak travmatik doğum algısı puanı yüksek bulunmuştur.

- Her iki gruptaki gebelerde doğum ağrısıyla başedebilme, olumsuz doğum öykülerinden etkilenmeme ve doğumda mahremiyetine ilişkin kaygı durumu benzerdir ($p>0,05$).

- Yüksek riskli gebelerin DKÖ, SKÖ ve TDAÖ ölçeklerinin korelasyon analizinde, DKÖ ile SKÖ arasında pozitif yönde orta derece anlamlı ilişki olduğu; DKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

- SKÖ ile TDAÖ arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Öneriler:

- ✓ Sigara kullanımı gebelikte risk faktörleri oluşturması nedeniyle ebe/hemşireler söz konusu risklerin azaltılmasına yönelik kadına danışmanlık vermeli, gerekli hallerde multidisipliner destek alması için kadını yönlendirmelidir.

- ✓ Gebelerin yaşadıkları aile tipi DKÖ, SKÖ ve TDAÖ puanları üzerinde etkili olduğundan, sağlık profesyonelleri, kadınların duygusal durumlarını güçlendirmeye yönelik psikolojik ve sosyal destek sağlamalıdır.

- ✓ Ebe/hemşireler gebelik ve doğum sürecinde meydana gelen fizyolojik ve emosyonel değişiklik konularında kadınlar bilgilendirmeli, kadınların endişelerini ifade etmesi ve kaygılarının azaltılmasına yönelik destek sunulmalıdır.

- ✓ Doğum korkusu doğumun travmatik olarak algılanmasında etkili olması nedeniyle, gebelik ve doğum süreçinde, kadının doğum korkusu ve kaygısını azaltmaya yönelik bakım verilmeli ve gerektiğinde konunun uzmanlarından destek almaları sağlanmalıdır.

- ✓ Doğum korkusu çoğu kadında doğumun travmatik olarak algılanmasına neden olmaktadır. Ebe/hemşireler doğum korkusu yaşayabilecek risk grubundaki gebeleri erkenden tespit edebilmeli ve doğum korkusunu azaltmaya yönelik duygusal destek sağlanmalıdır.

- ✓ Ebe ve hemşirelerin, travmatik doğumların önlenmesi ve azaltılmasına yönelik olarak konunun uzmanlarından hizmet içi eğitim almaları sağlanmalıdır.
- ✓ Bu konuyla ilgili yüksek riskli popülasyonları da içeren daha büyük nicel/nitel ulusal ve uluslararası çalışmalar yapılması önerilebilir.

Sonuç olarak ebe/hemşireler; prekonsepsiyonel dönemden postpartum döneme kadar profesyonel olarak kadınlara gebelik ve doğumla ilgili kaygı, korku ve travmayı önlemeye/azaltmaya yönelik her türlü desteği sunmalı, gebelik risk durumu yüksek olan anne adaylarına artan ihtiyaçlarına yönelik yaklaşımlarda bulunmalı, gerektiğinde ise konunun uzmanlarından ileri destek ve danışmanlık almalarını sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Abasi E, Tahmasebı H, Zafarı M, NT G. Assessment on Effective Factors of Maternal Fetal Attachment in Pregnant Women. Life Science Journal, 2012; 9: 68-75.
2. ACOG. Guidelines for perinatal care. United States: American Academy of Pediatrics [and] the American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012.
3. Aksoy AN. Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015;2: 161-165.
4. Aksoy ve ark. Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2016;2(5), 65-72.
5. Aktaş S. Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. Medicine Sience. 2018;7: 203-209.
6. Aktaş S, Aydın R. Annelerin doğumda fundal bası uygulamalarına yönelik deneyimlerinin incelenmesi: Karma method çalışması. 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi, Ankara, 22-24 Eylül 2017: 126-128.
7. Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2017;14: 60-65.
8. Aktaş S, Pasinoğlu T. Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrasi döneme etkisi. Anadolu Sağlık ve Hemşirelik Dergisi. 2016;19: 8-45.
9. Aktaş S, Yılar Erkek Z. Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: bir nitel araştırma örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7: 111-124.
10. Aktaş AM. Türkiye'de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk. Aile ve Toplum, 2007; 3(12): 65-72.

11. Al-Yaseen E, Al-Na'ar A, Hassan M, Al-Ostad G, İbrahim E. Palpitation in Pregnancy: Experience in One Major Hospital in Kuwait. Medical Journal of Islamic Republic of Iran. 2013; 1(27):31-34.
12. Alessandra S. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 2013; 1(1): 1-18.
13. Alpay Türk V. Maternal Fizyoloji. Yıldırım G. İçinde Williams Obstetrik.24. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2015; s: 46-77.
14. Anderson CA. The trauma of birth. Health Care for Women International. 2017;38: 999-1010.
15. Arı S. Anne Bebek Bağlanması İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2012, 29.
16. Arıbal Kocatürk P. Strese Yanıt. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2000; 53(1): 45-56.
17. Aslan Ş, Okumuş, F. Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. Journal of Health Science and Profession-HSP. 2017;4(1), 32-40.
18. Aşçıbaşı K, Çökmüş FP., Aydemir Ö. DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. Anatolian Journal of Psychiatry. 2017;*18*, 38–44.
19. Avcıbay B. Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Adana, 2009, ss. 11-15.
20. Aydın N, Yıldız H. Effects of traumatic birth experience and transmission intergenerational Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. Journal of Human Sciences. 2018;15: 604-618.
21. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. Midwifery, 2014; *30*(2): 145–148.
22. Ayers S. Travmatik bir olay olarak doğum: prevalans, risk faktörleri ve postnatal posttravmatik stres bozukluğu tedavisi. Clin Obstet Jinekoli. 2004; 47: 552-567.

23. Bakar Dertlioğlu S, Çiçek D, Uçak H, Çelik H, Halidemir N. Gebelikte Gözlenen Deri Değişiklikleri ve Gebelik Dermatozlarının İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2011; 4(16): 170-174.
24. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi (JACSD) 2014; 1 (1): 25-37.
25. Bal Demirgöz M, Yılmaz Dereli S. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2017.
26. Balkaya NA. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014; 6-16.
27. Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği olan Annelerde Depresyon Taramasi ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. Medical Journal of Bakirkoy, *8*(1), 2012;12–21.
28. Beji Kızılkaya N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015.
29. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008;199: 445-454.
30. Bertucci V, Boffo M, Mannarini S, Serena A, Saccardi C, Cosmi E, Andrisani A, Ambrosini G. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaptation of the childbirth perception questionnaire. Midwifery, 2012; 28, 265–274.
31. Bilgin NÇ, Ak, B, Potur DC, Ayhan F. Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2018; 5(3), 342–353.
32. Blaine SH, Slade P. Exploring the process of writing about and sharing traumatic birth experiences online. British Journal of Health Psychology. 2015; 20: 243- 260.

33. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. Midwifery. 30, 2014;255–261.

34. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarinin incelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;25: 126-130.

35. Can Gürkan Ö, Toroman, B. Gebelik Dermatozları ve Hemşirelik. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2013; 8(22): 19-35.

36. Cantürk D. Vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyleri, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2018, Edirne. (Danışman: Doç. Dr. Melahat Akgün Kostak).

37. Cathcart S, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Stress and tension-type headache mechanisms. 2010; 10(30): 1250-1267.

38. Church S. New Thinking On Improving Maternity Care: İnternational Perspectives, London: Pinter and Martin; 2017.

39. Coşkun A. Yüksek Riskli Gebelikler Fetüs/Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı, İçinde: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri, Dağoğlu T, Görak G. (Editörler), İstanbul, Nobel Yayıncılık, 2008; s. 60-61.

40. Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 2012; İstanbul: Promat Basım ISBN: 978-605-62575-6-8.

41. Coşkun AM, Aslan E. Doğum Sonu Dönem. A. M. Coşkun içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları. İstanbul. 2016; (Cilt 2, s. 239-294).

42. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors; 2000; Birth 27: 104-111.

43. Cunningham FG, Leveno KJ., Bloom Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL. Vajinal Doğum, İstanbul: Nobel Tıb Kitabevleri, 2016; 536-574.

44. Çakır DS. Doğum tipi değişkeninin anne bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2009, ss. 12- 14. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Özgür Alparslan).

45. Çalışkan ZŞ. Annelerin Prenatal Bakım Alma Durumlarının Doğum Şekli ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi. Marmara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul. (Danışman: Prof.Dr. Sefer Ada).
46. Çankaya S. Sezaryenla Doğum Yapan Annelerde Ayak Masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Konfora Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, İstanbul.
47. Çiçek Ö, Mete SA. Common Problem: Fear of Childbirth / sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015;8: 263-268.
48. Çiçek N, Mungan MT, Özden S. Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, I. baskı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2007, ss. 185-196.
49. Çöpoğlu ÜS, Kokacya MH, Demircan C. Gebelik ve Laktasyon Döneminde Ruhsal Bozukluklar ve Tedavisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015; 6(24), 43-53.
50. Dağlar G, Aydemir N. Vaginal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebelik bakım uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2011; 20: 1-6.
51. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. Midwifery, 2016;32,87-92.
52. Dekel R, Goldblatt H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veteran's children. American Journal of Orthopsychiatry, 2008;78(3), 281–289.
53. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience question- naire (CEQ): development and evalua- tion of a multidimensional instrument. BMC Pregnancy and Childbirth 2010; 10:81.

54. Derya YA. Sezaryen ile doğum yapan lohusalara konfor kuramına göre verilen hemşirelik bakımının doğum sonu konfor düzeyine etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Doktora Tezi, Erzurum, 2012, ss. 4-6.
55. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2018 Ankara.
56. DSÖ. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.
57. DSÖ. (2003). Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi. (Ü. S. Örgütü, Dü.)
58. DSÖ. (2016). WHO recommendations on antenatal care. World Health Organization.
59. DSÖ. (2018a). Maternal Mortality.
60. DSÖ. (2018b). World Health Organization.
61. Durmazoğlu G, Serttaş M, Kuru Oktay A, Tatarlar A, Göçmen F, Bezirgan S. ve ark. Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; Özel Sayı, 19, 33-37.
62. Dursun E. Gebelerin Kişilik Özellikleri ve Kaygı Düzeyleri İle Doğum Korkuları Arasındaki İlişki. Nevşehir Hacı Bektaşi Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2018, Nevşehir. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aynur Kızılırmak).
63. Effati- Daryani F, Mohommed-Alizadeh-Charandabi S, Zarei S, Mohammedi A, Mirghafourvand M. Depression, anxiety and stress in the various trimesters of pregnancy in women referring to Tabriz health centres, 2016. International of Journal Culture and Mental Health. 2018;11: 1-9.
64. Elmir R, Virginia S, Lesley W, Jackson D. Women's percetions and experiences of a traumatic birth: A metaethnography. Journal of Advanced Nursing. 2010;66, 2142-2153.
65. Erbil N. Sexual function of pregnant women in the third trimester. Alexandria Journal of Medicine. 2018; 54: 139-142.

66. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;3: 26–34.

67. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past: A meta- synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. Midwifery, 2014;*30*(2), 185–193.

68. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. Journal of Anxiety Disorders, 2009;23, 260-268.

69. Foxcroft K, Callaway K, Byrne M, Webster J. Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013; 13(3).

70. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 7:14-133.

71. Gamble J. Creedy DKA counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. Midwifery, 2009; 25: 21-30.

72. Garthus-Niegel S, Von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. Archives of Women's Mental Health, 2013;16: 1-10.

73. Gilbert E, Harmon J. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, (In) Taşkın L. (Edt), Ankara, Palme Yayıncılık, 2011, s:582-597.

74. Gilbert ES. Manual of High Risk Pregnancy & Delivery. United States of 2011; America: Mosby Elsevier.

75. Gilbert ES. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı (2 nd ed). L. Taşkın, Dü., L. Taşkın, Çev. 2002; Ankara: Palme Yayıncılık.

76. Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H, Dikmen Yıldız P. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. Applied Nursing Research, 2016;32: 227–232.

77. Gölge ZB. Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi, 2005;42(1-2-3–4), 19–28.

78. Gönenç İM. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressürün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE Doktora Tezi, 2013, Ankara. (Danışman: Prof.Dr. Füsun Terzioğlu).

79. Gönenç İM, Çalbayram NÇ. Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. Journal of Human Sciences, 2017; 14(2), 1609–1620.

80. Greenfield M, Jomeen J, Glover L. What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. British Journal of Midwifery, 2016;24(4), 254–267.

81. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Algıladıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 2014;*24*(1): 36-41.

82. Gümüşsoy S, Kavlak O. Gebelikte Fizyolojik Değişimler. Ü Sevil, G. Ertem içinde, 124.

83. Gün EÖ. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Konya. (Danışman: Prof.Dr. Emel Ege).

84. Gündoğdu G. Son Trimesterdeki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri İle Doğumdaki Anksiyete ve Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2013, Erzurum. (Danışman: Prof.Dr. Gülşen Eryılmaz).

85. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. Midwifery, 1996;12: 48-61.

86. Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Astedt-Kurki Effects of Extended Childbirth Education by Midwives on The Childbirth Fear of First Time Mothers: an RCT. Scand J Caring Sci 2017; 31: 293-301.

87. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2002;186: 160-172.

88. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. Postgraduate Medical Journal, 2003;*79*(935), 505–510.

89. Hounton S, De Bernis L, Hussein J, Graham WJ, Danel I, Byass P, Mason ME. Towards elimination of maternal deaths: Maternal deaths surveillance and response. Reproductive Health, 2013, 10,1.

90. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. Journal of Anxiety Disorders, 2011;25(4), 520-530.

91. Işıtan Ö. Doğum sürecinde ve doğum şekline bağlı oksidatif stresin değerlendirilmesinde dinamik tiyol/disülfid dengesinin araştırılması, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Uzmanlık Tezi, 2017, ss.4-13.

92. İnce T, Kondolot M, Yalçın SS. Yurdakök, K. Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2010; 53: 189-197.

93. İsbir GG, İnci F. Traumatic Childbirth And Nursing Approaches /Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2014; 1: 29-40.

94. İsbir GG, İnci F, Önal H, Dikmen YP. The Effects of Antenatal Education on Fear of Cildbirth, Maternal Self-Efficacy and Post- Traumatic Stress Disorder Symptoms Following Childbirth: An Experimental Study. Applied Nursing Reserach, 2016;32:227-32.

95. Kafkaslı A. Annenin Gebeliğe Uyumu. İçinde: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Çiçek MN ve Mungan MT. Güneş Tıp Kitabevleri, 2007, Ankara.

96. Karaca Saydam B. Doğum Eylemi, Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Yayıncılık, 2008; ss. 646-662.

97. Karakoç F.Y., Dönmez, L. (2014). Basic principles of scale development. *Tıp Eğitimi Dünyası,* 40, 39–49.

98. Karaman ÖE, Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017, İstanbul. (Danışman: Doç.Dr. Hatice Yıldız).

99. Karaman ÖE, Yıldız H. 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, 2018;*10*(1), 78–87.

100. Kavuncuoğlu ve ark. Riskli gebelik nedeni ile izlenen annelerden doğan preterm bebeklerin erken dönem morbidite ve mortalite sonuçları. JOPP Dergi, 2010; 2(1), 27-30.

101. Keklikçi S, Primiparlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Gaziantep.

102. Kızılkaya Beji N, Aydın Özkan S. Gebelikte Görülen Fizyolojik / Psikolojik Değişiklikler. N. Kızılkaya Beji içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (Cilt 2, s. 285-306). İstanbul; 2016, Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Şti.

103. Kızılırmak A, Başer M. The Effect of Education Given the Primigravida Women on Fear of Childbirth. Applied Nursing Reserach. 2015; 29:19- 24.

104. Kitapçıoğlu ve ark. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalısması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 9(1), 47-54.

105. Kivik S, Kürtüncü M. Epidural Anestezi ile Doğum Yapan Primipar Annelerde Erken Ten Tene Temasın Emzirme Üzerindeki Etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019. 35 (2), 37-47.

106. Kocatürk A. Gebe Okulu, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul;2017.

107. Kornelsen J, Grzybowski S. Rural Women's Experiences of Maternity Care: Implications for Policy and Practice, Library and Archives Canada Cataloguing in Publication, 2005, s 4- 12.

108. Koyuncu S. Postpartum Primipar Annelerde Yoganın Emzirme Yeterlilik ve Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Lisans Tezi, 2019, Malatya. (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi. Emriye Hilal Yayan).

109. Kömürcü N, Doğan Merih Y. Doğum Öncesi Dönem. A. M. Coşkun içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 2016; s. 133-168. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

110. Körükcü H. Wijma doğum beklentisi / deneyimi ölçeği A versiyonu'nun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009, Antalya. (Danışman: Doç.Dr. Kamile Kukulu).

111. Körükçü Ö, Kabukcuoğlu K. Tokofobi: Şiddetli doğum korkusu. (K. Kabukcuoğlu, Dü.). 2017, Ankara: Detay Yayınları.

112. Körükçü O, Kukulu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;19:193-202.

113. Köybaşı Şahin E, Yeşiltepe Oskay Ü. Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. Gülhane Tıp Dergisi. 2017; (59): 1-5.

114. KURU A. Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan Knox Skorlama Sisteminin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir Tez (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neriman Soğukpınar).

115. Kusaka M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Haruna M. Immediate stress reduction effects of yoga during pregnancy: One group pre–post test. Women and Birth 2016;5 (29) 82–88.

116. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2008; 115: 354-360.

117. Lecompte A, Öner N. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Adaptasyon ve Standardizasyonu ile İlgili Bir Çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları ,1975, 457-462.

118. Lederman R, Weis K. Psychosocial Adaptation to Pregnancy. Seven dimensions of maternal role development. Springer New York, 2009; 292-293.

119. Lemola S, Stadlmary M, Grob A. Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from

the partner. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2007; 25(3), 190-202.

120. Lindsay P, Bagness C, Peate I, Midwifery Skills at a Glance, Newark: John Wiley & Sons, Incorporated, 2018.

121. Lukasse M, ve Schei B. Prevalance and Associated Factors of Fear of Childbirth İn Six European Countries. Sexual &Reproductive Healthcare, 2014; 99-106.

122. Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. Midwifery, 2005;21, 346–354.

123. Lowdermilk DL, Perry SE., Alden KR., Mosby Cashion K, Corbett RB. Nursing care during labor and birth. Elsevier Science Health Science Division, 2007; 394- 448.

124. MacDonald S, Johnson G, Mayes' Midwifery, Edinburg, Elsevier Fifteenth Edition, 2017.

125. Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği. Tanı ve Tedavi Klavuzları. 2005, Öncü Basımevi.

126. Mattson S, Smith JE. Core curriculum for maternal-newborn nursing. 5 th. Ed., Amerika, Elsevier Health Sciences. 2016; 108-119.

127. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, Stramrood C, Thomson G, Slade P. Doğumdan sonra travma sonrası stres bozukluğu: güncel konuların güncellenmesi ve gelecekteki araştırmalar için öneriler. J Reprod Bebek Psychol. 2015; 33: 219-237.

128. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson K, Ashwill J. Maternal-child nursing. 5 th. Ed., St. Louis, Mosby. 2018; 214-240.

129. Mete S. Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013;*6*(2), 93–98.

130. Michels A, Kruske S, Thompson R. Women's postnatal psychological functioning: The role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2013;*31*(2), 172–182.

131. Mohamamdirizi ve ark. The comparison of fear of childbirth and sense of coherence among low-risk and high-risk pregnancy women. Journal of education and health promotion, 2018; 179-17.

