



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**DOĞUM TRAVMASI VE POSTPARTUM TRAVMATİK
STRES BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Gülcan ŞEN

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2023

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**DOĞUM TRAVMASI VE POSTPARTUM TRAVMATİK
STRES BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Gülcan ŞEN

Danışman

Doç. Dr. Zeynep DAŞIKAN

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

İzmir
2023

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

Başkan : Doç. Dr. (Danışman) Zeynep DAŞIKAN

Üye : Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT

Üye : Doç. Dr. Fadime BAYRI BİNGÖL

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 31.01.2023

Önsöz

Her yıl dünya genelinde 136 milyona yakın kadın canlı ya da ölü bebek dünyaya getirmektedir. Literatürde kadınların yarısından fazlası doğum eylemini travmatik bir eylem olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Doğum travması, doğum eylemi sırasında kadının veya bebeğin mevcut sağlığına zarar verebilecek bir olayın oluşması ya da kadının böyle algılaması olarak ifade edilebilir. Bir kadın travmatik bir doğum yaşadıysa doğumu: kontrol kaybı, umutsuzluk, yoğun korku yaşanan bir olay olarak tanımlamaktadır. Tavmatik bir doğum; doğum sonrası akıl sağlığı bozukluğuna, sonraki gebeliklerde doğum korkusuna ve anne ile bebeğin sağlıklı bağ kuramamasına yol açabilir. Kadınların bazılarında postpartum posttravmatik stres bozukluğu(PSSB) gelişebilir.

Bu tez çalışması ile postpartum 6-12 ay arasındaki kadınların doğum travması ve postpartum travmatik stres bozukluğu ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi planlanmıştır. Çalışmamızda belirlenecek olan risk faktörlerinin; perinatal dönemde proaktif erken tarama, postpartum travmatik stres bozukluğu gelişme riskini belirlemek, engellemek ve tedavi etmek için önemli olduğu düşünülmektedir. Risk altındaki kadınlar tespit edildiğinde klinik görüşmeler, ekstra destek ve daha iyi ağrı giderme gibi önleyici stratejiler planlanabilir. Bakım planlayıcılar yüksek riskli kadınlar için uygun bakım planlarını ve destek hizmetlerini sunabilirler.

İzmir, 13.01.2023

Gülcan ŞEN

Özet

Doğum Travması ve Postpartum Travmatik Stres Bozukluğu ile İlişkili Faktörler

Giriş: Travmatik doğum sonucu doğumla ilişkili travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişebilir

Amaç: Bu çalışma postpartum 6-12 ay arasındaki kadınların TSSB ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve analitik tipte yapılan online bir araştırmadır ve Haziran 2021/Haziran 2022 tarihleri arasında 6-12 ay arasındaki postpartum 411 Türk kadın ile yapıldı. Araştırma verileri Tanımlayıcı Soru Formu, City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ) ve Doğum Algı Ölçeği (DAÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi, Korelasyon Analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.08 ± 5.19 'dir ve çoğunluğunun eğitim seviyesi lisans (%38.8) düzeyindedir. Kadınların CityDTÖ puan ortalaması 15.77 ± 13.51 ; %90.5'inin en az 1 ya da daha fazla belirtisi vardır. DSM-5 teki Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tüm tanı kriterlerini karşılayan kadınların oranı %14.9 olarak belirlendi. Kadınların travmatik doğum algısı arttıkça TSSB 'nin de arttığı görüldü ($p < 0.05$, $r = 0.523$). Eğitim seviyesi üniversite ve üstü olan, , psikolojik bir rahatsızlık öyküsü olan primigravida, primipar, fiziksel/sözel şiddet veya cinsel istismar hikayesi olan, gebelikte stres veya kaygı yaşayan, gebelikte doğum korkusu yaşayan doğum sonrası bebekle ten tene temas uygulaması olmayan postpartum kadınlarda TSSB puan oranında artış belirlenmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca doğum sürecinde veya doğum sonrasında annede veya bebekte komplikasyon gelişmesi, doğumda sağlık personelinin kadına karşı olumsuz tutum ve davranışlarda bulunması, doğum eyleminde sağlık personelinin kadına yeterli destek ve bakım vermemesi, sağlık personelinin doğumda kadının mahremiyetine saygı göstermemesi ve perinatal dönemde kadının aile sağlığı merkezi (ASM) sağlık personelinin yeterli danışmanlık/eğitim alamaması TSSB oranını arttırmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: COVID- 19 Pandemi sürecinde yapılan bu araştırmada doğumla ilişkili TSSB oranı literatüre göre üst sınıra yakın çıkmıştır. Travmatik doğum algısı ve perinatal dönemde yapılan girişimler TSSB oranını etkilemiştir. Perinatal bakımda

