

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERVİKAL YETMEZLİK SÜRECİNDE ÇİFTLERİN
YAŞADIKLARI DENEYİMLER ÜZERİNE NİTEL
BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şüheda GİRGİN

Enstitü Anabilim Dalı: Ebelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin HAMLACI BAŞKAYA

TEMMUZ-2023

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/10/2022 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 04.07.2023

şuheda GİRGIN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tezimin yapım süresince desteklerini esirgemeyen, pes etmeye yakın olduğum her anda beni sıkmadan tezime odaklanmamı sağlayan, bir öğretmenden daha fazlası olan teşekkürü bir borç bildiğim Ebelik Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Hamlacı Başkaya'ya teşekkürlerimi sunarım. Atanıp çalışmaya başladığım ilk günden bu yana her ihtiyaç anında yanımda olan, yoğun mesai saatlerimizde tezimi yazabilmem için mesailerimi devir alan birimimdeki çalışma arkadaşlarıma, çalışmamın nitel sorularını hazırlayabilmem için benimle beraber fikir yürüten canım arkadaşım Sena Çelik'e, yüksek lisans hayatımın başından sonuna kadar her aşamasında bilgi ve fikirlerinden faydalandığım, Doç. Dr. Zekiye Turan ve Doç. Dr. Kevser İlçioğlu'na, hayatımın her döneminde varlıklarından güç aldığım, her zaman yanımda olan canım annem, babam, ablamı kardeşim ve arkadaşlarım sonsuz teşekkürler.

04.07.2023

Şüheda Girgin

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	i
ŞEKİLLER	i
TABLolar	i
ÖZET	i
SUMMARY	i
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. PRETERM DOĞUM	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Risk Faktörleri	6
2.1.3.1. Maternal Risk Faktörleri	6
2.1.3.1.1. Maternal Yaş.....	6
2.1.3.1.2. Irk ve Etnisite	7
2.1.3.1.3. Maternal Obezite.....	7
2.1.3.1.4. Maternal Malnütrisyon	7
2.1.3.1.5. Sigara ve Alkol Kullanımı	7
2.1.3.1.6. Stres	8
2.1.3.1.7. Preterm Doğum Öyküsü	8
2.1.3.1.8. Gebelikler Arası Sürenin Kısa Olması.....	8
2.1.3.1.9. Geçirilmiş Uterin Operasyonlar	9
2.1.3.1.10. Geçirilmiş Serviks Operasyonları	9
2.1.3.1.11. Kısa Serviks Uzunluğu	9
2.1.3.2. Mevcut Gebelikle İlgili Risk Faktörleri	9
2.1.3.2.1. Çoğul Gebelikler.....	9
2.1.3.2.2. Maternal Hastalıklar	9

2.1.3.2.3 Enfeksiyonlar	10
2.1.3.2.4 Yardımcı Üreme Teknikleri.....	10
2.1.3.2.5 Antenatal Kanamalar	11
2.1.3.2.6 Servikal Yetersizlik.....	11
2.1.4. Patofizyoloji.....	11
2.1.4.1. İnflamasyon.....	11
2.1.4.2. Desidual Kanama	11
2.1.4.3. Uterusta Aşırı Distansiyon	12
2.1.4.4. Servikal Yetmezlik.....	12
2.1.4.5. Anatomik Nedenler	12
2.1.4.6. Hormonal Değişiklikler.....	13
2.1.4.6.1 Prostaglandinler	13
2.1.4.6.2 Progesteron	13
2.1.4.6.3 Östrojen.....	13
2.1.4.6.4 Oksitosin	13
2.1.4.6.5 Relaksin	14
2.1.4.6.6 Endotelin-1.....	14
2.1.4. Tanı Yöntemleri	14
2.1.5.1. Uterin Aktivitenin Monitorizasyonu	14
2.1.4.2. Serviksin Dijital Muayenesi.....	15
2.1.4.3. Serviksin Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi	15
2.1.4.4. Servikal Uzunluk Ölçümü	16
2.1.4.5. Bakteriyel Vajinozis Taraması.....	16
2.1.6. Tedavi Yöntemleri	16
2.1.6.1. Yatak İstirahati	16
2.1.6.2. Hidrasyon	17
2.1.6.3. Sedasyon	17
2.1.6.4. Cinsel Aktivite Kısıtlaması	17
2.1.6.5. Tokoliz	17
2.1.6.5.1. Tokolitik İlaçlar	18
2.1.6.1.1.1. Beta-Mimetikler	18
2.1.6.1.1.2. Kalsiyum Kanal Blokerleri.....	18
2.1.6.1.1.3. Magnezyum Sülfat	19
2.1.6.1.1.4. Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ)	19

2.1.6.1.1.5. Nitrit Oksit Salgılatıcı İlaçlar	19
2.1.6.1.1.6. Oksitosin Antagonistleri.....	20
2.1.6.1.1.7. Progesteron Kullanımı.....	20
2.1.6.5.2. Kortikosteroid Uygulaması.....	20
2.1.6.5.3. Servikal Serklaj.....	21
2.1.6.5.3.1. Transabdominal Servikoistmik Serklaj	22
2.1.6.5.3.2. Acil Serklaj.....	22
2.1.6.5.3.3. Lash ve Lash Serklaj Tekniği	22
2.1.6.5.3.4. Page Serklaj Tekniği	22
2.1.6.5.3.5. Mann Serklaj Tekniği	23
2.1.6.5.3.6. Shirodkar Serklaj Tekniği	23
2.1.6.5.3.7. McDonald Serklaj Tekniği	23
2.1.6.5.3.8. Wurm Serklaj Tekniği	24
2.1.6.5.3.9. Davut Yıldızı Modifikasyonu.....	25
2.1.6.5.4. Servikal Pesser	25
2.2. SERVİKAL YETMEZLİK TANISI ALAN GEBELERDE EBELİK BAKIMI	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. ARAŞTIRMA AMACI	28
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI	28
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	28
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	29
3.4.1. Araştırmanın Yapıldığı Kliniğin İşleyişı	29
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ.....	30
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
3.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	31
3.9. VERİ ANALİZİ.....	31
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	32
3.11. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ.....	32
3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	33
3.13. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ.....	34
4. BULGULAR.....	35

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ.....	35
4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN EŞLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ	37
4.3. GEBE VE EŞLERİNİN YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMUNDAKİ SORULARA VERDİKLERİ YANITLARIN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ.....	38
4.3.1. Taniya Tepki.....	39
4.3.1.1. Kaybetme Korkusu	39
4.3.1.2. Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma	40
4.3.2. Sürecin Zorlukları.....	43
4.3.2.1. Yatak İstirahati.....	44
4.3.2.2. Babanın Zorlandığı Konular	45
4.3.2.3. Konstipasyon Korkusu.....	46
4.3.2.4. Kişisel Bakıma Özen Gösterememe	46
4.3.3. Sürecin Etkileri.....	48
4.3.3.1. Evliliğe Etki	49
4.3.3.2. Günlük Hayata Etki	49
4.3.3.3. Keşkeler	50
4.3.4. Baş Etme ve Destek Mekanizmaları.....	53
4.3.4.1. Manevi Değerler	53
4.3.4.2. Aile Desteği	54
4.3.4.3. Eş Desteği	54
4.3.4.4. Sağlık Profesyoneli Desteği.....	54
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. TANIYA TEPKİ.....	59
5.1.1. Kaybetme Korkusu.....	59
5.1.2. Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma.....	60
5.2. SÜRECİN ZORLUKLARI.....	61
5.2.1. Yatak İstirahati	61
5.2.2. Konstipasyon Korkusu	62
5.2.3. Kişisel Bakıma Özen Gösterememe.....	63
5.2.4. Babanın Zorlandığı Konular.....	63
5.3. SÜRECİN ETKİLERİ	64
5.3.1. Günlük Hayata Etki	64

5.3.2.	Evliliğe Etki.....	65
5.3.3.	Keşkeler.....	66
5.4.	BAŞ ETME VE DESTEK MEKANİZMALARI	66
5.4.1.	Manevi Değerler.....	66
5.4.2.	Aile Desteği.....	67
5.4.3.	Eş Desteği.....	67
5.4.4.	Sağlık Profesyoneli Desteği	68
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
	KAYNAKLAR	73
	EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	83
	EK 2: YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU	87
	EK 3: ETİK KURUL İZİNİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
	EK 4: ANABİLİM DALI ONAYI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
	ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR

DSÖ: (WHO=World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

TJOD: Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği

DDA: Düşük Doğum Ağırlığı

ÇDDA: Çok Düşük Doğum Ağırlığı

TV USG: Trans Vajinal Ultrasonografi

USG: Ultrasonografi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

EMR: Erken Membran Rüptürü

LEEP: Loop Elektrocerrahi Eksizyonu Prosedürü

ARDS: Akut Respiratuar Distress (Solunum Sıkıntısı Sendromu)

IVF: In Vitro Fertilization

IBBS: İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynecologists

FDA: Food and Drug Administration (ABD Gıda ve İlaç Dairesi)

CRH: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

CRP: C-Reaktif Protein

AFP: Alfa FetoProtein

IL-6: İnterlökin-6

fFN: Fetal Fibronektin

NST: NonStres testi

NSAİİ: Non Steroidal Antiinflamatuvar İlaçlar

PGI2: Prostaglandin

L/S: Lesitin / Spingomyelin Oranı

IV: Intra Venöz

COREQ: Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research

ŞEKİLLER

Şekil 1. Gestasyonel Yaş ile Neonatal Mortalite Arasındaki İlişki (Alexander et al 2003)	5
Şekil 2. İBBS-1'e Göre 1.000 Canlı Doğumda Yenidoğan Ölüm Hızı (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).....	5
Şekil 3. 1.000 Canlı Doğumda Yenidoğan Ölüm Hızının Dünya Çapında Karşılaştırması (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).....	6
Şekil 4. Uterin Septumun Histerosalpingografik Görünümü (Cömert ve ark 2017). 12	
Şekil 5. Kardiyotokografi İle Uterus Aktivitenin Monitörizasyonu (Aydın 2014). ..	15
Şekil 6. Bishop Skorlaması (Çetinkaya ve Söylemez 2013).	15
Şekil 7. Modifiye Shirodkar Serklaj Tekniği (Cunningham et al 2020).....	23
Şekil 8. McDonald Serklaj Tekniği (Cunningham 2020).....	24
Şekil 9. Wurm Serklaj Tekniği (Makul 2021).	24
Şekil 10. Davut Yıldızı Serklaj Tekniği (Makul 2021).....	25
Şekil 11. Temalar Gösterimi	38
Şekil 12. Taniya Tepki Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi	39
Şekil 13. Taniya Tepki Teması Kod Matris Gösterimi.....	42
Şekil 14. Sürecin Zorlukları Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi.....	43
Şekil 15. Sürecin Zorlukları Teması Kod Matris Gösterimi	47
Şekil 16. Sürecin Etkileri Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi	48
Şekil 17. Sürecin Etkileri Teması Kod Matris Gösterimi	52
Şekil 18. Baş Etme ve Destek Mekanizmaları Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi.....	53
Şekil 19. Etme ve Destek Mekanizmaları Teması Kod Matris Gösterimi	56
Şekil 20. Kod Bulutu	57
Şekil 21. Temalar, Kategoriler ve Kodlar Matrisi	58

TABLÖLAR

Tablo 1. Araştırmanın Süreç Adımları	34
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri	35
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri	36
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri	37



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Preterm eylem neonatal mortalite ve morbiditeye neden olan en önemli faktörlerden biridir. Preterm eyleme sebep olan ve en sık görülen semptomlardan biri olan servikal yetmezliğin önüne geçebilmek için uygulanan serklaj ve pesser gebenin yatak istirahati ve hospitalizasyona maruz kalmasına neden olur. Gebe ve eşi süreç boyunca birbirinden uzak kalabilir, psikolojik açıdan yıpranabilirler. Bu çalışmanın amacı ise servikal yetmezlik tanısı alan çiftlerin bu süreçteki deneyimlerini saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Niteliksel tipteki bu araştırma Ekim 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 25. gebelik haftası altında servikal yetmezlik tanısı ile pesser takılan ve/veya serklaj uygulanmış, 18 yaş üzeri 14 gebe ve eş oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında gebeler için ayrı eş için ayrı “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” kullanılmıştır. Görüşmeler ses kaydına alındı, kelimesi kelimesine yazıya döküldü ve tematik olarak analiz edildi.

BULGULAR: Yapılan içerik analizi sonucunda “sürecin etkileri”, “tanıya tepki”, “sürecin zorlukları” ve “baş etme ve destek mekanizmaları” olmak üzere 4 tema ortaya çıkmıştır. Gebeler ve eşleri bu süreçte birçok sorun yaşadıklarını, yaşam davranışlarında değişiklik olduğunu, gebeliğe yönelik araştırma yaptıklarını, birçok duyguyu hissettiklerini, keşkelerini, sürecin günlük hayata, annelik ve babalık duygusuna, gelecek planına yönelik etkilerini, zorlandıkları ve güç aldıkları konuları, baş etme yöntemlerini ifade etmişlerdir.

SONUÇ: Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcıların servikal yetmezlik tanısı hakkında bilgi eksikliğinin olduğu ve bu durumun süreçte korku ve endişeye neden olduğu kanısına varılmıştır. Gebe ve eşlerindeki psikolojik yıpranmayı azaltmak için katılımcıların desteklenmesi ve tanı, tedavi süreci hakkında bilgi verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Servikal Yetmezlik, Gebelik, Eşler, Serklaj, Pesser, Preterm Doğum, Ebelik, Yatak İstirahati.



SUMMARY

A Qualitative Research on The Experiences of Couples In The Process of Cervical Insufficiency

INTRODUCTION AND PURPOSE: Preterm labor is one of the most important factors causing neonatal mortality and morbidity. Cerclage and pessary applied to prevent cervical insufficiency, which is one of the most common symptoms that cause preterm labor, causes the pregnant woman to be exposed to bed rest and hospitalization. The pregnant woman and her partner may stay away from each other during the process and may be psychologically worn out. The aim of this study is to determine the experiences of couples diagnosed with cervical insufficiency in this process.

MATERIAL AND METHOD: This qualitative study was conducted in a training and research hospital between October 2022 and January 2023. The sample of the study consisted of 14 pregnant women over the age of 18 and who underwent pessary implantation and/or cerclage with the diagnosis of cervical insufficiency under the 25th gestational week and their partners. "Personal Information Form" and "Semi-structured Questionnaire" for pregnant women and their partners were used to collect data separately.

FINDINGS: As a result of the content analysis, 4 themes emerged as "effects of the process", "response to diagnosis", "difficulties of the process" and "coping and support mechanisms". Pregnant women and their partners stated that they experienced many problems in this process, changes in their life behaviors, they did research on pregnancy, they felt many emotions, their regrets, the effects of the process on daily life, the feeling of motherhood and fatherhood, the future plan, the issues they had difficulty and gain strength, and their coping methods.

CONCLUSION: Opinions of pregnant women and their partners about the diagnosis and treatment of cervical insufficiency were obtained from interviews with semi-structured questionnaires. The answers given to the questions by the pregnant women and their partners who participated in the study were analyzed qualitatively. The themes that emerged are the effects of the process, response to diagnosis, difficulties of the process and coping and support mechanisms. Category, code and sub-codes have been determined.

KEY WORDS: Cervical Insufficiency, Pregnancy, Partners, Cerclage, Pessier, Preterm Birth, Midwifery, Bed Rest.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

‘Servikal yetmezlik’ veya ‘Erken servikal dilatasyon’ gebeliğin ikinci trimesterinde serviksin sancısız dilatasyonunu takiben membranların yırtılması ve henüz yaşayabilecek olgunluğa ulaşmamış bir fetüsün atılması ile sonuçlanan durumdur. Servikal yetmezliğin günümüzde geleneksel tedavi şekli, transvajinal/ abdominal yolla servikse kapatıcı sütür konmasıdır. Servikal sütürün ilk trimester sonrası planlı olarak konmasına profilaktik (primer), servikal değişikliklerin izlenmesinden sonra konmasına terapötik (sekonder) ve ilerlemiş silinme, dilatasyon ve prolabe membranlar oluşumundan sonra konmasına da acil (tersiyer) serklaj denmektedir (Rust ve Roberts 2005; Gün 2009). Yatak istirahati, pesser, servikal halkalar ve progesteron tedavisi de servikal yetmezlik tedavisi amacıyla kullanılmaktadır (Gün 2009). Serklaj uygulanan ve/veya pesser uygulanan hastalar uygulama sonrası enfeksiyon riski ve gebeliğin riski açısından bir süre hastanede yakın takip edilmektedir.

Hastanede uzun süre yatan gebelerin gebeliğe karşı oluşan algıları değişmektedir. Aynı zamanda eşlerinden ve ailelerinden uzak kalmaları, şimdiki gebeliğinin kayıp korkusu duygusal anlamda değişikliklere neden olmaktadır. Babalar ise eşlerinin ve bebeklerinin sağlığı hakkında endişe ederken bu süreçte eşlerinden uzun süre ayrı kalmaktadır.

Preeklampsi, gestasyonel diyabet gibi riskli gebeliklerin tedavi ve bakım hizmetlerinin nasıl olması gerektiği ve gebelerin bu süreçte neler yaşadıklarına dair birçok çalışma olmasına rağmen, servikal yetmezlik yaşayan gebe ve eşlerinin bu süreçteki deneyimlerine ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Servikal yetmezlik yaşayan birçok kadının daha önce fetal kayıp da yaşadığı göz önüne alındığında, ebelerin bu gebelere verecekleri bakım ve desteğin önemi artmaktadır. Ebelerin bu süreçte gebe ve eşinin yaşadığı deneyimi anlaması, ihtiyaç duyduğu bilgi ve desteği vermesi, önemli görülen konuları belirlemesi ve doğru sağlık profesyonellerine yönlendirmesi gebe ve eşinin bu sürece ve gebeliğe uyumunu kolaylaştıracaktır. Aynı zamanda literatüre baktığımızda çalışmamızı destekleyen servikal yetmezliğin gebeler ve eşlerinin duygu

ve deneyimlerini konu alan yeterli sayıda çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışmamız, servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin deneyimlerini öğrenmeyi ve literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. PRETERM DOĞUM

2.1.1. Tanım

Preterm doğum, dünyada önde gelen bir kadın doğum sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 37. gebelik haftasından önce başlayan travayı preterm doğum olarak tanımlamıştır. Preterm doğum, kadının hissettiği ağrılar ve kardiyotokografide kontraksiyonun görülmesi ile birlikte servikal değişikliklerin de eşlik etmesiyle konur (ACOG 2016). Kasıkta bası, düzenli seyreden uterus kontraksiyonları, vajinal akıntıda artış, vajinal kanama ve batin alt kadranda gerginlik durumu preterm doğumun belirtilerinden sayılabilir (Çetinkaya ve ark 2017).

Başka bir tanımlamaya göre ise 20-37. haftalar arasında amniyon zarının sağlam, serviks uzunluğunun 20-30 mm arasında, servikal açıklığın 20 mm'den büyük olması ve uterus kasılmalarının saatte minimum 6 kasılma kadar olması gerekmektedir (Çetinkaya ve ark 2017).

Preterm doğum gebelik haftasına göre sınıflandırılmıştır. Gebelik haftası;

- 20-27/6 gün arasında olan doğumlar ileri derecede erken preterm doğum,
- 28-31/6 gün arasında olan doğumlar çok erken preterm doğum,
- 32-33/6 gün arasında olan doğumlar orta derecede erken preterm doğum,
- 34-36/6 gün geç preterm doğum olarak sınıflandırılır (Blencowe et al 2013).

Diğer bir sınıflandırma faktörü ise fetüsün doğum ağırlığı oranlarıdır. Normal, yüksek ve düşük olmak üzere üç temel kategoride rapor edilmiştir.

- Normal doğum ağırlığı 2,500 ile 3,999 gram arasında,
- Yüksek doğum ağırlığı 4,000 gram veya daha fazlası,
- Düşük doğum ağırlığı 2,500 gramın altı olarak belirlenmiştir.
 - Düşük doğum ağırlığı (DDA) 1,500-2,500 gram,
 - Çok düşük doğum ağırlığı (ÇDDA) 1,500 gramdan az olan fetüslerin doğum ağırlığı olarak tasvir edilmiştir (Durham ve Chapman 2013).

Preterm doğumların büyük bir kısmı, spontan preterm doğum, preterm membran rüptürünün gelişmesiyle oluşurken; az bir bölümü ise anne ve fetüsün sağlığını riske atacak durumlar olan preeklampsi, fetal gelişim geriliği, dekolman plasenta kaynaklı olarak yapılmaktadır (Durham ve Chapman 2013).

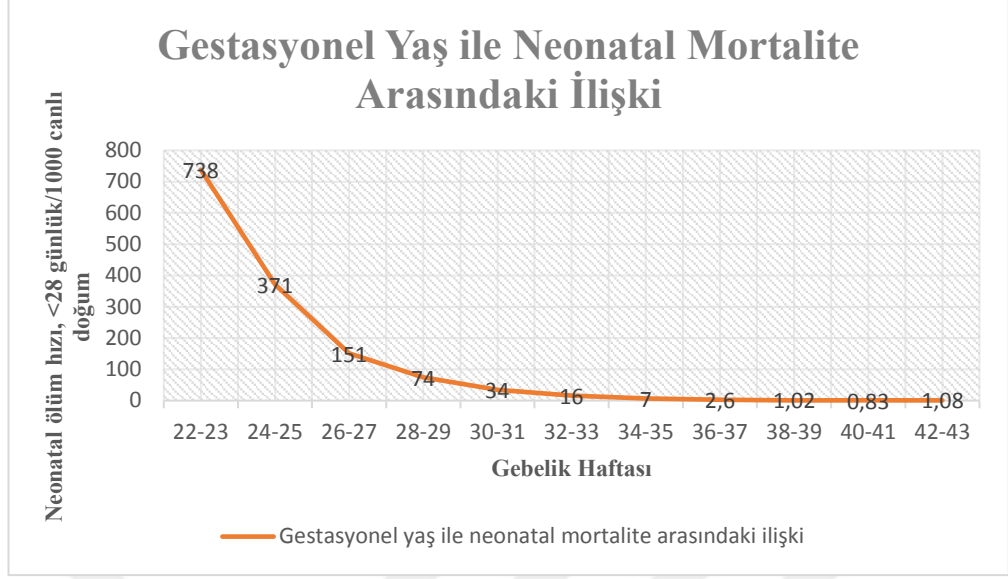
2.1.2. Epidemiyoloji

DSÖ'ye göre dünyada tüm yenidoğanların % 11'i (yaklaşık 14,9 milyon bebek); Avrupa'da ise %11,97'si prematüre doğmaktadır (Blencowe et al 2013). Türkiye'de ise prematüre doğum oranı %15,6'dır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018).

Ülkemizde Konya'da yapılan bir çalışmada preterm doğum oranı %17,3 olarak saptanmıştır (Ege ve ark 2009). İstanbul'da bir hastanede yapılan bir araştırmada bu oran %18-25 arasındadır (Şekeroğlu ve ark 2009). İzmir'de 2018'de 261 gebenin örneklem alındığı bir araştırmada ise gebelerin %32,2'sinin erken doğum riski vardır (Soğukpınar ve ark 2018).

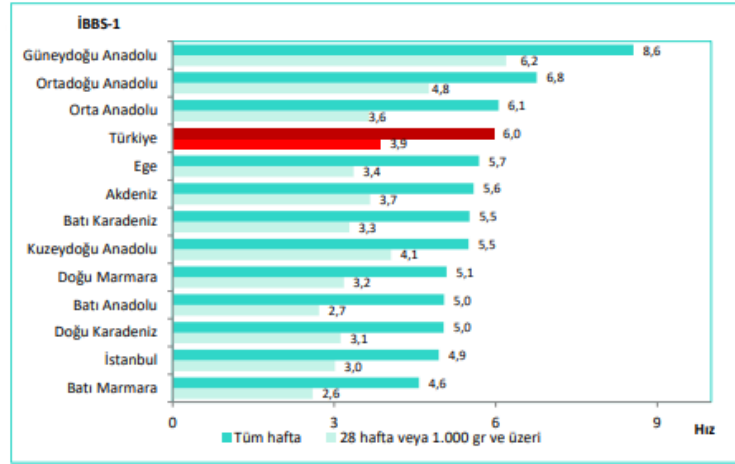
2016 yılında, 1000 canlı doğumda 7,2 olan bebek ölüm hızı, 2018 yılında 1000 canlı doğumda 6,8'e gerilemiştir. Bu durumda, yenidoğan tarama ve bakım programlarındaki gelişme faaliyetlerinin kapsayıcılığındaki yüksek artış oranlarının rolü büyüktür. Son 5 yıldaki bebek ölüm nedenlerinin birincil sebebinin ise prematürelilik olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2022).