132. Molgora ve ark. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjusment. Women and Birth, 2018; 17-123.

133. NICE. Antenatal care Quality standard. 2016, Britain.

134. Nilsson L, Thorsell T, Hertfeltwahn E, Ekström A. Factors ınfluencing positive birth experiences of first-time mothers. Nursing Research and Practice, Article ID349124, 2013;6 pages. North C, Suris A, Smith RP, King RV. The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. ANNALS OF CLINICAL PSYCHIATRY ANNALS, 2016;28(3), 197–208.

135. Nyberg K, Lindberg İ, Öhrling K. Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. Sexual & Reproductive Healthcare, 2010;1, 55–60.

136. O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, & Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. Midwifery, 2014;30, 935-941.

137. OECD (2016). Caesarean sections (indicator).

138. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:98-105.

139. Oskay ÜY. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi 2004; 1 (12): 11-16.

140. Oskay ÜY. Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Hemşirenin Rolünün Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, 2001, İstanbul.

141. Oskay ÜY. Gebelik Komplikasyonu Sonucu Gelişen Riskli Durumlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. (N. K. Beji, Dü.), 2015, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

142. Özkars NB. Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, 2017, İstanbul. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Vahdettin Görmez).

143. Özorhan EY. Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi, 2014; 33-42.

144. Pak MD, Özcan E, Çoban Aİ. Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi ve Psikolojik Dayanıklılığı. Ulaslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017;10(52).

145. Parla S. Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu İle İlişkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimlerin Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları hemşireliği Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2019, Sivas.

146. Potur DC. Nursing/Midwifery Approaches to Fear of Childbirth. A. Çamlı, B. Ak, R. Arabacı, & R. Efe (Dü) içinde, 2016, Recent Advanced in Health Sciences.

147. Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Overview Of High-Risk Pregnancy. In: Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ (eds.), Queenan's Management of High-Risk Pregnancy. 6 th Ed. UK, John Wiley and Sons Ltd, 2012: s. 1.

148. Queenan JT, ve Hobbins J. Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri (3.Baskı b.). (H. Güner, Dü.) 1998, Ankara: Atlas Kitabevi.

149. Queenan JT, ve Spong C. Overview Of High-Risk Pregnancy. J. T. Queenan (Dü.) içinde, Management of High-Risk Pregnancy, 2007; (5 b., s. 16-17). UK.

150. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. BMC Pregnancy and Childbirth, 2017;*17*(1).

151. Rouhe ve ark. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2009; 67-73.

152. Rouhe H. Fear of Childbirth. AcademicDissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Helsinki Unigrafia, Filand, 2015.

153. Rubin R. Maternal Identity and the Maternal Experience. New York, Springer Publishing Company, 1984.

154. Rubin R. Maternal Tasks in Pregnancy. The National Center for Biotechnology Information NCBI, 1976; 1(5), 367-76.

155. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018).

156. Saydam ve ark. Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi, 2007; 15(3), 131- 139.

157. Schramm H, Moebus S, Lehmann N, Galli U, Obermann M, Bock E, Yoon MS. The association between stress and headache: A longitudinal population-based study. SAGE Journals. 2014; 10(35): 853-863.

158. Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 2013; *1*(1), 1–18.

159. Serçekuş P. Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. 2005, İzmir.

160. Serçekuş P, Okumuş H. Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 107-111.

161. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associa- ted with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery 2009;25: 155-62.

162. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. Women and Birth, 2016; 29, 203–207.

163. Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. Kanadalı kadınların ulusal araştırmasına dayanan olumsuz doğum ve doğum deneyiminin belirleyicileri. BMC Gebelik Doğum. 2016; 16 (1): 114.

164. Smorti ve ark. Maternal depressive symptomatology during pregnancy is a risk factor affecting newborn's health: a longitudinal study. J Reprod Infant Psychol, 2019; 1-9.

165. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 2003; *30*(1), 36–46.

166. Solmuş T. Kadınlık ve Annelik Psikolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık. 1 Basım 26- 36 (Cilt 1). 2012, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

167. Soypak NF. Hastaneye Yatırılan Yüksek Riskli Gebelerin Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Saptanması ve Karşılanma Durumunun Belirlenmesi. P. Coşkun (Dü.). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. 1999, İstanbul.

168. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. J Psychosom Obstet Gynecol, 2002;23, 31-39.

169. Srkalović Imširagić A, Begić D, Šimičević L, Bajić, T. Prediction of posttraumaticstress disorder symptomatology after childbirth - A Croatianlongitudinal study. Women Birth. 2017;30(1),17-23.

170. Stankovic B. Women's experiences of childbirth in serbian public healthcare ınstitutions: a qualitative study. International Journal of Behavioral Medicine 2017;24: 803-814.

171. Şen S. Anneanne- Anne-Bebek Bağlanmasının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007, 38-39. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Oya Kavlak).

172. Şencan ve ark. 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2016; 45- 47.

173. Şirin A, ve Kavlak O. Kadın Sağlığı (Genişletilmiş 2.Baskı), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2016.

174. Şirin A, Kavlak O, Karaçam Z. Kadın Sağlığı, İstanbul: Bedray Yayıncılık, 2008, ss. 719-754.

175. Tan P, Evsen MS, Soydinc HE, Sak ME, Ozler A, Turgut A, Gül T. Increased psychological trauma and decreased desire to have children after a complicated pregnancy. Journal of Turkish-German Gynecological Association, 2013; 14: 11–14.

176. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011.

177. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016.

178. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Ankara Sistem Ofset;.2012.

179. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2018. The World Bank.

180. Türk Dil Kurumu. (n.d.). Travma.

181. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara.

182. Uçar T, ve Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,2015; 4(2), 54-58.

183. Uçum E, ve Kitapçıoğlu G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010; 5(13), 108-118.

184. Uludağ E, Erken Lohusalık Döneminde Eş Desteğinin Emzirme Öz Yeterliliğine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Erzurum. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Sibel Öztürk).

185. USCF Health. University of California San Francisco.

186. Uysal B. Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, 2017, Eskişehir.

187. Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2015;*2*(3), 306–317.

188. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negatif birth experience: prevalance and risk factors in a national sample. Birth, 2004;31 (1), 17-27.

189. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and it sassociation with subsequent caesarean sectionand experience of childbirth. BJOG 2006;116 638-46.

190. Wijma K, ve Zar M. Psychometric aspects of the WDEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology, 1998; 84-97.

191. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and Experiences of Childbirth in Pirmiparewith Caesarean Section. BJOG 2007;115:324- 31.

192. World Health Organization (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

193. Vamos CA, Merrell L, Detman L, Louis J, Daley E. Exploring Women's Experiences in Accessing, Understanding, Appraising, and Applying Health Information During Pregnancy. Journal of Midwifery & Women's Health, 2019; 13: 1-19.

