



**GEBELERİN ÖZ-YETERLİLİKLERİ İLE TRAVMATİK
DOĞUM ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şüheda GÖRGÜN
Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞGIN

Yüksek Lisans Tezi-2020

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERİN ÖZ-YETERLİLİKLERİ İLE TRAVMATİK DOĞUM
ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şüheda GÖRGÜN

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN**

**ERZURUM
2020**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**GEBELERİN ÖZ-YETERLİLİKLERİ İLE TRAVMATİK DOĞUM
ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şüheda GÖRGÜN

Tez Savunma tarihi : 28.09.2020

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Serap EJDER APAY

Jüri Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm GÜNDOĞDU



Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
TABLOLAR DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelik.....	4
2.1.1. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler.....	4
2.1.1.1. Genital Sistem Değişiklikleri.....	4
2.1.1.2. Üriner Sistem Değişiklikleri	5
2.1.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	6
2.1.1.4. Endokrin Sistem Değişiklikleri.....	6
2.1.1.5. Solunum Sistemi Değişiklikleri	6
2.1.1.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	7
2.1.1.7. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri	7
2.1.1.8. Memelerde Görülen Değişiklikler	7
2.1.1.9. Ciltte Görülen Değişiklikler.....	8
2.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	8
2.2. Gebelikte Doğum Algısı	9
2.3. Öz-Yeterlilik	9
2.3.1. Öz-Yeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Süreçler	11
2.4. Gebelikte Öz-Yeterlilik.....	11

2.5. Travmatik Doğum Algısı	12
2.5.1. Travma	12
2.5.2. Doğum Eylemi	13
2.5.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi	13
2.4.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi	14
2.4.2.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi	15
2.4.2.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi.....	15
2.5.3. Travmatik Doğum Algısı	15
2.5.4. Doğumun Travmatik Olarak Algılanmasına Yol Açan Faktörler	16
2.5.4.1. Doğum Ağrısı	16
2.5.4.2. Uzamış Travay	17
2.5.4.3. Sürekli Fetal Moniterizasyon.....	17
2.5.4.4. Epizyotomi/Laserasyonlar	18
2.5.4.5. Müdahaleli Vajinal Doğum	18
2.5.4.6. Doğum İndüksiyonu	19
2.5.4.7. Fundal Bası	19
2.5.4.8. Beslenme.....	19
2.5.4.9. Sosyal Destek.....	20
2.5.4.10. Doğum Ortamları ve Hareket Özgürlüğü	20
2.5.4.11. Bilgi Eksikliği ve Doğuma Hazırlık Sınıfları	21
2.5.4.12. Sezaryen.....	21
2.5.4.13. Doğum Korkusu.....	22
2.5.5. Travmatik Doğuma İlişkin Risk Faktörleri.....	22

2.6. Gebelikte Öz-Yeterliliğin Arttırılması ve Travmatik Doğum Algısının Önlenmesinde Ebenin Rolü	23
3. MATERYAL VE METOT.....	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	48
EKLER	61
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	61
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	62
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	63
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	64
EK-5. DOĞUMDA ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KISA VERSİYONU.....	66
EK-6. TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ	68
EK-7. KURUM İZİNİ	70

EK-8. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI	
PROTOKOLÜ ONAM FORMU.....	71
EK-9. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI.....	72



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitime başladığım günden beri bana yön veren, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, araştırmanın aşamalarını titizlikle takip ederek desteğini esirgemeyen anlayışlı hocam Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN'a

Mesleğe bağlılığı ve bilime adanmışlığı ile model olan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Serap Ejder APAY ve Doç. Dr. Hava ÖZKAN'a,

Lisans eğitimim süresince kadının toplumdaki önemini aşılıyarak mesleğimi benimsememi sağlayan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem DOĞAN YÜKSEKOL'a,

Lisansüstü eğitime başlamamda ve araştırmamın özellikle istatistik bölümü başta olmak üzere her aşamasında desteğini esirgemeyen hoşgörülü hocam Dr. Cem ŞENOL'a,

Araştırmamın her aşamasında desteklerini hissettiğim arkadaşlarım Şeyda KANSU'ya, Ezgi TÜRK'e, Ruvéyda Müberra KAPLAN'a, Rümeysa GÜL'e ve sahada birlikte vakit geçirdiğim mesai arkadaşlarıma,

Eğitim yaşamım boyunca her anımı paylaşan, varlığını hep bir adım ötede hissettiren sevgi dolu annem Bahire GÖRGÜN'e ve diğer aile üyelerine,

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi çalışanlarına ve araştırmaya katılma nezaketi gösteren tüm gebelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şüheda GÖRGÜN

ÖZET

Gebelerin Öz-Yeterlilikleri İle Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırma gebelik dönemindeki öz-yeterlilik düzeyi ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma; Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde 05.11.2019-28.09.2020 tarihleri arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan 603 gebe ile tamamlanmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, "Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu" ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımı, ortalama, t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt boyutu puan ortalamalarının Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Travmatik doğum algısı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin yeterlilik beklentileri ve öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Gebelerin öz-yeterlilikleri azaldıkça travmatik doğum algısının arttığı saptanmıştır. Gebelerin travmatik doğum algısı ölçek puan ortalamalarının yüksek düzeyde değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, gebelik, doğum algısı, öz-yeterlilik, travma

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship Between Self-Efficacy and Traumatic Childbirth Perception of Women

Aim: This research aims to determine the relationship between self-efficacy and traumatic childbirth perception of pregnant women.

Materials and Methods: The research was conducted at Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi between 05.11.2019 and 28.09.2020 by 603 participants who convenient to criterias. In the collection of research data; Personel Information Form, Childbirth Self-efficacy Scale and Traumatic Childbirth Perception Scale were used. In the evaluation of the data; percentage distribution, mean, t test, one way variance analysis, Mann Whitney U test and Kruskall Wallis test with correlation analysis were used.

Result: The score averages of pregnant from Outcome Expectation subscale of Childbirth Self-Efficacy detected as higher than the average scores of Sufficiency Expectation subscale of Self-Efficiency scale. A significant relationship was found between the Efficiency Expectation and Self-Efficiency of pregnant women and the Perception of Traumatic Birth.

Conclusion: It was found that as the Self-Efficacy of pregnant women decreased, the Perception of Traumatic Birth increased. It has been determined that the mean scores of Perception of Traumatic Birth scale of pregnant show high variability.

Keywords: Childbirth perception, midwife, pregnancy, self-efficacy, traumatic.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- DÖYÖ** : Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu
- DÖYÖ-Y** : Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası
- DÖYÖ-S** : Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası
- TDAÖ** : Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	29
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.3. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği İle Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı ve Travmatik Doğum Algı Düzeyleri.....	33
Tablo 4.4. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	35
Tablo 4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	38
Tablo 4.6. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması ile Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	40

1. GİRİŞ

Gebelik, menarştan itibaren ovulasyonu başlayan her kadının yaşayabileceği fizyolojik, psikolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin gözlemlendiği gelişimsel bir dönemdir.¹ Gebeliğin etkileri kadının bedeninde yalnız olmadığını hissetmesiyle başlayan ve bütün yaşamı etkileyen bir süreçtir. Kadın ve sosyal çevresi bu süreçte bebeği kucaklamayı hayal ederek sürecin olumsuz etkilerinin daha az hissedilmesini sağlayabilirler.²

Öz-yeterlilik kavramı bireyin kendisine olan güveniyle ilişkilendirilebilir. Bu kavram sonuç ve yeterlilik olmak üzere iki boyutta incelenir. Yeterlilik beklentisi olağan veya olağandışı bir durumun olumlu ve olumsuz yönlerinden bireyin ne derecede etkileneceğinin tahmin etmesidir. Sonuç beklentisi ise herhangi bir durumda kişinin başarılı olabileceğine inancıdır.³ Olumsuz bir durumlarla karşılaşıldığında öz-yeterliliği yüksek olan kişi öz yeterliliği düşük olan kişiye göre daha sağlıklı kararlar almaktadır.⁴

Kadının özellikle kişisel yeterliliği gebelik sürecinin algılanmasında etkili olmaktadır.⁵ Gebelik dönemindeki öz-yeterlilik algısı, motivasyon, anksiyete, yaşanmış ve öğrenilmiş deneyimler, doğum korkusu, bebeğin sağlığı ile ilgili endişeler, sosyal destek, çevresel ve bilişsel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir.³ Düşük öz-yeterliliğe sahip olan kadınlarda gebeliğe ait yakınmalar, doğuma yönelik korku, yenidoğan bebeğin sağlığına ilişkin kaygı daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.⁵ Aynı zamanda kadının doğum anında kontrolünü kaybetme düşüncesi, gebelik ve doğuma yönelik bilgi eksiklikleri, sağlık çalışanlarının iletişim eksikliği ve anksiyete düzeyinin yüksek olması kadınlarda öz-yeterlilik düzeyinin azalmasına neden olmaktadır.²

Tanglakmankhong ve ark.'nın⁶ yaptığı çalışmada; düşük öz-yeterlilik seviyesinin doğum korkusunun artmasına neden olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada da; eş desteği olmayan kadınların öz-yeterliliklerinin düşük olduğu belirtilmiştir.⁷

Doğum eylemi; bebeğin intrauterin yaşamdan extrauterin yaşama geçmesiyle başlayan ve annenin bu süreçteki rolünü benimsemesini içeren bir geçiş dönemidir.⁸ Birçok kadın için yaşamın en önemli olaylarından biri olarak değerlendirilirken, aynı zamanda korku ve anksiyete düzeyinin artmasına bağlı baş etme mekanizmasının geliştiği bir süreçtir. Bununla birlikte birçok kadın tarafından prenatal dönemde yaşanan sorunlara ve doğum sırasındaki ağrı, yorgunluk ve çaresizliğe bağlı olarak olumsuz değerlendirilip travma olarak da algılanabilir.⁹

Travmatik doğum, fiziksel ve duygusal bütünlüğe yönelik tehdit, yaşamın kısıtlanması ve ölüm korkusu olarak algılanmaktadır.^{10,11} Eylemin travma olarak algılanmasında; kişisel özellikler, sosyo-ekonomik faktörler, öz-yeterliliğin düşük olması, yeterli sosyal destek alamama, cinsel istismar, istenmeyen gebelikler, sezaryen, doğumun olumsuz sonuçları, yaşanan ve öğrenilen doğum deneyimleri, yeterli sağlık bakımı alamama ve bakım veren sağlık personelinin iletişimi gibi birçok faktör etkili olmaktadır.^{10,12}

Jackson ve ark.'nın¹³ yaptıkları çalışmada da karmaşık, negatif veya travmatik doğum deneyiminin genellikle doğum eylemindeki memnuniyetsizlik kavramıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Reid'in yaptığı çalışmada annenin sıkıntılı geçen doğumunun bir sonraki doğumu etkilediği ve travma sonrası stres bozukluklarının görüldüğü belirtilmiştir.¹⁴

Öz-yeterlilik kavramı travmatik doğum algısı üzerinde etkili olmaktadır. Gebelerin öz-yeterliliklerinin yüksek olması, doğum ağrısıyla baş edebilme ve doğum korkusuna karşı koyabilme gücünü artırmakta, ayrıca doğum doğal bir süreç olarak algılandığı için analjezi kullanım oranının azaldığı görülmektedir. Öz-yeterliliği yüksek olan gebelerin doğum eylemini komplikasyonsuz gerçekleştirme oranının daha yüksek olduğu ve postpartum iyileşme dönemlerinin kısaldığı bilinmektedir.¹⁵

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının pusulası olarak kabul gören ebe/kadın doğum hemşiresi, gebeyi gözlemleyerek olası durumları önceden saptamalı ve onu dinleyerek ihtiyacı olan bilgileri aktarmalıdır.^{15,16} Bakım verilirken riskli durumlar belirlenerek koruyucu önlemler alınmalı ve annenin kaygı düzeyi azaltılmalıdır. Doğum öncesinde verilen eğitimlerde diğer aile üyeleri de bilgilendirmeye dahil edilmeli, yenidoğan bakımı uygulamalı olarak anlatılarak ebeveynlerin kendilerine güvenmeleri sağlanmalıdır. Bu anlamda prenatal kontrol ve gebe eğitimlerinin etkisi önemli bir yere sahiptir.

Literatür incelendiğinde, gebelerin öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırma, gebelerin öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, menarş ile menapoz dönemi arasındaki süreçte birçok kadının anneliği deneyimleyebileceği yaşamsal bir geçiş dönemidir.² Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününde itibaren yaklaşık 280 gün/40 hafta olarak hesaplanır.^{17(s.85)} Bu süreçte üreme yeteneğini gösteren ve sosyal kabul görme aracı olan doğum eylemi, yüzyıllardır anne adayının mutluluk, neşe, sevinç kaynağı olarak görülmüştür. Ancak gebelik döneminde birçok fizyolojik, metabolik ve psikolojik değişiklik görülebilmektedir. Bu değişiklik ve yakınmaların şiddeti annenin genel sağlık düzeyinden etkilenmektedir.¹⁸

2.1.1. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler

Türün devamlılığını sağlamak için üreme gereklidir. Tüm memelilerde olduğu gibi insanda da bu durum gebelik ve doğumla gerçekleşir. Gebelik dönemi kadın ve sosyal çevresi açısından fizyolojik değişimlerin yaşandığı bir süreçtir.² Kadının vücut sistemlerinde meydana gelen bu değişiklikler, fetüsü desteklemek, anneyi doğuma hazırlamak ve oluşabilecek risklerden korumak için gelişen farklılaşmalardır. Her kadında ve bir kadının her gebeliğinde farklı olarak görülen bu değişimlerin doğumdan sonra yaklaşık 6-8 hafta sonra normal fonksiyonlarına geri dönmesi beklenir.^{17(s.85)}

2.1.1.1. Genital Sistem Değişiklikleri

Uterusta; damarlaşma, östrojen ve progesteron düzeylerindeki artış nedeniyle kas liflerinde ve endometrium tabakasında hipertrofi ve hiperplazi görülür. Bu duruma bağlı olarak gebelik öncesinde 50-70 gr olan uterus, yaklaşık 10-20 kat büyüyerek gebeliğin sonlarına doğru 800-1200 gr arasında değişkenlik gösterir.^{17(s.85-86),20} İlk trimestırda uterustaki büyüme hücre hiperplazisine, ikinci ve üçüncü trimestırda ise kas fibrinlerindeki hipertrofiye bağlı olarak görülür. Son trimestırda uterus duvarının incelmesiyle fetüs abdominal duvardan kolaylıkla palpe edilir.^{17(s.85-86)}

Serviks; fibröz dokudan oluşur.^{17(s.86)} Östrojen ve progesteronun etkisine bağlı olarak gebelikte yumuşak ve morumsu bir renk alır (chadwick belirtisi). Servikal kanal servikal glandların salgıladığı müköz bir tıkaçla dolar. Bu durum uterin kanalda bariyer görevi yaparak fetüsü dış ortamdan korumuş olur.^{17(s.86)}