Preterm eylem oranları ırklar arası da değişiklik gösterir; örneğin 2005 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada siyah kadın %18,4 oranında preterm doğum gerçekleştirirken bu oran beyaz kadında %11,7 olarak rapor edilmiştir (Martin et al 2007). Doğumdaki gestasyonel yaş azaldıkça neonatal mortalite riski artmaktadır (Şekil 1) (Alexander et al 2003).



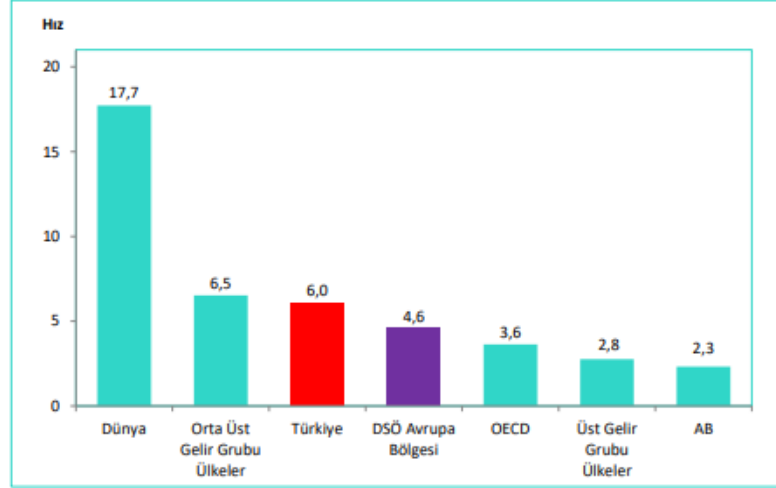
Şekil 1. Gestasyonel Yaş ile Neonatal Mortalite Arasındaki İlişki (Alexander et al 2003)

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne göre 2013-2018 yılları arasında 28 hafta veya 1000 gr üzeri ülkemizde doğan bebeklerin ölüm hızı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 6,2 oranıyla en yüksektir (Şekil 2) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).



Şekil 2. İBBS-1'e Göre 1.000 Canlı Doğumda Yenidoğan Ölüm Hızı (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018)

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne göre 2013-2018 yılları arasında dünya çapında 28 hafta veya 1000 gr üzeri doğan bebeklerin ölüm hızı dünya çapında 17,7'dir. Türkiye'de ise bu durum 6,0 oranı ile yüksek seyretmektedir (Şekil 3) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).



Şekil 3. 1.000 Canlı Doğumda Yenidoğan Ölüm Hızının Dünya Çapında Karşılaştırması (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018)

2.1.3. Risk Faktörleri

Preterm doğumun fark edilebilmesi için buna sebep olacak faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Bu faktörleri bilmek hem risk oluşturan gebelerin tespiti için hem de preterm doğuma neden olan faktörlerin belirlenmesi ve fetüs ile annenin sağlığı için önem arz etmektedir (Goldenberg 2008).

2.1.3.1. Maternal Risk Faktörleri

2.1.3.1.1. Maternal Yaş

Anne yaşı artışıyla preterm eylem riski artmaktadır. Yapılan çalışmalarda 35 yaş üstü gebelerde 1,4 kat daha fazla preterm doğum gözlenmiştir. 40-45 yaş civarı gebeliklerde bu risk daha da artmıştır (Cobo et al 2020). Ayrıca 20 yaşın altındaki gebeliklerde yaş azaldıkça preterm doğum riski artmaktadır (Torchin ve Ancel 2016).

Yapılan bir araştırmada gelişmekte olan ülkelerde ilk gebeliklerin %25 oranında 20 yaş altında olduğunu göstermişlerdir. Maternal büyümenin devam ettiği bu dönemde maternal ve fetal besin gereksinimi karşılanamamakta ve preterm doğum, fetal gelişim geriliği, fetal ölümler gibi sonuçlara yol açmaktadır (Arpacı 2022).

İleri yaşlarda preeklampsi, gestasyonel diyabet, uterin faktörler (leiomyom gibi) gibi sorunlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. 20 yaş altında olan kadınlarda ise vajinal enfeksiyonların sıklığı preterm eylem nedeni olarak gösterilebilir (Arpacı 2022).

2.1.3.1.2. Irk ve Etnisite

Gebeliğin fizyolojik süresi, farklı etnik kökende olan kadınlarda farklılık gösterebilir. Yapılan çalışmalarda, bazı etnik grupların preterm eylem insidansının yüksek olduğu görülmektedir. Afro-Amerikan ve Afro-Karayıpli ırkın gebelik süresinin, beyaz ırka göre %40 oranında kısa olduğu ve artmış preterm doğum riski bulunduğu düşünülmektedir (Cobo et al 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde preterm eylemin bu grupta daha yaygın olmasının sebepleri; ırkçılığa bağlı maternal stres, bu grupların sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olması ve bu durumun gebelik öncesinde kadının sağlık ve bakım hizmetlerine ulaşımı güçleştirmesi sebebiyle olduğu düşünülmektedir (Bronstein 2018).

2.1.3.1.3. Maternal Obezite

Obezite ile preterm eylem arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır. Gebelikte varolan inflamatuvar durumu daha da artırdığı bu mekanizma ile preterm eyleme yol açtığı düşünülmektedir (Liu et al 2019).

2.1.3.1.4. Maternal Malnütrisyon

Vücut kitle indeksi (VKİ) yüksek gebelerde preterm doğum daha sık gözlenirken düşük vücut kütleli gebelerde de sık gözlenmektedir. Düşük VKİ (<18,5) olan kadınlarda preterm doğum 1,3 kat daha fazla gözlenmiştir. Annede kronik malnütrisyon, nutrisyonel element eksiklikleri yenidoğanın doğum kilosunu ve yenidoğanın immün sisteminin gelişimini kötü etkilemektedir (Cobo et al 2020).

2.1.3.1.5. Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara içen gebelerde preterm doğum riski 1,4 kat artış göstermektedir. Sigaranın içinde bulunan nikotin ve karbon monoksit damarın daralarak damar içi basıncın artmasını sağlayan maddelerdir. Bu basıncın artması ile birlikte uterin kan akımında azalma ve plasentada hasar meydana gelir. Anne ve bebeğe giden kan akımında azalma

oluşmasının beraberinde fetüste gelişim geriliği, plasenta dekolmanı ve preterm doğuma yol açar (Cobo et al 2020).

Burguet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelikte sigara kullanımının preterm doğuma neden olduğu ve multipar gebelerde nullipar gebelere göre daha sık erken doğuma neden olduğu gösterilmiştir (Arpacı 2022). Vélez ve arkadaşları sigaranın uterustaki oksitosin reseptörlerinin sayısını arttırarak kasılmayı tetiklediği ve böylece preterm doğuma karşı bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır (Vélez et al 2008).

Alkol kullanımının özellikle tekrarlayan preterm doğumların etyolojisinde önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (Grantz et al 2015). Alkol tüketimi erken doğan bebeklerdeki beyin tahribatının artması riskiyle bağdaştırılmıştır (Arpacı 2022).

2.1.3.1.6. Stres

Kaygı, bunalım ve ruhsal darbelerin gebede preterm doğum için risk etmenleri olduğunu ve bu etmenlerin psikoterapiler ile azaltılarak preterm doğum riskinin önlenebileceğine dair kanıtlar vardır (Arpacı 2022).

2.1.3.1.7. Preterm Doğum Öyküsü

Erken doğum öyküsü olan gebelerin bir sonraki doğumlarının da 37 hafta öncesinde olma olasılığı %14 olarak saptanmıştır (Arpacı 2022). Himes ve Simhan'ın yaptığı bir çalışmada ilk preterm doğumda plasentada inflamatuvar lezyon oluşmuşsa ikinci gebelikte de preterm doğum olabileceği ve etyopatolojisinde plasental inflamatuvar reaksiyonun rol oynayabileceği gösterilmiştir (Himes ve Simhan 2008). Andrews ve arkadaşları, önceki gebeliklerinde preterm doğum yapmış gebelerde, serviksin kısa ölçülmesi ve hunileşme olması durumunda spontan preterm doğum riskinin artmış olduğunu saptamışlardır (Arpacı 2022).

2.1.3.1.8. Gebelikler Arası Sürenin Kısa Olması

Gebelikler arası süre azaldıkça kadın üreme organlarının kendilerini iyileştirme ve eski sağlıklarına ulaşma gücü azalır. Bu durumda uterus ve serviksin fetüsü taşıyacak gücü eskisi gibi değildir. Her iki gebelik arasındaki sürenin 6 aydan az olması preterm doğum riskini 1,4 kat arttırır (Cobo et al 2020).

2.1.3.1.9. Geçirilmiş Uterin Operasyonlar

Uterusu zedeleyecek herhangi bir işlem onun eski sağlamlığına dönmesini engeller. Örneğin küretaj sonrasında servikste oluşan hasara bağlı olarak preterm doğum riski 1,7 kat artmaktadır (Cobo et al 2020).

2.1.3.1.10. Geçirilmiş Serviks Operasyonları

Konizasyon, LEEP ve trakelektomi gibi operasyonlar serviksi kısaltır ve bununla birlikte paralel olarak preterm doğum riskini 2 kat artırır (Cobo et al 2020). Serviks operasyonları sonrasında en az 2-3 ay gebelik ertelenmelidir. Çünkü bu sürenin kısa olmasının da preterm doğum riskini arttırdığı gösterilmiştir (Bevis ve Biggio 2011, Himes ve Simhan 2007).

2.1.3.1.11. Kısa Serviks Uzunluğu

Servikal uzunluğun kısa olması erken doğum için büyük bir risk etmenidir. Belirti göstermeyen kadınlarda ölçülen servikal uzunluğun 15 mm'nin altında olması erken doğum riskini %34 oranında arttırmaktadır (Cobo et al 2020).

2.1.3.2. Mevcut Gebelikle İlgili Risk Faktörleri

2.1.3.2.1 Çoğul Gebelikler

Çoğul gebelikler hem spontan preterm doğum riskini hem de endike preterm doğum riskini artırır (Boyle et al 2017). Preterm doğumun, tekil gebeliklere göre ikiz gebeliklerde oluşma sıklığı 12 kat daha fazladır. 32 haftadan önce çoğul gebeliklerdeki doğum riski %11,3; tekil gebeliklerde ise %1,5'tir (Fuchs ve Senat 2016). Fetüs sayısının artması, uterin distansiyona sebep olmakta ve bu durum preterm eylem ihtimalini artırmaktadır (Hee 2011).

2.1.3.2.2 Maternal Hastalıklar

Meis ve arkadaşları preterm doğuma neden olan etmenleri ortaya koydukları bir çalışmada; %43 preeklampsi, %27 fetüste stres oluşumu, %10 fetal gelişim geriliği,

%7 ablasyo plasenta ve %7 oranında fetal mortalite gibi etmenler saptanmıştır (Çetinkaya ve ark 2017).

Sibai ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hipertansiyon hastalığı olan gebelerde ve insülin kullanan pregestasyonel diyabetes mellitusu olan gebelerde kontrol grubuna göre erken doğum oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Altay ve ark 2020).

2.1.3.2.3 Enfeksiyonlar

Preterm doğum yapan gebelerin amniyotik zarlarındaki mikroorganizma oranı term gebelere göre 2-4 kat daha fazladır (Çetinkaya ve ark 2017). Çeşitli nedenlerle invaze olmuş bakteriler, proinflamatuvar sitokinlerin amniyon, desidua ve myometrium tarafından salınımını indükler. Bunun sonucunda salınan prostaglandin ve sitokin artışları uterus kasılmasını tetikler ve erken membran rüptürü (EMR) ve beraberinde preterm doğuma sebep olur (Holst ve Garnier 2008).

Vajinanın asiditesinin azalarak mikro florasının bozulması ile ortaya çıkan enfeksiyöz ajanlar bakteriyel vajinozise yol açar, bu ajanlar aynı zamanda amniyotik kaviteye ulaşarak ve burada da inflamasyona sebep olur. Bu durum erken doğum riskinde artışa sebep olur (Goldenberg 2008).

Goldenberg ve arkadaşları, servikte laktoferrin bulunmasının, diğer alt genital yol enfeksiyon markerları ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Yüksek laktoferrin düzeylerinin, spontan preterm doğum ile ilişkili ancak çok düşük sensitivitesi olduğunu söylemişlerdir (Çetinkaya ve ark 2017). Gebelikte idrarda yabancı mikroorganizma görülmesi tedavi edilmezse akut pyelonefrit gelişebilir. Akut pyelonefrit ise preterm doğuma, böbrek yetmezliği, sepsis, bebekte doğum sonrası akut respiratuvar distres sendromu (ARDS) gibi istenmeyen etkiler doğurabilir. Bu sebeple enfeksiyon gözlem ve tedavi gerektirir (Arpacı 2022).

2.1.3.2.4 Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme tekniği (IVF) ile gebe kalan kadınların, spontan konsepsiyonla gebe kalan kadınlara göre hem obstetrik sonuçların daha kötü olduğu hem de preterm doğum yapma riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Pandey et al 2012).

Nulliparite, ileri anne yaşı, yüksek çoğul gebelik ihtimali ve komorbiditeler IVF sonrası preterm doğum için riski daha da artırmaktadır (Premru-Srsen et al 2021).

2.1.3.2.5 Antenatal Kanamalar

24. haftadan önce kanama olması erken doğum riskini 3,6 kat artırmaktadır (Cobo et al 2020).

2.1.3.2.6 Servikal Yetersizlik

Serviksin gebelikte geçirdiği değişikliklerin sekteye uğraması, servikal yetersizliğe bunun sonucunda preterm doğuma sebep olur. Hızlı doğum öyküsü, vacuum, forseps ile doğum, doğumda erken kristaller manevrasının kullanılması, servikal konizasyon, LEEP operasyonu, geçirilmiş serklaj öyküsü servikte güçsüzlüğe sebep olarak preterm doğuma neden olur (Altay ve ark 2020).

2.1.4. Patofizyoloji

Gebelikte, doğumun 37 haftadan önce başlamasında etkili olan etmenlerin bir araya gelmesiyle preterm doğum tetiklenir (Altay ve ark 2020).

2.1.4.1. İnflamasyon

Prostaglandin salınmasını arttıran etmenlerden bir diğeri ise vücutta oluşan inflamasyondur. Yabancı mikroorganizmalar, prostaglandin ve yıkım enzimlerinin üretimini uyaran sitokinlerin vücuda yayılmasına sebep olur. Prostaglandinler, uterus kasılmalarının artmasına; yıkım enzimleri de amniyon kesesinin dış membranına tahrip ederek EMR'ye yol açmaktadır (WHO 2013).

İntrauterin inflamasyon tedavi edilmediği takdirde durum ilerler, fetüs enfekte olur. Bunun sonucunda fetüsün mortalite riski artar (Derbent ve ark 2009).

2.1.4.2. Desidual Kanama

Meydana gelen olgularda nadiren vajinal kanama olur. Preterm doğumların temel sebeplerinden biridir. Gebenin sigara, kokain ve alkol tüketmesi, maternal hastalıklar,

Von willebrand hastalığı gibi maternal koagülasyon hastalıkları desidual kanamaya sebep olabilir (Kafkaslı 2014).

2.1.4.3. Uterusta Aşırı Distansiyon

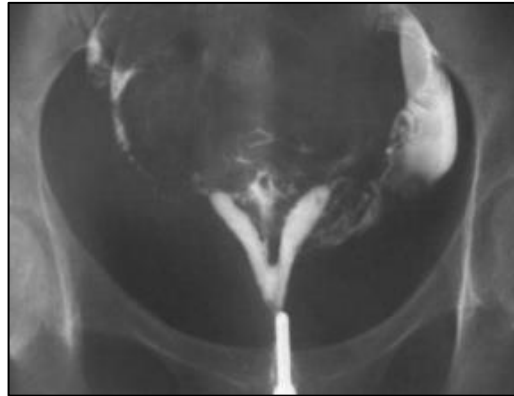
Çoğul gebelikler ve polihidroamniyos; uterusta gerilme yapar, gerilme ile birlikte hücrelerden prostaglandin sentezi uyarılır ve kasılmalar başlar. Çoğul gebeliklerin yaklaşık olarak %40'ı preterm doğumla sona erer (Kafkaslı 2014).

2.1.4.4. Servikal Yetmezlik

Servikal yetmezlik, serviksin ağrısız ve asemptomatik şekilde dilate olmasıyla beraber fetüsün ekspülsiyona uğrayıp gebeliğin sona ermesidir. Servikal yetmezlik kadının her gebeliğinde tekrarlayabilir. Durum ağrısız olduğundan geç fark edilebilir. Servikste geçirilen operasyon öyküsü, kollajen bozuklukları ve serviksteki yapı bozuklukları yetmezliğe sebep olan önemli etkenlerdir (Gün 2009).

2.1.4.5. Anatomik Nedenler

Uterin septum denilen rahim içi perde kadında meydana gelen doğumsal bir anomalidir (Şekil 4). Bikornuat veya unikornuat uterusu olan kadınların gebeliklerindeki süreç iyi seyredir. Gebelikte uterusun onarımı ile gebelik kayıpları yaşanabilir, istenmeyen durumların gerçekleşme riski yüksektir. Bu sebeple anomalilerin onarılması önerilmemektedir (Deniz ve ark 2016).



Şekil 4. Uterin Septumun Histerosalpingografik Görünümü (Cömert ve ark 2017).

2.1.4.6. Hormonal Değişiklikler

2.1.4.6.1 Prostaglandinler

Prostaglandinler doğum eylemi sırasında vücut tarafından doğal olarak üretilir. Serviksi hazırlamak ve kontraksiyonlara yanıt olarak serviksin açılmasına yardımcı olmak etkilerinden birkaçıdır. Prostaglandinler, serviksi yumuşatır, amniyon zarının yapısını değiştirir ve uterusun kasılmasını sağlayarak travayı başlatırlar. Desidua ve koryon zarından salgılanan relaksin hormonu, prostasiklin (PGI₂) artışına neden olarak amniyon zarından prostaglandin salınımını uyarır (Rathfisch ve Güngör 2009).

2.1.4.6.2 Progesteron

Plasenta, desidua ve fetal membranlardan salgılanabilen progesteron hormonu; oksitosini ve prostaglandini inhibe edip, bu hormonların üretimini de engelleyerek gebeliğin devam etmesine yardımcı olur (Ertemel 2019).

2.1.4.6.3 Östrojen

Gebelikte meydana gelen kasılmalar gece saatlerinde artış gösterir ve aynı saatlerde kortizol, östrojen, oksitosin, adrenokortikotropik hormon (ACTH), progesteron ve melatonin hormonlarının seviyesinin de arttığı saptanmıştır. Östrojen doğumu başlatmada direkt etkili değildir. Oksitosin seviyesini arttırması, uterusun oksitosin sayesinde kasılmaya başlaması ve serviksin yumuşamasında etkili olur (Ertemel 2019).

2.1.4.6.4 Oksitosin

Oksitosin gebelikte salınmaya başlar, doğumun başlaması ile seviyesi giderek artar. Oksitosin hipotalamustan gelen uyarılar ile hipofizden salınır. Bu nedenle hipotalamustan gelen uyarılar oksitosinin salınımını baskılayabilir. Travayın ilk evresinde oksitosin seviyesi yükselişyken ve ikinci evresinde bu yükseliş daha da artmıştır. Uterus kendisini doğuma hazırlayabilmek için doğuma yakın günlerde oksitosine duyarlı hale gelerek kasılmalara kendini alıştıırır (Mete 2013).

2.1.4.6.5 Relaksin

Relaksin, birincil olarak korpus luteumdan sentezlenir; devamında myometriyum, desidua ve plasenta aracılığıyla üretilebilen bir hormondur. Gebeliğin sonuna kadar myometriyal kasılmaları önleyerek uterin aktivitenin geri planda kalmasını sağlar, oksitosin sentezini baskılayarak progesteron ile paralel olarak iş birliği yapmaktadır (Herkiloğlu 2017).

2.1.4.6.6 Endotelin-1

Endotelin-1, uterus myometriyumunda hücre içi depolardan kalsiyum salınması ya da hücre içerisine kalsiyum girişini hızlandırarak kuvvetli bir uterotonik etki gösterir (Herkiloğlu 2017).

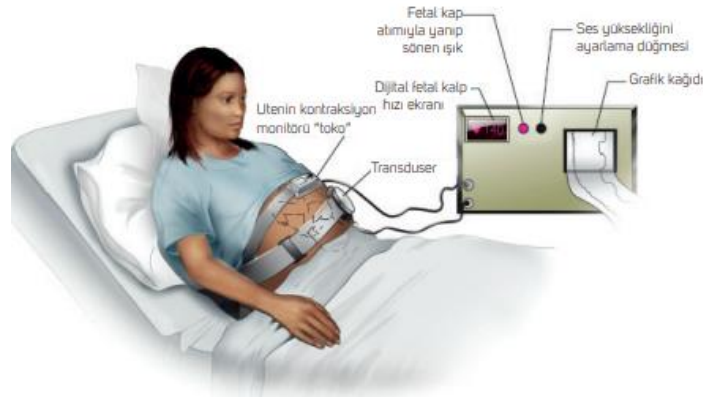
2.1.4. Tanı Yöntemleri

Amerikan Pediatri Akademisi, 20 ile 37. gebelik haftaları arasındaki eylemlere preterm doğum tanısını koyabilmek amacıyla belirli ölçütler oluşturmuştur;

- 20 dk'da dört veya 60 dk'da sekiz adet kontraksiyon varlığı ve servikte ilerleyici değişiklik meydana gelmesi,
- Servikal açılma >1 cm fazla olması,
- %80 veya daha fazla serviks efasmanı ölçütlerini kullanmayı önermişlerdir (Arpacı 2022).

2.1.5.1. Uterin Aktivitenin Monitorizasyonu

Gebenin kendi karnını elle muayene ederek kasılmalarını takip etmesi veya kardiyotokografi cihazı ile uterus kontraksiyonlarının kaydedilmesi ile kasılmalar fark edilerek preterm doğum tanısı koyulabilir (Ertemel 2019).



Şekil 5. Kardiyotokografi ile Uterus Aktivitenin Monitörizasyonu (Aydın 2014).

2.1.4.2. Serviksin Dijital Muayenesi

Bimanuel muayene ile yalnızca serviksteki değişiklikler saptanır. Bu değişiklikler Bishop skorlaması üzerinden değerlendirilir (Arpacı 2022).

Skor	Dilatasyon (cm)	Serviksin Pozisyonu	Effasman (%)	Seviye	Serviksin Kıvamı
0	Yok	Posterior	0-30	-3	Sert
1	1-2	Orta	40-50	-2	Orta
2	3-4	Anterior	60-70	-1,0	Yumuşak
3	5-6		80	+1,+2	

Şekil 6. Bishop Skorlaması (Çetinkaya ve Söylemez 2013).

Volumenie ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, serviksi TV USG ile muayene etmenin, bimanuel muayeneye göre daha iyi sonuçlara ulaştırmadığı kanısına varmışlardır (Volumenie et al 2004).

2.1.4.3. Serviksin Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi

Servikste meydana gelen değişiklikleri erkenden saptayarak doğru sonuçlara varabilmek için TVUSG ve abdominal ultrasonografi ile serviksin muayene edilmesi uygun yöntemlerden biridir (Arpacı 2022).

Preterm doğumun erken tanısı için Anderson ve arkadaşları, TV USG ile serviks uzunluğunun ölçülmesinin tanı ölçütlerinden birini saptamada yardımcı olduğunu görmüşlerdir. Serviks uzunluğunun 39 mm'nin altına düşmesi, preterm doğuma sebep olan önemli bir tanı ölçütüdür (Arpacı 2022).