194. Yalnız H, Canan F, Genç RE, Kuloğlu MA, Geçici Ö. Development of a scale of traumatic childbirth perception / Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Türk Tıp Dergisi / Turkish Medical Journal 2016;8: 81-88.

195. Yates S. Pregnancy and Childbirth. 2010, China.

196. Yeşilçiçek Çalık K. Doğum eyleminde Sp6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2010, ss. 7-9. (Danışman: Prof.Dr. Nuran Kömürcü).

197. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 2017;208: 634-645.

9. EKLER

Ek-1

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde travmatik doğum algısının karşılaştırılması**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**
	AÇIK ADRESİ:	Halaskargazi Cad. Etfal Sk. 34371 ŞİŞLİ / İSTANBUL
	TELEFON	0212 373 50 00 Dah.li:6565
	FAKS	0212 224 07 72
	E-POSTA	Etfal.EtikKurul@sislietfal.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Ebe. Gülpınar YILDIRIM**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Kadın Doğum Kliniği**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	X		
		Diğer ise belirtiniz:			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL X	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ
İmzası:

Not: Etik kurul başkanı, imzanının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde travmatik doğum algısının karşılaştırılması**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BİLGİLER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21.05.2019		Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.05.2019		Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	DOĞU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	Uygundur
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1266	Tarihi 28/05/2019	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez ertle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Kontrol		İmza
Prof.Dr.Yüksel Altuntaş	Endokrinoloji	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM İç Hastalıkları ABD	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H	
Yard.Doç.Nezaket Eren	Biyokimya	Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ABD	E	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.Z.Yıldız Yıldırmak	Çocuk	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM Çocuk Hastalıkları ABD	E	K X	E ☐	H X	E	H	
Prof.Dr.H.Kübra Elçioğlu	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD	E	K X	E	H X	E	H X	
Prof.Dr.M.Sarper Erdoğan	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı	E X	K ☐	E ☐	H X	E	H X	
Doç.Dr.Hande Yapışlar	Fizyoloji	Acıbadem Üniv.Fizyoloji ABD	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Uzm.Dr.Gülsüm Önal	Etik Deontoloji	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Has	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde travmatik doğum algısının karşılaştırılması**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Gönül Göl	**Tekstil**	**Serbest Üye**	E☐	K☒	B☐	D☒	E☒	H
Prof.Dr.F. Dilek Necioğlu Örken	**Nöroloji**	**Bilim Üniv.Nöroloji ABD**	E☐	K☒	B☐	D☒	E☒	H
Doç.Dr.Aslı Aksu Çerman	**Dermatoloji**	**Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**	E☐	K☒	B☐	D☒	E☒	H
Av.Ülker Kuğu	**Hukuk**	**İl sağlık Müdürlüğü**	E☐	K☒	B☐	D☒	E☒	H

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfayı imzalamalıdır.

Ek-2

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM ve TESCİL BİRİMİ
03/01/2020 17:35 - 15916306 - 604.01.02 - E.77
00109443768

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.02
Konu : Gülpınar YILDIRIM Araştırma İzni Hk.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Göztepe Yerleşkesi, Fahrettin Kerim Gökay Cd. PK.34722 Kadıköy/İSTANBUL

İlgi : 26/08/2019 tarihli ve 71211201-1900220013 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi **Gülpınar YILDIRIM'ın "Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Araştırılması"** başlıklı tezin saha çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SEKRETERLİĞİ
Tarih 16-01-2020
Say 2000021626
Birimi: 302.08.01

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIDIR
06/01/2020

Öğr. İşl. Dai. Bşk.
15.01.2020
M.B.

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No:85 Zeytinburnu/İSTANBUL
Telefon: Faks No:
e-Posta:yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglık.gov.tr

Bilgi için:Yeşim BIYIK
MEMUR
Telefon No:(0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 09433752-90d4-4e18-8c0b-6b213e51919e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3: TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

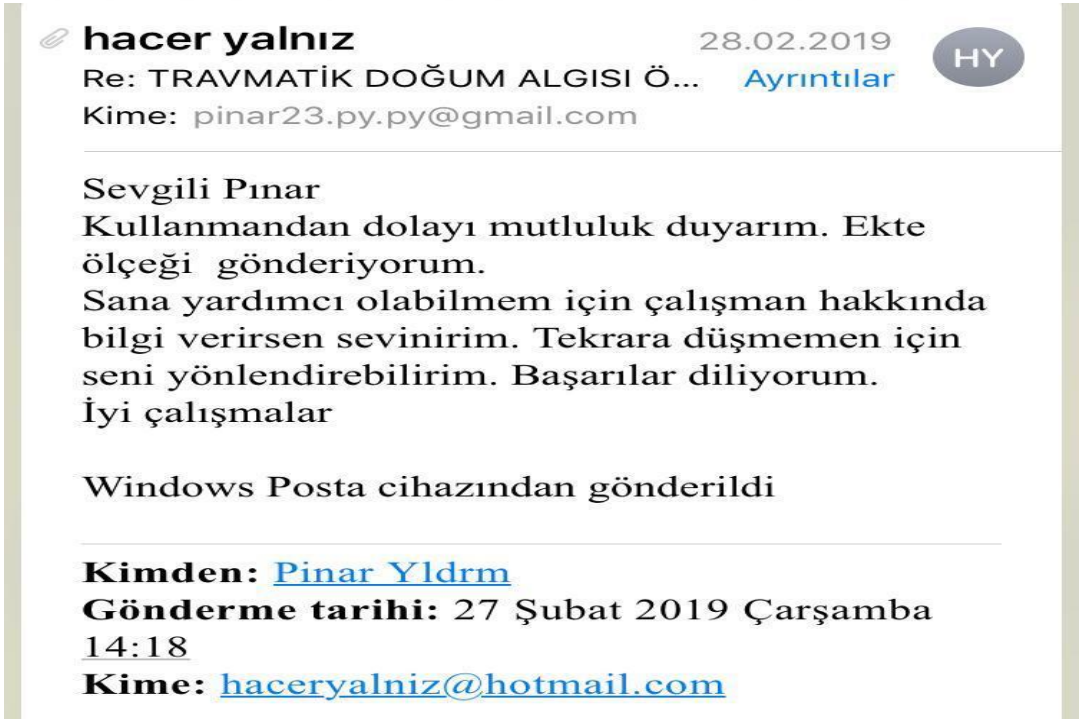


Pinar Yldrm 27.02.2019
Kime: hacer yalnız Ayrıntılar PY

Sayın Hocam ;

Ben Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Tez Dönemi öğrencisiyim. İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Ek Hizmet Binası olan Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Doğumhanede Ebe olarak çalışmaktayım. Geliştirmiş olduğunuz Travmatik Doğum Algısı Ölçeği'nizi yüksek lisans tez çalışmamda izin vermeniz durumunda kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür eder, onayınızı beklerim. İyi çalışmalar.