Vajina; serviksten vajinal açıklığa kadar uzanan, 7-10 cm uzunluğunda elastik bir kanaldır. Cinsel birlikteliğin sağlandığı ve doğum kanalı olarak da görev yapan vajina yapısındaki rugaeların açılması ile doğumda fetüsün geçişine izin verir. Östrojendeki artış vajinal ortamındaki laktobasillerin glikojen üretimine bağlı olarak asitliğinin artmasına neden olur. Gebelikte vajen pH'nın düşmesiyle birlikte gebelik sürecinde vajinal enfeksiyon görülme sıklığı artar.²¹

Vulva ve perinede; damarlaşma ve hiperemiye bağlı olarak hiperpigmentasyon ve bağ dokusunda yumuşama görülür. Gebelikte damarlaşmanın artışına ve uterusun baskısına bağlı olarak varis oluşma eğilimi artar.^{22(s.285)}

2.1.1.2. Üriner Sistem Değişiklikleri

Gebelik döneminde üriner sistemdeki değişikliklerin çoğu hipertrofi şeklindedir.²³ Renal plazma akışı (%70) ve glomerüler filtrasyon hızı(%50) gebeliğin erken dönemlerinde artmaya başlar.²⁴ Bu artış normalden fazla artış gösterdiğinde gebeliğin ilerleyen dönemlerinde glikozüri görülebilir.^{17(s.93)} Glikozüri görülen kadınlar mutlaka diyabet yönünden değerlendirilmelidir.^{17(s.93)}

Aynı zamanda progesteronun gevşetici etkisi mesanenin gebeliğin erken dönemlerinde kapasitesinin artmasına neden olur, bu durum idrar stazına ve buna bağlı olarak enfeksiyon riskini artırır. Gebelikte görülen sık idrar yapma, ilk trimestırda mesanenin hiperemik bir durumda olması, son trimestırda ise uterusun mesaneye yaptığı basınç ile ilişkilendirilmektedir.^{17(s.93),23}

2.1.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelik her organ ve sistemde fizyolojik değişimlere neden olur. Bunlardan en önemlisi bakımı ve riskleri açısından kardiyovasküler sistemdir. Bu süreçte vücut sıvılarında, kardiyak kapasitede, kan volümünde artış görülürken; sistolik ve diyastolik kan basıncında azalma görülür. Kalbin yapısı da bu süreçte değişiklik gösterir. Uterus büyüdükçe diyaframı yükseltir ve kalp yukarı-sola doğru yer değiştirir.²⁵

Gebelikte artan metabolik ihtiyacı karşılamak için organlara kan akışı artış gösterir. Bu duruma bağlı olarak oksijen tüketimi ve kardiyak debide de artış görülür. Kardiyak outputta ilk iki trimesterde kademeli olarak artış görülürken üçüncü trimesterde bu artış %50'ye yükselir. En büyük artış ise 16. gebelik haftasında meydana gelir.²⁵

2.1.1.4. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Gebelik döneminin kontrol mekanizmalarından olan hormonların, kompleks etkileşimi ile fetal gelişimin ve maternal uyumun sağlanması desteklenir. Hipofiz bezinin yaklaşık üçte bir oranında büyümesi prolaktin üreten hücrelerin proliferasyonu ile sağlanır. Kan dolaşımında değişiklikler görülür. Doğum sırasında fazla miktarlarda kan kaybı olduğunda doğum sonrası enfarktüs riski artar.²⁶ Prolaktin hormonunun sekresyonu artarak birinci trimesterden itibaren laktasyon için hazırlanır. Tiroid bezinde de oksijen ihtiyacına bağlı olarak hipertrofi görülür.^{17(s.94),22(s.289)}

2.1.1.5. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebeliğin erken dönemlerinde maternal dokularda ve fetüs hücrelerindeki artışa bağlı olarak oksijen ihtiyacı %15-20 oranında artar. Vücuda alınan oksijen miktarının çoğu fetüs tarafından kullanılırken kalanı uterus, meme dokusu, solunum ve kardiyak sistem ihtiyaçları doğrultusunda kullanılır.^{17(s.91)} Bu süreçte progesteron düzeyindeki artış solunum yollarında genişlemeye ve mukoza yüzeylerinde ödeme neden olurken

östrojen düzeyindeki artış hiperemi ve ödeme bağlı nasal ve sinüs tıkanıklıklarına neden olmaktadır.^{17(s.91),27,28}

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde uterusun büyümesine bağlı olarak diyafragma yükselir ve göğüs kafesinin çapında artış görülür. Fonksiyonel rezidüel kapasitede ve rezidüel volümde azalma görülür ve gebeliğin son aylarında uterusun diyafragmaya olan baskısına bağlı olarak nefes darlığı görülür.^{22(s.287),28}

2.1.1.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelik döneminde büyüyen uterusu ve progesteronun gevşetici etkisine bağlı olarak mide ve bağırsaklarda motilite azalması görülür.^{17(s.92),27} Buna bağlı olarak gastrointestinal sistemdeki değişikliklere bağlı; bulantı-kusma, gastroözofageal reflü, pityalizm, konstipasyon ve kaşıntı gibi şikayetler sık görülür.²⁹ Motilitedeki azalma, artmış mide asidinin özofagus sinfikerinden geçerek gastroözofageal reflüye neden olurken, bağırsaklarda da absorpsiyonun azalması konstipasyon ve gaz sorunlarına neden olur.^{17(s.92)} Pityalizm ise hormonal etkiye bağlı olarak mide bulantısı olan kadınlarda daha fazla görülür.^{19(s.58)}

2.1.1.7. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Gebelik dönemi kas-iskelet sistemindeki değişiklikler; progesteron ve relaksin hormonundaki artışa bağlı görülür.³⁰ Relaksin hormonundaki artış pelvis çevresindeki bağ dokusuna ve periferik eklemlere etki ederek myometriumu gevşetir, serviksi yumuşatır ve simfisis pubisin genişlemesini sağlar.^{30,31} Hormonal etkilerin fazlaca görüldüğü bu dönemde büyüyen uterusun öne çıkmasıyla bel ağrılarında artış görülürken birçok kadının postüründe değişiklikler gözlenir.³¹

2.1.1.8. Memelerde Görülen Değişiklikler

Gebelik döneminde memelerde büyüme, hassaslaşma, renk koyulaşması ve yüksek progesteron düzeyine bağlı olarak lobuller ve alveollerde artış görülür.^{19(s.56),32} İç

basınçtaki artış ve memedeki büyümeyle ilgili olarak deri incelik ve damar ağları belirginleşir.^{19(s.56),17(s.87)} Meme ucu ve çevresi koyulaşır.^{22(s.285)} Gebeliğin 6-8. haftalarında meme bezlerinde farklılaşmalar görülerek ikinci trimestirden sonra kolostrum üretimi başlar.^{22(s.285),26}

2.1.1.9. Ciltte Görülen Değişiklikler

Ciltte görülen değişiklikler genellikle hormonal etki sonucu pigment üretimindeki artışla ilişkilidir. Gebelikte hiperpigmentasyon, stria/linea gravidarum, tırnak kırılabilirlikleri, saç dökümleri ve vasküler değişiklikler görülür. En sık görülen değişiklik; östrojenin MSH (melanosit uyarıcı hormon) hücrelerindeki etkisi ile gelişir.^{33,34} Oluşan pigmentasyon değişiklikleri; yüzde, memelerde, karın bölgesinde ve genital bölgede gözlemlenir.³⁴

2.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, eşler arasındaki etkileşimi artıran evliliğin temellerini güçlendiren, kadının yaşamında yeni rollere uyum gerektiren genellikle sevinç ve mutlulukla ilişkilendirilen bir dönemdir.^{22(s.290),35,36} Kadının gebeliğe karşı verdiği tepkilerde; kişisel deneyimleri, sosyal çevrenin gebeliğe tutumu, inançları, annelik rolünü algılayışı, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin planlı olup olmaması, sosyo-kültürel ve ekonomik düzey etkili olmaktadır.^{17(s.100),22(s.290)}

Birinci trimestirda kadınların çoğunda yorgunluk hissi, uyku süresinde uzama ve ambivalan duygular görülür. İkinci trimestirda kadın gebeliği kabullenmiştir fakat duyarlılık, kırılabilirlik, ani sinirlilik ve öfkelenme gibi tutarsız değişimler görülür. Üçüncü trimestirda ise kilo artışından dolayı annede hareket kısıtlılığı başlar. Aynı zamanda kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanma aşamasıdır. Birçok kadın doğuma yönelik korku ve endişelerini bu dönemde yaşar. Korku ve endişe duygusu annede ambivalan duyguların tekrar yaşanmasına neden olur.^{17(s.100-101),22(s.290)}

2.2. Gebelikte Doğum Algısı

Çocuk sahibi olma kararı prekonsepsiyonel dönemden başlayarak kadının bütün yaşam dönemlerinde etkili olan gelişimsel deneyimlerinden biridir. Anneliğe geçiş aşaması olarak bilinen doğum eylemi, bebeğin intrauterin yaşamdan extrauterin yaşama geçmesi ve anne-bebeğin ten teması ile birlikte kadının anneliği somut olarak yaşamaya başladığı bir süreçtir. Doğum, doğal ancak hassas bir deneyimdir ve algılanışında çok yönlü psikolojik bir yapı etkilidir. Doğum algısı; doğum deneyiminin farklı yönlerden değerlendirilmesi ve kadının olaylar karşındaki tutumu olarak nitelendirilir.^{37,38}

Günümüzde kadınların doğum öncesi dönemde eğitimler alıp eylemin merkezinde olmaları, analjezik kullanımından kaçınıp ağrıyla baş etme yöntemlerini kullanarak, sosyal çevresindeki insanlardan doğum anında destek alıp doğumu olumlu bir deneyim olarak hatırlaması amaçlanmaktadır.³⁹ Kadın tarafından olumlu olarak değerlendirilen doğum deneyimi, başarı ve özgüvenini artırırken; olumsuz doğum deneyimi kadında kaygı ve korku düzeyinin artmasına neden olur. Fiziksel ve emosyonel açıdan kadında karakteristik değişikliklere neden olan doğum deneyimleri; doğum yönetiminde, yeniden anne olma kararında ve tıbbi müdahalelere verilen tepkilerde etkili olmaktadır.^{38,40}

2.3. Öz-Yeterlilik

Bireyin kendini algılama ve yorumlama aşamasında etkili olan öz-yeterlilik kavramı, ilk kez 1977'de Bandura tarafından tanımlanmış olup, bireyin herhangi bir olay veya durum karşısında, başarılı olabilme ihtimaline olan inancı olarak nitelendirilmiştir.⁴¹ Bireyin kendisine olan güveniyle de ilişkilendirilen bu kavram çok yönlü nedensel bir yapıya sahiptir.^{42,43} Kişinin inancı, bilişsel hedefleri, sonuç beklentileri, algılanan engeller ve motivasyon düzeyi ile uyum içinde çalışır.⁴³

Öz-yeterlilik kişilerin olaylar karşısındaki beklentisini, başa çıkma mekanizmasını, ne düzeyde çaba göstereceğini ve gösterdiği çabayı ne kadar devam ettireceğini belirleyerek; kişinin doğru davranışı gerçekleştirebileceğine olan inancında etkili olmaktadır.⁴

Öğrenilmiş davranışlar, olumlu-olumsuz deneyimler, başarı-başarısızlık kişinin olayları algılanmasında etkili olmaktadır. İnsanların başarıyı kolay elde etmesi hızlı sonuçlar beklemesine veya sosyal modellerde görülen çabanın olumsuzlukla sonuçlanması gözlemcinin koşulları yargılayarak çabasının azalmasına neden olurken; insanların, çabanın sürekli başarıyla sonuçlandığını gözlemlemesi ise yeterliliğine olan inancını artırmaktadır.⁴⁴

Öz-yeterlilik kavramının sonuç ve yeterlilik olmak üzere iki boyutu vardır. Yeterlilik beklentisi kişinin gerçekleştireceği eylemin olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilerek bu durumdan ne derecede etkileneceğini tahmin etmesidir. Sonuç beklentisi ise kişinin içinde bulunduğu durumda başarılı olacağına inanmasıdır.³

Öz-yeterliliği yüksek olan kişiler kendilerinden beklenen görevleri yerine getirmede ve zorlukların üstesinden gelme konusunda başarılarını tekrarlama eğilimindedirler.⁴⁵ Performans seviyeleri ve üretme yetenekleri fazla olduğu için bu kişilerin etkinlik duygusu gelişmiştir.⁴⁴ Öz-yeterliliği yüksek kişilerde daha iyi performans gösterme, yeniliklere açık olma ve motive edici olma gibi olumlu etkiler yeterlilik ve sonuç aşamalarında görülür.⁴⁶

Öz-yeterlilik kavramı etkileşimsel bir yapıdır.⁴³ Değişen durum ve koşullarda olumlu-olumsuz algılar rol oynamaktadır.³ İnsanlar hedeflerini öz-yeterlilik inançlarına göre belirleyerek bu yönde çaba göstermektedirler. Öz-yeterlilik inancının oluşumunda etkili olan faktörler; geçmişteki yaşam deneyimleri, başkalarının deneyimleri, sözel ikna ve fiziksel-duygusal etkilerdir.⁴⁶

2.3.1. Öz-Yeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Süreçler

Öz-yeterliliğin davranışı etkilediği süreçler; bilişsel süreçler, motivasyon süreci, duygusal süreçler ve seçim sürecidir.⁴⁷ Bu süreçlerde etkili olan faktör öz-yeterlilik inancıdır.⁴⁴

Bilişsel Süreçler: İnsanların büyük bir kısmında düşüncelerin davranışa yansımaları görülür.⁴⁷ Yüksek öz-yeterliliğe sahip kişiler davranışın olumlu sonucunu düşünerek başarı oranını artırırken; düşük öz-yeterliliğe sahip kişiler kötü senaryolar kurarak davranışın sonucunu olumsuz yönde etkilerler.⁴⁴

Motivasyon Süreci: İnsanların çoğu motivasyonu bilişsel olarak kendileri üretirler. Kendilerini davranış doğrultusunda motive ederek sonuca yön vermeye çalışırlar.⁴⁴ Öz-yeterlilik düzeyi yüksek insanlar geçmişteki başarısızlıklarını düşünerek daha fazla çaba gösterip bu durumu motivasyon aracı olarak kullanabilirler.⁴⁷

Duygusal Süreçler: Bir engel veya zor bir durumla karşılaşıldığında stres, kaygı ve depresyona yatkınlık oranı baş etme mekanizmalarında etkili olur. Algılanan düşük öz-yeterlilik düzeyi anksiyetenin uyarılmasına ve davranıştan kaçınmaya sebep olur.⁴⁴

Seçim Süreci: Sosyal çevre, ilgi alanları ve etkinlikler insanların yaşam dönemleri ile seçimlerine etki eder.⁴⁴ Seçimler genellikle kişilerin daha başarılı oldukları alana yöneliktir.⁴⁷

2.4. Gebelikte Öz-Yeterlilik

Kadın yaşamında anneliğe geçiş sürecinin ilk basamağı olarak bilinen gebelik dönemi; fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin görüldüğü bir süreçtir. Birçok etkene bağlı olarak görülen değişiklikler, gebenin bu süreçteki yaşam kalitesini etkileyen ve uyum yeteneğiyle ilişkilendirilebilen öz-yeterlilik düzeyine bağlıdır. Perinatal dönemde gebelerin öz-yeterlilik düzeyi değerlendirilerek doğum eyleminde

kendine güvenmesi için desteklenmeli ve ağrıyla baş etme mekanizmasını geliştirmelidir.³

Gebelik döneminde anne adayının stres, doğum korkusu ve doğum ağrısıyla baş etmesi sağlanır.⁶ Doğum sürecinde öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olması doğum korkusunun azalmasını ve baş etme mekanizmasının gelişmesini sağlar.² Ip ve ark.'nın¹⁶ yaptığı çalışmada doğumda başa çıkma mekanizması geliştirebilen, daha az doğum ağrısını hisseden ve doğum kaygısı yaşayan kadınların öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan gebelerde düşük olanlara göre daha az travmatik doğum algısının olacağı beklenmektedir. Çünkü doğum için özgüveni olan ve yeterli olduğunu düşünen gebelerin zihinsel olarak doğuma daha hazır oldukları ve doğum esnasında psikolojik olarak daha az travma yaşayacakları düşünülmektedir.