2.1.4.4.Servikal Uzunluk Ölçümü

Serviks uzunluğunun <25 mm olması kısa serviks olarak değerlendirilir. TV USG ile ölçümün yanı sıra transabdominal USG de serviksin muayenesinde yardımcı olur. 14 hafta sonrasındaki gebeler mesane boş bir şekilde muayeneye gelmelidir. Ölçüm yapan kişi TV USG probunu servikse dayamadan internal ostan eksternal ostan olan mesafeyi ölçer. Uzunluğu üç defa ölçerek, ölçümlerin en kisasını esas alır (Altay ve ark 2020).

Preterm doğumun tanısı koymada yardımcı olabilecek bir diğer bulgu servikal hunileşmedir. Servikte hunileşme (funnelling) olduğunda preterm doğum hızının 10 kat arttığı saptanmıştır (Arpacı 2022).

2.1.4.5.Bakteriyel Vajinozis Taraması

Enfeksiyonlar EMR ile yakın ilişkilidir. 20. gebelik haftası öncesinde inflamasyonun saptanıp tedavi edilmesi preterm doğumun gerçekleşme ihtimalini azaltır. Bu inflamasyonlardan biri olan bakteriyel vajinozis preterm doğuma neden olduğundan önlenmelidir. Önleme yaklaşımı EMR'i engellediği için preterm doğum görülme olasılığını azaltır (Kafkaslı 2014).

2.1.6. Tedavi Yöntemleri

2.1.6.1. Yatak İstirahati

Yatak istirahati, preterm doğum önler. Bu sebeple gebelere rutin önerilmektedir. Gebenin sırt üstü sola yatmasıyla maksimum uterus kan akımı sağlanır. Böylece yatar pozisyonda bile uterus yeterli beslenmeye ulaşır. Hem uterus beslenerek fetüs doyum sağlar, hem de anne istirahat ederek preterm doğum riskinden sapsmış olur. Yatak istirahati ile beraber servikse basınç azalır. Böylece serviksin silinme ve dilatasyonu yavaş ilerleme gösterir (Arslan ve Korkmaz 2005).

Sürekli yatak istirahati ile birlikte hareketsizlik de beraberinde tromboembolizm, kas problemleri gibi fiziki sorunlara yol açabilir. Gebedeki yatağa bağımlılık hissi psikolojik açıdan kadınıve ailesini kötü etkileyebilir (Özçetin ve Erkan 2019).

2.1.6.2. Hidrasyon

Gebenin hidrate edilmesi uterus kan hacmini artırır, oksitosin salınımını azaltır ve beraberinde uterus kasılmalarını hafifletir. Gebe sol yan yatırılarak, 500/1000 cc Ringer Laktat 60 dakika içinde bolus gönderilir. Uterus kasılmaları azalır veya durursa gebe takip edilir. Ancak uterus kontraksiyonları devam etmekteyse tokoliz tedavilerine başvurulur (Arpacı 2022).

2.1.6.3. Sedasyon

Gebeye sedatif etki sağlaması için kullanılan etkenlerden biri fenobarbital'dir. Fenobarbital kadının kaygı ve korkularının azalmasına yardım eder. Bu sedatif etki aynı zamanda fetüse de geçebileceği için doğum sonrası yeni doğanın solunumu deprese olabilir. Travayda olan gebelere verilmemelidir (Arpacı 2022).

2.1.6.4. Cinsel Aktivite Kısıtlaması

Meni içeriğinde prostaglandinler bulunur. Prostaglandinler aynı şekilde uterusu etki ederek kasılmasını tetikler. Cinsel ilişki sonrası çalışmaya alınan bir grubun uterusundaki meydana gelen olaylar, ilişkiye girmemiş gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Preterm doğum riski yüksek gebelere cinsel aktivite kısıtlanmalıdır (Arpacı 2022).

2.1.6.5. Tokoliz

Tokoliz, uterin kontraksiyonlarını durdurmak için uygulanan bir tedavi şeklidir. Preterm doğum riski taşıyan gebelere tokoliz uygulanması, kortikosteroid tedavisi ile fetal akciğer gelişiminin sağlanması gibi çeşitli tedaviler ile zaman kazanılır. Bu süre zarfında bebek için uygun yoğun bakım ünitesi bulunan bir merkeze sevki için işlem başlatılır. Tokolitik ilaçlar gebelik süresini uzatır ve yenidoğan hastalık ve ölüm oranını azaltır (Herkiloğlu 2017).

Tokolitik ilaçlar şiddetli preeklampsi, pulmoner ve kardiyak hastalıklar, hipertiroidi, koagülasyon bozuklukları gibi gebeyi ciddi tehlikeye atan durumlarda uygulanmamalıdır. Aynı şekilde intrauterin ölü fetüs, fetüsün strese girdiği vakalarda, koryoamniyonit gibi enfektif durumlarda, ablasyo plasenta, membranların rüptüre

olduğu preterm eylemlerde, fetüsün anormal olduğu gebeliklerde de tokolitik tedaviye başlanmamalıdır (Herkiloğlu 2017).

2.1.6.5.1. Tokolitik İlaçlar

2.1.6.1.1.1. Beta-Mimetikler

Beta-2 reseptör agonistleri, beta-2-adrenerjik reseptörlere bağlanır ve hücre içi adenil siklazı artırır, bunun sonucunda miyometriyal gevşeme meydana gelir. Hedef hücreler sonunda beta agonistlerin etkisine karşı duyarsızlaşır, bu nedenle uzun süreli kullanımda etkinliği azalır. Gebede çarpıntı hissi, buna bağlı gelişen göğüs ağrısı, nefes darlığı ve takipne ilaca bağlı görülen yan etkilerdir (Bilicen ve ark 2022).

Betamimetik ilaçlar ve plasebo etkisinin incelendiği bir çalışmada, betamimetiklerin preterm doğumu 48 saat süre ile geciktirdiği ancak yenidoğan ölüm ve ARDS'yi azaltmada fayda görülmediği saptanmıştır (Herkiloğlu 2017).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin (FDA) onayladığı ilk tokolitik ajan ritodrinedir. Terbutaline ve sarbutamole da bu grubun içindedir. Ritodrinde uygulanabilecek maksimum doz 0,350 mg/dl'dir (Kafkaslı 2014).

2.1.6.1.1.2. Kalsiyum Kanal Blokerleri

Hücre zarından kalsiyum iyonlarının akışını doğrudan bloke eder. Ayrıca sarkoplazmik retikulumdan hücre içi kalsiyum salınımını engeller ve hücreden kalsiyum çıkışını artırırlar. Hücre içi serbest kalsiyumda meydana gelen azalma miyometriyal gevşemeye yol açar. Bu grubun en iyi bilinen ajanı nifedipindir (Bilicen ve ark 2022).

Nifedipin vücut düz kaslarında ve damar yataklarında vazodilatasyona neden olarak kasların gevşemesine yardımcı olur. Vazodilatasyon beraberinde hipotansiyon, taşikardi ve yüzde kızarıklık gibi olası etkiler meydana gelir (Flenady et al 2014).

Nifedipin yükleme dozu ve idame dozu olarak iki şekilde uygulanır. Yükleme dozu gebeye 15-20 dakikada bir 10 mg kapsül 1 saatte 30-40 mg tamamlayacak şekilde verilir. İdame dozu ise 10 mg kapsül 4-6 saatte bir verilir. 32. haftadan sonra en çok tercih edilen tokolitik tedavilerden biridir (Altay ve ark 2022, Sayres 2010).

2.1.6.1.1.3. Magnezyum Sülfat

Magnezyum sülfat tedavisi, eklampsi krizlerini önlemede sık kullanılan tedavilerden biridir. Kalsiyumun uterin düz kasına girişini engellemeyi esas alan magnezyum sülfat, uterus kasılmalarını da azalttığı fark edilerek tokolitik olarak da kullanılmaya başlanmıştır. Preterm doğum riski olan gebelerde uygulanarak nöroproteksiyon amaçlanır. Yeni doğanın sinir sistemine yarar sağlar, beyin fonksiyonlarını geliştirir ve serebral palsi riskini azaltır. Bu amaçla 37 hafta altındaki gebelerde nöroprotektif etki amacıyla tedavi başlanır (Altay ve ark 2022).

Magnezyum sülfat tedavisi yükleme dozu ve idame dozu olarak iki şekilde verilir. 20 dakikada 4-6 gr magnezyum sülfat yüklenir. Sonrasında saatte 1,5-2 gr magnezyum sülfat olacak şekilde IV idame dozuna 20/24 saat devam edilir. Gebenin serum magnezyum düzeyi belirli aralıklarla takip edilir. Seviyenin yüksek olduğu ve refleks kaybı ve solunum arresti gibi toksisite belirtilerinin olduğu gebelerde magnezyum sülfatın antidotu olan 1 gr kalsiyum glukonat IV olarak verilir. Ağız kuruluğu, terleme, ciltte kızarıklık, bulantı gibi olası etkileri vardır. Fetüste de uyku hali yapabileceği için NST trasesinde variabilite kaybı olabilir (Altay ve ark 2022, Mayer 2022).

2.1.6.1.1.4. Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)

Prostaglandinler myometrial aktiviteyi arttırarak uterin kontraksiyonları uyarırlar. NSAİİ'ler prostaglandin sentezini kontrol altına alarak serviksini yumuşamasını ve uterusun kasılmalarını sağlayan etkisini engel olurlar (Herkiloğlu 2017).

Bu grupta sık kullanılan etken madde indometazindir. Oral veya rektal formları vardır. İndometazin yükleme dozu ve idame dozu olarak iki farklı şekilde uygulanabilir. 100 mg rektal yükleme dozu sonrasında 6 saatte bir oral formda 25 mg idame dozu verilir. Terapötik dozda oligohidramnios riski nedeniyle kullanımı 32 hafta öncesi gebelerde 24 ile 48 saat arasında sınırlıdır. Amniyotik sıvı takibi ile durum erken tespit edilebilir ve ilacın kesilmesiyle oligohidroamnios geri dönüşümlüdür (Erol ve ark 2020).

2.1.6.1.1.5. Nitrit Oksit Salgılatıcı İlaçlar

Nitrit oksit salgılatıcı ajanlardan biri nitrogliserindir. Düz kas gevşetici etkisiyle 10 mg'lık transdermal formları karın cildine yapıştırılır ve 24 saat sonra çıkartılarak etkisi

görülür (Altay ve ark 2022). Preterm doğumun süresini uzatma ve yenidoğan sonuçları açısından olumlu bir etki gözlemlenmemiştir (Herkiloğlu 2017).

2.1.6.1.1.6. Oksitosin Antagonistleri

Oksitosin reseptörlerini inhibe eden ajanlardan biri olan atosiban, hücre içine kalsiyumun girişini engelleyerek tokolitik etki yaratır (Altay ve ark 2022).

2.1.6.1.1.7. Progesteron Kullanımı

Gebeliğin ilk 8 haftası korpus luteumdan salgılanan progesteron sonrasında plasentadan sentezlenmeye devam eder (Renzo et al 2011). Progesteron uterin kasılmayı sağlayan prostaglandinlerin salınımını azaltarak uterusun kasılmasını engeller ve gebeliğin devamının korunmasını sağlar (Sfakianaki et al 2006).

Önceki gebeliklerde düşük veya preterm doğum yaşamış olan gebelere profilaktik olarak 2. trimesterden itibaren progesteron başlanmalı ve terme kadar devam edilmelidir. 2. trimesterden sonra belirli aralıklarla serviks uzunluğu ölçülmelidir. Serviks uzunluğunun beklenenin altında olması durumunda ek tedavi yöntemlerine başvurulmalıdır (Altay ve ark 2022).

2.1.6.5.2. Kortikosteroid Uygulaması

Preterm doğumun tokolitik tedaviler ile geciktirilmesindeki temel amaçlardan biri fetüsün akciğer gelişimini olabildiğince tamamlayabilmesini sağlamaktır. ARDS, 32 hafta altında doğan bebeklerde gelişen istenmeyen bir durumdur (Herkiloğlu 2017).

Kortikosteroidler, akciğer matüritesinin geliştirilmesine yardımcı olan ilaçlardır. Preterm doğumdan önce maternal tek kür kortikosteroid kullanımının, bebeğin akciğer gelişimini artırdığı, doğum sonrası daha az solunum komplikasyonları ile karşılaşıldığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Herkiloğlu 2017). ACOG, 24-33 gebelik haftaları arasında olan ve preterm doğum riski taşıyan gebelere tek doz kortikosteroid tedavisini önermektedir. 34-36 gebelik haftaları arasında olan ve önceden hiç kortikosteroid dozu verilmemiş geç preterm doğum riski olan gebelere de kullanımı önerilmektedir (ACOG 2017).

Pulmoner sürfaktan, hava yolu açıklığının sağlanması, akciğer yüzey geriliminin korunmasında görevlidir. Akciğer matürasyonunun tahmini olarak belirlenmesi için kullanılan laboratuvar testleri, amniyotik sıvıda bulunan sürfaktan miktarının tayinini içermektedir. Bu testler lesitin-sfingomyelin (L/S) oranı, fosfotidilgliserolün belirlenmesi gibi parametrelerden oluşmaktadır. Gebelik haftası arttıkça L/S oranı artmaktadır (Yarbrough et al 2014).

Betametazon ve deksametazon en çok tercih edilen kortikosteroidlerdendir. İkisi de benzer biyoaktiviteye sahiptir. Betametazon tek bir metil grubu farklılığı ile deksametazondan ayrılır. (Briceño-Pérez et al 2019).

Geç preterm doğum riski olan gebelere antenatal betametazon verilmesinin, doğumdan sonraki ilk 72 saatte bebeklere verilen solunum desteği ihtiyacını azalttığı, yenidoğan geçici takipnesini, bronkopulmoner displazi ihtimalini ve sürfaktan kullanımını azalttığı gösterilmiştir. Neonatal hipoglisemi, geç preterm doğumlarda uygulanan betametazon sonrası sık görülen bir komplikasyondur (Gyamfi 2016).

2.1.6.5.3. Servikal Serklaj

Kısa serviks uzunluğu saptanmış gebelerde ek tedavi yöntemi olarak servikse transvajinal veya abdominal yolla sütür atılır. Bu sütür atılması işlemine serklaj adı verilmektedir. Amaç, atılan sütür ile serviksin kuvvetlendirilmesi ve defektin tamir edilmesidir. İlk trimesterden sonra planlı olarak konulan sütür profilaktik serklaj, servikte meydana gelen değişiklikler sonucunda konulan sütür terapotik serklaj ve servikte silinme, dilatasyon oluşması ve membranların prolabe olmasından sonra atılan sütür ise acil serklaj olarak sınıflandırılmaktadır (Rust ve Roberts 2005).

Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) ve Kraliyet Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (RCOG) kısa servikal uzunluğu olan, düşük ve/veya preterm doğum yaşamış olan gebelere progesteron takviyesini ve serklaj atılmasını önermektedir (Hezelgrave et al 2016).

Serklaj sırasında işleme bağlı olarak kanama, bölgeye ait dokuların yaralanması, atılan sütürün dokuyu kesmesi, sütür atılırken prolabe olan membranların darbe almasıyla oluşabilecek rüptür riski oluşabilecek istenmeyen durumların birkaçıdır. Serklaj sütürü

bölgede fibröz doku artışına sebep olarak spontan travayın ilerlemesine engel olarak sezaryen doğum oranında artışa neden olabilir. İşlem sonrasında bölgede gelişebilecek enfeksiyon asendan yol ile amniyon kesesine ilerleyebilir, beraberinde koryoamniyonite sebep olabilir (Berghella et al 2012).

Serklaj, rüptüre olan membranların varlığında, uterin kanama, fetal anomali ve intrauterin enfeksiyon gelişen gebelerde uygulanmamalıdır (Berghella et al 2012).

2.1.6.5.3.1.Transabdominal Servikoistmik Serklaj

Transabdominal servikoistmik serklaj tekniğini, 1965’de ilk kez Benson ve Durfree denemişlerdir. Korpus gebelik boyunca büyür, işlem gecikirse istmusa ulaşmak zorlaşır, işlemde uterusun darbe alması da düşüğe sebep olabilir. Transabdominal servikoistmik serklajın en ideal zamanı 10-14. haftalar arasındadır. İşlem görmüş serviks, başarısız serklaj öyküsüne sahip serviks ve konjenital kısa servikse sahip gebelere uygulanabilir (Ceylan 2004).

2.1.6.5.3.2.Acil Serklaj

Membranlar prolabe ve serviks dilate olmutur. Gebeye aşırı trendelenburg pozisyonu verilerek prolabe membranların ve fetüsün servikse olan baskısı azaltılır. İşlem sırasında fetal organları serviksten uzaklaştırmak amacıyla şişirilmiş foley sonda ile itme tekniği gibi teknikler uygulanabilir. Bu tekniklerden sonra serklaj sütürü atılarak işlem sona erer (Ceylan 2004).

2.1.6.5.3.3.Lash ve Lash Serklaj Tekniği

1960 yılında Lash ve Lash tarafından denenmiş ve yüksek başarı oranına sahip bir serklaj tekniğidir (Ceylan 2004).

2.1.6.5.3.4.Page Serklaj Tekniği

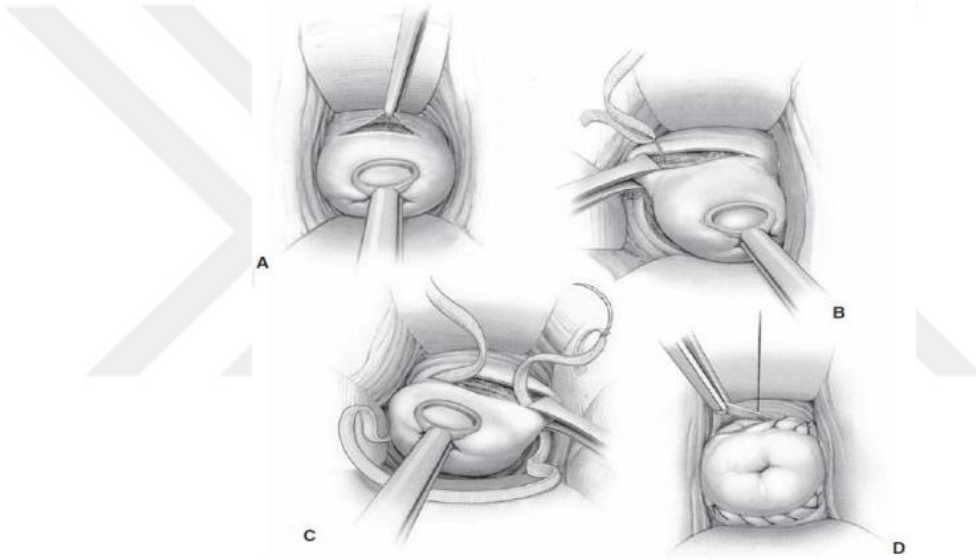
Serviksin üç farklı bölgesine simetrik atılan sütürlerdir. Gebelik öncesi uygulanır, tekniğin amacı, bölgede granülasyon dokusu oluşturarak dokuyu sağlamlaştırmaktır (Makul 2021).

2.1.6.5.3.5.Mann Serklaj Tekniği

Gebelik öncesi uygulanan bir serklaj tekniğidir ve gebelikte uygulanan Shirodkar tekniğine benzer. Mann'ın, 1971'de uygulayarak kazandığı başarı oranı yüksek seyretmiştir (Makul 2021).

2.1.6.5.3.6.Shirodkar Serklaj Tekniği

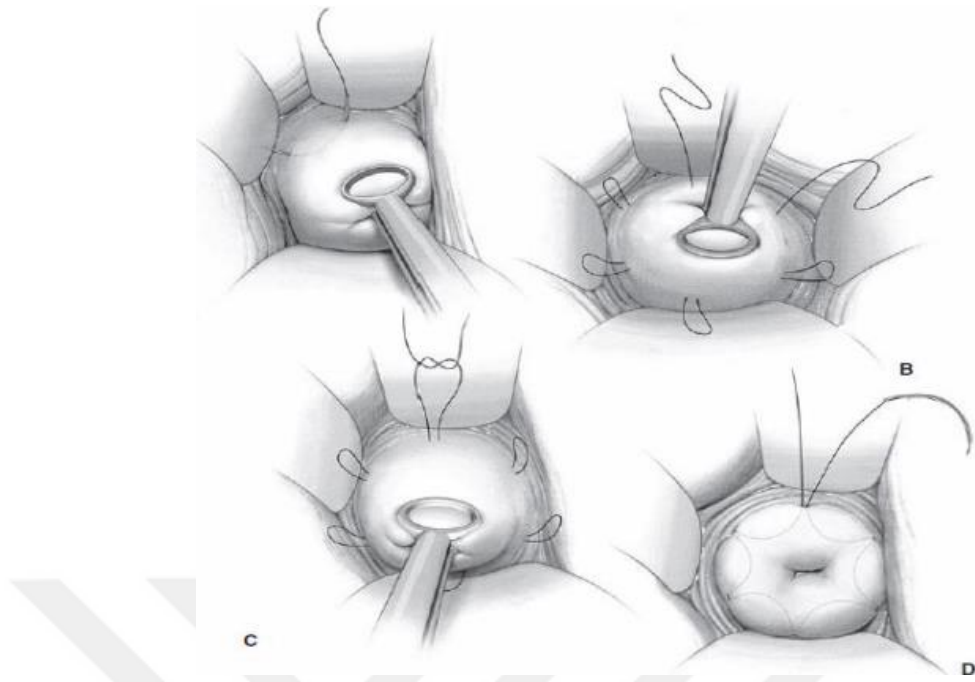
Gebelikte uygulanan ilk serklaj tekniği 1948'de Shirodkar ile literatüre kazandırılmıştır. Teknik olarak daha zor olsa da, bu tekniğin mantığı serklajın internal os'a daha yakın yerleştirilmesine izin vermektir (McAuliffe et al 2023).



şekil 7. Modifiye Shirodkar Serklaj Tekniği (Cunningham et al 2020).

2.1.6.5.3.7.McDonald Serklaj Tekniği

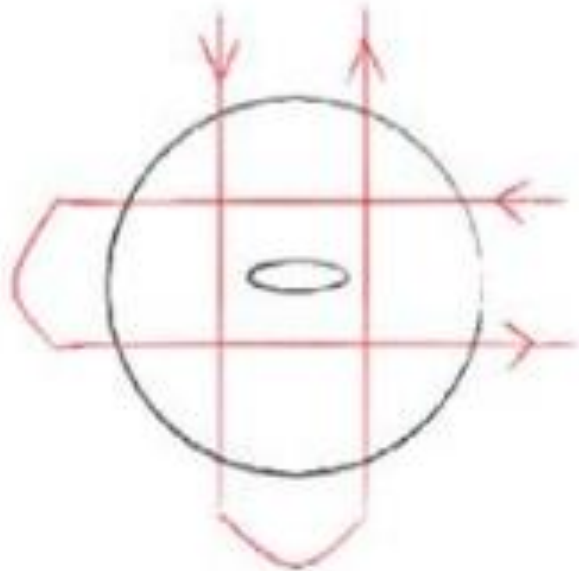
McDonald kendi adını verdiği serklaj tekniğini 1957'de tanıtmıştır. McDonald yaklaşımında, serviksin etrafına kese ipi şeklinde bir sütün yerleştirilir ve anteriordan güvenli bir şekilde bağlanır. McDonald yaklaşımı, paraservikal dokulara diseksiyon gerektirmez. Basit bir tekniktir, bu sebeple acil durumlarda sıklıkla kullanılır (McAuliffe et al 2023).



Şekil 8. McDonald Serklaj Tekniği (Cunningham 2020).

2.1.6.5.3.8.Wurm Serklaj Tekniği

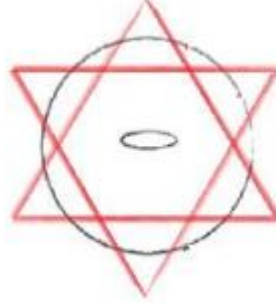
Saat 3 hizasından 9 hizasına; 6 hizasından 12 hizasına U şeklinde ipek sütürler konulur (Ceylan 2004).



Şekil 9. Wurm Serklaj Tekniği (Makul 2021).

2.1.6.5.3.9.Davut Yıldızı Modifikasyonu

Düz ve ters üçgen çizilerek konulan ipek sütürlerden oluşur (Ceylan 2004).



Şekil 10. Davut Yıldızı Serklaj Tekniği (Makul 2021).