Gülpınar YILDIRIM.



hacer yalnız 28.02.2019
Re: TRAVMATİK DOĞUM ALGISI Ö... Ayrıntılar HY
Kime: pinar23.py.py@gmail.com

Sevgili Pınar
Kullanmandan dolayı mutluluk duyarım. Ekte ölçeği gönderiyorum.
Sana yardımcı olabilmem için çalışman hakkında bilgi verirsen sevinirim. Tekrara düşmemen için seni yönlendirebilirim. Başarılar diliyorum.
İyi çalışmalar

Windows Posta cihazından gönderildi

Kimden: Pinar Yldrm
Gönderme tarihi: 27 Şubat 2019 Çarşamba 14:18
Kime: haceryalniz@hotmail.com

Ek-4: SAĞLIK BAKANLIĞI GEBELİKTE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

GEBELiKTE RiSK DEĞERLENDiRME FORMU

A-Tıbbi Öykü

1. Kardiyovasküler Hastalıklar
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb. 3. Diabetes Mellitus

4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb. 5. Epilepsi
6. Diğer Serebrovasküler ve Nörolojik Hastalıklar: Anevrizma, Fistül vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon vb.

8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, KOAH vb.
10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.
11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb. 12. Enfeksiyon Hastalıkları: Tüberküloz, Sıtma, HBV, HCV, HĠV, vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematozus vb.
14. Venöz Tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıklar, Metabolik Hastalıklar vb. 17. Ortopedik bozukluk : DKÇ, Skolyoz vb.
18. Akraba Evliliği
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.
20. Düşük Sosyoekonomik Durum

B-Obstetrik Öykü

1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi: Sezaryen, Myomektomi, Metroplasti, Septum Rezeksiyonu vb. 2. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon
3. Tekrarlayan Düşük: 3 ve üzeri
4. Düşük Doğum Ağırlığı 2500gr.↓ Öyküsü

5. Makrozomik Bebek 4000gr.↑ Öyküsü 6. Ölü Doğum, Yeni Doğan Ölümü
7. Eklampsi-Preeklampsi Öyküsü
8. Erken Doğum Öyküsü,

9. Postterm Doğum Öyküsü
10. Anomalili Bebek Öyküsü
11. Gestasyonel Diabetes Mellitus Öyküsü
12. Venöz Tromboemboli Öyküsü
13. Ektopik Gebelik Öyküsü
14. RH/rh Uygunsuzluğu
15. Antepartum ve Postpartum kanama Öyküsü 16. Zor ve Müdahaleli Doğum

Öyküsü
17. Plasenta Previa , Plasenta Dekolmanı Öyküsü

C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi

1. 18 Yaş Altı
2. 35 Yaş Üstü
3. RH/rh Uygunsuzluğu
4. Çoğul Gebelik
5. İki Yıldan Sık Gebelik
6. Sigara , Alkol Kullanımı
7. Grandmultiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel Diyabet
9. Plasenta Previa
10. Venöz Tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-Oligohidramnios
13. Anomalili Fetüs
14. Servikal Yetmezlik
15. Vajinal Kanama
16. Preeklampsi-Eklampsi
17. Gebelikte Cerrahi Müdahale Geçirilmesi: Appendektomi vb.
18. Yatış Gerektiren Hiperemezis Gravidarum
19. Preterm Eylem
20. Gebelikte Travma Geçirilmesi
21. Şiddetli Enfeksiyon
22. Ciddi Anemi
23. Preterm Erken Membran Rüptür (EMR)
24. Vücut Kitle Ġndeksi >30kg/m2
25. Vücut Kitle Ġndeksi <18kg/m2
26. İnfertilite Sonrası Gebelik
27. Anormal PAP Smear
28. Sistit
29. İntrauterin Gelişme Geriliği
30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu (± 4 cm fark)
31. 10-12. haftalardan itibaren el doppleri, 16-20.haftalardan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması. 20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı arttırılır.

Ek-5: GEBE TANITICI BİLGİ FORMU

GEBE TANICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerde travmatik doğum algısını karşılaştırmaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar, sadece araştırma sonuçlarını değerlendirmek amacıyla kullanılacaktır.

Grup (1) Yüksek Riskli Gebeler Grup (2) Düşük Riskli Gebeler

1. **Yaşınız:** ……
2. **Eğitim düzeyiniz:** (1) İlkokul (2) Ortaokul (3) Lise (4) Üniversite/Yüksekokul
3. **Sürekli bir işte çalışma durumunuz:** (1) Çalışmıyorum (2) Çalışıyorum
4. **Gelir durumunuz:** (1) Gelir giderden az (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden yüksek
5. **Yaşadığınız aile tipi:** (1) Çekirdek aile (2) Geniş aile
6. **Eşinizle tanışma şekliniz:** (1) Anlaşarak (2) Görücü usulü (3) Her ikisi
7. **Medeni durumunuz:** (1) Resmi birliktelik (2) Resmi olmayan birliktelik
8. **Eşinizle uyumlu olduğunuza dair düşünceniz:** (1) Uyumsuz (2) Uyumlu
9. **Sigara alışkanlığınız:** (1) Kullanmıyorum (2) Gebelikte bıraktım (3) Gebelikte kullandım
10. **Sürekli yardım almayı gerektiren psikolojik bir sorununuz:**
    (1) Yok
    (2) Varsa tanısı: ……
11. **Kendinizin doğum sırası:** ……
12. **Kendinizin doğum şekli:** (1) Normal doğum (2) Sezaryan
13. **Hayatınızda sözel ya da fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?**
    (1) Kalmadım (2) Evlenmeden önce (3) Evlilikte
14. **Gebelikte eşinizin ve ailesinin sosyal desteğini yeterli buldunuz mu?** (1) Yetersiz (2) Yeterli
15. **İlk gebelik yaşınız:** ……..

16. Gebelik sayınız: …….

17. Kendiliğinden düşük sayınız: ……..

18. İsteğe bağlı kürtaj sayınız: ……

19. Gebelik haftanız (SAT göre): ……

20. Gebeliği isteme durumunuz :

(1) Planlı/ İstenen

(2) Plansız/ İstenen

(3) Plansız/ İstenmeyen

(4) Tedavi/ Yardımla *(Aşılama-tüp bebek)*

21. Gebe okulu ya da doğuma hazırlık sınıflarından eğitim aldınız mı?

(1) Hayır (2) Evet

22. Gebelik ve doğumla ilgili bilgiyi kimden, nereden aldınız?

(1) Görsel basın/yayın (2) Kitaplar, dergiler (3) Sosyal çevre *(anne, akraba, arkadaş vb.)*

23. Gebeliğiniz boyunca kontrollerinizi düzenli yaptırdınız mı?

(1) Hayır (2) Evet

24. Gebelikte aldığınız sağlık bakım hizmetleri beklentinizi karşıladı mı?

(1) Hayır (2) Evet

25. Gebelikte acil doktora gitmeyi gerektiren bir durum yaşadınız mı?

(1) Hayır

(2) Evet ise belirtiniz: ……..