2.5. Travmatik Doğum Algısı

2.5.1. Travma

Travma; kişinin şahit olduğu ölüm, yaşadığı ölüm tehdidi, ağır yaralanmalar, olumsuz deneyimler, olağanüstü durumlar olarak tanımlanır. Travma olumsuz olarak fiziksel ve ruhsal anlamda kişiyi etkileyen bütün olayları kapsar. Olayların insanlar tarafından değerlendirilmesinde önceki deneyimler, sosyal ilişkiler ve kişisel algılama yetenekleri etkili olmaktadır. Travma sonucunda hedeflerde, inançlarda ve baş etme mekanizmasında olumlu değişiklikler görülebileceği gibi stres, korku, depresyon ve anksiyete gibi olumsuz değişiklikler de görülebilmektedir. Bir çok insan yaşamı boyunca herhangi bir travmatik olaya maruz kalabileceği gibi yaşadığı herhangi bir olayı da travma olarak algılayabilmektedir.⁴⁸

Bilinmezlikleri kapsayan gebelik ve doğum süreci annenin algılarında etkili olmakta, hem bebeği ve hem de kendisi için kaygı ve korku yaşamasına neden

olabilmektedir. Annenin fizyolojik deneyim yaşadığı bu dönemde herhangi bir olumsuzluk travma olarak algılanabilmektedir. Doğum sonu dönemde travma yaşayan annelerde riskli durumlar tespit edilmeli ve yakın takip sağlanmalıdır.⁴⁹

2.5.2. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan yaklaşık 38-40 hafta sonra gerçekleşir. Doğum uterusunda düzenli kasılmalar, membranların açılması, serviksin incilmesi (efasman) - genişlemesi (dilatasyon), fetal başın çıkması ile plasenta ve membranların atılım sürecini kapsar.^{50(s.275),51(s.412)} Anne adayında süreç içerisinde; fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yaşandığı, korku, endişe ve anksiyete düzeyinin arttığı, mahremiyet duygusu ve baş etme mekanizmalarının geliştiği çok yönlü etkileşim söz konusudur.⁸

Doğumdan önceki süreçte annenin fizyolojik ve psikolojik değişimlere uyum sağlaması beklenir. Anne adayının bu değişimlerdeki farkındalığı eylemin yakın bir zamanda gerçekleşeceğini hissine kapılarak doğuma yönelik korku, endişe ve çaresizlik duygularını yaşamasına neden olabilmektedir.⁵²

Doğumun başlama belirtileri; hafifleme, servikal değişiklikler (servikal dilatasyon ve efasman), servikal tıkaçın (nişane) atılması, membranların açılması ve düzenli kontraksiyonlar olarak sıralanabilir.^{51(s.419)}

2.5.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresi olarak bilinen gerçek doğum ağrılarının başladığı dönemdir.⁵³ Doğum eyleminin başlamasındaki etkili olan faktörler tam olarak tanımlanamamakla birlikte en önemli faktörün anneden gelen hormonlar olduğu düşünülmektedir. Oksitosin hormonu uterusdaki myometrial aktiviteyi sağlayarak uterus kontraksiyonlarının başlamasını sağlar. Prostoglandinlerin artması uterusunda kontraksiyonlarını başlamasına etki ederek servikal efasman ve

dilatasyon görülmesine neden olur.^{50(s.294),51(s.419)} Bu süreç latent, aktif ve geçiş fazı olarak üç grupta değerlendirilir. Latent faz dilatasyonun 3 cm olmasıyla aktif faza geçer. Ortalama olarak 8-8.5 saatte gerçekleşmesi beklenen süreç primiparlarda 8-9 saat olurken 20 saati geçmemelidir. Multiparlarda ise 5-6 saat olması beklenirken 14 saati geçmemelidir. Kontraksiyonlar başlarda 5-10 dk'da bir gelir ve 15-20 sn sürer fakat fazın ilerlemesiyle kontraksiyonun görülme sıklığı ve süresi artar. Intrauterin basınç 25mmHg'dır.^{51(s.420)}

Aktif fazda dilatasyon 4-7 cm'e ulaşır. Nişane atılır, membran rüptürü gerçekleşir ve fetüs doğum kanalından ilerler. Kontraksiyonlar 2-5 dakikada bir görülür ve 30-40 saniye sürer. Intrauterin basınç ise 40mmHg'dır. Bu faz primiparlarda 3 saatte multiparlarda 2 saatte sürer.^{50(s.294),51(s.420)} Geçiş fazında ise servikal silinme dilatasyon tamamlanır. Fetal başın perineye basınç uygulamasıyla kadında ıkınma isteği görülebilir.^{54(s.100)} Kontraksiyonlar 3 dakikadan daha az aralıklarla gelir ve 70-90 saniyeye sürer. Intrauterin basınç ise 60mmHg'dır. Bu faz primiparlarda 3 saati, multiparlarda 1 saati geçmemelidir.^{51(s.420)}

2.4.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Serviksin silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar ve fetüsün doğum kanalından ilerleyişiyle sonlanır.^{51(s.421),54(s.100)} Amniyotik mayinin boşalmasından sonra kontraksiyonlarda artış görülür ve kontraksiyon sonunda spontan ıkınma hissi oluşur.^{51(s.421)} Kadının itme gücüyle birlikte fetal baş perineyi taçlandırdıktan sonra levator ani kas liflerinde gerilme görülür. Vulvada oluşan açıklığın yetersiz olduğu, perineal incelmenin sağlanamadığı veya uzamış baş inişlerinde vajinal açıklık genişletilerek fetal başın kontrollü bir şekilde çıkışı sağlanır.^{50(s.295),54(s.101)} İkinci evrenin süresinin primipar kadınlarda 3 saati, multipar kadınlarda ise 2 saati geçmemesi gerekir.

Parite, beden kitle indeksi, annenin bebeği itme g¼c¼, analjezi kullanımı ve fet¼s¼n pozisyonu evrenin s¼resine etki etmektedir.⁵⁵

2.4.2.3. Doğum Eyleminin Üç¼nc¼ Evresi

Üç¼nc¼ evre fetusun doğumuyla başlayıp plasentanın doğumuyla sonlanan anne ile bebeğin ten tene temasının gerçekteştiği ve emzirmenin başladığı bir s¼reçtir.⁵⁶ Uterus fundusunun umblikus seviyesine yükselmesi, ani fişkırır tarzda vajinal kanama gör¼lmesi ve umblikal kord boyunda uzama olması plasentanın uterus duvarından ayrıldığına işaret eder. Fetusun doğumundan sonra uterus kasılmalarının etkisiyle plasentanın ilk 30 dakikada ayrılması beklenir. Ayrılmanın gerçekteşmediği durumlarda halas yöntemi uygulanabilir. Placenta çıkarıldıktan sonra b¼t¼nl¼đ¼ değerlendirilmelidir.^{50(s.300-301),54(s.102)}

2.4.2.4. Doğum Eyleminin D¼rd¼nc¼ Evresi

Eylemin d¼rd¼nc¼ evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati kapsayan kanama kontrol evresidir.^{50(s.301)} Anne için kritik olarak gör¼len birkaç saatlik s¼rede ciddi postpartum komplikasyonlar gör¼lebilmektedir. Bu evrede annenin yaşam bulguları takip edilmeli ve uterus tonusu değerlendirilmelidir. Kanama ve ped takibi yapılacak lohusa gözlem altında tutulmalıdır. Ayrıca doğumdan hemen sonra anne ve bebeğin ten tene teması sağlanmalı ve en kısa s¼rede emzirme başlatılmalıdır.^{54(s.102)}

2.5.3. Travmatik Doğum Algısı

Doğum kadınlar için doğal ve fizyolojik bir deneyim olarak ifade edilirken; doğum algısı deneyimlerin duygu ve d¼ş¼ncelerle harmanlanması sonucunda b¼t¼n kadınlarda farklılık gösterir.³⁷ Kadın bu s¼reçte ruh sağlığını korumak için doğum sırasında ve sonrasında farklı baş etme mekanizmaları geliştirmelidir.⁵⁷ Doğumun anne tarafından olumlu olarak algılanması anne-bebek bağının gelişmesini sağlarken;

olumsuz doğum deneyimi annede TSSB ve postpartum depresyon riskini artırmaktadır.⁵⁸

Doğum eyleminin travma olarak algılanması, kadının perinatal ve postnatal dönemi kendisi ve bebeği için yaşamsal tehdit olarak değerlendirmesidir.¹¹ Doğum süreci, şekli, anne ve bebeğe verilen bakım doğum eyleminin değerlendirilmesinde etkili olmaktadır.¹³ Olumsuz doğum deneyimleyen kadınlar bu sürecin sonucunda korku, çaresizlik ve endişe yaşamaktadırlar.¹¹ Kadının doğum eylemini yeniden yaşaması veya hatırlaması, anımsatan faktörlerden kaçınması, aşırı etkilenmesi veya tepki göstermesi gibi ruhsal değişimler travma sonrası stres bozukluğuna işaret eder.⁵⁹ Anne-bebek bağı, eş ilişkisi ve üreme sağlığını etkileyen TSSB önlemek için verilen sağlık hizmetinin kalitesi artırılmalı ve anne gebelik sürecinde bilgilendirilmelidir.⁶⁰

2.5.4. Doğumun Travmatik Olarak Algılanmasına Yol Açan Faktörler

2.5.4.1. Doğum Ağrısı

Fizyolojik ve şiddetli ağrı türlerinden kabul edilen doğum ağrısı, kültürel etkilere, bireysel faktörlere, içerisinde bulunulan olaya veya duruma bağlı öznel bir deneyimdir.^{61,62} Uterus kontraksiyonları, doğumun birinci evresindeki servikal silinme ve dilatasyon, amniyotik sıvı basıncı,^{53,63} doğumun ikinci evresindeki fetusun perinede ve kemik pelviste yarattığı gerilim, periton ve uterus ligamentlerinin gerilmesi,^{64,65} ve üçüncü evrede plasentanın ayrılmasına bağlı olarak görülen fizyolojik değişiklikler ağrının hissedilmesinde etkili olan faktörlerdir.⁶³ Vajinal doğumdan sonraki perineal ağrı annenin kendi bakımı ve bebek bakımı kısıtlanmasına, annenin miksiyon ve defekasyon ihtiyacını gidermede güçlük yaşamasına neden olur.⁶⁶ Bu dönemde ağrının hafifletilmesi; kişinin baş etme mekanizmasını artırarak, eylemi olumlu olarak algılamasını sağlamaktadır.

2.5.4.2. Uzamış Travay

Doğum sürecinin ilerleyişi belirlemek için servikal efasman ve dilatasyon takibi yapılmalı, anormal durumlar saptanarak Friedman Eğrisine göre değerlendirilmelidir.⁶⁷ Eylemin ilerleme hızına etki eden etmenler arasında; yetersiz uterus kontraksiyonları, annenin ıkınma güçlüğü, erken süreçte analjezi kullanımı, hormonal dengesizlik, anormal fetal prezantasyon veya pozisyon, artmış stres ve anksiyete düzeyi görülmektedir.^{68(s.30-31),69(s.441)} Bu faktörler bireysel özelliklerle birleştiğinde doğumun ilerlememesine ve doğum distosisine neden olur ve bu olumsuz etkiler postpartum süreçte de devam eder. Travayda aktif ve latent fazlar uzadığında uterus rüptürü, distosi, postpartum hemoraji, fetal ölüm, perinatal hipoksi ve asfiksi riski artar.^{69(s.442),68} Tüm bu komplikasyonlar anne ve bebeğin morbidite ve mortalitesini artırarak eylemin olumsuz olarak değerlendirilmesine neden olur.

2.5.4.3. Sürekli Fetal Moniterizasyon

Prenatal dönemde ve travay esnasında düşük riskli gebelerde fetal kalp hızını ve uterus kontraksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan bir oskültasyon yöntemidir.⁷⁰ Doğumda fetal monitorizasyondaki asıl amaç, sempatik ve parasempatik sinir sisteminden etkilenen fetusun kalp atış hızını değerlendirerek hipokside olup olmadığını saptamaktır.⁷¹ İzlem sıklığı, düşük riskli grupta aktif fazda 30 dakikada, yüksek riskli grupta 15 dakikada bir kez olacak şekilde tekrarlanmalıdır.⁷² Riskli durumları saptamak ve erken müdahale etmek için kullanılan bu yöntem sürekli tekrarlandığında annede hareket kısıtlılığı, eylemin uzaması, doğum ağrısıyla baş edememe, tıbbi müdahale, hipertansiyon ve prematür doğum oranlarında artışa neden olabilmekte ve bu durum travmatik doğum algısı ile sonuçlanabilmektedir.^{71,72}

2.5.4.4. Epizyotomi/Laserasyonlar

Epizyotomi, doğum eyleminin ikinci evresinde perinenin taçlanmasıyla birlikte vajeni genişletmek için median veya mediolateral olarak yapılan insizyon işlemidir. Mediolateral epizyotomi iyileşme süresi ve kanama miktarı daha fazla olmasına rağmen anal ve rektal sfinkter korumak için daha çok tercih edilir. Perinedeki kontrolsüz yırtıklarda ise ağrı daha fazla hissedilmekte ve tamiri daha zor ve uzun olması sebebiyle epizyotomi uygulanmaktadır.^{68(s.170-173)} Fetusun pozisyonu, doğum sayısı, fetüsün ağırlığı, eylemin gerçekleşme hızı ve ikinci evrenin uzadığı durumlarda perine travmasını önlemek için epizyotomiye karar verilmektedir.⁷³

2.5.4.5. Müdahaleli Vajinal Doğum

Doğum sürecinde anneye ve fetüse ait risk faktörlerinin görüldüğü durumlarda eylemi hızlandırmak için forseps ve vakum kullanılarak ikinci evrenin sonlandırılmasına müdahaleli vajinal doğum denir.⁷⁴ Fetal başın traksiyon ile pelvisten geçişine kolaylık sağlayan yöntemler annenin yorgun düştüğü, etkili ıkmayı gerçekleştiremediği, doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olabilecek tıbbi rahatsızlıklarının bulunduğu, fetüste ise; distres, baş ilerleyiş ve rotasyonunun gerçekleşmediği durumlarda tercih edilir.^{75,76} Uygulama sıklığı azalan vakum ve forseps yönteminde; sezaryene ile doğuma göre daha az komplikasyon görülürken, vajinal doğuma göre postpartum iyileşme sürecinin uzadığı görülmektedir.^{75,77} Müdahaleli vajinal doğumun, annede (üriner inkontinans, perineal ve anal sfinkter laserasyonları) ve fetüste (sefalohematom, nörolojik yaralanmalar, intrakraniyal kanama, hiperbilirubinemi) uygulama esnasında oluşabilecek olumsuz etkileri ve başarı oranının düşük olması, bu yöntemlerde kullanım sıklığının azalmasına neden olmuştur.^{74,76} Aynı zamanda bu yöntemlerin kullanılmasında malpraktis davalarının artması ve hasta memnuniyetinin azalması gibi nedenlerle de kullanımını oldukça sınırlı olmaktadır.