2.1.6.5.4. Servikal Pesser

Servikal pesser, uteroservikal açığı daraltır, fetüsü ve membranları yukarı doğru iterek servikse olan basıncını azaltır ve servikal osu kaplayarak inflamasyon riskini azaltarak etkisini gösterir (Altay ve ark 2022).

Pesser kullanımı ilk kez Cross tarafından servikal yetmezlik tedavisi için 1959'da rapor edilmiştir (Herkiloğlu 2017).

Arabin ve arkadaşları, serviks uzunluğu kısa ölçülen gebelerde preterm doğum riskini azaltmak için servikal pesserin kullanımını incelemişlerdir. Servikal pesser, 22-24. gebelik haftaları arasındaki ve serviks uzunluğu 15 mm'nin altındaki gebelere uygulanmıştır. Servikal pesser uygulanan gebelerin preterm doğumu 99 gün geciktirmişken, yatak istirahati ile tedavi gören gebeler 67 gün geciktirebilmişlerdir (Herkiloğlu 2017).

Ludmir ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada ise preterm doğum öyküsü olan kadınların 8'ine yalnızca yatak istirahati verilmiş, 10'una ise servikal pesser takılmıştır. Çalışmaya alınan gebelerin servikal uzunluğu 22 mm'nin altında, gebelik haftaları ise 20 hafta üzerindedir. Pesser takılan gebelerin ortalama doğum haftası 31,5; yatak istirahati ile gebeliği geçirmiş kadınların ortalama doğum haftası ise 27,5 olarak saptanmıştır (Herkiloğlu 2017).

Preterm doğum öyküsü olan, servikal uzunluğu 25 mm'nin altında olan, inflamasyonu ve kontraksiyonu olmayan gebeler belirlenir. İşlem sonrası ağrılı bir dönem geçirebileceği, uygulamanın güçlü kanıtlara dayalı bir yöntem olmadığı hastaya bildirilir ve işlem için hastadan yazılı onam alınır. Hasta jinekolojik masada spekulum muayenesine alınır, işlem için uygun pesser büyüklüğü belirlenir. Pesserin serviksi yukarı itebilmesi ve iyice sarabilmesi için boyutun doğruluğu önemlidir. Ölçüm sonrası pesser servikal eksternal osa iyice yerleştirilir, pesserin bölgeyi sıkıca sarıp sarmadığı kontrol edilir. Hasta işlem sonrasında kısa süreliğine gözlem altında tutulur. EMR, kanama, uterus kontraksiyonlarının artması durumunda pesser çıkarılmalıdır. Gebe terme ulaştığında veya gebe acı çekecek kadar rahatsız hissettiğinde çıkartılabilir (Vanita et al 2009).

2.2. SERVİKAL YETMEZLİK TANISI ALAN GEBELERDE EBELİK BAKIMI

Servikal yetmezlik tanısı alan bir gebeye bütüncül olarak yaklaşılmalıdır. Fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak birçok yönden kadın değerlendirilmeli ve ona uygun bir ebelik bakım hizmeti verilmelidir.

- Serklaj ve pesser uygulaması sonrasında en sık gelişen komplikasyonlardan biri enfeksiyondur. Enfeksiyon izleminde; maternal vital bulgular değerlendirilmelidir. Maternal taşikardi enfeksiyonun en erken bulgusudur. Fetal taşikardi de enfeksiyonun en erken bulgusudur. Maternal ve fetal nabızlar bize enfeksiyon semptomlarında en net bilgiyi verir (Kızılırmak 2019).
- Gebelikte kötü beslenme enfeksiyon için risk faktörü oluşturur, bu sebeple gebenin beslenme durumu değerlendirilmeli ve sağlıklı beslenme ve önemine ilişkin bilgi verilmelidir (Kızılırmak 2019).
- Enfeksiyonlara karşı direncin artırılması için yaklaşık 2000 ml sıvı alımı, yeterli dinlenme, yeterli uyku, protein ve çinkodan zengin yeterli diyet ve temizliğe dikkat edilmesi konusunda bilgilendirilmelidir (Kızılırmak 2019).
- Vajinal enfeksiyonlardan korunmak için uygun perine hijyeni anlatılmalı, doğru hijyen uygulamaları öğretilmelidir. Vajinal akıntı miktarı ve özelliği yönünden

değerlendirilmelidir. Vajinal akıntının kokusu ve rengi değerlendirilmelidir (Kızılırmak 2019).

- Sigara içimi ile EMR gelişimi arasında ilişki vardır. Bu nedenle gebelere sigaranın gebelik üzerine olan olumsuz etkileri açıklanmalıdır ve sigarayı bırakması konusunda desteklenmelidir (Kızılırmak 2019).
- Yatak istirahatindeki gebeyi anlamak ve endişelerini paylaşmak çok önemlidir. Serklaj ve pesser uygulaması sonrasında yatak istirahatine alınan gebelerin fiziksel ve psikolojik şikayetleri dinlenmelidir. Bu kapsamda ebelerin vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetleri çok önemlidir. Özellikle kadının duygularını ifade etmesine fırsat verilmeli ve servikal yetmezlik ile ilgili kaygıları dinlenilmelidir (Oskay ve Coşkun 2012; Karaçam ve Şen 2012).
- Ebeler yatak istirahatinin gebede duygusal ve ailesel stresler oluşturduğunun farkında olarak, gebenin stres ile başa çıkmasında olumlu düşünme, hayal kurma, gevşeme teknikleri, masaj, durumu hakkında bilgilendirme, fetal kalp atımlarını dinletme ve USG ile yeniden güvenini sağlama yöntemlerinden yararlanılmalıdır (Karaçam ve Şen 2012).
- Stres ile baş etmede gebe ve ailesinin sosyal destek sistemleri değerlendirilmeli ve destekleyici bakım verilmelidir (Karaçam ve Şen 2012).
- Yatak istirahatinde olan gebeler rollerini yerine getiremedikleri için suçluluk, can sıkıntısı, bunalma, bebeklerinin sağlığına yönelik korku ve anksiyete yaşadıklarını bildirmektedirler. Ebelerin gebeye destek olması ve olumsuz duyguları gidermeye çalışması, gebenin kendini rahat ve bağımsız hissetmesini sağlayabilir (Karaçam ve Şen 2012).
- Gebeye manevi bakım sağlanmalıdır. Manevi inanç ve uygulamaların stresin etkilerini azalttığı, baş etmeye yardımcı olduğu, iyimserlik, olumlu düşünme ve umuda yönlendirdiği bilinmektedir (Karaçam ve Şen 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA AMACI

Çalışmanın amacı, servikal yetmezlik tanısı alan çiftlerin bu süreçte yaşadıkları deneyimleri ortaya koymaktır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin gebeliğe yönelik deneyimleri nelerdir?
- Servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin duygusal açıdan ne deneyimlemektedir?
- Gebelikte yaşanan problemler çiftler arasındaki ilişkiyi nasıl etkilemektedir?
- Servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin yaşadıkları sorunlar ile baş etme mekanizmaları nelerdir?

3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu tez çalışması, servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan fenomenolojik niteliksel bir çalışmadır.

Araştırmada nitel araştırma desenlerinden biri olan Heidegger'in hermenötik fenomenolojisi kullanılmıştır ve buna dayalı bir yaklaşım kullanılarak yorumlayıcı paradigmada yürütülmüştür. Hermenötik fenomenoloji, yaşanmış deneyimin ne anlama geldiğini ve belirli bir olgunun nasıl deneyimlendiğini keşfetmeyi amaçlar (Errasti Ibarrondo et al 2019). Bu kapsamda fenomenin olduğu gibi öne çıkmasına izin vermek için araştırmacının katılımcıların yorumlarını duyarlı ve yorumlayıcı bir şekilde analiz etmesi gerekir (Gadamer 2013). Hermenötik fenomenolojiyi kullanmanın amacı, servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin bu süreçteki deneyimlerinin derinlemesine ve yorumlayıcı bir tanımını oluşturmaktır. Çalışmanın yürütülmesi ve sonuçların raporlanması, nitel araştırmaların raporlanması için konsolide kriterler kılavuzu (COREQ) ile uyumludur.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma verileri, etik kurul onayı alındıktan sonra, Ekim 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası Gebe Perinatoloji Servisine yatışı yapılan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan çiftler ile yürütülmüştür.

3.4.1. Araştırmanın Yapıldığı Kliniğin İşleyişi

Kadın doğum acil veya kadın doğum polikliniklerine belli sebepler ile başvuru yapan kadınlar doktorlar tarafından muayeneye alınmaktadır. Obstetrik muayenesinde doktorlar tarafından TV USG ile serviks uzunluğu ölçülen, obstetrik öyküsü alınıp fizik muayenesi yapılan kadınların muayene sonuçları değerlendirilmektedir. Gebelik haftaları son adet tarihlerine göre hesaplanmakta ve vajinal muayenesinde serviksin açıklık, silinme ve pozisyonu doktorlarca değerlendirilmektedir. Doktorların servikal yetmezlik tanısı koyarak Perinatoloji Servisine yatış için yönlendirdiği gebelerden rutin hemogram, tam idrar tahlili, kan grubu, hormon, koagülasyon, biyokimya tetkikleri alınmaktadır. Hastaların yaş, gravida, parite, abortus sayıları, obstetrik öyküleri alınmakta ve servikal dilatasyon, silinme değerleri servisimizdeki USG ile doktorlarca tekrardan ölçülüp kaydedilmektedir.

Doktorların muayenesi sonrasında servikal yetmezlik tanısı konulan ve serviks uzunluğu 25 mm'in altında olan hastalardan doktorlar aracılığıyla serklaj atılma onamı alındıktan sonra serklaj uygulanmaktadır. Postoperatif dönemdeki takiplerinde ağrısı ve kontraksiyonları olan serklaj ve/veya pesserli hastalara tokolitik tedavi olarak hidrasyon, indometazin, magnezyum sülfat, kalsiyum kanal blokeri, progesteron takviyesi doktorlarca istem yapılmakta ve hastalara yatak istirahati uygulanmaktadır. Günlük olarak hastalardan hemogram ve CRP değerleri kontrol edilip, profilaktik ve terapötik amaçlı antibiyotik tedavilerine doktorlarca başlanmaktadır. Tedavi sonucunda kontraksiyonları ve ağrısı geçen hastalar pesserleri ve serklajları alınmadan doktor aracılığıyla taburcu edilmektedir.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Nitel araştırmalarda, örneklemin evreni temsil gücünü artırmak ve sonuçların evrene genelleme için örneklem hesabı yapılırken, evrene genelleme kaygısı olmadığı için olasılığa dayanmayan örneklerle çalışılmaktadır. Bu araştırma sırasında da evreni temsil edecek bir örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamış, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, çalışma için gerekli demografik ya da klinik özelliklere sahip bireyleri kasıtlı olarak araştırmaya dâhil eden bir örnekleme metodudur (Whitley ve Crawford 2005). Araştırma evreni olarak Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesine başvuruda bulunan gebeler alınmıştır.

Örneklemine ise Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinin kadın doğum aciline ve/veya kadın doğum polikliniklerine başvurup Gebe Perinatoloji Servisine yatışı yapılan, 25. gebelik haftası altında servikal yetmezlik tanısı ile pesser takılan ve/veya serklaj uygulanmış, 18 yaş üzeri gebeler ve eşleri oluşturmuştur.

Türkçe iletişim kurulamayan ve servikal yetmezlik tanısı olsa bile pesser veya serklaj uygulanmamış gebeler ve eşleri araştırma dışı tutulmuştur. Araştırmada çalışılan olgu ile ilgili daha zengin bilgiye ulaşmak için gebe ve eşleri araştırmaya dâhil edilirken bazı sosyodemografik özellikleri açısından çeşitlilik sağlanmaya çalışılmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ

Nitel araştırmalarda üç ana veri toplama yöntemi vardır; derinlemesine görüşme, odak grupları ve katılımcı gözlemdir (Yıldırım ve Şimşek 2010). Bu çalışmada amacına uygun olarak derinlemesine görüşme yoluyla veri toplanmıştır. Görüşmelerde iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm gebelerde 24 soru; eşlerde 16 sorudan oluşan sosyodemografik ve obstetrik verileri içermekte olup, ikinci bölüm literatür taramasının ardından hazırlanan yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan görüşme anketidir.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri, gebeler ve eşleri için ayrı ayrı hazırlanmış kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış nitel soru formu ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Gebe ve eşini tanımaya yönelik olarak sosyo-demografik ve gebeliğe yönelik sorulardan oluşmaktadır. Gebelere yönelik hazırlanan kişisel bilgi formu 24 sorudan, eşlerine yönelik hazırlanan soru formu ise 16 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Yarı Yapılandırılmış Soru Formu: Araştırmada nitel verilerin toplanması için yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Formda servikal yetmezlik yaşayan gebe ve eşlerinin antenatal dönemdeki sağlık algıları ve deneyimlerini öğrenmek amacıyla gebeler için 22; eşleri için 12 açık uçlu soru yer almaktadır (Ek 2).

Görüşme boyunca araştırmada açıklayıcı (bu konu hakkında başka ne söylemek istersiniz?) ve doğrulayıcı ifadeler (yani... şunu mu demek istediniz?) kullanılmıştır.

3.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Katılımcıların çalışma için uygunluğu değerlendirildikten sonra gerekli bilgilendirilme yapılmıştır. Görüşme esnasında katılımcılardan ses kaydı için izin alınmıştır. Araştırmacı, yatan hastalar ve eşlerinin her biri ile veri toplama öncesinde iletişime geçmiş, kendini tanıtmış, çalışma hakkında bilgi vermiş, çalışma amacını açıklamış sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler ve eşleri ile uygun bir zaman diliminde görüşme sağlamıştır. İlk görüşme pilot katılımcı ile yapılmış ve soruların yeterliliği değerlendirilmiştir. Katılımcıların isimlerinin gizli kalması için her bir katılımcıya numara verilmiştir. Veri toplama aşamasında katılımcılarla yapılan görüşmelerde veri doygunluğuna ulaşıldığında görüşmeler bitirilmiş ve toplamda 14 çift ile çalışma tamamlanmıştır. Her bir görüşme yalnızca araştırmacı ve katılımcı arasında olup konuşmaya üçüncü bir kişi dâhil edilmemiştir. Her bir katılımcı ile görüşme ortalama 45-60 dakika sürmüştür. Özellikle gebelerle yapılan görüşmelerde, kadının duygu yoğunluğunu fazla hissettiği durumlarda görüşmeye ara verilmiş ve kendini toparladıktan sonra görüşmeye devam edilmiştir.

3.9. VERİ ANALİZİ

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında alınan ses kayıtları, araştırmacı tarafından yazılı şekilde Word dosyasına aktarıldı. Elde edilen yazılı dosya çıktıları toplam 50 sayfa tuttu. İlk olarak gebeler ve partnerlerinin sosyodemografik ve obstetrik verilerine

ilişkin tanımlayıcı istatistikler için Word programında gebeler ve partnerleri için ayrı tablolar oluşturuldu. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin analiz, kodlama ve tematik oluşumları için MAXQDA 2022 programı kullanılmıştır. MAXQDA 2022 programı ile verilerdeki önemli kısımları, renk, sembol veya ifadeler kullanılarak kodlama imkânı sunmaktadır. Nitel veriler ve demografik değişkenler ilişkilendirilerek çeşitli istatistikler yapılabilmektedir. MAXQDA 2022 programına aktarılan verilerin analizinde tümevarımca bir yaklaşım benimsenmiştir. Veriler tekrar tekrar okunmuş ve ilk kodlar oluşturulmuştur. Birbiri ile ilişkili kodlar temalar altında toplanarak isimlendirilmiştir. Daha sonra, elde edilen temalar okuyucuların anlayabileceği bir dil ile açıklanmıştır. Son olarak, araştırmacı, elde edilen bulgulara anlam kazandırmak amacıyla bulguları yorumlamış ve çeşitli görseller ile desteklemiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Sayı: E-71522473-050.01.04-171422-271 Tarih: 05/10/2022) alınmıştır (Ek 3). Perinatoloji servisinde uygun örneklemeler ile çalışma yapılabilmesi için ise Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin anabilim dalı başkanından onay alınmıştır (Ek 4).

3.11. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ

Çalışmanın güvenilirliğini sağlamak için Guba ve Lincoln kriterleri kullanıldı. Bu kriterler inandırıcılık (credibility), aktarılabilirlik (transferability), güvenilebilirlik (dependability) ve onaylanabilirlik (confirmability) içerir (Morse 2015, Arastaman ve ark. 2018). Verilerin inandırıcılığı sağlık alanında daha önce de kullanılmış olan hermeneutik fenomenoloji yöntemi ve görüşmelerde araştırmacının yansıtıcı yorumlarının kullanılması ile, aktarılabilirliği amaçlı örnekleme ve örnekleme maksimum çeşitleme kullanılması ile, güvenilebilirlik tutarlılık incelemesi amacıyla nitel araştırma alanında bir uzmanın tüm araştırma sürecini izlemesinin sağlanması ve kodlayıcılar arası uyum oluşması ile, onaylanabilirlik ise uzman incelemesi, katılımcı doğrulaması ve katılımcılardan yapılan zengin alıntılar ile sağlandı.

3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın belirli sınırlılıkları vardır. İlk olarak bu çalışma, doğası gereği niteliksel olarak planlandığından dolayı, araştırma sonuçları daha geniş popölasyona genellenemez. İkinci olarak, çalışma sadece tek bir Őehirde ve klinikte yapılmıştır. Gebe ve eşinin yaşadığı Őehir, içinde buldukları költer, kliniğin işleyişi gibi faktörler yaşanılan deneyimi etkileyebilir. Üçüncü olarak, görüşmeler sırasında özellikle gebelerin fazlasıyla duygusal yoğunluk yaŐamaları ve ağlamaları görüŐmelere ara verilmesine neden olmuştur. Bu durum görüŐmenin akışını etkilemiŐ olabilir. Bunun aksine gebelerin eşleri ile yapılan görüşmeler ise gebelere kıyasla çok kısa sürmüştür. Bu durum araŐtırmacılara gebelerin eşlerinin duygularını gebeler kadar rahat ifade edemediklerini düŐündürmüŐtür. Son olarak, gebeler ve eşleri süreç boyunca deneyimlerini görüşme anındaki algılarıyla değerlendirip yansıtmıŐlardır. Bu nedenle, söz konusu ifadelerin ve algıların o anı yansıttığı ve süreç ilerledikçe farklılıklar olabileceği düŐünölabilir.

3.13. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

	Konu seçimi	Planlama ve izinler	Literatür tarama	Anket hazırlama	Veri toplama	Analiz yapma	Tezin yazımı ve sunumu
Eylül 2022	+	+	+	+			
Ekim 2022			+		+		
Kasım 2022			+		+		
Aralık 2022			+		+		
Ocak 2023			+		+		
Şubat 2023			+			+	
Mart 2023			+			+	
Nisan 2023			+			+	
Mayıs 2023			+			+	+
Haziran 2023			+				+
Temmuz 2023			+				+

Tablo 1. Araştırmanın Süreç Adımları

4. BULGULAR

Servikal yetmezlik yaşıyan çiftlerin deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur.

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Gebeler/Kadınlar	Yaş	Gebelik Sayısı	Düşük Öyküsü	Küretaj Öyküsü
K1	29	1	0	0
K2	34	2	0	1
K3	35	3	2	1
K4	33	4	2	1
K5	40	4	0	0
K6	28	2	0	0
K7	38	2	1	1
K8	40	1	0	0
K9	22	2	1	0
K10	29	2	1	0
K11	27	1	0	0
K12	26	2	1	1
K13	26	3	1	2
K14	32	1	0	0

Çalışmaya 14 gebe katılım sağlamıştır. Gebeler ‘‘K1, K2, K3... ‘’ şeklinde isimlendirilmiştir. Gebelerin yaş aralığı 22 ila 40 arasındadır. Yaş ortalamaları 31,36 olan gebelerden 4’ü 35 yaş üzeridir. Çalışmaya alınan gebelerin yarısının düşük öyküsü varken kalan yarısının düşük öyküsü yoktur. Çalışmamızdaki 11 gebe primipar, 3 gebe ise multipardır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Katılımcılar	Gebelik Haftası	Uygulanan İşlem	Uygulanan Serklaj Tipi	Hastaneye Başvuru Nedeni
K1	18	Serklaj ve Pesser	Terapotik Serklaj	Kanama ve Ağrı
K2	23+6	Serklaj	Acil Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K3	24	Serklaj	Acil Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K4	15+3	Serklaj	Terapotik Serklaj	Kanama ve Ağrı
K5	20+6	Serklaj ve Pesser	Acil Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K6	16	Serklaj	Profilaktik Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K7	23+2	Serklaj ve Pesser	Terapotik Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K8	23+2	Serklaj	Acil Serklaj	Ağrı
K9	20	Serklaj	Acil Serklaj	Kanama
K10	23+1	Serklaj	Terapotik Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K11	21	Serklaj	Acil Serklaj	Kanama ve Ağrı
K12	18	Serklaj	Acil Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K13	22+5	Serklaj	Acil Serklaj	Poliklinik Kontrolü
K14	24+4	Serklaj	Acil Serklaj	Poliklinik Kontrolü

Çalışmaya alınan gebelerin gebelik haftası 16 ile 25 hafta arasındır. 3 gebeye hem serklaj uygulanıp hem de pesser takılmışken; kalan 11 gebeye yalnızca serklaj uygulanmıştır. 9 gebe poliklinik kontrolüne geldiğinde servikal yetmezlik tanısı almışken; kalan gebeler kanama ve/veya ağrı şikâyetleri ile acil birimine başvurup yatışı gerçekleşmiştir. 9 gebeye acil olarak serklaj uygulanmışken kalan gebelere ya terapötik ya da profilaktik olarak serklaj uygulanmıştır.

4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN EŞLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

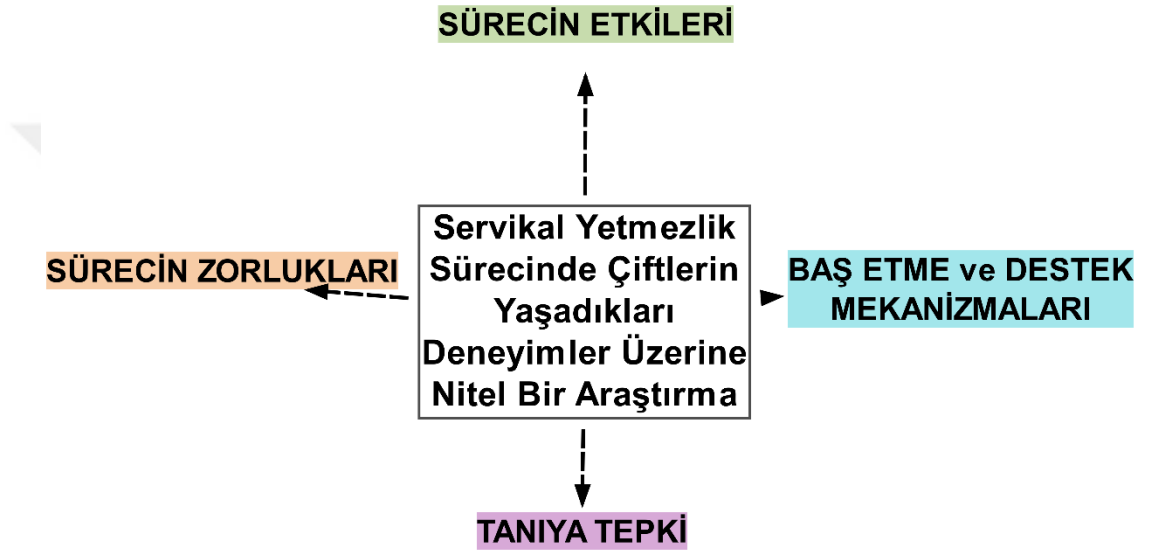
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri

Katılımcılar	Yaş	Eş İle Aralarındaki İlişki Durumu	Yaşanılan Korku ve Kaygıları Eşle Paylaşma Durumu	Babanın Gebelik ile ilgili Eğitim Alma Durumu
E1	29	İyi	Hayır	Hayır
E2	40	İyi	Hayır	Hayır
E3	39	Orta	Hayır	Hayır
E4	38	İyi	Evet	Evet
E5	43	Kötü	Evet	Hayır
E6	28	Orta	Evet	Hayır
E7	42	İyi	Hayır	Hayır
E8	47	İyi	Hayır	Evet
E9	25	İyi	Hayır	Evet
E10	29	İyi	Hayır	Hayır
E11	33	İyi	Hayır	Evet
E12	31	İyi	Evet	Hayır
E13	34	İyi	Evet	Evet
E14	37	İyi	Evet	Hayır

Çalışmaya 14 eş katılım sağlamıştır. Eşler ‘E1, E2, E3...’ şeklinde isimlendirilmiştir. Eşlerin yaş aralığı 25 ila 47 arasındadır. Yaş ortalamaları 35,36’dır. Eşlerin 6’sı yaşadıkları korku ve kaygıları eşleriyle paylaşıırken kalan 8 baba paylaşmayı tercih etmemektedir. Çalışmamıza alınan 14 babanın yalnızca 5’i gebelik ile ilgili eğitim almaktadır.