sağlık profesyonelleri ve hemşireler yeterli danışmanlık yapmalı, intrapartumda travmatik girişimlerden kaçınılmalı, kadına gerekli bakım ve destek sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; doğumla ilişkili TSSB; maternal sağlık; perinatal bakım; travmatik doğum



Abstract

Factors Associated with Birth Trauma and Postpartum Traumatic Stress Disorder

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) may develop after birth as a result of traumatic birth.

Aim: This study was conducted to determine PTSD and related factors in postpartum women between 6-12 months of age.

Method: The study is a cross-sectional and analytical online study and was conducted with 411 Turkish women postpartum between 6-12 months of age between June 2021 and June 2022. Research data were collected with Descriptive Questionnaire, City Birth Trauma Scale (CityDTS) and Birth Perception Scale (DAS). Kruskal Wallis, Mann Whitney U test and Correlation Analysis were used to evaluate the data.

Results: The mean age of the women participating in the study was 29.08 ± 5.19 years and the education level of the majority of them was at the undergraduate level (38.8%). The mean CityDTS score of the women was 15.77 ± 13.51 ; 90.5% have “at least 1 or more symptoms. The proportion of women who met all diagnostic criteria for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in DSM-5 was 14.9%. It was observed that PTSD increased as women's perception of traumatic birth increased ($p < 0.05$, $r = 0.523$). An increase in the rate of PTSD scores was determined in postpartum women who have a university education level or higher, have a history of psychological discomfort, primigravida, a history of physical/verbal violence or sexual abuse, have stress or anxiety during pregnancy, have fear of childbirth during pregnancy, and do not practice skin-to-skin contact with the baby after birth. ($p < 0.05$). In addition, complications in the mother or baby during or after delivery, negative attitudes and behaviors of health personnel towards women at birth, failure of health personnel to provide adequate support and care to women during labor, failure of health personnel to respect women's privacy at birth and perinatal In this period, the fact that the woman could not receive adequate counseling/training from family health center (FHC) health personnel increased the rate of PTSD ($p < 0.05$).

Conclusion: In this study conducted during the COVID-19 Pandemic period, the rate of birth-related PTSD was found to be close to the upper limit according to the literature. Perception of traumatic birth and interventions in the perinatal period affected the rate of PTSD. In perinatal care, health professionals and nurses should provide adequate counseling, traumatic interventions should be avoided in intrapartum, and necessary care and support should be provided to women.

Keywords: Birth-related PTSD; COVID-19; maternal health; perinatal care; traumatic childbirth



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar	
DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTIMA LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	1
1.2. Araştırmanın Sorusu	1

1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
1.5. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Travmatik Doğum	4
2.2. Perinatal Mental Sağlık	5
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	5
2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Klinik Bulgular	6
2.5. Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu	8
2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisi	10
2.7. Perinatal Mental Sağlıkın Korunmasında Hemşirenin Rolü.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.4. Veri Toplama Araçları	15
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Araştırma Değişkenleri	18
3.7. Verilerin Analizi	18
3.8. Süre ve Olanaklar.....	19
3.9. Etik Açıklamalar	20
4. BULGULAR	21
4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri	21
4.2. Kadınların Perinatal Özellikleri	23
4.3. Doğum Algısı	28
4.4. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu(City Doğum Travması).....	28
4.5. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler .	29
5. TARTIŞMA	41