2.5.4.6. Doğum İndüksiyonu

Doğum indüksiyonu; servikal dilatasyonu sağlaması için uterus kontraksiyonlarına etki eden mekanik ve farmakolojik yöntemlerdir. Doğum sürecinde annede ıkmayı etkileyecek kalp hastalığı, preeklamsi ve psikososyal rahatsızlıkların olması, fetüsü etkileyecek oligohidroamniyoz, fetal distres, intrauterin gelişme geriliği görüldüğü durumlarda indüksiyon başlanarak uterus kontraksiyonları desteklenir.⁷⁸ Doğum salonunda yaygın kullanımına rağmen risk, yarar ve zararları değerlendirildikten sonra uterus kontraksiyonlarının etkin olmadığı durumlara yönelik oksitosin tercih edilmektedir. Ancak yetersiz servikal olgunlaşma varsa prostoglandinler ile birlikte kullanılmaktadır.⁷⁹ Yöntemin etkili olmadığı durumlarda, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryan oranlarında artış görülebilmekte, bu durum postpartum iyileşme sürecinde de etkili olmaktadır.⁸⁰

2.5.4.7. Fundal Bası

Doğumun ikinci evresinde doğuma yardımcı olmak, evrenin süresini kısaltmak ve operatif doğum ihtiyacını azaltmak amacıyla uterusun üst kısmı olan fundusa bası uygulanabilmektedir.⁸¹ Klinik endikasyonları arasında; fetal distres, doğumun ikinci evresinin uzaması, annenin yorgunluğu veya itmenin kontrendike olduğu durumlar sıralanabilir.⁸² Uygulamanın kullanımı fazla olmasına rağmen kullanım yöntemi ülkeler ve sağlık profesyonelleri arasında farklılık göstermektedir. Uygulama esnasında ve sonrasında görülen ağrı, abdomende morarma, uzun vadede ise üreme ve cinsel sağlığa etkileri fundal bası uygulamasının kadınlar tarafından travma olarak algılanmasına neden olmaktadır.⁸³

2.5.4.8. Beslenme

Doğum eylemindeki kadın fiziksel çaba içerisinde olduğu için enerji harcamaktadır. Enerji ihtiyacını karşılamak için karbonhidrat, protein ve sıvı alımına

ihtiyaç duymaktadır. Fakat bazı durumlarda genel anesteziye ihtiyaç duyulması halinde mide içeriğinin boş olması gerekmektedir. Doğum komplikasyonsuz ilerliyorsa, eylem başladığında kadınlar genellikle besin alımına ihtiyaç duymazlar. Kadın yemeye ihtiyaç duyuyorsa doğumun başlaması ve ilerlemesi için hafif yiyecekler yedirilerek bu sayede adrenalin seviyesinin düşmesi beklenir. Adrenalin seviyesindeki düşme korteks ve çizgili kasların dinlenmesini sağladığı için doğumun ilk evresinde enerji ihtiyacının en aza indirgenmesi sağlanır.^{68(s.124-127)}

2.5.4.9. Sosyal Destek

Sosyal destek insanlara; duygusal, bilişsel ve maddi destek sağlayarak olumsuz şartlar karşısında tampon gibi koruma etkisi sağlar.^{1,84} Uyumlu ve güçlü sosyal destek bireyleri başa çıkma yetersizliği ve stres faktörüne karşı destekler.⁸⁴ Korku ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu doğum sürecinde ise sosyal destek annenin anksiyetesini azaltmada önemli bir etkidir. Aile üyeleri, doğum ekibi ve ortamının kadına destek sağlanması sezaryen oranlarını ve analjezi kullanımını azaltırken, doğum memnuniyetini artırmaktadır.⁸⁵

2.5.4.10. Doğum Ortamları ve Hareket Özgürlüğü

Kadınların doğum eylemini güvenli ve destekleyici ortamda, farklı pozisyonlarda ve hareket etme özgürlüğü kısıtlandırılmadan fiziksel ve psikolojik açıdan desteklenerek gerçekleştirmeleri doğumu olumlu algılamalarını sağlamaktadır.⁸⁶ Bu anlamda doğum odalarının eylemde konforu sağlamak için ihtiyaca binayen düzenlenmesi, kadınların alışık oldukları/bildikleri ortamda doğum yapma arzusu evde doğum ortamlarının tasarlanmasına, korku ve endişenin baskılanması ile adrenalin düzeyinin azalmasına, suyun rahatlatıcı ve gevşetici etkisi sonucunda suda doğuma ilginin artmasına ve kadının bilinçaltındaki olumlu düşüncelerini ortaya çıkarıp uzun süre bu yönde odaklanmasını sağlayarak ağrıyı en az seviyede hissetmesine olanak

sağlayan hipnoz ile doğuma olanak sağlanması vajinal doğum ortamlarında çeşitlilik sağlamıştır. İlave olarak doğumda annenin yanında olacak kişinin (eş, arkadaş, akraba, doğum koçu) desteği ve kadının hareket özgürlüğünün sağlanması da doğum memnuniyetini artırabilecek, bunun sonucunda eylemin olumlu geçirilmesine ve annenin pozitif değer algısına katkı sağlayacaktır.^{68(s.147-158),40,87}

2.5.4.11. Bilgi Eksikliği ve Doğuma Hazırlık Sınıfları

Doğuma hazırlık sınıfları prenatal dönemin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Temel amaç, ebeveynlerin bilgi ve becerilerini geliştirerek, değişen yaşamlarında sorunlarla başa çıkma mekanizması kazandırmaktır.^{88,89}

Anne-babalığa hazırlık için yapılan eğitimler prekonsepsiyonel dönemden başlayıp postpartum dönemi de kapsayan bir süreçtir.⁴⁰ Eğitimler ulusal ve uluslararası düzeyde farklılıklar göstermektedir.⁸⁸ Ebeveynlerin fiziksel ve duygusal değişikliklerinin takibinin yapıldığı eğitimler; birebir veya grup halinde, eğitim sınıflarında veya sanal ortamda da yapılabilmektedir.⁸⁹ Perinatal süreci kapsayan eğitimlerde, doğuma uyum sürecinin ve doğum algısının daha iyi olduğu, eylemin süresinin kısaldığı ve hissedilen ağrınının azaldığı görülmüştür.⁴⁰

2.5.4.12. Sezaryen

Doğumun normal yolla yapılamadığı durumlarda abdominal insizyon yöntemiyle bebeğin extrauterin hayata geçişi sağlanır. Distosi, tekrarlayan sezaryen, makat prezentasyon ve fetal distress başlıca endikasyonlar arasındadır.^{69(s.445-446)} Fakat sezaryen ile doğumda postpartum iyileşme süresinin uzaması, anne-bebek buluşmasının gecikmesi, morbidite ve mortalite riskinin daha yüksek olması doğum şeklinin travma olarak algılanmasında etkili olabilmektedir.^{68(s.180-181)}

2.5.4.13. Doğum Korkusu

Korku olayların anormal algılanması sonucu ilkel kaçma içgüdüsünden kaynaklanan koruyucu doğal duygu mekanizmasıdır. Tehlike anında fiziksel ve zihinsel olarak çalkalanmaya ve heyecana neden olur. Akut ve kronik olarak iki grupta incelenir. Korkunun aniden başlaması akut olarak tanımlanırken; sürekli hissedilen ve yoğunluğu farklılık gösteren durumlarda kronik korku tanımı kullanılır.^{68(s.73-74)}

Kadınlardaki korku ve kaygı düzeyleri doğum sürecinde etkili olan, sık karşılaşılan sorunlardır.⁸⁵ Gebelik, doğum, doğum sonrası dönemde kendisi veya bebeğinin zarar görme düşüncesi ve ölüm, korkunun annedeki semptomlarıdır. Anneliğe geçiş sürecinde görülen korkunun nedeni çok faktörlüdür. Adölesan gebelikler, nulliparite, aşırı doğurganlık, düşük öz-yeterlilik ve eğitim seviyesi bu nedenler arasındadır.⁶¹ Doğum esnasında kadının korku duyması otonom sinir sistemine etki ederek olumsuz fiziksel etkilere, sempatik sinir sistemine etki ederek yetersiz uterus kontraksiyonlarına neden olabilmektedir.^{68(s.81)}

2.5.5. Travmatik Doğuma İlişkin Risk Faktörleri

Doğum, kadınların geçmiş yaşam deneyimlerinden etkilenerek nesiller ve kültürlerarası aktarımının sürekli değişen bir parçası olan, gelecek neslin algılarının şekillenmesine temel oluşturan bir süreçtir.¹² Bu yaşam döngüsünde doğumla ilişkilendirilen kavramların olumsuz olarak algılanması gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının eylemi travma olarak algılamasında etkili olmaktadır.⁹⁰

Gebeliğe ait risk faktörleri; gebelik döneminde yaşanan veya algılanan travma, anne, bebek, aile üyeleri ve sosyal çevreyi etkilemektedir.⁹¹ Gebelikte karşılaşılan risk faktörleri;

- Doğum korkusunun anormal düzeyde olması,¹⁰
- Eylemi gerçekleştirebileceğine olan inancının yitirilmesi,⁹²

- Karar aşamasına dahil edilmeme,⁹²
- Doğuma yönelik eğitim sınıflarına katılmama,¹²
- Perinatal yaralanmalar ve ölüm,⁹¹
- Hastanede bakım gerektiren anne yaralanmaları,⁹¹
- Travmatik doğum deneyimi veya cinsel istismar öyküsü.⁹³

Doğuma ait risk faktörleri;

- Doğum şekli (vajinal, sezaryen) ve kullanılan yöntemler (sentetik oksitosin, vakum, forseps, spinalve epidural),¹³
- Doğum sürecinde anne ve bebeğe verilen destekleyici bakım,¹³
- Doğum anında eylemin etkilerine karşı çaresizlik hissi,¹³

Doğum sonu döneme ait risk faktörleri; doğum sürecinde yaşanan travma etkilerinin postpartum süreçteki olumsuz etkileri;

- Eyleme yönelik olumsuz anıların hatırlanması ve kabus görme,¹³
- Emzirme sırasında annenin bebek ile duygusal bağ kuramaması,¹³
- Aile üyelerinin yeterli desteği sağlamaması ve ilişkilerin olumsuz etkilenmesi,¹³
- Duygu değişimlere bağlı umutsuzluk ve depresyon¹³
- Yeniden çocuk sahibi olma kararı,⁹²

2.6. Gebelikte Öz-Yeterliliğin Arttırılması ve Travmatik Doğum Algısının Önlenmesinde Ebeğin Rolü

Prenatal dönem doğuma hazırlık sınıflarında; gebelerin doğuma yönelik korku düzeyleri belirlenmeli ve anksiyetenin giderilmesine yardımcı olunarak öz-yeterlilik düzeyinin arttırılması amaçlanmalıdır.^{94(s.41)} Doğum ortamlarını içeren görsel materyaller düzenlenerek ebeğin doğum odaları hakkında

fikir sahibi olmaları sağlanmalıdır.¹² Doğum eyleminde en çok kullanılan pozisyonlar ve gevşeme teknikleri öğretilmeli, gebe doğumda kendisine uygun olan pozisyonu seçmesi için cesaretlendirilmelidir.¹¹ Sezaryen ve vajinal doğum süreci açıklanmalı, gebelik döneminde dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgi verilmeli ve gebenin soruları yanıtlanmalıdır.^{94(s.342-344)} Olumsuz doğum deneyimlerinden ve duyularından sıyrılarak gerçek beklenti ve taleplerini oluşturması sağlanmalıdır.¹²

Doğum sürecini takip eden ekibin; etkili iletişim yöntemlerini kullanarak annenin karar verme sürecini iyi değerlendiren ve annenin öz-yeterlilik düzeyini artırmayı amaçlayan sağlık profesyonellerinden oluşmalıdır.⁹⁵ Ekip anneyi sürece dahil ederek nefes egzersizleri ve ıkınma teknikleri hakkında bilgilendirme yapmalı, annenin baş etme mekanizması geliştirilerek öz-yeterlilik düzeyini artırmalı ve annenin süreci olumlu algılaması için destek olmalıdır.^{11,94(s.348),95} Doğumun algılanmasında birçok kişisel faktörün etkili olması ve sürecin çok boyutlu bir yapıya sahip olması eylemin olumsuz olarak değerlendirilmesine neden olur. Bu dönemde annenin duyguları değerlendirilmeli ve öz-yeterlilik düzeyini artırması sağlanmalıdır.⁹⁵

Doğumdan sonraki süreçte; annenin eylemi olumsuz algılamasına bağlı olarak stres bozuklukları ve depresyon görülebilmektedir. Anne bu açıdan değerlendirilmeli ve gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Müdahaleli doğum geçiren veya önceden travmatik doğum deneyimi olan annelere yönelik izlemler daha sık yapılmalıdır.⁹⁵ Olumsuz deneyimlerini paylaşması için anneye destek olunmalı, bu kapsamda annelerin iletişim içinde olmalarını sağlayacak sosyal ortamlar oluşturulmalıdır.^{11,95}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 5 Kasım 2019-28 Eylül 2020 tarihleri arasında Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine ve NST birimine başvuran gebeler üzerinde yürütülmüştür. Bölge hastanesi niteliğinde olan bu kurum, hasta yoğunluğu ve tüm sosyo-ekonomik statüdeki kadınlara hizmet vermesi sebebiyle tercih edilmiştir. Elazığ il merkezinde bulunan hastane toplamda 1038 yatak kapasitesi ile hizmet veren kompleks bir hastanedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma evrenini 5 Kasım 2019-28 Eylül 2020 tarihleri arasında Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine ve NST birimine prenatal kontrol amaçlı başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem seçme yöntemine gidilmeksizin, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya destek vermek isteyen gebeler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma toplam 603 gebe ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri

- Daha önceden vajinal doğum yapmış olan,
- Kronik ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan,
- Kendisinde ve bebeğinde herhangi bir patolojik durum olmayan,
- İletişime açık,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden multipar gebeler oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 13 Kasım 2019-15 Ocak 2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından gebelerin sözlü beyanları dikkate alınarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin

toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu (EK-4), Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu (EK-5) ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (EK-6) kullanılmıştır.