4.3. GEBE VE EŞLERİNİN YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMUNDAKİ SORULARA VERDİKLERİ YANITLARIN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ

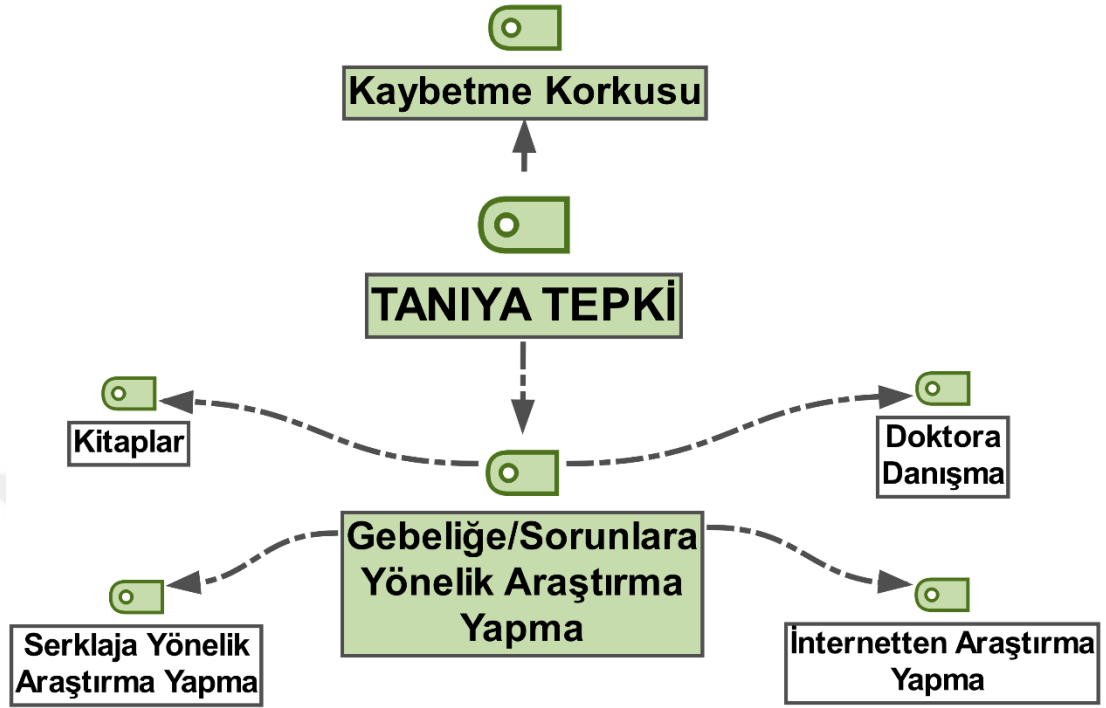
Araştırma problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Çalışmaya toplamda 28 katılımcı dâhil olmuştur. Katılımcılardan gebe olanlar ‘K1, K2, K3... K14 ‘, gebelerin eşleri ise ‘E1, E2, E3... E14 ‘ olarak kodlanmıştır.



Şekil 11. Temalar Gösterimi

Çalışma Şekil 12’de görüldüğü üzere 4 tema altında toplanmıştır. Bunlar; sürecin etkileri, sürecin zorlukları, tanıya tepki, baş etme ve destek mekanizmalarıdır.

4.3.1. Taniya Tepki



Şekil 12. Taniya Tepki Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi

Katılımcıların servikal yetmezlik tanısı aldıktan sonra kaybetme korkusu ve araştırma yapma durumu taniya tepki teması altında toplanmıştır. Taniya tepki teması kategorileri ve kodlarına ilişkin bilgilere Şekil 13’te yer verilmiştir. Buna göre taniya tepki teması altında 2 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; kaybetme korkusu ve gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapmadır.

4.3.1.1. Kaybetme Korkusu

Katılımcıların gebelik sürecinde yaşadıkları duygulara yönelik ifadeleri ile kaybetme korkusu kategorisi oluşturulmuştur. Katılımcılar gebelik sürecinde korktuklarını dile getirmiştir. Korkuların ana sebebi ise bebekleridir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“6. gün varlığını rüyamda görüp sabahında tahlil verdim. Sonra gebesin dediler mutlu oldum, umut doldu içime. Kanama gördüm eyvah yine kaybedeceğim çocuğu dedim. Ama öyle olmadı. 8. Hafta kalp atımlarını

dinledik. İlk kez duyunca orada bir yarım saat ağladım. İnşallah sağlıklı kucağıma alırım.” (K2)

“Onu kaybedebilecek olmam beni korkutuyor; ama eğer her şey normal ilerlerse onu kucağımda hayal etmek de çok mutlu ediyor.” (E2)

“Korkuyorum bazen baba olamayacağım diye ama geçecek inşallah.”(E9)

4.3.1.2. Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma

Katılımcıların gebeliğe ve gebelikte yaşadıkları sorunlara yönelik araştırma yapip yapmadıkları ve araştırma yaparken kullandıkları kaynaklara ilişkin yanıtları gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapma kategorisi altında kodlanmıştır. Gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapma kategorisinde katılımcıların en çok ifade buldukları kod internetten araştırma yapma kodudur. Katılımcılar araştırmalarını internetten yaptıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Gebelikte ilgili değişimlerde ne olduğunu bilmediğim için internetten araştırıyordum. Ama kitap okumadım. Doktorumla da sık sık aramalar; görüşmeler yaparak da sorularımın cevabını aldım.” (K8)

“İnternette araştırma yaptım tabii ki. Özellikle normal doğumdan çok korkuyordum, yaptığım araştırmalarda kadınların deneyimlerini okudum. Tabii herkesin bünyesi bir değil farklı farklı deneyimler vardı.” (K11)

Gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapma kategorisinde katılımcıların ifade buldukları bir diğer kod serklaja yönelik araştırma yapma kodudur. Katılımcılar serklaj hakkında bilgi almak için araştırma yaptıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Sadece serklaj ile ilgili yaptım araştırma. 12-13 haftalıkken daha çok yapıldığını okudum. O yüzden her geldiğimde neden bana atılmadı diye sorguluyordum.” (K3)

Gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapma kategorisinde katılımcıların ifade de buldukları bir diğer kod kitaplar kodudur. Katılımcılar bilgi almak için kitapları kullandıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Almanca, Türkçe, İngilizce kitaplardan okumalar yaptım, internetten de merak ettiklerimi araştırdım.”(K9)

Gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapma kategorisinde katılımcıların ifade de buldukları bir diğer kod doktora danışma kodudur. Katılımcılar bilgi almak için doktora danıştıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

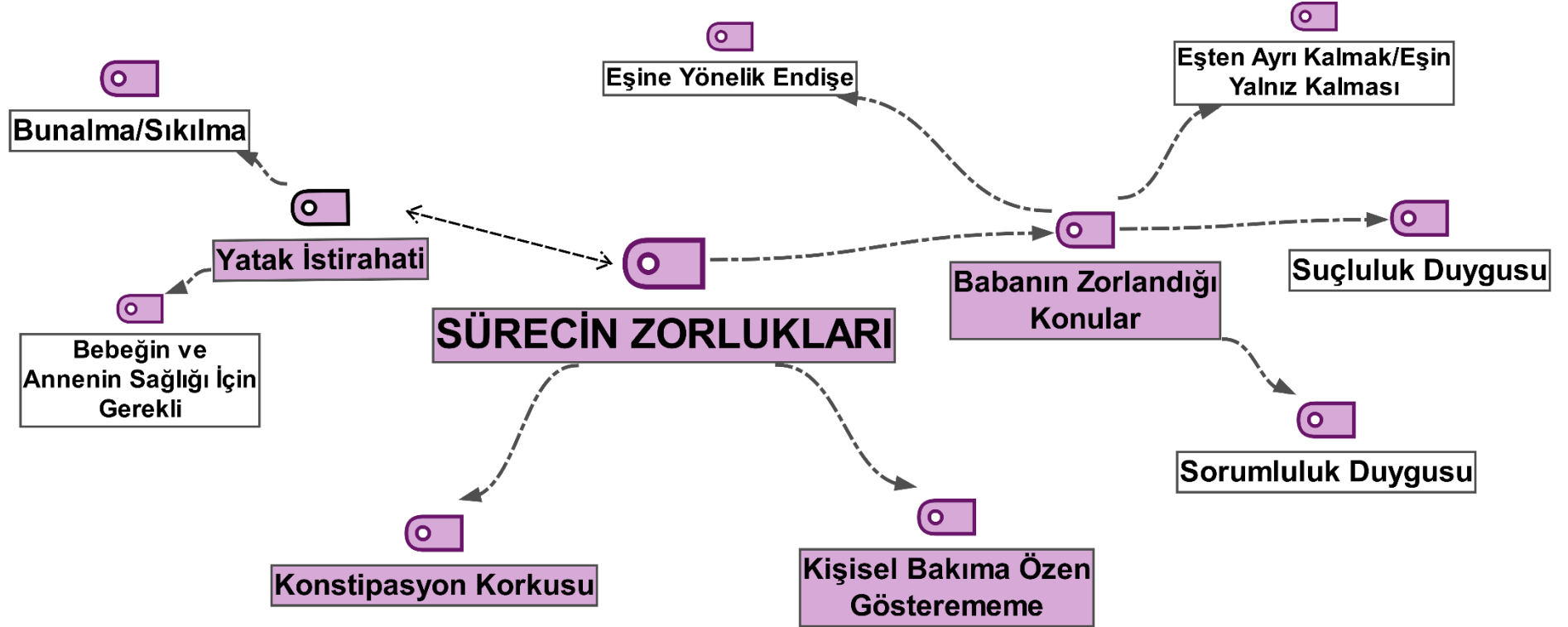
*“Araştırma pek yapmadım. Buraya geldiğimde merak ettiklerimi doktora soruyordum. İnternetten baktığım da oldu, bununla ilgili kitaplar da aldım.”
(K10)*

Kod Sistemi	K1	E1	K2	E2	K3	E3	K4	E4	K5	E5	K6	E6	K7	E7	K8	E8	K9	E9	K10	E10	K11	E11	K12	E12	K13	E13	K14	E14	TOPLAM
▼ TANIYA TEPKİ																													0
▼ Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma																													0
Internetten Araştırma Yapma	■								■		■				■		■		■		■		■				■		9
Serklaja Yönelik Araştırma Yapma			■		■				■								■		■				■		■				5
Kitaplar																	■		■		■		■						2
Doktora Danışma															■				■		■		■						2
Kaybetme Korkusu	■				■		■		■				■		■		■		■		■		■		■		■		11
Σ TOPLAM	2	0	1	0	2	0	1	0	3	0	1	0	1	0	3	0	3	0	4	0	2	0	3	0	2	0	1	0	29

Şekil 13. Taniya Tepki Teması Kod Matris Gösterimi

Taniya tepki teması kodlarının katılımcılara göre ilişki grafiğine şekil 14’te yer verilmiştir. Buna göre K1, K3, K4, K5, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13 katılımcıların ifadeleri kaybetme korkusu kategorisinde yoğunluktadır. Gebeliğe/sorunlara yönelik araştırma yapma kategorisinde ise internetten araştırma yapma kodu K1, K5, K6, K8, K9, K10, K11, K12, K14 katılımcıların ifadeleri, serklaja yönelik araştırma yapma kodunda K2, K3, K5, K12, K13 katılımcıların ifadeleri üzerine yoğunlaşmaktadır. K9 kitaplar ile araştırma yapmışken; K8 doktoruna danışmıştır. K10 hem doktoruna danışmış hem de kitaplar ile araştırma sağlamıştır.

4.3.2. Sürecin Zorlukları



Şekil 14. Sürecin Zorlukları Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi

Katılımcıların servikal yetmezlik sürecindeki yaşadıkları zorluklar sürecin zorlukları teması altında toplanmıştır. Sürecin zorlukları teması kategorileri ve kodlarına ilişkin bilgilere şekil 15’te yer verilmiştir. Buna göre sürecin zorlukları kategorileri; yatak istirahati, babanın zorlandığı konular, konstipasyon korkusu ve kişisel bakıma özen gösterememesidir.

4.3.2.1. Yatak İstirahati

Katılımcıların yatak istirahatinin önemine yönelik görüşleri bu kategori altında kodlanmıştır. Kategori altında iki alt kod yer almaktadır. Bunlar bebeğin ve annenin sağlığı için gerekli ve bunalma/sıkılma kodudur. Katılımcıların en çok ifade buldukları alt kod bebeğin ve annenin sağlığı için gerekli alt kodudur. Katılımcılar dinlenmenin anne ve bebek için gerekli olduğunu dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Bebeklerim için iyi geliyor. Ama benim için çok zor, yatmayı oturmaya bilmezdim ben. O yüzden şuan çok garipsiyorum. Faydası varsa yatacağımız yapacak bir şey yok.” (K5)

“Sürekli yatak istirahatinde olması gerekiyor. Sırtları ağrıyor her geldiğimde masaj yapıyorum her yerine. Onun ve bebeğimiz için bunun olması gerekiyor. Yerinde durmayan insan için çok zor bir durum.” (E11)

Yatak istirahati kategorisinde yer alan bir diğer alt kod bunalma sıkılma kodudur. Katılımcılar yatak istirahati sırasında sıkıldıklarını ve bunaldıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Çok sıkıcı. Oğlumda doğurana kadar yattım. Bebeğim için iyi ama beni bunaltıyor. Sabrediyoruz.” (K4)

“İkimiz de dinlendik, hiç yatmadığım kadar yattım. Psikolojim de bozuldu tabii bir yandan. Eşime de gülerek takılıyorum, buradan çıktığımda psikoloğa gideceğim diye. Bebek için olduğunu bildiğin için kendini teselli ediyorsun.” (K12)

4.3.2.2. Babanın Zorlandığı Konular

Katılımcıların süreçte babanın zorlandığı konulara yönelik ifadeleri babanın zorlandığı konular kategorisi altında kodlanmıştır. Babanın zorlandığı konular kategorisinde katılımcıların en çok ifadede buldukları kod eşten ayrı kalmak eşinin yalnız kalması kodudur. Katılımcılar süreçte eşlerinden ayrı kalmak konusunda zorlandıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Eve gittiğimde ev çok yalnız geliyor bana. Hastaneye geldiğimde eşimde bir sıkılmışlık görüyorum, o da beni kötü etkiliyor. Burada kalması da o ve bebeklerimiz için iyi gelecek. O yüzden bizim için gerçekten çok zor bir süreç.”

(E14)

“Eşimden uzak kalmak, onun her zaman yanında olamamak zor.” (E3)

Sürecin babanın zorlandığı konular kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod eşine yönelik endişe kodudur. Katılımcılar eşlerine yönelik endişe duyduklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Eşimin sağlığı bozulur mu beni en çok korkutan o. 4. gebelik ve şu anki üçüz gebelik. Onun için endişeleniyorum açıkçası.” (E5)

“Eşimin ağırlı halini görmekte zorlanıyordum. Bir de yapabileceğim bir şeyin olmaması beni zora sokuyor.” (E9)

Sürecin babanın zorlandığı konular kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod sorumluluk duygusu kodudur. Katılımcılar bu süreçte sorumluluk hissettiklerini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Güçlü olmak zorundayım. Çocuklara bakmak zorundayım, yorulduğumu kimseye belli etmemeye çalışıyorum. Sabır ediyorum.” (E5)

Sürecin babanın zorlandığı konular kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod suçluluk duygusu kodudur. Katılımcılar bu süreçte suçluluk hissettiklerini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yatışında biraz moralimiz bozuldu, acaba buna biz mi sebep mi olduk diye düşünüyoruz. Biz haftasonu bir seyahat yaptık. Gün içinde de sürekli gezmiş bulduk. Bu sebeple biraz suçluluk hissediyoruz, vicdanımız rahat değil...”
(E8)

4.3.2.3. Konstipasyon Korkusu

Katılımcıların sürecin zorlukları temasında ifadeye buldukları bir diğer kategori konstipasyon korkusudur. Katılımcılar tuvalete çıkamama sorunu yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Kabızlık sorunu yaşıyorum. 5-6 gündür büyük tuvaletime çıkamıyorum. Sadece özel ihtiyaçlarım için kalkıyorum. Bol su içmeme ve katı yemememe rağmen tuvalete çıkamıyorum.” (K3)

“Duşumu kendim yapabiliyorum, çok fazla ayakta kalmamaya çalışıyorum. Aktif bir insanımdır normalde. Ancak şuan her işimde ailemden, eşimden yardım alıyorum. Serklajımın ilk zamanlarında kabızlık sorunu yaşamıştım, ama şuan öyle bir problemim yok neyse ki.” (K9)

4.3.2.4. Kişisel Bakıma Özen Gösterememe

Katılımcıların sürecin zorlukları temasında ifadeye buldukları bir diğer kategori kişisel bakıma özen gösterememedir. Katılımcılar kişisel temizliğini yapma konusunda sorun yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Beden temizliğimi iyice yapamadım. Yapamayınca da çekiniyor insan. Bedensel olarak temizlenmeye çok ihtiyacım var. Ama kilomdan dolayı da eğilemiyorum.” (K1)

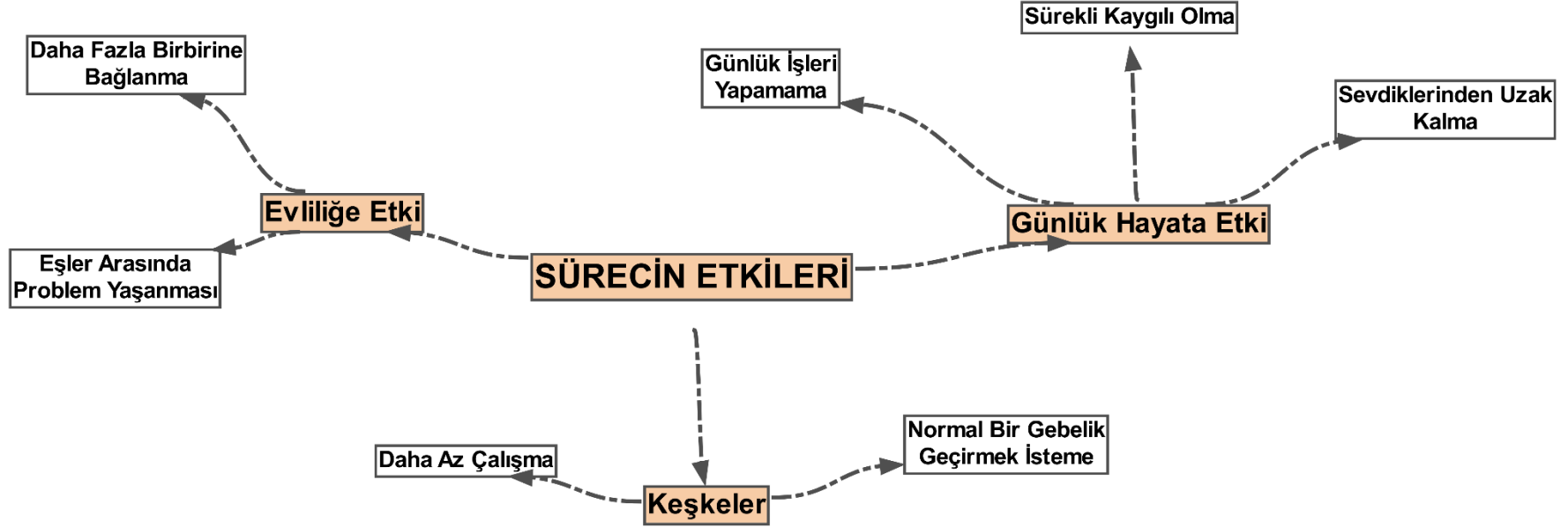
“... 3 gündür duşa giremedim, girmek istiyorum dikkat ederek.” (K11)

Kod Sistemi	K1	E1	K2	E2	K3	E3	K4	E4	K5	E5	K6	E6	K7	E7	K8	E8	K9	E9	K10	E10	K11	E11	K12	E12	K13	E13	K14	E14	TOPLAM
▼ SÜRECİN ZORLUKLARI																													0
▼ Yatak istirahati	■				■		■		■		■		■				■		■		■		■		■				11
Bebeğin ve Annenin Sağlığı İçin Gerekli		■	■	■	■	■		■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	23
Bunalma/Sıkılma	■				■		■		■		■						■						■			■		7	
Konstipasyon Korkusu					■		■		■				■		■		■		■		■			■		■		10	
Kişisel Bakıma Özen Gösterememe	■		■																■		■		■		■			6	
▼ Babanın Zorlandığı Konular																													0
Eşine Yönelik Endişe								■		■		■						■										4	
Eşten Ayrı Kalmak/Eşin Yalnız Kalması		■		■		■								■										■		■		7	
Suçluluk Duygusu																■												1	
Sorumluluk Duygusu										■																		1	
Σ TOPLAM	3	2	2	2	4	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	4	2	4	1	4	1	3	2	4	2	2	2	70

Şekil 15. Sürecin Zorlukları Teması Kod Matris Gösterimi

Sürecin zorlukları teması kodlarının katılımcılara göre ilişki grafiğine şekil 16’da yer verilmiştir. Buna göre; K1, K3, K4, K6, K9, K12, K14 katılımcılar yatak istirahati sebebiyle bunalma/sıkılma kodunda yoğunlaşmışlardır.

4.3.3. Sürecin Etkileri



Şekil 16. Sürecin Etkileri Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi

Katılımcıların yaşanan sürecin etkilerine ilişkin ifadeleri sürecin etkileri teması altında toplanmıştır. Sürecin etkileri teması kategorileri, kodları ve kod frekanslarına ilişkin bilgilere şekil 17’de yer verilmiştir. Buna göre temanın kategorileri; evliliğe etki, günlük hayata etki ve keşkelerdir.