26. Doğuma ilişkin kaygı/anksiyete düzeyiniz: (1)Kaygısız (2) Biraz kaygılı (3)Çok kaygılı

27. Normal doğum için kendinizi hazır hissetme durumunuz: (1) Hazır hissetmiyorum (2) Hazır hissediyorum

28. Doğum sürecinde kendinizi yalnız hissetme durumunuz: (1) Hayır (2)Evet

29. Doğum sürecinde bir yakınınızı yanınızda ister miydiniz? (eş/anne): (1) İstemiyorum (2) İstiyorum

30. Sizin tercihinize bırakılsa hangi doğum yöntemini seçerdiniz? (1) Normal doğum (2) Sezaryan

31. Normal doğumdan korkuyor musunuz? (1) Hayır (2) Evet

32. Doğumdan korkmanızın temel nedeni nedir? *(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)*

(1)Doğum ağrısı

(2)Alttan muayeneler

(3)Normal doğumda oluşabilecek genital bölge travmaları (kesi, yırtık, dikiş vs.)

(4) Acil sezaryana alınma olasılığı

(5)Doğumda bebeğime bir şey olacağı endişesi

33. Doğum ağrısıyla başedebileceğinizi düşünüyor musunuz?

(1) Kolaylıkla başedebilirim
(2) Başedebilirim
(3) Başedemem

34. Sosyal çevreden /basından duyduğunuz olumsuz bir doğum hikayesi sizi kaygılandırıyor mu?	Hayır	Evet
35. Sizce doğum salonları kadınlarda kaygı/korkuyu artıracak ortamlar mıdır?	Hayır	Evet
36. Doğumda istenmeyen bir iletişime/davranışa maruz kalmaktan korkuyor musunuz?	Hayır	Evet
37. Doğum sürecinde yalnız kalmaktan korkuyor musunuz?	Hayır	Evet
38. Doğum sürecinde mahremiyetinizin korunmamasıyla alakalı endişeleriniz var mı?	Hayır	Evet
39. Doğumda istemeyeceğiniz bir girişime maruz kalmaktan korkuyor musunuz?	Hayır	Evet
40. Doğumda bebeğinize bir şey olacağı düşüncesi sizi endişelendiriyor mu?	Hayır	Evet
41. Doğumda kendinize bir şey olacağı düşüncesi sizi endişelendiriyor mu?	Hayır	Evet
42. Doğumdaki herhangi bir olumsuzluğun, doğurganlığınızı etkileceğine dair endişeniz var mı?	Hayır	Evet
43. Doğumda gelişebilecek herhangi bir olumsuzluğun, cinsel hayatınızı etkileyeceğinden korkuyor musunuz?	Hayır	Evet

Soruları doğru ve eksiksiz olarak tamamladığınız için teşekkür ederiz.

Ek-6: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin şağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	**BİRAZ**	**ÇOK**	**TAMAMİYLE**
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)

24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.
Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur. Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla. Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

PUANLARIN YORUMLANMASI

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

EK-7: TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ (TDAÖ)

TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ (TDAÖ)

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. Doğumda 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 korkmam 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 karşılaştığınızda 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

Ek-8: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

1. Araştırmanın adı: Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Karşılaştırılması
2. Araştırmanın amacı: Yüksek riskli ve düşük riskli gebelerdeki travmatik doğum algısını ve bu algıya yönelik görüşlerini inceleyip karşılaştırmaktır.
3. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre: 1 YIL
4. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı: 78 YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK TANISI ALAN VE 78 YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK TANISI ALMAMIŞ DÜŞÜK RİSKLİ GEBE OLMAK ÜZERE TOPLAM 156 GÖNÜLLÜ GEBE ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLECEKTİR.
5. Araştırmada uygulanacak tedaviler: EK TEDAVİ UYGULANMAYACAKTIR.
6. Varsa farklı tedaviler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığının bulunduğu, EK TEDAVİ UYGULANMAYACAKTIR.
7. Araştırma sırasında uygulanacak olan girişimsel yöntemler dâhil olmak üzere izlenecek veya gönüllüye uygulanacak yöntemlerin tümü:
   GÖNÜLLÜ GEBELERE SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN GEBELİKTE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU, ARAŞTIRMACI TARAFINDAN HAZIRLANMIŞ GEBE TANITICI BİLGİ FORMU, DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLAMASI, TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ BİR DEFAYA MAHSUS OLMAK ÜZERE UYGULANACAKTIR. ARAŞTIRMANIN DENEYSEL YÖNÜ YOKTUR.
8. Gönüllünün maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacak ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar dahil olmak üzere): BU ÇALIŞMAYA KATILAN SADECE GEBE GRUPLARDAN OLUŞMAKTADIR. BİLİNEN BİR RİSK VE RAHATSIZLIK YOKTUR.
9. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında gönüllünün bu durum hakkında bilgilendirileceği, BU ARAŞTIRMA SONUCUNDA GÖNÜLLÜLERİN ARAŞTIRMADAN TIBBİ OLARAK BİR YARAR SAĞLAMASI SÖZ KONUSU DEĞİLDİR. BU SONUÇLAR YALNIZCA ARAŞTIRMA AMAÇLIDIR. BU ARAŞTIRMADAN GÖNÜLLÜLERİN ZARAR GÖRMESİ VEYA TEDAVİ SEYRİNİN ARAŞTIRMA AMACINA YÖNELİK DEĞİŞTİRİLMESİ SÖZ KONUSU DEĞİLDİR.
10. Gönüllüye uygulanabilecek olan alternatif yöntemler veya tedavi şeması ve bunların olası yarar ve riskleri, ARAŞTIRMAYA KATILAN GÖNÜLLÜLERİN TANI VE TEDAVİSİNDE UYGULANABİLECEK YÖNTEMLER, BU ARAŞTIRMAYA KATILIP KATILMAMA DURUMUNDAN BAĞIMSIZ OLARAK UYGULANACAKTIR.
11. İlgili mevzuat gereğince gerekiyorsa gönüllüye verilecek tazminat (sigorta) ve / veya sağlanacak tedaviler, ARAŞTIRMAYA BAĞLI BİR ZARAR SÖZ KONUSU OLDUĞUNDA, BU DURUMUN TEDAVİSİ SORUMLU

ARAŞTIRMACI TARAFINDAN YAPILACAK, ORTAYA ÇIKAN MASRAFLAR YİNE SORUMLU ARAŞTIRMACI TARAFINDAN KARŞILANACAKTIR.