Gebe ile muayene öncesinde ve NST işlemi sırasında görüşülerek veriler yüz yüze görüşme sırasında doldurulmuştur. Her bir gebeye 15-20 dk arasında süre ayrılarak soruları yanıtlaması istenmiştir. Araştırmaya önceden vajinal doğumu ve eylemin süreçlerini deneyimleyen multipar gebelerin araştırmaya dahil edilmesi amaçlanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-4): Literatür^{96,97,98,99} doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form; gebelerin sosyo-demografik (1-13) ve obstetrik (14-26) özelliklerine ilişkin 26 sorudan oluşmaktadır.

Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu (EK-5): Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği 1993 yılında Lowe tarafından geliştirilmiştir.¹⁰⁰ Antenatal ve postnatal dönemlerde kadınların baş etme yöntemlerini ve kendilerine güven düzeylerini ölçmek için kullanılan likert tipindeki ölçek 62 sorudan oluşmaktadır.¹⁰¹ Ip ve arkadaşları tarafından 2005 yılında 62 maddelik ölçek 32 maddeye indirgenerek "Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği - Kısa Versiyonu" geliştirilmiştir.¹⁰² Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy tarafından yapılan ölçek, sonuç beklentisi alt boyutu ve yeterlilik beklentisi alt boyutundan oluşmaktadır.¹⁰³ Ölçeğin iki alt boyutu toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin 16 soruluk her bir alt boyutundan en az 16, en fazla 160 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması gebelerin doğuma yönelik yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği'nden alınabilecek toplam ölçek puanı en az 32, en fazla 320'dir. Likert tipi ölçekteki yanıtlar 1 ile 10 arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutunda; 1 "hiç yararlı değil", 10 "çok yararlı" şeklinde, yeterlilik beklentisi alt boyutunda ise; 1-13. sorular 1 "tamamen eminim", 10 "hiç emin değilim", 14-16. sorular 1 "hiç emin

değilim", 10 ise "tamamen eminim" şeklinde belirtilmektedir. Ölçekteki yeterlilik beklentisi alt skalasındaki 1-13. sorular, tersine çevrilerek puanlandırılmaktadır.

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (EK-6): Travmatik Doğum Algısı Ölçeği 2016 yılında Yalnız ve ark.¹⁰⁴ tarafından, kadınların doğum eylemini travma olarak algılama düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir. Bu ölçek doğum eyleminin kadınlar açısından fizyolojik bir süreç olarak algılanmadığı durumlarda, 15-49 yaş izlemlerinde, prekonsepsiyon döneminde, prenatal ve postpartum izlemler sırasında ya da doğumhane ve obstetri servislerinde hassas bireyleri tespit etme amacıyla kullanılabilir. Ölçek 13 maddeden oluşmakta olup 1-10 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en az 0, en çok 130'dur. Ölçek toplam puan ortalamaları;

- 0-26 puan çok düşük,
- 27- 52 puan düşük,
- 53-78 puan orta,
- 79-104 puan yüksek,
- 105-130 puan çok yüksek

travmatik doğum algısı düzeyi olduğunu göstermektedir.¹⁰⁴ Gebelerin ölçekten aldıkları puanların artması travmatik doğum algısının da arttığını göstermektedir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzde, ortalama, varyans analizi (anova), bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi (MWU) ve Kruskal Wallis testleri ile korelasyon kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Gebelerin yaşı, yaşadığı yer, eğitim durumu, evlenme yaşı, evlenme şekli, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, gebelik sayısı ve gebeliğin planlama durumu

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin öz-yeterlilik ve travmatik doğum algısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 26/09/2019 tarihli ve B.30.2.ATA.0.01.00/442 sayılı (EK-3) etik kurul izni sonrasında araştırmanın yapılacağı Fethi Sekin Şehir Hastanesinden 05/11/2019 tarihli kurum izni (EK-7) alınmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılma kriterini sağlayan gebelere, araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak "Bilgilendirilmiş Onam" ilkesi, elde edilen verilerin saklı kalacağı açıklanarak "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya katılımın gönüllü olarak alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek merkezli olması ve gebelerin araştırmaya katılmayı kabul ettiği halde eşlerinin reddetmesi üzerine araştırmaya katılmayan gebeler araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçları sadece araştırmaya alınan gebelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinde 05.11.2019-01.09.2020 tarihleri arasında, örneklem grubunu 603 gebenin oluşturduğu gebelerin öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş (30.48±5.53)		
18-26	156	25.9
27-35	335	55.5
36 ve üzeri	112	18.6
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	367	60.9
Ortaöğretim	148	24.5
Yükseköğretim	88	14.6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	65	10.8
Çalışmıyor	538	89.2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	65	10.8
Gelir gidere denk	442	73.3
Gelir giderden fazla	96	15.9
Yaşanılan yer		
Köy	79	13.1
İlçe	71	11.8
İl	453	75.1
Sosyal güvence durumu		
Var	581	96.4
Yok	22	3.6

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellikler	n	%
Aile tipi		
Çekirdek	513	85.1
Geniş	90	14.9
Evlenme yaşı (21.54±3.85)		
18 ve altı	69	11.4
18-22	313	51.9
23-27	174	28.9
28 ve üzeri	47	7.8
Evlenme şekli		
Flört ederek	290	48.1
Görücü usulü	295	48.9
Aile isteği	18	3.0
Evlilik süresi		
0-5 yıl	197	32.7
6-10 yıl	201	33.3
11-15 yıl	134	22.2
16 yıl ve üzeri	71	11.8
Eş yaşı (34.57±5.71)		
20-29	111	18.4
30-39	370	61.4
40 ve üzeri	122	20.2
Eşin eğitim düzeyi		
İlköğretim	251	41.7
Ortaöğretim	198	32.8
Yükseköğretim	154	25.5
Eş mesleği		
Çalışmıyor	30	5.0
İşçi	143	23.7
Memur	145	24.0
Serbest meslek	285	47.3

Gebelerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Buna göre gebelerin, %55.5’inin 27-35 yaş aralığında olduğu, %60.9’unun ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı, %89.2’sinin ev hanımı olduğu, %73.3’ünün gelir düzeyinin giderleriyle denk olduğu, %75.1’inin il merkezinde yaşadığı, %96.4’ünün sosyal güvencesinin olduğu, %85.1’inin çekirdek ailede yaşadığı, %51.9’unun 18-22 yaş aralığında evlendiği, %48.9’unun görücü usulü ile evlendiği, %33.3’ünün 6-10 yıl arasında evli olduğu, %61.4’ünün eşinin 30-39 yaşlar arasında olduğu, %41.7’sinin eşinin ilköğretim düzeyinde eğitimi olduğu, %47.3’ünün eşinin serbest mesleklerde çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
2	183	30.3
3	186	30.8
4 ve üzeri	234	38.9
Doğum sayısı		
1	249	41.3
2	239	39.6
3	85	14.1
4 ve üzeri	30	5.0
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	7	1.2
1	247	41.0
2	243	40.3
3	81	13.4
4 ve üzeri	25	4.1
Abortus		
Yok	377	62.5
1	150	24.9
2	58	9.6
3 ve üzeri	18	3.0

Tablo 4.2. (Devamı)

Özellikler	n	%
Ölü doğum		
Yok	585	97.0
Var	18	3.0
Son gebeliğin sonuçlanma şekli		
Canlı doğum		
Abortus + Ölü doğum	471	78.1
	132	21.9
Gebeliğin planlanma durumu		
Planlı	386	64.0
Plansız	217	36.0
Önceki gebeliklerde yaşanan sorun		
Düşük	214	73.5
Erken doğum	31	10.7
Diğer	46	15.8
Doğum eylemini zor olarak algılama durumu		
Evet	480	79.6
Hayır	123	20.4
Gebelik haftası		
1. trimester	133	22.1
2. trimester	169	28.0
3. trimester	301	49.9
Doğumu yaptıracak kişi		
Doktor	51	8.5
Ebe	552	91.5
Gebelik ve doğuma yönelik eğitim alma durumu		
Evet	77	12.8
Hayır	526	87.2
Alınan bilgilerin yeterli olma durumu		
Evet	70	90.9
Hayır	7	9.1

Gebelerin obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. Buna göre gebelerin %38.9’unun 4 ve üzerinde gebelik yaşadığı, %41.3’ünün en az bir doğum deneyimi olduğu, %41’inin bir tane yaşayan çocuğu olduğu, %62.5’inin hiç düşük yapmadığı, %97’sinin ölü doğum gerçekleştirmediği, %78.1’inin son gebeliğinin canlı doğumla sonuçlandığı, %64’ünün gebeliğini planladığı, %48.2’sinin önceki gebeliklerinde sorun yaşadığı, %79.6’sının doğum eylemini zor bir durum olarak tanımladığı, %49.9’unun son trimestırda olduğu, %91.5’inin doğumunu ebenin gerçekleştireceği, %87.2’sinin gebelik ve doğuma yönelik herhangi bir hazırlık eğitimi almadığı, eğitim alan gebelerin %90.9’unun bu bilgileri yeterli bulduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu İle Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı ve Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri

Ölçekler		Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu				
Sonuç Beklentisi alt boyutu		33.00	160.00	127.25±21.15
Yeterlilik Beklentisi alt boyutu		16.00	160.00	102.94±26.33
Ölçek puan ortalaması		76.00	320.00	230.20±40.56
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği		0.00	130.00	78.82±26.40
		n	%	
Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri	Çok düşük (0-26)		24	4.0
	Düşük (27-52)		76	12.6
	Orta (53-78)		175	29.0
	Yüksek (79-104)		214	35.5
	Çok yüksek (105-130)		114	18.9

Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve travmatik doğum algı düzeyleri Tablo 4.3’te sunulmuştur. Buna göre; gebelerin Doğum Eyleminde Öz-

Yeterlilik Ölçeğinin Sonuç Beklentisi alt boyutundan aldığı puanlar 33.00-160.00 arasında değişmekte olup, ortalama puan 127.25 ± 21.15 'tir. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Yeterlilik Beklentisi alt boyutundan alınan puanlar ise 16.00-160.00 arasında değişmekte olup, ortalama puan 102.94 ± 26.33 'tür. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu puan ortalamasına bakıldığında alınan puanların 76.00-320.00 arasında değiştiği, puan ortalamasının ise 230.20 ± 40.56 olduğu saptanmıştır.

Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinden alınan puanların 0-130 arasında değiştiği ve toplam ölçek puan ortalamasının 78.82 ± 26.40 olduğu, aynı tabloda gebelerin travmatik doğum algı düzeylerine bakıldığında gebelerin %35.5'inin eylemi yüksek oranda travmatik olarak algıladığı bulunmuştur.

Tablo 4.4. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Özellikler	Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu						Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalaması	
	Sonuç Beklentisi alt boyutu		Yeterlilik Beklentisi alt boyutu		Toplam puan ortalaması		(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri
	(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri	(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri	(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri		
Yaş								
18-26	127.31±20.41	F=3.495	101.31±26.43	F=0.387	228.64±39.08	F=1.032	78.56±31.53	F=1.133
27-35	128.75±20.87	p=0.031	103.39±25.95	p=0.680	232.16±39.42	p=0.357	77.78±26.56	p=0.323
36 ve üzeri	122.67±22.49		103.56±27.08		226.29±45.16		82.09±26.84	
Eğitim düzeyi								
İlköğretim	128.17±20.17	F=3.417	104.86±25.18	F=2.794	233.18±38.13	F=3.618	79.35±32.53	F=1.956
Ortaöğretim	123.36±23.53	p=0.033	99.23±27.26	p=0.062	222.62±44.21	p=0.027	80.37±25.25	p=0.142
Yükseköğretim	129.28±20.08		100.67±28.65		230.11±42.28		73.76±27.45	
Çalışma durumu								
Çalışıyor	126.89±21.45	t=-0.803	102.94±26.77	t=-0.013	229.86±40.96	t=-0.427	79.87±26.29	t=2.737
Çalışmıyor	129.14±17.13	p=0.422	102.98±22.53	p=0.990	232.15±34.27	p=0.670	70.36±25.51	p=0.006
Gelir durumu								
Gelir giderden az	121.46±26.25	F=2.689	96.98±26.57	F=2.311	218.58±41.96	F=3.202	83.12±29.43	F=5.065
Gelir gidere denk	127.84±20.48	p=0.069	103.06±26.43	p=0.100	231.06±40.34	p=0.041	79.73±25.78	p=0.007
Gelir giderden fazla	127.86±19.53		106.13±24.69		234.02±39.38		71.42±25.66	
Yaşanılan yer								
Köy	131.22±18.73	F=2.873	107.05±26.57	F=1.174	238.41±39.42	F=2.141	79.21±26.01	F=1.013
İlçe	123.08±21.44	p=0.057	102.75±23.71	p=0.310	225.87±38.13	p=0.118	74.68±28.27	p=0.364
İl	127.28±21.32		102.12±26.61		229.46±40.98		79.32±26.15	
Sosyal güvence durumu								
Var	127.88±20.72	MWU=3761.0	103.39±25.95	MWU=4820.0	231.29±39.72	MWU=3713.0	78.82±26.04	MWU=584
Yok	110.68±25.98	p=0.001	90.63±33.51	p=0.055	201.36±51.56	p=0.001	79.23±35.67	0.0
								p=0.492
Aile tipi								
Çekirdek	126.92±21.18	t=-0.837	102.46±26.29	t=-1.115	229.42±40.64	t=-1.161	78.91±26.29	t=0.480
Geniş	128.99±20.67	p=0.403	105.78±26.57	p=0.265	234.78±39.06	p=0.246	77.52±27.34	p=0.631

Tablo 4.4. (Devamı)