4.3.3.1. Evliliğe Etki

Katılımcıların sürecin evliliklerine olan etkisine yönelik ifadeleri evliliğe etki kategorisi altında kodlanmıştır. Evliliğe etki kategorisinde katılımcıların en çok ifadede buldukları kod daha fazla birbirine bağlanma kodudur. Katılımcılar eşle ilişkilerinin iyi olduğunu dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Güzel, stressiz ve sakin geçiyor. Önceki düşüğümden sonra bu bize ilaç gibi geldi.” (K9)

“... Güzel gidiyor ilişkimiz bebek bizi daha bağladı birbirimize.” (E3)

“Gebelikte beraber birbirimize daha çok bağlandık. Bebekten dolayı sanırsam... (E8)

Evliliğe etki kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod eşler arasında problem yaşanması kodudur. Katılımcılar süreçte eşleriyle problem yaşadıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“En çok Allah’a ihtiyacım var, ona sığınmak istiyorum. Eşime de ihtiyacım var ama bazen beni bunaltıyor, beni anladığını söylüyor ama serklaj bana atıldı, iğneyi ben yiyorum, serum bana takılıyor ve ben yatıyorum hastanede. Şu an en çok sevgiye ve şefkate ihtiyacım var.” (K4)

“Eşim biraz daha düz mantıklıdır. Beni anlamasını beklemiyordum zaten. Evde sürekli çocuklarla olmak onu sıkıyor, oysaki ben burada onlardan uzaktayım ve sürekli yatıyorum. Beni pek anlamıyor.” (K5)

4.3.3.2. Günlük Hayata Etki

Katılımcıların sürecin günlük hayata etkisine yönelik ifadeleri günlük hayata etki kategorisi altında kodlanmıştır. Günlük hayata etki kategorisinde katılımcıların en çok ifadede buldukları kod günlük işleri yapamama kodudur. Katılımcılar günlük işlerini yapmada zorluk yaşadıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Her şeyden fedakârlık ettim. Yakınlarımdan uzaklaştım, o ne demiş bu ne yapmış umurumda olmadı. Ya da o işim yarım kaldı şu işimi de halledeyim diye de düşünemedim. Sonrasında doğum olursa diye hep korktum. Önceliğim hep bebeğim oldu. Dışarı bile çıkmadım. Hep balkona çıkar hava alır geri içeri girip yatardım yani.” (K7)

Günlük hayata etki kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod sürekli kaygılı olma kodudur. Katılımcılar süreçte sürekli kaygı duyduklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“İlk önce işe gidemiyorum. Evde rahat hareket edemiyorum. Sürekli acaba dikişim atar mı, acaba bebeğim yaşayacak mı, kalbi durdu mu soruları beynimi kurcalıyor. Sosyal açıdan ailem hep yanımda, bana tüm desteklerini gösteriyorlar.” (K4)

Günlük hayata etki kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod sevdiklerinden uzak kalma kodudur. Katılımcılar süreçte sevdiklerinden uzak kaldıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“... Küçük kızım bana çok düşkün. Ondan ayrı kalmak beni çok yoruyor. Yanıma ziyarete geldiğinde ayrılmak istemiyor, telefonda konuştuğumuzda ağlıyor. Çocukları idare etmek beni zorluyor. Burada kalsam karnımdaki çocuklarım için iyi olacak, eve gitsek aklımda evdeki çocuklarımda kalmayacak ikilemi beni çok düşündürüyor.” (K5)

“Sevdiğim insanlarla daha fazla olmak istediğimi hissettim, onlardan çok fazla güç aldım.” (K8)

4.3.3.3. Keşkeler

Katılımcıların tanı ve tedavi sürecindeki pişmanlıkları ya da keşkelerine ilişkin ifadeleri keşkeler kategorisi altında kodlanmıştır. Keşkeler kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod normal gebelik geçirmek isteme kodudur. Katılımcılar normal bir gebelik süreci geçirmek istediklerini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Keşke normal bir hamilelik geçirebilseydim diyorum.” (K3)

“21 yaşında evlendim. Evliliğimizin başından beri de hiç korunmadık. Ama hiç başarılı bir sonuç da almadık... Keşke böyle uğraşacağımıza kolayca gebe kalabilseydim.” (K7)

Keşkeler kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod daha az çalışma kodudur. Katılımcılar süreçte daha az çalışmayı istediklerini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Şu anki çalıştığım birim çok yoğun. Az kişiyle koca servisi döndürüyoruz. Fazla mesailerim çok olmamasını isterdim.” (K6)

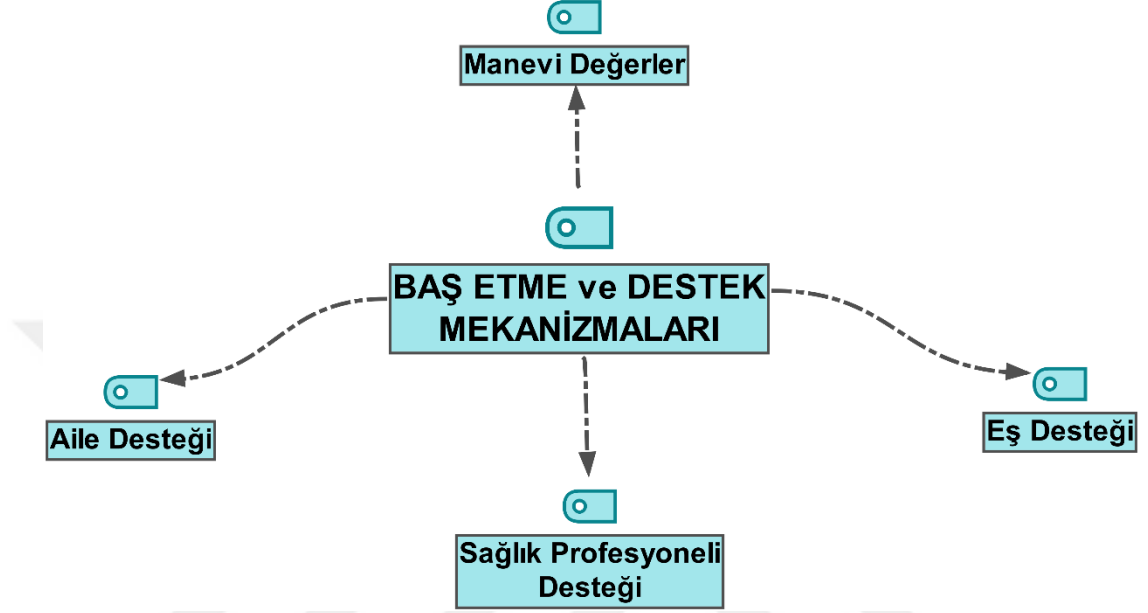
“Eşimin çalışmasını istemezdim. O çalışmayı sever. Hatta şubat ayının sonuna kadar çalışmayı düşünüyordu. Tabi bu süreç planladığımız gibi gitmedi.” (E14)

Kod Sistemi	K1	E1	K2	E2	K3	E3	K4	E4	K5	E5	K6	E6	K7	E7	K8	E8	K9	E9	K10	E10	K11	E11	K12	E12	K13	E13	K14	E14	TOPLAM
▼ SÜRECİN ETKİLERİ																													0
▼ Günlük Hayata Etki																													0
Günlük İşleri Yapamama			■		■		■				■		■						■				■		■		■		9
Sürekli Kaygılı Olma							■				■		■						■										4
Sevdiklerinden Uzak Kalma									■						■														2
▼ Evliliğe Etki																													0
Daha Fazla Birbirine Bağlanma		■		■	■	■		■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	23
Eşler Arasında Problem Yaşanması	■						■		■	■																			4
▼ Keşkeler																													0
Normal Gebelik Geçirmek İsteme	■				■		■						■	■								■	■			■			8
Daha Az Çalışma											■																■		2
Σ TOPLAM	2	1	1	1	3	1	4	1	2	1	4	1	4	2	2	1	1	1	2	1	2	1	3	2	2	1	3	2	52

Şekil 17. Sürecin Etkileri Teması Kod Matris Gösterimi

Sürecin etkileri teması kodlarının katılımcılara göre ilişki grafiğine şekil 18’de yer verilmiştir. Buna göre K1, K2, K4, K5, E5 kodlu katılımcılar haricindeki katılımcıların ifadeleri daha fazla birbirine bağlanma kodunda yoğunlaşmıştır. K1, K4, K5, E5 kodlu katılımcının ifadeleri eşler arasında problem yaşanması kodunda yoğunlaşmaktadır. K1, K3, K4, K7, E7, K12, E12, K14 kodlu katılımcılar normal bir gebelik geçirmek isteme kodunda yoğunlaşmışlardır. K6 ve E14 daha az çalışma kodunda bulunmaktadır.

4.3.4. Baş Etme ve Destek Mekanizmaları



Şekil 18. Baş Etme ve Destek Mekanizmaları Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Gösterimi

Katılımcıların yaşadıkları süreçteki baş etme ve destek mekanizmalarına ilişkin ifadeleri baş etme ve destek mekanizmaları teması altında toplanmıştır. Baş etme ve destek mekanizmaları teması kategorileri ve kodlarına ilişkin bilgilere şekil 19’da yer verilmiştir. Buna göre temanın kategorileri; manevi değerler, eş desteği, aile desteği ve sağlık profesyoneli desteğidir.

4.3.4.1. Manevi Değerler

Baş etme ve destek mekanizmaları temasında katılımcıların baş etme mekanizmalarından biri olarak manevi değerler kategorisi ele alınmıştır. Katılımcılar sorunlarına karşı manevi konulara başvurduklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Oğluma sığınyorum. Gücümü ondan alıyorum... Bir de Allah’tan güç alıyorum.” (K4)

“Ben kendi kendime işlerimi halletmeye alıştım. Kendi bozuk psikolojimi bile kendim düzeltirim. Tespih çeker, dua eder, Allah’a sığınırım.” (K5)

4.3.4.2. Aile Desteği

Katılımcıların yaşadıkları süreçteki destek olan unsurlara ilişkin ifadelerine yönelik oluşturulan bir diğer kategori aile desteğidir. Katılımcılar süreçte aile üyelerinin desteklerini aldıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Eşim zaten hep yanımdaydı. Annem de en başından beri bizimle kalıyor.” (K7)

“Gebeliğimin başından beri zaten onlardan destek alıyorum. Doğum sonrasında da iki çocukla onlardan destek alırım diye düşünüyorum. Zaten kayınvalidem üst katımda, annem evime yürüme mesafesinde olduğu için her anımda yanımdalar.” (K13)

4.3.4.3. Eş Desteği

Katılımcıların yaşadıkları süreçteki destek olan unsurlara ilişkin ifadelerine yönelik oluşturulan bir diğer kategori ise eş desteğidir. Katılımcılar süreçte eşlerinden destek aldıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“En büyük destekcim. O hep beni cesaretlendiriyordu. Daha iyisi olacak korkma diyordu.” (K3)

“Eşim Allah razı olsun hiç yapmadığı şeyleri ilk bu gebelikte yaptı. Genelde tüm ev işlerini eşim yaptı. Sadece yemekleri daha çok ben hazırladım. Eşim o yönden de bana çok destek oldu. Bulantılarımın olduğu dönemlerde mutfak işlerini o hallederdi.” (K8)

4.3.4.4. Sağlık Profesyoneli Desteği

Katılımcıların tanı ve tedaviyle ilgili sağlık çalışanlarının desteklerine ilişkin ifadeleri sağlık profesyoneli desteği kategorisi altında kodlanmıştır. Sağlık profesyoneli desteği kategorisinde katılımcıların en çok ifadede buldukları kod danışmanlık alma

kodudur. Katılımcılar ebe ve doktordan tanı ve tedaviye yönelik bilgi aldıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Sorduğum sorulara doktor hanım beni çok güzel bilgilendiriyordu.” (K3)

“... Sizlerin bilgilendirmesiyle çok rahatladım ve bana o yönde bir faydası oldu.” (K8)

“Doktoruma ne sorarsam sorayım sabırla beni dinledi ve cevap verdi. İyi ki bu doktoruma denk gelmişim diyorum yani. Beni rahatlatıyor ve hiç strese sokmuyor. Yatışımda da benimle ilgilenen ebeler de hepsi güler yüzlü ne sorsam cevapladılar sağ olsunlar.” (K13)

Sağlık profesyoneli desteği kategorisinde katılımcıların ifadeye buldukları kodlardan bir diğeri güven verme kodudur. Katılımcılar ebe ve doktorun kendilerine süreçte güven verdiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Her şey bir anda gelişti. Serklaj atılacak dendiğinde bana bilgilendirme de yapıldı. Bu işlemin riskler barındırdığını da bebeklerimi işlem de kaybedebilecek olmamı da anlattılar. Bunları kendi rızamla kabul ediyor olmaktan da korktum. Ama işlem korktuğum gibi olmadı, operasyon ekibi beni çok rahatlattı.” (K5)

“Doktorum beni çok rahatlattı, söylediklerine güvendim ve inandım. Ebelerimin ve doktorlarımın işlerini severek yaptıklarını gördüm... (K8)

Kod Sistemi	K1	E1	K2	E2	K3	E3	K4	E4	K5	E5	K6	E6	K7	E7	K8	E8	K9	E9	K10	E10	K11	E11	K12	E12	K13	E13	K14	E14	TOPLAM
BAŞ ETME ve DESTEK MEKANİZMALARI																												0	
Manevi Değerler																												5	
Aile Desteği																												13	
Eş Desteği																												21	
Sağlık Profesyoneli Desteği																												0	
Güven Verme																												8	
Danışmanlık Alma																												10	
TOPLAM	2	1	4	2	2	2	4	0	3	0	3	1	4	1	4	1	3	1	2	1	2	1	3	1	4	1	4	0	57

Şekil 19. Etme ve Destek Mekanizmaları Teması Kod Matris Gösterimi

Baş etme ve destek mekanizmaları teması kodlarının katılımcılara göre ilişki grafiğine şekil 20’de yer verilmiştir. Buna göre ailenin destek olması koduna K1, K2, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14 kodlu katılımcılar yoğun ifadeye bulunmuştur. Manevi değerler ile baş etme mekanizması kategorisinde E2, E3, K4, K5, K7 kodlu katılımcılar yoğun ifadeye bulunmuştur. Sağlık profesyoneli desteği kategorisinin güven verme alt kodunda K1, K2, K5, K6, K8, K10, K13, K14 kodlu katılımcılar yoğunlaşmıştır.



Şekil 20. Kod Bulutu

Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 21’de gösterilmektedir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir.

Kod Sistemi	K1	E1	K2	E2	K3	E3	K4	E4	K5	E5	K6	E6	K7	E7	K8	E8	K9	E9	K10	E10	K11	E11	K12	E12	K13	E13	K14	E14	TOPLAM
▼ TANIYA TEPKİ																													0
▼ Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma																													0
▼ İnternetten Araştırma Yapma																													9
▼ Serkaja Yönelik Araştırma Yapma																													5
▼ Kitaplar																													2
▼ Doktora Danışma																													2
▼ Kaybetme Korkusu																													11
▼ SÜRECİN ZORLUKLARI																													0
▼ Yatak İstirahati																													11
▼ Bebeğin ve Annenin Sağlığı İçin Gerekli																													23
▼ Bunalma/Sıklıma																													7
▼ Konstipasyon Korkusu																													10
▼ Kişisel Bakıma Özen Gösterememe																													6
▼ Babanın Zorlandığı Konular																													0
▼ Eşine Yönelik Endişe																													4
▼ Eşten Ayrı Kalmak/Eşin Yalnız Kalması																													7
▼ Suçluluk Duygusu																													1
▼ Sorumluluk Duygusu																													1
▼ SÜRECİN ETKİLERİ																													0
▼ Günlük Hayata Etki																													0
▼ Günlük İşleri Yapamama																													9
▼ Sürekli Kaygılı Olma																													4
▼ Sevdiklerinden Uzak Kalma																													2
▼ Evliliğe Etki																													0
▼ Daha Fazla Birbirine Bağlanma																													23
▼ Eşler Arasında Problem Yaşanması																													4
▼ Keşkeçler																													0
▼ Normal Gebelik Geçirmek İsteme																													8
▼ Daha Az Çalışma																													2
▼ BAŞ ETME ve DESTEK MEKANİZMALARI																													5
▼ Manevi Değerler																													5
▼ Aile Desteği																													13
▼ Eş Desteği																													21
▼ Sağlık Profesyoneli Desteği																													0
▼ Güven Verme																													8
▼ Danışmanlık Alma																													10
Σ TOPLAM	9	4	8	5	11	5	12	3	11	4	10	4	12	5	11	4	11	4	12	3	10	3	12	5	12	4	10	4	208

Şekil 21. Temalar, Kategoriler ve Kodlar Matrisi

5. TARTIŞMA

Serklaj ve/veya pesser uygulanan gebeler uygulama sonrası bir süre hastanede yakın takip edilmektedir. Gebelerin, eş ve ailelerinden uzak kalmaları hem gebeleri hem de eşlerini duygusal olarak kötü yönde etkilemektedir. Yaptığımız çalışma ile servikal yetmezlik yaşayan çiftlerin deneyimleri incelenmiştir. Bu doğrultuda 14 gebe ve eşi ile görüşülmüş ve görüşmeler üzerinden dört ana temaya ulaşılmıştır. Bu ana temalar “Taniya Tepki“, “Sürecin Zorlukları”, “Sürecin Etkileri” ve “Baş Etme ve Destek Mekanizmalarıdır”. Bu bölümde, oluşturulan temalar, kategoriler, kodlar ve alt kodlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. TANIYA TEPKİ

Ana temalardan ilki Taniya Tepki'dir. Kaybetme Korkusu ve Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma kategorilerine ayrılmış olup elde edilen bulgular bu bölümde literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.1. Kaybetme Korkusu

Serklaj ve/veya pesser işlemi sonrasında gebelerin ve eşlerinin yaşadığı bu zorlu süreçte duyguları ele alınmıştır. En fazla karşımıza çıkan kaybetme korkusu kategorisi elde edilmiştir. Literatürde çalışmamızı destekleyen (Doğan 2018, Balacan ve ark 2020, Aydın 2022, Özçetin 2020, Janighorban 2016) gebeler ve eşlerinin yaşadıkları duyguları yansıtan birçok çalışma bulunmaktadır.

İşlem sonrasında çalışmamıza alınan çiftlerin büyük çoğunluğu bebeğini kaybetme korkusunu dile getirmiştir. Önceki gebeliklerinde de kayıp öyküsü olan çiftler hem önceki gebeliklerin kaybına üzülürken hem de şimdiki gebeliği kaybetme ihtimalleri olmasından dolayı korku yaşamaktadırlar. Doğan'ın (2018) tezinde gebelerin büyük çoğunluğu riskli bir gebelik geçireceklerini hiç aklından geçirmediklerini bu nedenle beklenmedik bir durumla karşı karşıya kaldıklarını ve şoka uğradıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada gebelerin yaklaşık yarısı riskli durumla birlikte bebeğinin sağlığı ile ilgili endişe duymaya başladığını belirtmişlerdir. Riskli gebeliği

olan gebelerin ise “risk” kelimesinden hoşlanmadığını ve bu kelimenin korkularını daha fazla arttığını belirten bir gebenin açıklaması şu şekildedir: “*Risk kelimesi zaten çok iğrenç. Risk! Bu demek ki risklisin yani. Her an her şey olabilir demek. Korkutuyor.*” Balacan ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada çiftlerin gebelik sürecinde yaşadığı duygular kayıp korkusu, hüznün, belirsizlik şeklindedir. Aynı çalışmada preterm doğum yapmış çiftlerin doğum sonrasında yaşadıkları duygular ele alınmıştır. Çalışmada çiftler korku, kayıp korkusu, enfeksiyon gelişme korkusu, üzüntü, umutsuzluk, şok ve kötü doğum deneyimi elde etmişlerdir. Aydın’ın (2020) kolestaz tanısı alan kadınlar ile yaptığı çalışmada ise kadınlar tanıyı aldıktan sonra en çok bebeklerine bir şey olma endişesi yaşamışlardır. Bunu da şu şekilde dile getirmişlerdir: “*Bebeğimin sağlığı için çok endişelendim. Acaba onda bir kalıntı olur mu? Çünkü ilaç kullandım ben baya... Bir şey olur mu onda bir şey gerçekleşir mi? diye çok endişe yaşadım.*” Gebelik sürecinin riskli geçmesiyle birlikte ebeveynler bebeklerini kaybetme korkusu yaşayabilirler. Yine Doğan’ın (2018) tezinde gebelerin büyük çoğunluğu riskli gebelik tanısı aldıklarında yoğun bir korku hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza benzer olarak yapılan çalışmalarda da korkunun odağında bebeğin sağlığı ve kaybetme endişesinin olduğu saptanmıştır.

5.1.2. Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma

Gebeler yaşadıkları sorunlara yönelik ve/veya serklaj tedavisini internet ve kitaplar aracılığı ile araştırarak ve/veya doktoruna danışarak bilgi edinmişlerdir. Yüksek riskli gebeliklerde durum ile ilgili bilgiye sahip olma önemlidir. Bilginin kaynağı ne veya kim olursa olsun ebeveynlerin bilgiye sahip olmaları en doğal haklarıdır.

Sorunlara yönelik çözüme ulaşabilmek ve bilinmezliğin etkisiyle anksiyete yaşamalarına engel olmak için kişiler internet, kitap ve doktorları aracılığıyla kafalarındaki soru işaretlerini giderirler. Bizim çalışmamızda da gebelerin büyük çoğunluğu internet aracılığıyla araştırma yapmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde yüksek riskli gebelik yaşayan kadınlar ile yapılan nitel bir çalışmada kadınların bilgi kaynağı internet olmuştur ve kadınlar hekimin yeterli bilgilendirmede bulunmamasından yakınmışlardır (Şanlı ve ark 2014). Janighorban ve arkadaşlarının (2016) yatak istirahatine ihtiyaç duyan gebeler ile yaptıkları nitel bir çalışmada gebelerin eğitim ve bilgilendirme ihtiyacı öne sürülmüş ve gebelerden biri “*Bize bilgi*

verecek kurs veya benzeri şeyler yapmıyorlar. Bize kitap verseler ne güzel olur. Bu hem bizi eğlendirecek hem de bilgilerimizi geliştirecektir. Kendimi kötü hissettiğimde aklıma cevaplarını bilmediğim birçok soru geliyor.” şeklinde açıklamalar yapmışlardır. Bizim çalışmamızda ise doktorlarının durumu hakkında bilgi vermemesi yüzünden yakınan bir gebe yoktur.

5.2. SÜRECİN ZORLUKLARI

Diğer bir ana tema ise “Sürecin Zorluklarıdır”. Bu ana tema Yatak İstirahati, Konstipasyon Korkusu, Kişisel Bakıma Özen Gösterememe ve Babanın Zorlandığı Konular kategorilerine ayrılmış olup elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

5.2.1. Yatak İstirahati

Servikal yetmezlik tanısı alan kadınlar yatak istirahatı ile birlikte gebeliğini sürdürmek zorundalardır. Gebeliğin devamı için kadınlar büyük fedakârlık ederler. Çalışmamızda da gebeler ve eşlerine yatak istirahatının önemi sorulduğunda çiftlerin tamamı bunun farkındadır. Yatak istirahatının bebeğin sağlığı için önemli olduğunu ve bunun için çabalayacaklarını dile getirmişlerdir. Aynı şekilde çalışmaya alınan gebelerin yaklaşık yarısı bunun öneminin farkındayken bunalma/sıkılma şeklinde duygulara sahiplerdir. Yatmanın zor olduğunu, bu durumun onları bunalttığını ancak bebekleri için sabredeceklerini söylemişlerdir. Çalışmamıza benzer olarak Janıghorban ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında yatak istirahatına alınan yüksek riskli gebelerin psikolojik problemler yaşadığını saptamışlardır. Aynı şekilde Janıghorban ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında yüksek riskli gebelerin yatak istirahatı sonrasında psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Üzar Özçetin ve Erkan’ın (2019) yüksek riskli gebelerin psikolojik sağlamlığını inceledikleri çalışmalarında, yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların mevcut gebelikleri boyunca hastanede yatış deneyimleri, yatak istirahatlerinin olması, eğitim düzeyi, gebelik sayısı gibi değişkenlerin, gebelerin psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık düzeyleri ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Doğan’ın (2018) çalışmaya aldığı 12 kadının tamamı hastaneye yatışları ile birlikte günlük yaşamlarındaki birçok alışkanlıklarının değiştiğini ve özgürlüklerinin kısıtlandığını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan biri yatak istirahatının kendisine yaşattığı duyguları şu şekilde ifade

etmiştir: “Çok hareketli bir insandım. Hani yatmayı sevmeyen bir insan olduğum için şu an çok sıkılıyorum. Şimdi kalkıp bir şeyler yapmak istiyorum. Dolaşmak istiyorum. Ama yatmak zorundayım.” Bizim çalışmamızda da kadınlar sürekli yatak istirahatinde olmaktan sıkıldıklarını ve bu konuda zorluk yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bu nedenle hastanede yatmakta olan kadınlara destek sağlanması gerekmektedir. Oskay ve Coşkun’un (2012) yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin yatak istirahati sürecinde fiziksel ve psikolojik şikâyetlerinin ve deneyimledikleri hastane kaynaklı stresörlerinin çoğunun giderilmesinde verilen kapsamlı bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemli ölçüde etkili olduğu saptanmıştır.