12. Varsa, gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler, ARAŞTIRMAMIZDA GÖNÜLLÜLERE ANKET VE ÖLÇEK SORULARI YÖNELTİLECEK OLUP; ULAŞIM, YEMEK GİBİ MASRAFLARI KARŞILANMAYACAKTIR.
13. Gönüllülerin sorumlulukları, GÖNÜLLÜLERİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMUNU OKUYUP TAM OLARAK ANLADIĞINI DÜŞÜNDÜĞÜNDE KATILIMA ONAY VERMESİ, VE ÇALIŞMA İÇİN İLGİLİ FORMLARI DOLDURMAMIZA İZİN VERMESİ YETERLİDİR.
14. Gönüllünün araştırmaya katılımının isteğe bağlı olduğu ve gönüllünün istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceği veya araştırmadan çekilebileceği, BU ARAŞTIRMAYA KATILIMINIZ TAMAMEN GÖNÜLLÜLÜK ESASINA DAYANMAKTADIR. İSTEDİĞİNİZ ZAMAN, HERHANGİ BİR CEZAYA VEYA YAPTIRIMA MARUZ KALMAKSIZIN, HİÇBİR HAKKI KAYBETMEKSİZİN ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDEDEBİLİRSİNİZ VEYA ARAŞTIRMADAN ÇEKİLEBİLİRSİNİZ.
15. Gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacağı, İLGİLİ MEVZUAT GEREĞİNCE GÖNÜLLÜNÜN KİMLİĞİ ORTAYA ÇIKARACAK KAYITLAR GİZLİ TUTULACAKTIR, KAMUOYUNA AÇIKLANAMAYACAKTIR. ARAŞTIRMA SONUÇLARININ YAYIMLANMASI HALİNDE DAHİ GÖNÜLLÜNÜN KİMLİĞİ GİZLİ KALACAKTIR.
16. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağı, İZLEYİCİLER, YOKLAMA YAPAN KİŞİLER, ETİK KURUL, KURUM VE DİĞER İLGİLİ SAĞLIK OTORİTELERİ SİZİN ORİJİNAL TIBBİ KAYITLARINIZA DOĞRUDAN ERİŞEBİLİRLER ANCAK BU BİLGİLERİNİZ GİZLİ TUTULACAKTIR. YAZILI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNUN İMZALANMASIYLA GÖNÜLLÜ VEYA YASAL TEMSİLCİSİ SÖZ KONUSU ERİŞİME İZİN VERMİŞ DEMEKTİR.
17. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği, ARAŞTIRMA KONUSUYLA İLGİLİ VE GÖNÜLLÜNÜN ARAŞTIRMAYA KATILMAYA DEVAM ETME İSTEĞİNİ ETKİLEYEBİLECEK YENİ BİLGİLER ELDE

EDİLDİĞİNDE GÖNÜLLÜYE ZAMANINDA BİLGİLENDİRME YAPILACAKTIR.

18. Gönüllünün; araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişiler ile bu kişilere ait günün 24 saatinde erişebileceği telefon numaraları, TELEFON NUMARALARI KONUSUNDA GÖNÜLLÜ KATILIMCILARA BİLGİ VERİLMİŞTİR. EBE GÜLPINAR YILDIRIM 0536 871 96 66, DR.ÖĞR.ÜYESİ ZÜMRÜT BİLGİN 0535 555 60 00.
19. Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler, ÇALIŞMAYA KATILMA KRİTERLERİNİ KARŞILAMAMANIZ DURUMUNDA ARAŞTIRMACI SİZİN İZNİNİZ OLMADAN SİZİ VEYA BAKIMINI ÜSTLENDİĞİNİZ HASTAYI ÇALIŞMA DIŞI BIRAKABİLİR.
20. Gönüllülerden alınacak biyolojik materyallerin ne olduğu, hangi amaçla alındığı ve analizlerinin nerede yapılacağına dair bilgiler (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), GÖNÜLLÜLERDEN BİYOLOJİK MATERYAL ALINMAYACAKTIR.

- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen EBE tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.
- Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
- BGOF, gönüllü veya kanuni temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içeremez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülükten kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

	Gönüllü	**Yasal temsilci (gerekiyorsa)**	**Araştırmacı**
Adı-Soyadı:			
İmza:			
Tarih:			

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	GÜLPINAR	**Soyadı**	YILDIRIM
Doğum Yeri	İSTANBUL	**Doğum Tarihi**	06.08.1989
Uyruğu	T.C.	**Tel**	05368719666
E-mail	pinar23.py.py@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ – EBELİK ANABİLİM DALI	2020
Lisans	HALİÇ ÜNİVERSİTESİ - EBELİK	2011

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre(Yıl - Yıl)**
1 EBE	ÖZEL TÜRKİYE GAZETESİ HASTANESİ	2011-2013
2 EBE	ÖZEL ŞİŞLİ KOLAN İNTERNATİONAL HOSPİTAL	2014-2015
3 EBE	S.B.Ü. ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	2015-2019
4 EBE	ŞİŞLİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	2019-HALEN

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	69,6	69,1	64,7
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MİCROSOFT OFFİCE	İYİ
SPSS	İYİ

EK.1. Sertifikalar ve Katılım Belgeleri

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
HASAN ALİ YÜCEL EĞİTİM FAKÜLTESİ
PEDAGOJİK FORMASYON SERTİFİKASI (SAĞLIK)- 2015

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI KURUMU
TEMEL YENİDOĞAN BAKIM KURSU- 2016

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
EBELİK BECERİLERİ GELİŞTİRME EĞİTİMİ- 2017

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL OBSTETRİK BAKIM EĞİTİMİ- 2017

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
NEONATAL RESÜSİTASYON PROGRAMI UYGULAYICI SERTİFİKASI- 2019

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ANNE SÜTÜ VE EMZİRME DANIŞMANLIĞI EĞİTİMİ- 2019

EK.2. Diğer Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildirisi vs.)

1. Uluslararasi Istanbul Ebelik Günleri-2. Ulusal Istanbul Ebelik Gunleri
"Kordon Klempleme Zamani: Sistematik Derleme- Cord Clamping Time: Systematic Review"
E-Poster Bildiri - İkincilik Ödülü

ICHES-IDU 2020 International Congress of Health Sciences
"Gebelerde Travmatik Doğum Algısı/Traumatıc Delıvery Perceptıon In Pregnant Women"
Sözel Bildiri (Online)