Özellikler	Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu						Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalaması	
	Sonuç Beklentisi alt boyutu		Yeterlilik Beklentisi alt boyutu		Toplam puan ortalaması		($\bar{X} \pm SS$)	Test ve p değeri
	($\bar{X} \pm SS$)	Test ve p değeri	($\bar{X} \pm SS$)	Test ve p değeri	($\bar{X} \pm SS$)	Test ve p değeri		
Evlenme yaşı								
18 ve altı	127.58±23.74	F=0.217	102.92±25.71	F=1.405	230.49±42.26	F=0.860	81.15±24.21	F=0.408
18-22	127.42±21.33	p=0.885	104.13±25.48	p=0.240	232.59±40.64	p=0.462	77.92±27.09	p=0.747
23-27	127.29±18.15		100.35±25.47		227.67±35.26		78.69±26.67	
28 ve üzeri	124.92±25.83		99.32±33.85		224.29±52.84		81.16±23.96	
Evlenme şekli								
Flört ederek	128.07±20.86	KW=2.661	102.57±26.96	KW=1.151	230.66±40.64	KW=1.737	78.29±26.27	KW=3.668
Görücü usulü	126.77±21.46	p=0.264	103.53±25.80	p=0.562	230.38±40.35	p=0.420	79.99±26.15	p=0.160
Aile isteği	121.21±19.28		99.11±25.55		220.36±37.47		69.99±29.27	
Evlilik süresi								
0-5 yıl	128.54±21.35	F=0.759	100.53±27.89	F=1.549	229.15±41.32	F=0.692	78.22±26.68	F=1.075
6-10 yıl	126.49±20.87	p=0.517	102.28±25.64	p=0.201	228.83±38.46	p=0.557	80.86±24.74	p=0.359
11-15 yıl	127.88±20.71		106.76±24.85		234.66±40.02		79.74±26.07	
16 yıl ve üzeri	124.53±21.97		104.21±25.67		228.79±42.93		78.28±30.44	
Eş yaşı								
20-29	127.93±20.09	F=0.489	100.09±24.98	F=0.403	228.09±38.12	F=0.197	76.22±26.15	F=0.728
30-39	127.57±21.18	p=0.614	103.38±26.26	p=0.668	230.97±39.71	p=0.821	79.71±25.63	p=0.483
40 ve üzeri	125.48±21.96		103.25±27.73		228.82±44.51		78.44±28.78	
Eşin eğitim düzeyi								
İlköğretim	128.35±20.66	F=2.217	104.98±26.27	F=2.192	233.34±40.32	F=2.949	79.86±26.95	F=1.190
Ortaöğretim	124.69±23.05	p=0.110	99.87±25.46	p=0.113	224.57±40.35	p=0.053	79.61±30.93	p=0.305
Yükseköğretim	128.51±18.93		103.41±27.25		232.07±40.02		75.96±26.94	
Eş mesleği								
Çalışmıyor	127.85±20.97	F=0.190	100.20±24.19	F=0.172	228.19±32.35	F=0.122	85.45±26.05	F=1.247
İşçi	126.29±21.97	p=0.903	103.23±25.92	p=0.915	229.58±41.66	p=0.947	75.96±27.73	p=0.292
Memur	128.05±18.13		103.75±26.31		231.83±39.08		79.46±25.65	
Serbest meslek	127.32±22.16		102.66±26.82		229.97±41.26		79.21±26.04	

Tablo 4.4'te gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden yaş, eğitim düzeyi ve sosyal güvence varlığı ile Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi alt boyutu arasında, eğitim düzeyi, gelir durumu ve sosyal güvence ile Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu puan ortalaması arasında, çalışma ve gelir durumu ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($p<0.05$)



Tablo 4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Özellikler	Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu						Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalaması	
	Sonuç Beklentisi alt boyutu		Yeterlilik Beklentisi alt boyutu		Toplam puan ortalaması		$(\bar{X} \pm SS)$	Test ve p değeri
	$(\bar{X} \pm SS)$	Test ve p değeri	$(\bar{X} \pm SS)$	Test ve p değeri	$(\bar{X} \pm SS)$	Test ve p değeri		
Gebelik sayısı								
2	128.67±20.99	F=1.599	100.66±27.38	F=2.814	229.36±39.71	F=2.042	76.60±32.19	F=0.878
3	125.02±21.96	p=0.230	101.16±26.42	p=0.061	226.21±41.32	p=0.131	79.98±26.03	p=0.416
4 ve üzeri	127.88±20.52		106.12±24.99		234.03±40.11		79.47±32.99	
Doğum sayısı								
1	128.67±21.15	F=0.578	101.32±26.76	F=1.168	230.02±40.03	F=0.211	76.62±26.05	F=2.816
2	127.41±20.37	p=0.630	102.75±26.27	p=0.321	230.18±39.70	p=0.889	80.78±26.56	p=0.039
3	124.67±23.24		105.63±24.99		230.36±43.55		82.96±23.31	
4 ve üzeri	126.43±19.55		109.16±25.94		235.62±40.67		70.12±33.45	
Yaşayan çocuk sayısı								
Yok	123.72±26.44	KW=2.509	94.59±28.03	KW=7.194	218.36±43.25	KW=3.890	66.34±29.68	KW=7.340
1	128.07±21.02	p=0.643	101.64±26.60	p=0.126	229.73±1.24	p=0.421	77.13±25.91	p=0.119
2	127.56±20.36		103.07±26.27		230.74±39.68		80.76±26.42	
3	123.42±23.74		103.41±25.64		226.91±44.50		81.29±24.85	
4 ve üzeri	128.35±20.03		114.44±24.83		242.78±39.67		69.46±31.63	
Abortus								
Yok	126.92±21.31	KW=1.408	102.29±26.77	KW=0.797	229.25±40.36	KW=2.014	78.96±25.78	KW=0.935
1	126.45±22.29	p=0.704	104.52±24.99	p=0.850	230.96±41.58	p=0.570	78.83±26.81	p=0.817
2	129.33±18.91		102.59±28.18		232.02±41.34		75.97±29.83	
3 ve üzeri	133.62±10.43		104.98±23.70		238.75±30.73		84.42±23.31	
Ölü doğum								
Yok	127.26±21.18	MWU=4646.5	102.91±26.43	MWU=5201.0	230.19±40.34	MWU=5219.0	78.81±26.29	MWU=5237.5
Var	124.53±19.89	p=0.395	104.06±23.90	p=0.930	228.55±39.07	p=0.950	78.79±31.86	p=0.970
Son gebeliğin sonuçlanma şekli								
Canlı doğum	127.41±21.16	t=0.436	102.62±26.72	t=-0.449	230.11±40.36	t=-0.064	78.84±25.88	t=0.077
Abortus + Ölü doğum	126.45±20.83	p=0.663	103.88±25.32	p=0.653	230.42±40.32	p=0.949	78.69±27.92	p=0.939

Tablo 4.5. (Devamı)

Özellikler	Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu						Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalaması	
	Sonuç Beklentisi alt boyutu		Yeterlilik Beklentisi alt boyutu		Toplam puan ortalaması		(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri
	(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri	(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri	(\bar{X} ±SS)	Test ve p değeri		
Gebeliğin planlanma durumu								
Planlı	128.67±20.35	t=2.381	103.71±25.95	t=1.096	232.39±38.75	t=1.953	78.58±25.78	t=-0.255
Plansız	124.51±22.11	p=0.018	101.33±26.75	p=0.274	225.89±42.91	p=0.274	79.23±27.35	p=0.799
Önceki gebeliklerde yaşanan sorun								
Düşük	128.04±20.67	F=1.308	104.68±26.60	F=2.487	232.78±41.66	F=2.454	79.36±27.10	F=0.233
Erken doğum	121.66±19.74	p=0.272	94.76±23.08	p=0.085	216.43±34.89	p=0.088	81.95±28.64	p=0.792
Diğer	126.75±22.73		99.06±25.62		225.95±40.67		77.51±27.59	
Doğum eylemini zor olarak algılama durumu								
Evet	126.61±20.85	t=-1.437	100.05±25.64	t=-5.393	226.69±39.07	t=-4.229	83.26±24.62	t=8.623
Hayır	129.65±21.81	p=0.151	114.13±26.11	p=0.000	243.76±42.23	p=0.000	61.54±25.91	p=0.000
Gebelik haftası								
1.trimester	126.59±21.47	F=3.668	101.96±25.32	F=1.320	228.52±39.97	F=3.029	76.49±24.47	F=0.748
2.trimester	130.92±18.89	p=0.026	105.66±26.45	p=0.268	236.56±38.37	p=0.049	78.96±26.44	p=0.474
3.trimester	125.48±22.12		101.80±26.58		227.29±41.28		79.75±27.22	
Doğumu yaptıracak kişi								
Doktor	126.58±14.26	t=-0.242	98.91±25.15	t=-1.130	225.47±35.01	t=-0.859	78.71±28.26	t=-0.027
Ebe	127.23±21.61	p=0.734	103.26±26.44	p=0.259	230.43±40.94	p=0.391	78.86±26.17	p=0.978
Gebelik ve doğuma yönelik eğitim alma durumu								t=1.098
Evet	123.88±22.26	t=-1.464	100.99±25.47	t=-0.657	224.94±38.71	t=-1.190	81.94±27.33	p=0.272
Hayır	127.72±20.98	p=0.144	103.24±52.83	p=0.512	230.95±40.67	p=0.235	78.32±26.29	
Alınan bilgilerin yeterli olma durumu								
Evet	124.21±22.45	MWU=213.00	102.76±25.80	MWU=130.50	226.94±37.69	MWU=157.50	80.91±28.13	MWU=194.50
Hayır	120.67±21.46	p=0.571	84.03±15.87	p=0.042	204.74±33.62	p=0.121	91.56±14.99	p=0.371

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.5'te verilmiştir. Tabloya göre gebeliği planlama durumu ve gebelik haftası ile Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi alt boyutu arasında, doğum eylemini zor olarak algılama durumu ve gebelik/doğuma yönelik eğitim alma durumu ile Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi alt boyutu arasında, gebelik haftası ve doğumu zor olarak algılama durumu ile Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu puan ortalaması arasında, ayrıca gebelik sayısı ve doğumu zor olarak algılama durumu ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu Ölçek Puan Ortalaması ile Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

		Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	
Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği	Sonuç Beklentisi alt boyutu	r= -0.077	p= 0.058
	Yeterlilik Beklentisi alt boyutu	r= -0.325	p= 0.000
	Ölçek puan ortalaması	r= -0.251	p= 0.000

Tablo 4.6 incelendiğinde gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi alt boyutu ve Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği- Kısa Versiyonu puan ortalaması ile Travmatik Doğum Algısı Ölçek Puan Ortalaması arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. (p=0.000)

5. TARTIŞMA

Gebelerin öz-yeterlilik ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan araştırmanın bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin puan ortalamalarına göre dağılımı ve travmatik doğum algısı düzeyleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Gebelerin büyük bir çoğunluğunun doğumu yüksek düzeyde travma olarak algıladığı saptanmıştır. Bu durumun Doğu Anadolu Bölgesinde doğurganlık oranının daha fazla olması ile tramatik doğum algısına etki ettiği düşünülebilir. Oğuz ve ark.'nın¹⁰⁵ yaptığı çalışmada Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu toplam puan ortalamalarının araştırma bulgusundaki toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Travmatik doğum algısı düzeylerine bakıldığında gebelerin büyük bir kısmının doğumu yüksek düzeyde travma olarak algıladığı saptanmıştır. Bay ve ark.'nin⁹⁹ yaptığı çalışmada gebelerin orta düzeyde doğumu travma olarak algıladığı görülmüştür.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu ile Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre yaş, eğitim düzeyi ve sosyal güvence varlığı ile DÖYÖ-S arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). Tablodaki verilere bakıldığında yaşı 27-35 aralığında, yükseköğretim düzeyinde eğitime sahip, sosyal güvencesi olan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş ile birlikte eğitim düzeyi yükselmektedir. Yani eğitim devam eden bireylerde genellikle erken yaşlarda evlilik görülmemektedir. Eğitim düzeyi aynı zamanda bireylerin sosyo-ekonomik seviyesinin yükselmesine ve böylece kadınlarda öz-yeterlilik ve özgüvenin artmasına neden olmaktadır. Araştırma bulgusunun bu gruplarda farklı olmasının bundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Oğuz

ve ark.'nın¹⁰⁵ yaptığı çalışmada yaş ile DÖYÖ-S arasında anlamlı fark olduğu fakat eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumu ile DÖYÖ-S arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim düzeyi, gelir ve sosyal güvence durumu ile DÖYÖ arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Eğitimle beraber gelir seviyesi yükselir ve sosyal güvence varlığı gerçekleşir. Tüm bunlar bireyin kendini daha yeterli ve güvende hissetmesine neden olur. Gruplar arasındaki farkın burdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Munkhondya ve ark.'nın⁴⁶ yaptıkları çalışmada da DÖYÖ puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu ancak gelir durumu ile anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Lazoğlu ve ark.'nın⁹⁶ çalışmasında da sosyo-demografik özellikler ile DÖYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Araştırmada gebelerin çalışma ve gelir durumları ile TDAÖ puan ortalaması arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür (Tablo 4.4) Bulgulara göre çalışan ve gelir düzeyi düşük olan gebelerde doğumu travmatik olarak algılama durumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyinin artması ile birlikte bireyin seçim yapma olasılığı da artar. Dolayısıyla kontrolün kendilerinde olduğunu düşünmeleri sonucunda süreci daha rahat atlatılabilir olduğu düşünülebilir. Ancak bunun tam aksine gelir düzeyi düşük olan bireylerde genellikle maddi sıkıntılar sebebiyle olayları hiçbir sebep yokken bile daha travmatik bir şekilde yorumlar ve algılayabilirler. Farkın burdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Konuyla benzer şekilde Bay ve ark.'nın⁹⁹ çalışmasında da travmatik doğum algısı ölçek puan ortalaması ile gelir durumu arasında fark bulunmuşken, çalışma durumu ile fark bulunamamıştır.

Gebelerin obstetrik özelliklerinin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu İle Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo

4.5'te verilmiştir. Buna göre; gebeliği planlama durumu ve gebelik haftası ile DÖYÖ-S arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5) Gebeliğin planlanması sürecin daha olumlu geçirilmesine ve sonuç olarak kişinin daha başarılı olacağına inanmasıyla sonuçlanır. Çünkü isteyerek yapılan tüm faaliyetlerde başarı oranı daha yüksektir. Araştırma bulgusundaki farkın burdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak konuyla benzer yapılmış olan Oğuz ve ark.'nın¹⁰⁵ çalışmasında gebeliği planlama durumu ile DÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Gebelik haftasına bakıldığında ise ikinci trimestırda puanın daha yüksek olduğu gebelikteki yakınmaların azaldığı görülmüştür. İkinci trimestır gebeliğin en rahat dönemi olarak kabul edilir. Buna bağlı olarak gebenin başarılı olma inancının bu süreçte yüksek olduğu düşünülmektedir. Ancak Lazoğlu ve ark.'nın⁹⁶ yaptıkları çalışmada gebelik haftası ile DÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığını tespit etmişlerdir.