5.2.2. Konstipasyon Korkusu

Çalışmaya alınan gebelerin servikal yetmezlik tanısı alması sonrasında yaşamlarında birçok şey değişmiştir. Bebeklerini kaybetme korkusu nedeniyle gebeliğin devamı için gebelerin büyük çoğunluğu gebeliğini istirahat ederek geçirmektedir. Servikal yetmezlik tanısı almaları, serklaj operasyonu geçirmeleri, öncesinde kanamalı gebelik öyküsü olması ile birlikte kadınlar ağır iş yapmaktan ve ayakta kalmaktan kaçınmaktadırlar. Literatürde çalışmamızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Janighorban 2016, Janighorban 2018, Doğan 2018). Çalışmamızdaki gebelerde hareketsizlik sebebiyle konstipasyon sorunu ile karşılaşılabilir. Bu sebeple gebelerin büyük bir kısmı beslenmelerine dikkat etme gereksinimi duymaktadırlar. Can ve arkadaşlarının (2019) gebelikte yaşanan sorunları ele aldığı bir çalışmada çalışmaya katılan gebelerin %22,9’u konstipasyon sorunu yaşamıştır. Başka bir çalışmada ise gebelerin konstipasyon yaşama durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ölçülmüş; çalışmaya katılan gebelerin %38,8’i konstipasyon yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan çalışmayan gebelerdeki konstipasyon oranı yüksek bulunmuş ve bu sonuç hareket kapasitesinin azalması ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmanın sonucuna göre konstipasyon gebelerde daha çok ruhsal olarak bir etkilenme göstermektedir (Odabaş ve Taşpınar 2020). Çalışmalardan yola çıkarak hareket kapasitesi azalıp yatak istirahatinin arttığı gebelerde konstipasyon gibi sorunlar oluşabilir.

5.2.3. Kişisel Bakıma Özen Gösterememe

Çalışmamızda kişisel bakımını yaparken sorun yaşayan gebeler bulunmaktadır. Janighorban ve arkadaşları (2018) yatak istirahati sırasındaki aktivite kısıtlaması nedeniyle gebelerin günlük rutinlerini yapamadıklarını ve bu nedenle ev işlerini halletmelerinde ve kişisel işlerini yapmalarında başkalarının desteğine ihtiyaç duyduklarını söylemişlerdir.

5.2.4. Babanın Zorlandığı Konular

Çiftlerin yaşadığı bu süreç ele alındığında babaların zorlandığı bazı konular ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda bazı babalar eşlerinin şuan ki durumda olmasının ana sebebi olarak kendisini görmektedir. Bazı babalar ise eşlerinin içinde bulunduğu zorlu süreçte eşi ile ilgili endişe duymaktadır. Kadınların tedavi süreci boyunca hastanede yatmaları ve hastane politikaları gereğince erkeklerin ziyaret saatleri dışında birim içinde bulunmamaları durumu babaları zorlamaktadır. Eşlerinden ayrı kalmak ve onların yalnız olduğunu düşünmeleri babaları zorlayan bir diğer konudur. Görüşmeler neticesinde babaların suçluluk duygusu, eşine yönelik endişe, eşten ayrı kalmak/eşin yalnız kalması ve sorumluluk duygusu gibi alt kodlar oluşmuştur.

Çalışmamıza benzer olarak Bıdık ve Başkaya'nın (2022) çalışmasında babalar yüksek riskli gebeliğin nedeni olarak kadının davranışını veya ihmal edildiğini düşünmüşlerdir. Buna bağlı olarak baba adayları, yüksek riskli gebeliğin önlenebileceğine inandıkları için pişmanlıklarını ve sitemlerini dile getirmişlerdir. Bu doğrultuda babalar eşlerinin içinde bulunduğu durum ile ilgili pişmanlık yaşayabilir. Azam Hajikhani ve arkadaşlarının (2020) sağlıklı gebelerin eşleri ile yaptıkları çalışmada babalar eşleri sağlıklı olsa bile çeşitli endişelere sahiplerdir. Endişenin bileşenleri kişisel-aile kaygısı, hamilelik ve doğum kaygısı, çocuğun bakımı ve ailenin gereksinimlerini karşılama ile ilgili olarak saptanmıştır. Aksoy'un (2018) tez çalışmasına katılan baba adaylarının çoğunluğu çocukları daha doğmadan annelik ve babalık (ebeveynlik) rolünü benimsediklerini, baba olacakları için heyecan duyduklarını ve babalığa ilişkin duygularının özellikle sorumluluk duygusunun olumlu yönde arttığını ifade etmektedir. Baba adaylarının riskli gebelik algıları ve bu dönemde yaşadıkları deneyimleri ele alan bir çalışmada, baba adaylarına bu

dönemdeki duyguları sorulduğunda üzerlerine birçok duygusal yük bindirildiğini belirtmişlerdir (Bıdık ve Başkaya 2022).

5.3. SÜRECİN ETKİLERİ

Diğer bir ana tema ise ‘Sürecin Etkileri’dir. Bu ana tema Günlük Hayata Etki, Evliliğe Etki ve Keşkeler kategorilerine ayrılmış olup elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

5.3.1. Günlük Hayata Etki

Serklaj uygulanan kadınların tedavi sonrasında günlük yaşamına olan etkileri incelendiğinde kadınların tedavi öncesindeki gibi rahat bir hayat yaşayamadıklarını dile getirmişlerdir. Kadınlar tedavi sonrasında istirahat etmeleri gerektiğinden evin günlük işlerini yapamamaktan yakınmaktadırlar. Çalışmamıza alınan kadınların 9’u günlük işleri yapmayı bırakmış, eşlerinden ve ailelerinden destek almaktadırlar. Bizim çalışmamıza benzer olarak Özdemir ve arkadaşlarının (2022) sağlıklı gebeler ile yaptığı çalışmada da günlük işleri yapmayı azaltma, ağır işlerden kaçınma gibi etkiler oluşmuş ve gebeler, gebelik süreci ile birlikte bebekleri sağlıklı olsun diye yaşam tarzlarında bazı değişimler yapmaları gerektiğini bildirmişlerdir. Gebeler en çok beslenmelerine dikkat ettiklerini, yorucu işlerden kaçındıklarını dile getirmişlerdir.

Tedavi sonrasında rahim ağzına atılan dikişin tutmama ihtimalini düşünen çalışmamızdaki 4 gebe kaygılı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Özdemir ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında da gebelerin doğum sürecine ilişkin bilinmezlik kaygısı yaşadıklarını değerlendirmişlerdir. Gebeler doğum şeklinin nasıl olacağı, doğumun başladığını anlayıp anlamayacakları, kendilerinin ve bebeğin sağlığı konusunda endişe ve korku yaşadıklarını ifade etmiştir.

Serklaj sonrasında gebelerin uzun süreli hastane yatışları nedeniyle kadınlar eşlerinden, çocuklarından ve ailelerinden uzak kalmaktadırlar. Bu sebeple çalışmamızdaki iki gebenin söylemlerine dayanarak sevdiklerinden uzak kalma alt kodu oluşturulmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Doğan’ın (2018) tezinde gebelerin çoğu ifadelerinde riskli gebelik tanısını öğrendiklerinde ve sonrasında yanlarında eşlerinin veya aile üyelerinden birinin olmasını istediklerini ifade etmişlerdir. Aynı

şekilde Balacan ve arkadaşlarının (2020) preterm eylem riski yaşayan kadınların hastanede yatma deneyimleri sonrasında yaşadıkları evlerinden uzak kalma problemi de alt kod olarak işlenmiştir. Aydın (2020) çalışmasında kolestaz nedeniyle çalışmaya alınan kadınların bazıları kaşınmaktan korktuklarını, insanlara açıklama yapmaktan bunaldıklarını ve insanların onlara bakışlarından rahatsız oldukları için sosyal hayatlarına ara verdiklerini ya da sosyal hayatlarının kalmadığını belirtmişlerdir.

5.3.2. Evliliğe Etki

Çiftlerin birbirinden uzun süre ayrı kalmaları konusunda yapılan görüşmeler neticesinde daha fazla birbirine bağlanma ve eşler arasında problemlerin yaşanması şeklinde kategoriye yönelik alt kodlar oluşmuştur. Çalışmamızda çiftlerin büyük çoğunluğu güçlerini birbirlerinden aldıklarını ifade etmişlerdir. Yaşadıkları zorluklar onları bir araya getirmiş ve acılarını, korkularını birbirleriyle paylaşmışlardır. Aksoy'un (2018) sağlıklı gebelerin eşleri ile yaptığı tez çalışmasında baba adayları gebelikle birlikte evlilik ilişkilerinde güçlenme olduğunu, gebeliğin eşler arasındaki var olan bağlılığı daha da arttırdığını belirtmektedir. Riskli gebelerde de durum buna benzerdir. Bir çalışmada babalar riskli gebelikleri olan eşlerinin yanında olabilmek için sağlık profesyonellerinden eşlerinin durumu, bebeklerinin sağlığı, hastanede yatış süreleri ve tedavi planı hakkında bilgi almaya çalışmışlar ve babaların bilgi erişimini kolaylaştırmaya ihtiyaç duyulduğu fark edilmiştir (Bıdık ve Başkaya 2022).

Yüksek riskli gebeliğe maruz kalan kadınların eşleriyle yapılan bir çalışmada baba adayları eşlerine karşı davranışlarının değiştiğini, onları mutlu etmek için daha dikkatli ve nazik davrandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya alınan babalar eşlerine sevdiği yiyecekleri alarak onları mutlu etmeyi hedeflemişlerdir (Bıdık ve Başkaya 2022). Yine benzer şekilde Aksoy'un (2018) tez çalışmasında baba adaylarının eşlerinin gebelik sürecinde daha hassas, duygusal, alıngan olduklarını ve olaylara verdikleri tepkilerin gebelik öncesi döneme göre daha yoğun olduğunu belirtmektedir. Bu farklılıkları göz önünde bulunduran baba adaylarının çoğunluğu eşlerinin üzülmemesi ve stres yaşamaması için onlara karşı daha ilgili, anlayışlı, hoşgörülü, dikkatli ve alttan alan davranışlarda bulduklarını ifade etmektedir. Çalışmalar sonucunda riskli bir durum söz konusu olduğunda babalar eşlerinin yüklerini hafifletmek, onların yanında olmaya çalışarak birbirlerine güç vermek gibi yaklaşımlar evliliğe olumlu etki sağlamaktadır.

5.3.3. Keşkeler

Çalışmamıza aldığımız gebeler ve eşlerine aynı soru sorularak alt temalar oluşturulmuştur. Verilen cevaplar doğrultusunda normal bir gebelik geçirmek isteme ve daha az çalışma alt kodları oluşmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Özdemir ve arkadaşlarının (2022) çalışmasındaki çalışma yaşamından rahatsızlık duyan gebelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, gebelik ve doğum sonu izin sürelerinin uzun olması gerektiğini dile getirmişlerdir. Aydın'ın (2022) kolestaz tanılı gebeler ile yaptığı görüşmelerde bu hastalığın yaşamını ciddi boyutta etkilediğini ve normal bir gebelik geçirebilmeyi dilediklerini ortaya koymuştur. Şanlı ve arkadaşlarının (2014) yüksek riskli gebelerle yaptıkları görüşmelerde ise kadınlar rahat, sorunsuz bir gebelik, bu hamileliğin olmamasını, ağrı olmamasını, maddi durumunun daha iyi olmasını, bulantı olmamasını dilemişlerdir. Mohammadi ve arkadaşlarının (2022) riskli gebeler üzerindeki bir çalışmada ebeveynler sorumluluklar, ailenin maddi sorunları ve hamilelikle ilgili yüksek maliyetler (tarama, ultrason vb.) ile birlikte korku ve kaygıya kapıldıklarını belirtmişlerdir. Janighorban ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına alınan gebeler, ekonomik sorunların, hayatlarının normal seyrini etkileyen yaygın sorunlar arasında yer aldığını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar neticesinde riskli olarak ilerleyen bir gebelik sürecinde çiftler bu sürecin daha normal ilerleme isteği içindeyken, bir sonraki gebelikte de yaşanabilme ihtimaline karşı kaygılıdır.

5.4. BAŞ ETME VE DESTEK MEKANİZMALARI

Son tema ‘Baş Etme ve Destek Mekanizmaları’ temasıdır. Kendi içerisinde; Manevi Değerler, Aile Desteği, Eş Desteği ve Sağlık Profesyonele Desteği şeklinde kategorilere ayrılmıştır. Çalışmaya alınan gebelerin yarısı karşılıklarına çıkan sorunlarla eş ve aile desteği ile başa çıkmışlardır. Aynı zamanda maneviyata önem veren kadınlar da dua edip sabrederek sorunların üstesinden gelmeyi amaçlamışlardır.

5.4.1. Manevi Değerler

Şanlı ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında katılımcıların yaşadıkları bu streslerle baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde, manevi yöntemlerin daha çok kullanıldığı görülmüştür. Vural ve Körpe'nin (2021) postpartum dönemdeki kadınlar ile yaptıkları

bir çalışmada kadınların olumsuz durumlarla baş etme şekilleri ele alınmıştır. Çalışmaya alınan kadınların %41,81'i dua ederek güç durumlarla baş edebilmektedir. “*Dua okuyarak üstesinden geldim.*” şeklindeki görüşler çalışma sonucunu savunmaktadır. İnsani ve Supriatun (2021) preeklampsi tanılı kadınlar ile yaptıkları çalışmada da kadınların maneviyata yönelerek dua ile bu süreci atlattıklarını savunmuşlardır.

5.4.2. Aile Desteği

Doğan'ın (2018) tez çalışmasında gebelerin tamamına yakını destek olan aile üyelerinden en önemlisinin anne olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada bazı gebeler duruma uyum sağlama sürecinde aile desteğinin önemli olduğunu fakat varlıklarını fiziksel olarak yanında hissetmek istediklerini belirtmişlerdir. Özdemir ve arkadaşlarının (2022) sağlıklı gebeler ile yaptığı çalışmada da aynı şekilde gebeler doğum sürecinde anneleri ve eşlerinin yanlarında olmalarını istemişlerdir. Balacan ve arkadaşlarının çalışmasında da yine preterm eylem riski olan gebeler bu süreçte yanlarında en çok eş ve aile desteğine ihtiyaç duymuşlardır. Janighorban ve arkadaşları (2018) yüksek riskli bir gebelik ve tam bir yatak istirahati ihtiyacının, aile yaşamının normal seyrinde stres yaratan durum olduğunu ve bu nedenle gebe ve eşin arkadaş ve akrabalarından psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu saptamışlardır. İnsani ve Supriatun (2021) çalışmasında da preeklampsi tanılı kadınlar eşleri, aile üyeleri ve sağlık çalışanlarının desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalar neticesinde çalışmamıza benzer olarak kadınlar gebelikte yaşadıkları problemlerin üstesinden ailelerinin desteği ile birlikte gelmektedir.

5.4.3. Eş Desteği

Çalışmamızda desteğe ihtiyaç duyan gebeler olduğu kadar babalar da desteğe ihtiyaç duymaktadır. Babaların eşlerinden uzak kalmaları, evin işleri gibi birçok yükü üstlenmeleri, hem iş hem ev hem de hastane arasında git gel yaparak çaba sarf etmeleri ve bunların yanı sıra eşlerinin ve bebeklerinin sağlıklarını da düşünüyor olmaları onları yıpratmaktadır. Balacan ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında babalar ve anneler preterm eylem sonrası birbirlerinin yanında olmak istemiş, desteği o şekilde sağlamışlardır. Widarsson ve arkadaşlarının (2012) gebelikte anne ve baba adaylarının

desteğe duydukları ihtiyacı konu alan çalışmasında babaların eşlerine verebilecekleri desteği bir sorumluluk olarak gördüklerini ve bu desteğin bazı anlarda yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Aksoy (2018) tez çalışmasına baba adayları gebelik sürecinde evine, eşine ve doğacak çocuğuna ilişkin sorumluluklarının arttığına, bu sürecin erkeği olgunlaştırdığına, daha önce ev ile ilgili yapmadığı işleri gebelik sürecinde yapmaya başladığına, bebeğine ve eşine destek olmak bu işleri yapma gerekliliğini hissettiğine vurgu yapmaktadır. Widarsson ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında kadınlar gebeliğinde en çok eşlerinin desteklerine ihtiyaç duyduklarını ve onların desteklerini gördüklerini ifade etmişlerdir. Kadınların aileleri ile görüşebilmesi onlar için mutluluk kaynağı olarak ifade edilmiştir. Aynı şekilde Doğan'ın (2018) ve Şanlı'nın (2014) çalışmasında da kadınlar eşleri ve annelerinden destek almaktadırlar.

5.4.4. Sağlık Profesyoneli Desteği

Çalışmaya alınan gebelerin yaşadıkları problemler ile baş etmesinde destek gördükleri bir diğer alt kod sağlık profesyonelleridir. Kadınlar sağlık profesyonellerinin danışmanlık sağlayabildiğini ve onlara güven verdiklerini dile getirmişlerdir.

Doğan'ın (2018) tezine aldığı gebelerin yaklaşık yarısı hastanede olma sürecindeki yapılan medikal uygulamalara ve riskli durumla ilgili değişikliklere uyum sağlamalarında hemşireler tarafından cesaretlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Doktorunun da bu süreçte destek vermesinin duruma uyum sağlamasını ve sakinleşmesine yarar sağladığını ifade eden bir başka gebe ile sağlık profesyonellerinin desteğinin önemli olduğu anlaşılmaktadır. Ray ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında yüksek riskli gebelerin sağlık profesyonellerinden aldıkları bilginin ve iyi iletişimin, gebelik sürecinde kaygı durumunu etkilediğini belirtmişler, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin iyileşmesi için çaba sarf edilmesi gerektiğini iletmişlerdir. Özdemir ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmada gebeler sağlık personeli tarafından anlaşılmalı ve doğum ortamının rahat, eğlenceli ve huzurlu olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Nicholls ve arkadaşlarının (2019) sağlık profesyonellerinin onam alırken bilgilendirme yapmalarına yönelik gebelerle yapılan nitel bir çalışmasında bilgilendirme ile kadınların stresinin azaldığı, daha sağlıklı bir ortam oluşması yönünde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Widarsson ve arkadaşlarının

(2012) bir çalışmasında kadınlar ebelerden destek gördüklerini, onlarla görüşemedikleri zaman desteğini özlediklerini belirtmişlerdir. Monteiro ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında doktorlar ve kadınlar arasında geçen konuşmalar, aralarında bir güven bağı oluşmasını sağlamıştır. Yapılan çalışmaların neticesinde sağlık profesyonellerinin gebeler üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu görülmüştür. Kadınların karşılaştıkları sorun ve önerilen tedavi konusunda kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayarak, verecekleri kararlarda bilinçli olmalarında yardımcı olmuştur. Bu doğrultuda hastanede yatan her kadın sağlık personelleri tarafından iyi iletişim hakkına sahiptir. İyi iletişim, güler yüzlü olma ve bilgilendirilme gebe kadını rahatlatır, aklındaki soru işaretlerini giderir ve daha sağlıklı bir hastane ortamı oluşur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Servikal yetmezlik yaşayan gebelerin ve eşlerinin deneyimlerine ilişkin yapılan bu nitel çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Servikal yetmezlik tanısıyla servise yatmış ve serklaj ve/veya pesser uygulanmış 14 gebe ve 14 eşi çalışmaya alınmıştır.
- Araştırmaya katılan gebe ve eşlerinin yarı yapılandırılmış sorulara verdikleri yanıtlar doğrultusunda 4 tema (Tanıya Tepki, Sürecin Zorlukları, Sürecin Etkileri, Baş Etme ve Destek Mekanizmaları) belirlenmiş ve toplam 208 kodlama yapılmıştır.
- 22 ile 40 yaş arasında olan gebe katılımcıların yaş ortalaması 31,36'dır. Katılan eşlerin ise yaş aralığı 25 ile 47 arasındayken yaş ortalamaları 35,36'dır.
- Gebelerin tamamına serklaj uygulanmışken; 3 gebeye hem serklaj uygulanmış hem de pesser takılmıştır.
- Tanıya Tepki teması kapsamında (Kaybetme Korkusu ve Gebeliğe/Sorunlara Yönelik Araştırma Yapma) 2 kategori belirlenmiştir.
- Serklaj uygulanan gebelerin hastanede kaldıkları bu süreç boyunca bebeklerini kaybetme korkusu, üzüntü, endişe gibi duygular yaşamışlardır. Ayrıca hastanede oldukları için güvende hisseden ancak bebekleri konusunda da kaygılı olan annelerin karmaşık duygular yaşadığı saptanmıştır.
- Gebelerin içinde buldukları bu süreçte araştırma yapma durumları çoğunlukla internet üzerindedir. Kadınlar çoğunlukla soruna yönelik; örneğin serklaj üzerine araştırma yapmaktadırlar. Doktoruna danışarak öğrenen gebeler olduğu gibi kitaplar ile araştırma yapmayı tercih eden kadınlar da vardır.
- Sürecin Zorlukları teması kapsamında (Yatak İstirahati, Konstipasyon Korkusu, Kişisel Bakıma Özen Gösterememe ve Babanın Zorlandığı Konular) 4 kategori belirlenmiştir.
- Tedavi sürecinde en çok önerilen yöntemlerden biri olan yatak istirahati anne adaylarında bunalma ve sıklık gibi duygular yaratmıştır. Ancak anne adayları

bu yöntemin bebekleri için faydalı olduğunun farkında olduklarından istirahat halinde olmaya devam etmişlerdir.

- Yatak istirahati ile birlikte kadınlarda kişisel bakım, tuvalete çıkamama, kişisel temizliğini rahatça yapamama gibi zorluklar ortaya çıkmıştır. Kadınların bağırsak hareketlerindeki azlık sebebiyle konstipasyon sorunları baş göstermiş olup kadınların yeme düzeni ve sıvı tüketimi konusunda bilgilendirilmiştir.
- Sürecin Etkileri teması kapsamında (Günlük Hayata Etki, Evliliğe Etki ve Keşkeler) 3 kategori belirlenmiştir.
- Kadınlar hastanede yattıkları için günlük yaşamlarından daha farklı bir düzene itilmişlerdir. Bu da kaygılı olmalarına, sevdiklerinden uzak kalmalarına sebep olmuştur.
- Eşler bu süre içinde birbirlerine daha çok bağlandıklarını ifade etmişler ve bu durum evliliklerinde olumlu yönde etki göstermiştir.
- Çalışmaya alınan anne adayları çoğunluğu normal bir gebelik yaşamayı isterken, birçoğu ise daha az çalışmayı dilemişlerdir.
- Baş Etme ve Destek Mekanizmaları teması kapsamında (Manevi Değerler, Aile Desteği, Eş Desteği ve Sağlık Profesyoneli Desteği) 4 kategori belirlenmiştir.
- Anne ve baba adaylarının çoğunluğu sorunlarda beraber mücadele etmekte olup aynı zamanda manevi yönden sabır ederek baş eden çiftler de bulunmaktadır.
- Taburculuk sonrasında yatak istirahatinde olacak olan anne adayları için ev işlerinde ve gebeye destek olmak için eşler ailelerinden yardım alacaklarını ve eşlerine kendileri de destek olacaklarını belirtmişlerdir.
- Kadınlar hastanede yatarken eşleri çocuklara bakarak, ziyaret saatlerinde eşlerinin yanına gelerek yanlarında olmaya çalışmayı ve olumlu düşünmeye yönlendirerek kadınları rahatlatmayı amaçlamışlardır.
- Kadınlar ve eşler destek sistemi olarak birbirlerine ihtiyaç duymaktadır. Aynı zamanda kadınlar bu süreçte en büyük destekçileri olarak eşlerinden ziyade annelerini de görmektedirler.
- Eş ve Aile dışında sağlık profesyonellerinden destek gören gebeler de vardır. Kadınlar yeterli bilgi alabildiklerini, yatış süreçlerinde doktor ve ebeler tarafından streslerinin azaltıldığını ifade etmişlerdir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sürekli yatak istirahatinde olan anne adayları ile yatak içi egzersiz planlanmalı, sıvı tüketimi arttırılmalı ve beslenme planı düzenlenmelidir.
- Anne adayları ile yakın iletişimi olan ebeler ve doktorların bu süreçteki etkisi büyüktür. Sağlık profesyonelleri kadına ve eşine durumu hakkında bilgi vermeli ve onların duruma yönelik stresini azaltmalıdır.
- Ebeler servikal yetmezlik tanısı alan kadının psikolojik ve fizyolojik yönden güçlenebilmesi için etkin olmalıdır. Ebeler ve doktorlar kadına ve eşine danışmanlık sağlamalı ve güven vermelidir.
- Servikal yetmezlik yaşayan kadınların daha sonraki gebelik planları için prekonsepsiyonel eğitim almaları sağlanmalıdır. Bu durum hem kadınların bilgi sahibi olmasına hem de eşlerinin onları anlamasına yardımcı olacaktır.
- Kadınların yatışı durumunda tanı ve tedavi hakkında yeterli bilgi verilerek kafalarındaki soru işareti giderilmelidir.
- Literatürde servikal yetmezlik üzerine gebeler ve eşlerinin duygu ve deneyimlerinin paylaşıldığı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu sebeple servikal yetmezlik ile ilgili nitel, nicel araştırmaların artması, kanıt temelli araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- ACOG. (2016). Practice bulletin no.171: Clinical management guidelines for obstetricians/gynecologists management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 128(4):155-164.
- Aksoy A. (2018). Baba Adaylarının Gebelik Sürecindeki Cinsel Yaşantılarının Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Doç. Dr. Vefikuluçay, Doç. Dr. Yılmaz).
- Alexander GR., Kogan M., Bader D., Carlo W., Allen M., Mor J. (2003). US Birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995-1997 rates for whites, hispanics, and blacks. *Pediatrics*, 111(1):6-61.
- Altay M., Bayram M., Biri A., Büyükbayrak E., Deren Ö., Ercan F. (2020). Preterm Eylem ve Doğum Kılavuzu. *Perinatoloji Uzmanları Derneği*. 2022 March. Available From: <http://puder.org.tr/wp-content/uploads/2020/11/puder-preterm-eylem-ve-dogum-kilavuzu.pdf>
- Arastaman G., Fidan İ. Ö., Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenilirlik: Kuramsal bir inceleme. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75.
- Arslan H., Korkmaz N. (2005). Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Dergisi*, 13: 91-100.
- Arpacı A. (2022). Preterm Eylemin Servikovajinal Sıvıda Fetal Fibronektin Seviyesi ve Ultrasonografide Servikal Uzunluk İle İlişkisi. M.K.Ü. Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Hatay, (Danışman: Doç. Dr. Karapınar).
- Aydın R. (2022). Gebelik kolestazi olan kadınların gebelik deneyimlerinin incelenmesi: Nitel bir araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4):289-298.