Araştırmaya katılan gebelerde, alınan bilgilerin yeterli olup olmaması ve doğumun zorluk durumu ile DÖYÖ-Y arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Konuyla ilgili eğitim alan kişilerin durumu daha kolay kavrayıp, adapte olmalarıyla süreç olumlu olarak sonuçlanır ve bu kişiler eylemin fizyolojik kısmını görmeye başlarlar. İsbir ve ark.'nın¹⁰⁶ çalışmasında prenatal dönemde gebelere verilen eğitimin annenin doğuma yönelik endişe ve korkular üzerinde etkili olduğu aynı zamanda annenin öz-yeterlilik düzeyini artırdığı görülmüştür. Byrne ve ark.'nın¹⁰⁷ yaptıkları çalışmada doğum öncesi dönemde alınan eğitimin doğum korkusunu, stresi ve travmayı azaltarak öz-yeterlilik düzeyini artırdığını belirlemişlerdir. Literatür incelendiğinde; doğumun zorluk durumu ile öz-yeterlilik düzeyini karşılaştıran çalışmaya rastlanılmamıştır. Okumuş ve ark.'nın¹⁰⁸ yaptıkları çalışmada doğum şekline göre doğum algıları incelenmiş; kaygı, ağrı ve doğum sonu algı ile anlamlı sonuçlar

elde edildiği görülmüştür. İp ve ark.'nın ¹⁶ çalışmasında ağrı ile öz-yeterlilik arasında negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmalara binayen doğum algıları ile öz-yeterlilik arasında negatif yönde bir ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 4.5'te gebelerin gebelik haftası ve doğumun zorluk durumu ile öz-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.5) Gebeliğin anne açısından en rahat dönemi ikinci trimestir olarak bilinir. Çünkü bu dönemde rahatsızlıklar en aza inmiştir. Kişinin kendini rahat hissettiği anda bir durumun üstesinden gelmesi başarılı olma düşüncesini artırır. Bununla beraber eylemi daha önceden yaşamış ve başarmış olan bireyler bir sonraki eylemde de aynı performansı gösterebileceğini düşünür. Bu da gebenin eylemi olumlu olarak algılamasına neden olur. Literatür incelendiğinde konuyla alakalı Ölçer ve ark.'nın ¹⁰⁹ yaptığı çalışmada gebelik haftası ile öz-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Khorsandi ve ark. ¹¹⁰ yaptıkları çalışmada doğum ağrısı ile öz-yeterlilik düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmalar araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Gebelerin doğum sayıları ve doğumun zorluk durumu ile travmatik doğum algısı ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.5). Benzer çalışmalarda bunun önceki deneyimlerden kaynaklandığı ve tekrar edebileceği düşüncesinden ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bay ve ark.'nın ⁹⁹ çalışmasında doğum sayıları ile travmatik doğum algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Boorman ve ark.'nın ¹⁰ yaptıkları çalışmada multiparlarda travmatik doğum algısının primiparlara göre daha az olduğu, geçmişte yaşanan travmatik olayların ve doğum sürecinin öngörülemez bir deneyim olması annenin korku yaşammasına neden olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya binayen travmatik olaylar ve korkunun travmatik doğum algı düzeyine etki ederek eylemi zorlaştırdığı söylenebilir.

Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu İle Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.6'da verilmiştir. Buna göre gebelerin DÖYÖ-Y, DÖYÖ puan ortalaması ile TDAÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p=0.000). Yani Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arttıkça Travmatik Doğum Algısı Ölçek puan ortalaması azalmaktadır. Bireylerin yeterlilik ve öz-güven algısı engelleri aşmada, mücadele etmede, dayanıklı olmada önemlidir. Bu yüzden gebelerin öz-yeterlilikleri ne kadar yüksek olursa eylemle baş etmede o kadar başarılı olur ve süreci daha olumlu geçirirler. Konuyla benzer Barut ve ark.'nın² 2018 yılında yaptıkları çalışmada gebelerin DÖYÖ toplam puan ortalaması ve DÖYÖ-Y puan ortalaması ile doğum korkusu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülürken, DÖYÖ-S puan ortalaması ile doğum korkusu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Berentson ve ark.'nın¹¹¹ yaptıkları çalışmada yüksek düzeyde öz-yeterliliğe sahip kadınların, diğer kadınlara göre ağrı eşiğinin ve doğum memnuniyetinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sun ve ark.'nın¹¹² yaptığı çalışmasında da gebelik döneminde yoga yapmanın kişisel yeterliliğin gelişime etki ederek öz-yeterlilik düzeyini artırdığını saptanmıştır. İsbir ve ark.'nın yaptıkları çalışmada prenatal dönemde gebelere verilen eğitimin doğum sürecinde annenin kontrol mekanizmasını geliştirdiği ve öz-yeterlilik düzeyini artırdığı görülmüştür.¹⁰⁶

Bay ve ark.'nın⁹⁹ yaptığı çalışmada travmatik doğum algısı ile postpartum depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Elmir ve ark.'nın¹³ yaptıkları çalışmada da doğumun travmatik bir olay olarak algılanmasının, doğum ekibinde yer alan personellerin tutum ve davranışlarıyla ilişkilendirildiği ve buna bağlı olarak annenin postpartum süreçte eylemin olumsuz etkilerini yaşadıkları belirtilmiştir. Smorti ve ark.'nın³⁸ yaptıkları çalışmada da prenatal ve doğum sonu anne-bebek

bağlanması ile travmatik doğum algısı arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Araştırma bulgularına bakıldığında öz-yeterlilik ve travmatik doğum algısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu ve bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin bunu etkilediği görülmüştür. Bireylerin öz-yeterliliği ve algısını etkileyen birçok faktör vardır. Bunların çoğu istenilen yönde değiştirilebilmektedir. Bunun için süreç esnasındaki bakım ve izlemde, kişisel özellikler ise deneyimler kadar önem arz etmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Gebelerin öz-yeterlilikleri azaldıkça travmatik doğum algısının arttığı ve gebelerin travmatik doğum algısının yüksek düzeyde değişkenlik gösterdiği,
- Gebelerin yeterlilik beklentileri ile travmatik doğum algıları arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu ancak sonuç beklentileri ile travmatik doğum algıları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı,
- Öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum algıları arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin öz-yeterlilik düzeylerinin artırılmasında ve travmatik doğum algısının azaltılması kapsamında araştırmanın sonuçları dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Doğum öncesi hazırlık sınıflarında gebelerin öz-yeterlilik inançlarını geliştirmek için bilgi eksiklikleri tamamlanmalı, doğum süreci hakkında bilgi verilmeli ve doğum ortamları görsel ve işitsel materyal kullanılarak tanıtılmalı,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek için çiftlere aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilerek herhangi bir yöntem kullanma konusunda cesaretlendirilmeli,
- Gideri gelirinden fazla, sosyal güvencesi olmayan, doğum sayısı fazla, olumsuz doğum deneyimleri bulunan gebelerin travmatik doğum algısını azaltmak için doğum ekibi tarafından destekleyici bakım ön planda olmalı,
- Araştırmanın farklı coğrafyalarda veya anlamlı çıkan değişkenlerden deney ve kontrol grupları oluşturularak tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1: 71-76.
2. Barut S, Uçar T. Gebelerde doğum öz-yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 11: 107-115
3. Okumuş H, Çiçek Ö. Doğumda öz-yeterlilik algısı: önemi ve etkileyen faktörler. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health*, 2017, 10: 35-49.
4. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 1977, 84: 191-215.
5. Begić JN, Žigić L, Radoš NS. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & SGynecology*, 2014, 35: 122-28
6. Tanglankmankhong K, Lowe NK, Perrin NA. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language version. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 67: 193-203.
7. Schwartz, L, Toohill, J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, 15: 1-9.
8. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe-Hemşirenin Rolü, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19: 45-53.
9. Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study. *Birth*, 2007, 34: 253-263.

10. Boorman, RJ, Devilly, GJ, Gamble, J, Creedy, DK., Fenwick, J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 2014, 30: 255-261.
11. İsbir GG, İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2014, 1: 29-40.
12. Aydın N, Yıldız H. Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*, 2018, 15: 604-618.
13. Jackson D, Wilkes L, Schmied L, Elmir R. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66: 2142-2153.
14. Reid M. The impact of traumatic delivery on the mother infant relationship. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 2011, 14: 117-128.
15. Adams DE, Bianchi LA. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2008, 37: 106-115.
16. Campbell VR, Nolan M. A qualitative study exploring how the aims, language and actions of yoga for pregnancy teachers may impact upon women's self-efficacy for labour and birth. *Women and Birth*, 2016, 29: 3-11.
17. Taşkın L. Gebelikte Annenin Fizyolojisi. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, Genişletilmiş 12.Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.
18. Özorhan EY, Ejder AS, Şahin AÖ. Gebelikte ruh sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-dergisi*, 2014, 2: 33-42.
19. Ufberg D, Jordan S. Pregnancy Instructions. Çeviri: Yeğın, A. *Hamilelik Kullanım Kılavuzu*, 1. Baskı. İstanbul, Martı Yayınları, 2016.

20. Mihmanlı V, Karahisar G. Gebelikte travma. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2012, 46: 225-231.
21. Gold JM. Isha Shrimanker Physiology, Vajinal. Treasure Island (FL) Statpearls Publishing; January, 2020.
22. Taşpınar A. Normal Gebelik. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın sağlığı*, 2. Baskı. İzmir, Nobel Tıp Kitapevi, 2015.
23. Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç. Gebelikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2011, 2: 121-123.
24. Yeomans ER, Gilstrap LC. Physiologic changes in pregnancy and their impact on critical care. *Critical Care Medicine*, 2005, 33: 256-258.
25. Hall ME, George EM, Granger JP. The heart during pregnancy. *Revista Española De Cardiología (English Edition)*, 2011, 64: 1045-1050.
26. Chourpiliadi C, Paparodis R. Physiology, Pituitary Issues During Pregnancy, University of Toledo. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. 24 Mayıs 2020.
27. Kazma JM, Van Den Anker J, Allegaert K, Dallmann A, Ahmadzia HK. Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *Journal of Pharmacokinetics and Pharmacodynamic*, <https://doi.org/10.1007/s10928-020-09677-1>, 06 February 2020.
28. Gaga M, Oikonomidou E, Zervas E, Papageorgiou-Georgatou N. Asthma and pregnancy: interactions and management. *Breathe*, 2007, 3: 267-276.
29. Soykan İ. Gebelik ve gastrointestinal sorunlar. 5.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2011.
30. Akyüz G, Bayındır Ö. Gebelik ile ilişkili osteoporoz. *Türk Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2013, 59: 145-150.

31. Forczeka W, Ivanenkob Y, Salamaga M, Sylos-Labini F, Fraçzeke B, Masłońf A, Curylog M, Suderh A. Pelvic movements during walking throughout gestation - the relationship between morphology and kinematic parameters. *Clinical Biomechanics*, 2020, 71: 146-151.
32. Pillay J, Davis TJ. Physiology, Lactation. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing PMID:29763156, 20 April 2020.
33. Friedman BE, Scolyer AR, Thompson FJ. Management of pigmented skin lesions during pregnancy. *Clinical*, 2019, 48: 621-624.
34. Bitirgen E, Köşüş A, Kalem NM, Duran M, Köşüş N. Gebelikte cilt hastalıkları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016, 13: 79-83.
35. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan TM, Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2011, 21: 79-84.
36. Jena KPS, Gangadharan SP. Development of Perceived Prenatal Maternal Stress Scale. *Indian Journal of Public Health*, 2020, 63: 209-214.
37. Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G. The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 2020, 142:1-5.
38. Bertucci V, Boffo M, Mannarini S, Serena A, Saccardi C, Cosmi E, Andrisani A, Ambrosini Guido. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaptation of the childbirth perception questionnaire. *Midwifery*, 2011, 28: 265-274.
39. Demirci N, Coşar F. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 2012, 3: 18-30.

40. Apay ES, Çelik SA, Derya AY. Turkish version of the childbirth perception scale: Reliability and validity study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2019, 56: 28-36.
41. Gözüm S, Bağ B. Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 1: 32-43.
42. Bandura A. The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12: 8-10.
43. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 1998, 13: 623- 649.
44. Bandura A. Self-efficacy. 4th ed. In V. S. Ramachandran, Encyclopedia of human behavior New York Academic Press. 1994, 4: 71-81.
45. Munkhondya JMB, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020, 20: 1-12.
46. Lunenburg CF. Self-Efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. *International Journal of Business, and Administration*, 2011, 14: 1-6.
47. Mehmood N. Factors impacting efl teachers self-efficacy: a theoretical perspective. *English Language Teaching*, 2019, 12: 39-48.
48. İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013, 4: 80-84.
49. Çolak R, Çoban K, Çelik K, Ergon YE, Özdemir AS, Olukman Ö, Çalkavur Ş. Doğum yaralanmaları: klinik bulgular ile maternal, fetal ve obstetrik risk faktörleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 2017, 7: 53-59.

50. Vural G. Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 12.Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014.
51. Saydam BK. Doğum Eylemi. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*. Genişletilmiş 2. Baskı, İzmir, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
52. Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19: 38-45.
53. Başgöl Ş, Beji KN. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5: 32-39.
54. Çelik H, Çetinkaya MB. Intrapartum bakım. İçinde: Demir CS, Güleç KÜ, (Çeviri editörleri). *Obstetric and Gynecology*, 7. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015.
55. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2014, 123:179-193.
56. Yılmaz T, Kızılkaya T. Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresindeki uygulamalarda güncel durum. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2019, 4: 211-218.
57. Reed R, Sharman R, Ingles C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17: 1-10.
58. Mukamurigo UJ, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-

- based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17: 1-7.
59. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2014, 8: 98-104.
60. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 2014, 30: 145-148.
61. Mamuk R, Davas İN. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma teknikleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2010, 44: 137-144.
62. Köksal Ö, Duran TE. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013, 6: 144-148.
63. Moralar GD, Türkmen AÜ, Altan A. Doğum analjezisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2011, 27: 5-11.
64. Avcıbay B, Alan S. Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 4: 18-24.
65. Üst ZD. Travayda Gebelere Uygulanan Çömelme Pozisyonunun Doğum Eyleminin Süresine ve Ağrıyı Algılama Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
66. Kırca AŞ, Gül DK. The effect of acupressure applied to points LV4 and LI4 on perceived acute postpartum perineal pain after vaginal birth with episiotomy: a randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2020, 301: 473-481.

67. Abalos E, Chamillard M, Diaz V, Pasquale J, Souza JP. Progression of the first stage of spontaneous labour. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2020, 67: 19-32.
68. Rathfisch G. *Doğal doğum felsefesi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2018.
69. Ergin AB. Riskli Doğumlar. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). Kadın Sağlığı, Genişletilmiş 2. Baskı. İzmir, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
70. Devane, D, Lalor LG, Daly S, Mcguire W, Smith V. Cardiotocography Versus Intermittent Auscultation of Fetal Heart on Admission to Labour Ward for Assessment of Fetal Wellbeing. *The Cochrane Library*, doi:10.1002/14651858.CD005122.pub4. 2012.
71. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *The American Collage of Obstetricians and Gynecologists*, 2009; 114: 192-202.
72. Aktaş S, Osmanağaoğlu MA. Intrapartum elektronik fetal moniterizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Life Sciences*, 2017, 12: 14-29.
73. Altuntuğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13: 62-65.
74. Tanaçan A, Beksaç MS. Üçüncü basamak bir merkezdeki operatif vajinal doğum sıklığının dekatlar arasındaki değişiminin retrospektif olarak incelenmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2019, 82: 139-143.

75. Karakuş R, Anđın D, Temizkan O, Polat M, Őanverdi İ, Karakuş S, Ekinci F. Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2014, 48: 192-197
76. Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Operative Vaginal Birth, *The American Collage of Obstetricians and Gynecologists*, 2015, 135:149-159.
77. Sultan P, Kormendy F, Nishimura S, Carvalho B, Guo N, Papageorgiou C. Comparison of spontaneous versus operative vaginal delivery using obstetric quality of recovery-10: An observational cohort study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 2020, 63: 1-9.
78. Türkler C. GünaŐımı olan, nullipar gebelerde prostaglandin E₂'nin doğum indüksiyonu üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2019, 9:71-75.
79. Yount SM, Lassiter N. The pharmacology of prostaglandins for induction of labor. *Journal Midwifery Womens Health*, 2013, 58: 133–144.
80. Daskalakis G, Zacharakis D, Simou M, Pappa P, Detorakis S, Mesogitis S, Antsaklis A. Induction of labor versus expectant management for pregnancies beyond 41 weeks. *Journal Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2014; 27: 173–176.
81. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Curtbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub2>. 7 Mart 2017.
82. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2014. 40: 946-953.

83. Aktaş S, Aydın R. Fundal bası uygulamasının maternal ve fetal sağlık üzerine etkisi ve bu uygulamada sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7: 86-92.
84. Lin J, Thompson MP, Kaslow NJ. The mediating role of social support in the community environment-psychological distress link among low-income african american women. *Journal of Community Psychology*, 2009, 37:459-470.
85. Wang M, Song Q, Xu J, Hu Z, Gong Y, Lee AC, Chen Q. Continuous support during labour in childbirth: a cross-sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, 18: 1-7.
86. Watson HL, Cooke A. What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 2018, 7: 1-6.
87. Ayerle GM, Schäfers R, Mattern E, Striebich S, Haastert B, Vomhol M, Icks A, Ronniger Y, Seliger G. Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial. *Trials*, 2018, 19: 1-13.
88. Hatamleh R, Abujilban S, AbuAbed ASA, Abuhammad S. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*, 2019, 72: 23-29.
89. Barimani M, Frykedal KF, Rosander M, Berlin A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 2017, 57: 1-7.
90. Dilcen HY, Genç R. The effects of psychoeducation on the traumatic perception of the birth phenomenon in women with substance-use disorders. *Journal Substance Use and Misuse*, 2019, 54: 2066-2074.

91. Fabricant SP, Greiner KS, Caughey AB. Trauma in pregnancy and severe adverse perinatal outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, DOI: 10.1080/14767058.2019.1678129. 17 January 2019.
92. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 2012, 25: 114-121.
93. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, 91: 1261–1272.
94. Coşkun A, Beji NK, Şahin NH, Oskay ÜY, Rathfisch G, Aslan E, Güngör İ, Demirci H, Dikencik BK, Reis N. Hemşire ve ebeler için kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. 1 Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2013.
95. Simpson M. Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: a literature review. *Women and Birth*, 2016, 29: 203-207.
96. Lazoğlu M. Does Fear of Giving Birth Impact the Self-Efficacy Perceptions of a Pregnant Women?. *Eastern Journal of Medical Sciences*, 2018; 3: 70-75.
97. Odabaşı E. Gebelerin Prenatal Bağlanma İle Emzirme Öz-yeterlilik Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2018.
98. Akça EU. Gebelikte Emzirme Öz-yeterliliğinin Doğum Sonrası İkinci Ayda Bebeğin Sadece Anne Sütüyle Beslenmesi İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2016.

99. Bay F. Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2019.
100. Lowe NK. Maternal Confidence for Labor: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing and Health*, 1993, 16:141 -149.
101. Sinclair M, O'Boyle C. The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30:1416-1423.
102. Ip WY, Chan D, Chien WT. Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 51:625–633.
103. Ersoy Y. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2011.
104. Yalnız H, Canan F, Genç RE, Kuloğlu MM, Geçici Ö. Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2016, 8:81-88.
105. Oğuz B. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-yeterliliklerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2018.
106. İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, 2016, 32:227-232.
107. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery Womens Health*, 2014, 59:192–197.

108. Aslan Ş, Okumuş F. Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2017, 4:32-40.
109. Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin öz-yeterlilik ve sosyal destek algıları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19:25-33.
110. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Bagheban AA, Aguilar-Vafaie ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17:2846-2855.
111. Berentson-Shaw J, Scott K, Jose P. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2009, 27:357-373.
112. Sun YC, Hung YC, Chang Y, Kuo SC. Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*, 2010, 26:31-36.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Şüheda GÖRGÜN
Doğum tarihi	: 25.05.1995
Doğum yeri	: Merkez / Elazığ
Medeni hali	: Bekâr
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Ataşehir Mah. Org. Eşref Bitlis Cad. Ataşehir Konutları A Blok No:14 Daire:4 Merkez / Elazığ
Tel	: 0545 882 33 78
Faks	: -
E-mail	: suhedaaa907@gmail.com
Eğitim	
Lise	: Necip Fazıl Kısakürek Anadolu Lisesi
Lisans	: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (2013-2017)
Yüksek Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı (2018-2020)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	: Orta
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Ebeler Derneği	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Seyahat etmek, yürüyüş yapmak	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Ebelik ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak *Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN* danışmanlığında sunulan "Gebelerin Öz-Yeterlilikleri İle Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	0	15
Genel Bilgiler	3	30
Materyal ve Metod	33	35
Bulgular	10	10
Tartışma	14	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 10/ 08/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı
Şüheda GÖRGÜN
İmza

Danışman Adı-Soyadı
Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ'de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	ataunpetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Şüheda GÖRGÜN	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Gebelerin Öz-Yeterlilikleri ile Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 06 Karar No: 50	Tarih: 26.09.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Doç.Dr.Ayşe Nur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Yasemin ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Sinan YILMAZ
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Murat KAYABEKİR
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Aile Tipiniz:

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

3. Yaşadığınız yer:

a) İl b) İlçe c) Köy

4. Eğitim Durumunuz:

a) İlköğretim b) Ortaöğretim c) Yükseköğretim

5. Çalışma Durumu:

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. Evlenme yaşıınız:.....

7. Eşinizle evlenme şekliniz:

a) Flört ederek b) Görücü usulü c) Aile isteği ile d) Diğer.....

8. Evlilik süresi:

a) 0-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16 yıl ve üstü

9. Eşinizin yaşı:.....

10. Eşinizin eğitim durumu:

a) İlköğretim b) Ortaöğretim c) Yükseköğretim

11. Eşinizin mesleği:

a) Çalışmıyor b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek

12. Sosyal güvence durumunuz:

a) Var b) Yok

13. Gelir durumunuz:

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime denk c) Gelirim giderimden fazla

14. Gebelik sayısı:

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 4 ve üstü

15. Doğum sayısı

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 4 ve üstü

16. Yaşayan çocuk sayısı:

- a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üstü

17. Düşük sayısı

- a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 3 ve üstü

18. Ölü doğum sayısı:

- a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 3 ve üstü

19. Son gebeliğin sonucu:

- a) Canlı doğum b) Abortus c) Ölü doğum

20. Bu gebelik planlı bir gebelik mi?

- a) Evet b) Hayır

21. Daha önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a) Düşük/ Düşük tehdidi b) Erken doğum/Erken doğum tehdidi c) Preeklemsi/Eklemsi
d) Diyabet e) Diğer.....

22. Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum muydu?

- a) Evet b) Hayır

23. Gebelik izlemlerinizi kim tarafından yaptınız?

- a) Doktor b) ASE c) Doktor/ASE

24. Doğumunuzu yaptıracak kişi:

- a) Doktor b) Ebe

25. Son gebeliğinizde doğuma hazırlık ve doğum şekli/yöntemi hakkında herhangi bir bilgi, eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

26. Eğer bilgi aldıysanız alınan bilgiler yeterli oldu mu ?

- a) Evet b) Hayır

EK-5. DOĞUMDA ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KISA VERSİYONU

1.Sonuç Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Aşağıdaki davranışların her biri için, davranışların; doğum esnasında yapacağınız her bir hareketin nasıl faydalı olacağını düşünün ve 1 hiç yararlı değil den başlayıp 10 çok yararlıda sonlanan 1 den 10 a kadar numaralardan size uygun olan numarayı işaretleyiniz.

Maddeler	Hiç yararlı değil	Çok yararlı
1.Vücudunu gevşetmek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2.Her kasılmaya hazır olmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3.Kasılma sırasında nefesini kullanmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4.Kendine hakim olmak (Kontrolünü sağlamak)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5.Rahatlamaya çalışmak (Gevşemeye odaklanmak)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6.Dikkatini dağıtma için odadaki bir cisme yoğunlaşma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7.Sakin olmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8.Bebeğine yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9.Her kasılmaya katlanmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10.Olumlu düşünmek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11.Ağrıyı düşünmemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
12.Kendi kendimize doğumumuzu yapabileceğimizi söylemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
13.Ailedeki diğer bireyleri düşünmek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
14.Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
15.Doğumda sana yardım eden kişilere yoğunlaşmak	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
16.Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

2. Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Her bir davranış için, davranışların; “1” hiç emin değil ve “10” tamamen emin arasında bir rakamı işaretleyerek, tüm doğum süreciyle baş etmeniz size yardımcı olacak bazı yeteneklerinizi nasıl kullanacağınızı gösterin.

Maddeler	Tamamen eminim	Hiç emin değilim
1.Vücudumu rahatlatabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.Her kasılmaya hazırım.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.Kasılma sırasında nefesimi kullanabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.Kendime hakim olabilirim. (Kontrolümü sağlarım)	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.Rahatlamayı düşünebilirim. (Gevşeyebilirim.)	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.Dikkatimi odadaki bir cisme yoğunlaştırabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
7.Kendimi sakin tutabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
8.Bebeğimi düşünerek ona yoğunlaşabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
9.Her kasılmaya dayanabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
10.Olumlu düşünebilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
11.Ağrıyı düşünmeyebilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
12.Doğumumu yapabileceğimi kendime söyleyebilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
13.Ailemdeki diğer bireyleri düşünebilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Hiç emin değilim	Tamamen eminim
14.Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
15.Doğumda bana yardım eden kişilere yoğunlaşabilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
16.Bana yardımcı olan kişilerin cesaretlendirici sözlerini dinleyebilirim.	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-6. TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ

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

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam					Çok korkarım					

2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç endişelendirmez					Çok endişelendirir					

3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam					Çok korkarım					

4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam					Çok korkarım					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç zarar vermez					Çok zarar verir					

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygılandırmaz					Çok kaygılandırır					

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar kaygılandırır?

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

Hiç korkutmaz

Çok korkutur

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

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

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

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

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

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

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendizi dışarıdan izleniyor gibi hisseder misiniz?

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

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

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

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde kalp atışlarınızın hızlandığının hisseder misiniz? TV’de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

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

Hiç kaygılandırmaz

Çok kaygılandırır

EK-7. KURUM İZİNİ



TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü



ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

- 1) **Taraflar:**

Bu protokol Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve ŞÜHEDA GÖRGÜN arasında düzenlenmiştir.
- 2) **Çalışmanın gerçekleştirileceği bağlı sağlık tesisi/tesisleri:** Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi
- 3) **Çalışmanın Adı:** Gebelerin Öz Yeterlilikleri İle Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
- 4) **Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** ŞÜHEDA GÖRGÜN
- 5) **Protokol Hükümleri**
 - a) Bu protokol Elazığ İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket veya bilimsel çalışmaların kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
 - b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilecektir.
 - c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
 - d) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık tesisinin yönetimi ve arge birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Yasal mevzuat ve müdürlüğümüz hizmet gerekleri açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
 - e) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra **kitapçık halinde** ve ayrıca **elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı** olarak Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve İl Sağlık Müdürlüğü AR-GE birimine teslim edilecektir.
 - f) Çalışmayı yapacak olan kişi (e) ve (f) maddelerini yerine getirmedeği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
 - g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse de etik kuruldan onay alınacaktır.
 - h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi vb.) ismi zikredilmeyecektir.
 - i) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması, girişim veya anket uygulamaları için hastanın kendisi ya da yasal vasisinden **Aydınlatılmış Onam Formu** alınacaktır.
- 6) **Protokolün süresi:**
 - a) Bu çalışmanın yürütücüsü sağlık tesisimizde 8 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
 - b) **Başlangıç/Bitiş:01/11/2019-01/06/2020**
 - c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
 - d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi protokolü daha önceden de sonlandırabilecektir.
- 7) **Sözleşme Şartlarına Ayrıklık:**

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler protokolde ismi belirtilen aynı kişiler olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.
- 8) **İhtilafların çözümü:**

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda, idari olarak Fethi Sekin Şehir Hastanesi, adli hususlarda ise Elazığ Mahkemeleri yetkilidir.
- 9) **Protokol Kapsamı:**

9 madde ve 2 sayfadaki oluşan iş bu protokol taraflar arasında her sayfası imzalı olmak üzere ikinüsha olarak imza altına alınmıştır.

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

18 /10/2019
ŞÜHEDA GÖRGÜN
Başvuru Sahibi

18/10/2019
Dr.YUNUS GÜNEŞ
Başhekim Yardımcısı

OLUR
18/10/2019
Doç.Dr.SAVAŞ ÖZTÜRK
BAŞHEKİM

Elazığ Fethi SEKİN Şehir Hastanesi
Mektup: GÖRGÜN
Yazın: ÖZTÜRK
ARGE BİRİMİ

EK-8. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI

PROTOKOLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tez Çalışması olarak yürütülmekte olup, “Gebelerin öz-yeterlilikleri İle Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkiyi Değerlendirmek” amacıyla yapılmaktadır.

Ankete katılımınız tamamen isteğinize bağlıdır ve dileğiniz zaman görüşmeyi sonlandırabilirsiniz. Sorular ilgili gerçek düşüncelerinizi belirtmeniz ve soruların tümünü cevaplamanız araştırma sonuçlarının doğruluğu için çok önemlidir. Vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Yukarıda katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: ŞÜHEDA GÖRGÜN

İmzası:

EK-9. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Şüheda GÖRGÜN Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi Ortak Danışman :
Anabilim Dalı : Ebelik Anabilim Dalı
Tezin Türü : Y. Lisans Doktora

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21/09/2020 ve
20369917-090.02.04 - E + 20023066 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi,

Gebelerin Öz-Yeterlilikleri ile Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
başlıklı yüksek lisans tezini incelemiş ve adayı 28/09/2020 tarihinde, saat 10:00'da tez
savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- Jüri raporlarının tartışılması sonucunda başarıyla savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
- Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
- Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDEDEDİLMESİNE**

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Doç. Dr. Serap EJDER APAY	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm GÜNDOĞDU	
Üye	:	
Üye	:	