- Aydın S. (2014). Doğum Eylemi Elektronik Fetal Monitorizasyon. Anne ve Çocuk Hemşireliği Klinik Uygulama Beceri Kitabı. Ankara, *Nobel Akademik Yayıncılık*, s29-s31.
- Balacan Z., Karaçam Z., Öztürk G. (2020). Ebeveynlerin prematüre bebeğe sahip olmaya ilişkin deneyim ve gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(3):133-144.
- Berghella V., Szychowski JM., Owen J., Hankins G., Iams JD., Sheffield JS. (2012). Suture type and ultrasound-indicated cerclage efficacy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(11):2287-90.
- Bevis KS., Biggio JR. (2011). Cervical conization and the risk of preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(1):19–27.
- Bıdık N. U., Başkaya Y. H. (2022). Expectant fathers perceptions towards high-risk pregnancy and experiences in this period: A study of hermeneutic phenomenology. *Applied Nursing Research*, 68:151639.
- Bilicen E., Akdöner A., Çağlıyan E., Yavuz O. (2022). Preterm Eylem. *Turkish Journal of Reproductive Medicine Surgery*, 1(2).
- Blencowe H., Cousens S., Chou D., Oestergaard M., Say L., Moller A., Kinney M., Lawn J. (2013). Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 10(1):1–14.
- Boyle AK., Rinaldi SF., Norman JE., Stock SJ. (2017). Preterm birth: Inflammation, fetal injury and treatment strategies. *American Journal of Reproductive Immunology*, 119:62-6.
- Briceño-Pérez C., Reyna-Villasmil E., Vigil-De-Gracia P. (2019). Antenatal corticosteroid therapy: Historical and scientific basis to improve preterm birth management. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 234:32–37.

- Bronstein JM., Wingate MS., Brisendine AE. (2018). Why is the U.S. preterm birth rate so much higher than the rates in Canada, Great Britain, and Western Europe? *International Journal of Health Services*, 48(4):622–640.
- Can R., Yılmaz S. D., Çankaya S., Kodaz N. (2019). Gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Sağlık ve Toplum*, 29(2):59-64.
- Ceylan Y. (2004). Serviks yetersizliği ve serklaj. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 7:91-99.
- Cobo T., Kacerovsky M., Jacobsson B. (2020). Risk factors for spontaneous preterm delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1):17-23.
- Cömert E., Çetin M. T., Çetin C., Sucu M., Özsürmeli M., Khatıb G. (2017). Histeroskopik Uterin Septum Cerrahisinin Gebelik Oranlarına Etkisi. *TJRMS*, 2017;1(2).
- Cunningham F., Bloom SL., Dashe JS., Hoffman BL., Casey B., Spong CY. (2020). *Williams Obstetrics 25 St Edition*. 544-6.
- Çetinkaya S., Biberöglü H., Kırbaş A., Danışman N. (2017). Erken doğum eyleminin öngörü ve tanısı. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics*, 27(2):79-93.
- Çetinkaya Ş.E., Söylemez F. (2013). Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1):25-32.
- Deniz R., Baykuş Y., Kavak E.Ç. (2016). Tekrarlayan erken gebelik kayıplarına yaklaşım. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (2):130-137.
- Derbent A., Turhan A., Öztürk N. (2009). Erken doğum riski ve tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26:139-144.
- Doğan N. G. (2018). Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi. O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. Kulakaç).

- Durham R., Chapman L. (2013). Maternal-Newborn Nursing: The Critical Components of Nursing Care. 2nd Ed, Philadelphia, p105-p110.
- Ege E., Akın B., Altuntuğ K., Arıöz A., Koçoğlu D. (2009). Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(3):197-205.
- Erol S.A., Kırbaş A., Ustun Y. (2020). Preterm doğum yönetiminde tokolitik ajanlar ve kalsiyum kanal blokerlerinin (nifedipin) yeri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(4): 621-628.
- Errasti- Ibarrondo B., Jordán JA., Díez- Del- Corral MP., Arantzamendi M. (2019). Van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*, 26(1), 12259.
- Ertemel Bakış S. (2019). Preterm Eylemin Preterm Doğuma İlerlemesinde D Vitamini Etkisinin İncelenmesi. İ.M.Ü. Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Tamer).
- Flenady V., Wojcieszek A.M., Papatsonis D.N., Stock O.M., Murray L., Jardine L.A. (2014). Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*, (6):Cd002255.
- Fuchs F., Senat M.V. (2016). Multiple gestations and preterm birth. *Fetal Neonatal Med*, 21(2):113–120.
- Gadamer H.G. (2013). Truth and method (J. Weinsheimer & D. G. Marshall, Trans.) (4th ed.). London: Bloomsbury.
- Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606):75-84.
- Grantz K.L., Hinkle S.N., Mendola P., Sjaarda L.A., Leisher K., Albert P.S. (2015). Differences in risk factors for recurrent versus incident preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 182(2):157-67.
- Gün İ. (2009). Servikal yetmezlik ve servikal serklaj. *Van Tıp Dergisi*, 16(2):67-72.

- Gyamfi-Bannerman C., Thom E.A., Blackwell S.C., Tita A.T., Reddy U.M., Saade G.R., Jain L. (2016). Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *New England Journal of Medicine*, 374(14):1311-1320.
- Hajikhani N.A., Ebadi A., Khoori E., Ozgoli G. (2020). Development and psychometric analysis of fathers' concerns questionnaire on low risk pregnancies of their wives in Iran. *International Journal of Pediatrics-Mashhad*, 8(11):12443-12454.
- Hee L. (2011). Likelihood ratios for the prediction of preterm delivery with biomarkers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(11):1189–1199.
- Herkiloğlu E. (2017). Kısa Serviks ve Servikal Yetmezlik Tanısı Almış Hastalarda Pessier Kullanımı. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Çetin).
- Hezelgrave N.L., Watson H.A., Ridout A., Diab F., Seed P.T., Chin-Smith E. (2016). Rationale and design of support: A Multi-Centre randomised controlled trial to compare three treatments: Cervical cerclage, cervical pessary and vaginal progesterone, for the prevention of preterm birth in women who develop a short cervix. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1):358.
- Himes K.P., Simhan H.N. (2007). Time from cervical conization to pregnancy and preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, 109(2):314–319.
- Himes K.P., Simhan H.N. (2008). Risk of recurrent preterm birth and placental pathology. *Obstetrics & Gynecology*, 112(1):121-6.
- Holst D., Garnier Y. (2008). Preterm birth and inflammation-The role of genetic polymorphisms. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 141(1):3–9.
- Insani U., Supriatun E. (2021). Family support related to information, comfort, economy and spiritual in preeclamptic pregnancy care: Qualitative exploration. *Jurnal Keperawatan*, 12(1):42-52.

- Janighorban M., Allahdadian M., Mohamadi F., Dadkhah A., Eslami A. (2016). Need for consultation and training during bed rest in women with high risk pregnancy experience: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 4(5):1705-1714.
- Janighorban M., Heidari Z., Dadkhah A., Mohammadi F. (2018). Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(3):1336-1344.
- Kafkaslı A. (2014). Preterm eylem. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5(5): 106-111.
- Karaçam Z, Şen E. (2012). Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 80–91.
- Kızılırmak A. (2019). Erken Membran Ruptürü ve Bakım. Göktuğ Basım Yayın, Amasya, (Editörler: Prof. Dr. Timur S, Dr. Öğr. Üyesi Doğan Ö, Dr. Öğr. Üyesi Duman M).
- Liu B., Xu G., Sun Y., Du Y., Gao R., Linda G., Mark K., Bao W. (2019). Association between maternal pre-pregnancy obesity and preterm birth according to maternal age and race or ethnicity: A population-based study. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 7(9):707–714.
- Makul M. (2021). Kliniğimizde Yapılmış Olan Serklaj Operasyonlarının Retrospektif Değerlendirilmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Gezer).
- Martin A., Hamilton E., Sutton P. (2007). Births: Final data for 2005. *National Vital Statistics System*, 56(6): 1-103.
- Mayer C., Apodaca-Ramos I. (2022). Tocolysis. *Statpearls Publishing LLC*.
- McAuliffe L., Issah A., Diacci R., Williams K. P., Aubin A. M., Phung J., Pennell C. E. (2023). McDonald versus Shirodkar cerclage technique in the prevention

- of preterm birth: A systematic review and meta- analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130:702–712.
- Mete S. (2013). Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2):93-98.
- Mohammadi S., Shojaei K., Maraghi E., Motaghi Z. (2022). Explaining the psychological distress of women with high-risk pregnancies in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6):560.
- Monteiro T. M., Katz L., Bento S. F., Amorim M. M., Moriel P. C., Pacagnella R. C. (2019). Reasons given by pregnant women for participating in a clinical trial aimed at preventing premature delivery: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:1-9.
- Morse J.M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual Health Res*. 259:1212- 22.
- Nicholls J., David A.L., Iskaros J., Lanceley A. (2019). Consent in pregnancy: A qualitative study of the views and experiences of women and their healthcare professionals. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 238:132-137.
- Odabaş R. K., Taşpınar A. (2020). Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2):250-258.
- Oskay Y., Coşkun A. (2012). Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde verilen kapsamlı hemşirelik bakımının etkinliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2).
- Özçetin E. (2020). Prenatal kayıp deneyiminde umudun anlamı: nitel bir çalışma. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. Boz).

- Özçetin Y., Erkan M. (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*, 44(3):1017-1026.
- Özdemir S., Şat Ö., Erkılıç C., Tüfekci A. (2022). Primiparların gebeliklerine ilişkin görüşleri ve deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Sağlık ve Toplum*, 32(2):220-232.
- Pandey S., Shetty A., Hamilton M., Bhattacharya S., Maheshwari A. (2012). Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 18(5):485–503.
- Premru-Srsen T., Vrtačnik E., Bizjak T., Verdenik I., Korošec S., Frangež H. (2021). Preterm delivery risk in infertile women who conceived after reproductive surgery: Natural conception versus IVF/ICSI. *Human Reproduction*, 36(6):1630–1639.
- Rathfisch G.Y., Güngör İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3):53-64.
- Ray A., Jeffrey K., Nair H., Vu D., King F., Schmied V. (2022). “You’re a ‘high-risk customer’”: A qualitative study of women’s experiences of receiving information from health professionals regarding health problems or complications in pregnancy. *Women and Birth*, 35(5):477-486.
- Renzo G.C., Roura L.C., Facchinetti F., Antsaklis A., Breborowicz G., Gratacos E. (2011). Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: Identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes and preventive tools for preterm birth. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(5):659-667.
- Rust O.A., Roberts W.E. (2005). Does cerclage prevent preterm birth? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 32(3):441-456.
- Sayres W.G. (2010). Preterm labor. *American Family Physician*, 81(4):477-84.

- Sfakianaki A.K., Norwitz E.R. (2006). Mechanisms of progesterone action in inhibiting prematurity. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19(12):763-72.
- Soğukpınar N., Akmeşe Z., Hadımlı A., Balçık M., Akın B. (2018). Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 4(1):37-44.
- Şanlı Y., Dinçer Y., Oskay Ü., Bulduk S. (2014). Yüksek Riskli Gebelik Yaşayan Kadınlarda Ortaya Çıkan Stresörler ve Baş Etme Yöntemleri: Niteliksel Bir Çalışma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(5), 333-342.
- Şekeroğlu M., Baksu A., Ince Z., Gültekin H., Göker N., Özsoy S. (2009). Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetrik sonuçlar. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 43(1):1-7.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2018). Erişim Tarihi: 11.04.2022.
<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/36134/0/siy2018trpdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş Versiyon-2022) ISBN : 978-975-590-837-3 Yayın No : 1223
<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf>
- Torchin H., Ancel P. Y. (2016). Epidemiology and risk factors of preterm birth. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, 45(10):12-30.
- Vanita B., Ludmir J. (2009). Alternative treatment for a short cervix: The cervical pessary. *Seminars Perinatology*, 33:338-342.
- Vélez N.M., García I.E., García L., Valcárcel M. (2008) The use of illicit drugs during pregnancy among mothers of premature infants. *Health Science Journals*, 27(3):209-12.
- Volumenie J. L., Luton D., De Spirlet M., Sibony O., Blot P., Oury J. F. (2004). Ultrasonographic cervical length measurement is not a better predictor of preterm delivery than digital examination in a population of patients with

idiopathic preterm labor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117(1): 33-37.

Vural P., Körpe G. (2021). Postpartum dönemdeki kadınların doğuma yönelik duyguları ve baş etme biçimleri: Nitel bir çalışma. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (15):513-522.

Whitley R., Crawford M. (2005). Qualitative research in psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2):108-114.

Widarsson M., Kerstis B., Sundquist K., Engström G., Sarkadi A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1):36-44.

WHO. (2013). World Health Statistics, Geneva, p:114.
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf

Yarbrough M.L., Grenache D.G., Gronowski A.M. (2014). Fetal lung maturity testing: The end of an era, *Biomarkers in Medicine*, 8(4):509–515.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2010). Sosyal Bilimlerde Nitel araştırma yöntemleri. Ankara: *Seçkin Yayınevi*.

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Servikal Yetmezlik Sürecinde Çiftlerin Yaşadıkları Deneyimler Üzerine Nitel Bir Araştırma

Bu çalışmanın amacı servikal yetmezliğe bağlı olarak uygulanan serklaj ve/veya pesser sonrası sizlerin deneyimlerini öğrenmektir. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Görüşme süresi ortalama 20-30'dk sürecektir. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Ebe Şüheda Girgin, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Hamlacı Başkaya

Gebeler İçin Kişisel Bilgi Formu

1. Anket No:.....
2. Görüşme saati: Serklaj/ pesser uygulamasından sonraki saat/gün
3. Kaç yaşındasınız?
4. Öğrenim Durumunuz Nedir ?
 - a) Okur Yazar Değil
 - b) Okur Yazar/ İlköğretim
 - c) Lise
 - d) Üniversite
5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Hayır
 - b) Evet Ne iş yapıyorsunuz? Yazınız.....
6. Gelir düzeyinizi giderlerinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Düşük (gelir giderden az)
 - b) Orta (gelir gidere eşit)
 - c) Yüksek (gelir giderden fazla)
7. Eşinizle kaç yıllık evlisiniz?
8. Kaç kez gebe kaldınız?
9. Kaç kez doğum yaptınız?
10. Kaç kez düşük yaptınız?
11. Kaç kez küretaj oldunuz?
12. Kaç haftalık gebesiniz?
13. Bu gebeliğiniz istenen bir gebelik miydi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
14. Bu gebeliğiniz sırasında bir sağlık sorununuz ya da kronik hastalığınız var mıydı?
 - a) Hayır
 - b) Evet (belirtiniz:.....)
15. Hastaneye başvuru nedeninizi açıklar mısınız?
 - a) Kanama
 - b) Ağrı
 - c) Su gelişi

- d) Diğer (...)
16. **Önceki gebeliklerinizde serklaj/ pesser öykünüz var mı?**
a) Evet
b) Hayır
17. **Hastanede yattığınız süre boyunca size hangi işlemler uygulandı?**
a) Serklaj
b) Pesser
18. **Serklaj hangi amaçla uygulandı?**
a) Acil Serklaj
b) Profilaktik Serklaj
c) Terapotik Serklaj
19. **Gebeliğinizde doğuma yönelik hazırlık eğitimi alıyor musunuz?**
a) Hayır
b) Evet (nereden ve kimden aldığınızı yazınız)
20. **Gebeliğinizin nasıl geçtiğini söyler misiniz?**
a) Oldukça kolay
b) Kolay
c) Zor
d) Oldukça zor
21. **İstedığınız doğum şekli nedir?**
a) Normal doğum
b) Sezaryen doğum
22. **Şu anda herhangi bir yerinizde ağrınız var mı?**
a) Hayır
b) Evet (Açıklayınız:))
23. **Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**
a) Çok iyi
b) İyi
c) Fena değil
d) Kötü
e) Çok kötü
24. **Genel olarak eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?**
a) İyi
b) Orta
c) Kötü

Servikal Yetmezlik Sürecinde Çiftlerin Yaşadıkları Deneyimler Üzerine Nitel Bir Araştırma

Bu çalışmanın amacı servikal yetmezliğe bağlı olarak uygulanan serklaj ve/veya pesser sonrası sizlerin deneyimlerini öğrenmektir. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Görüşme süresi ortalama 20-30'dk sürecektir. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Ebe Şüheda Girgin, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Hamlacı Başkaya

Eşler İçin Kişisel Bilgi Formu

1. **Anket No:**.....

2. **Görüşme saati:** Serklaj/ pesser uygulamasından sonraki saat/gün
3. **Kaç yaşındasınız?**
4. **Öğrenim Durumunuz Nedir ?**
- Okur Yazar Değil
 - Okur Yazar/ İlköğretim
 - Lise
 - Üniversite
5. **Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**
- Hayır
 - Evet Ne iş yapıyorsunuz? Yazınız.....
6. **Gelir düzeyinizi giderlerinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?**
- Düşük (gelir giderden az)
 - Orta (gelir gidere eşit)
 - Yüksek (gelir giderden fazla)
7. **Yaşadığınız aile tipi nasıldır?**
- Çekirdek Aile
 - Geniş Aile
 - Bölünmüş Aile
8. **Sosyal güvenceniz var mı?**
- Evet
 - Hayır
7. **Eşinizin bu gebeliği istenen bir gebelik miydi?**
- Evet
 - Hayır
8. **Bebeğiniz olacağını ilk öğrendiğinizde kendinizi baba olmaya hazır hissediyor muydunuz?**
- Evet
 - Hayır
 - Kısmen
9. **Herhangi bir sağlık sorununa ya da kronik hastalığa sahip misiniz?**
- Hayır
 - Evet (belirtiniz:.....)
10. **Genel olarak eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?**
- İyi
 - Orta
 - Kötü
11. **Gebelik kontrollerine eşinizle birlikte gidiyor musunuz?**
- Evet
 - Hayır
12. **Gebelik sürecinde eşinize destek olduğunuzu düşünüyor musunuz?**
- Evet
 - Hayır
13. **Baba olduğunuzu duyunca neler hissettiniz?**
- Çok heyecanlandım
 - Kendimi çok kötü hissettim
 - Çok gururlu hissettim
 - Hiçbir şey hissetmedim

- e) Karmaşık duygular hissettim
- f) Diğer

14. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- a) Kız
- b) Erkek

15. Bir baba olarak bebek bakımı ve gebelik süreciyle ilgili eğitim almayı düşünür müsünüz?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Babalık süreciyle ilgili yaşanan korku ve kaygıların eşinizle paylaşır mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır



EK 2: YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

Servikal Yetmezlik Sürecinde Çiftlerin Yaşadıkları Deneyimler Üzerine Nitel Bir Araştırma

Gebeler İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

1. Gebelik kelimesi sizin için nasıl bir anlam ifade ediyor?
2. Önceki gebeliklerinizde (varsa) herhangi bir problem yaşadığınız açıklayabilir misiniz?
3. Bu gebelik sürecinde neler yaşadığınızdan biraz bahsedebilir misiniz?
4. Gebeliğiniz sürecinde özellikle dikkat ettiğiniz şeyler nelerdi?
5. Servikal yetmezlik tanısı ve tedavi süreci ile ilgili neler biliyorsunuz?
6. Servikal yetmezlik tanısı aldığınızda nasıl hissettiniz?
7. Ebelerle/doktorunuzla konuştuğunuzda neler olduğunu anlatabilir misiniz? Bu konuşmaların faydaları nelerdir?
8. Bu süreç hayatınızı (günlük/sosyal) nasıl etkiledi?
9. Yatak istirahati sizin ve bebeğiniz için nasıl bir anlam ifade ediyor?
10. Sizce serklaj ve/veya pesser takılması gebelik sürecinizi nasıl etkileyecek?
11. Serklaj/ Pesser işlemi sonrasında günlük yaşamınızdaki değişimler neler? (beden temizliği, beslenme, boşaltım)
12. Gebeliğiniz için herhangi bir araştırma yaptınız mı, örn. kitap, internet?
13. İsteddiğiniz ama bulamadığınız bir bilgi olduysa bunlar neler?
14. Gebeliğinizde ortaya çıkan sorunlar ile baş etmek için neler yapıyorsunuz?
15. Kendiniz ve gebeliğiniz için uyguladığınız terapi ve uygulamalar neler? Bu uygulamalardan beklentileriniz neler?
16. Şuanda en çok kime veya neye ihtiyacınız var?
17. Gebeliğinizin başından beri eşiniz ile ilişkiniz nasıl gidiyor?
18. Gebeliğinizde eşiniz ve aileniz size nasıl destek sağladı?
19. Ev ve ev dışı işlerinizde eşinizden ve ailenizden nasıl yardım aldınız?
20. Gelecekte eşinizle gebelik planlama düşüncesi size nasıl hissettiriyor?
21. Bu süreç annelik duygunuzu nasıl etkiliyor?
22. Yaşadığımız bu süreçte nelerin değişmesini isterdiniz?

Eşler İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

1. Servikal yetmezlik tanısı ve tedavi süreci ile ilgili neler biliyorsunuz?
2. Eşinizin önceki gebeliklerinde (varsa) yaşadığı sağlık problemleri sizi nasıl etkiledi?
3. Eşinizin gebeliğinin başından beri onunla olan ilişkiniz nasıl?
4. Bu gebelik sürecinde eşinizin yaşadıkları sizi nasıl etkiledi?
5. Eşinizin hastanede yatıyor olması size ne hissettiriyor?
6. Eşinizin hastaneye yatışı ilişkinizi nasıl etkiledi?
7. Bu süre içinde sizin desteğe ihtiyacınız oldu mu? Evet ise bu destek sizce nasıl olmalı?
8. Bu süreç babalık duygunuzu nasıl etkiliyor?

9. Bu süreçte en zorlandığınız konu nedir?
10. Bu süreçte size güç veren şeyler nelerdir?
11. Eşinizin bu gebeliğinde ortaya çıkan problemler ile baş etmesinde nasıl destek oluyorsunuz?
12. Eşinizin bu süreçte yaşadıkları sizi nasıl etkiliyor? Duygularınızı açıklayabilir misiniz?
13. Taburculuk sonrası döneme yönelik beklentileriniz/planlarınız neler?
14. Bu süreçteki yatak istirahatinin eşiniz ve bebeğiniz için önemini açıklayabilir misiniz?
15. Gelecekte eşinizle bir gebelik planlama düşüncesi size nasıl hissettiriyor?
16. Yaşadığınız bu süreçte nelerin değişmesini isterdiniz?