5.1. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu	41
5.2. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuç	55
6.2. Öneriler	56
KAYNAKÇA.....	59
Ek 1. Çevrimiçi Bilgilendirilmiş Onam Formu	66
Ek 2. Tanımlayıcı Bilgi Formu	67
Ek 3. Doğum Algı Ölçeği (Daö)	71
Ek 4. City Doğum Travması Ölçeği	72
Ek 5. Ölçek Kullanım İzinleri	75
Ek 6. Etik Kurul İzni.....	76
Teşekkür	79
Özgeçmiş.....	80

Tablolar Dizini

Tablo 1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo 2. Kadınların Sağlık Durumu Özellikleri

Tablo 3. Kadınların Antenatal Özellikleri

Tablo 4. Kadınların Obstetrik Özellikleri

Tablo 5. Kadınlara İntapartum/Doğum Eyleminde Uygulanan Girişimler

Tablo 6. Kadınların Doğum Sonrası Özellikleri

Tablo 7. Kadınların Doğum Eyleminde Sağlık Personeline İlişkin Deneyimleri

Tablo 8. Doğuma Yönelik Algı Düzeyi

Tablo 9. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Oranı

Tablo 10. City Doğum Travmasını Etkileyen Değişkenlerin Korelasyon İlişkisi

Tablo 11. TSSB Varlığı ile Doğum Algısı Ölçek (DAÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 12. Kadınların Demografik Özellikleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 13. Kadınların Sağlık Durumu Özellikleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 14. Kadınların Antenatal Özellikleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 15. Kadınların Obstetrik Özellikleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 16. Kadınların İntrapartum / Doğum Eylemine İlişkin Özellikleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 17. Kadınların Doğum Sonrası Özellikleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 18. Kadınların Doğum Eyleminde Sağlık Personeline İlişkin Deneyimleri İle City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Şekiller Dizini

Şekil 1. OpenEpi Programında Örneklem Hesaplaması

Şekil 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi



Kısaltma Listesi

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

ASB: Akut Stres Bozukluğu

CDTÖ: City Doğum Travması Ölçeği

DAÖ: Doğum Algı Ölçeği

DSM 4: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition)

DSM 5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition)

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ASM: Aile Sağlıkı Merkezi



GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Problemi

Doğum; kadın vücudunda doğal olarak gerçekleşen fizyolojik, öngörülebilir bir olay olmasının yanında bazı riskleri de beraberinde getiren bir süreçtir (Sönmez & Sivaslıoğlu, 2019). Kadının hem fiziksel hem de psikolojik olarak sağlığını etkileyen karmaşık bir eylemdir (Şahin, 2020). Her yıl dünya genelinde 136 milyona yakın kadın canlı ya da ölü bebek dünyaya getirmektedir (Çelik, 2018) Doğumdan sonra kadının fiziksel olarak iyileşmesi kadar yeni sürece uyum sağlaması ve annelik rolünü benimsemesi oldukça önemlidir (Şahin, 2020).

Doğumdan sonraki dönemde kadının doğumunu olumlu ve pozitif bir deneyim olarak hatırlaması beklenir. Bunun aksine bazen kadınlar doğumlarını kötü bir deneyim ve travma olarak hatırlayabilirler (Işık & Demirgöz Bal, 2022). Dünya genelinde %50' den fazla kadın doğum eylemini travma yaratan bir olay olarak görmektedir. Yapılan sistematik bir incelemede kadınların %44 kadarı travmatik doğum yaşadığını belirtmiştir. Doğum travması; doğum eylemi sırasında annenin veya bebeğin fiziksel bütünlüğüne zarar gelmesi ya da annenin bu şekilde algılaması olarak tanımlanabilir. Bir kadın travmatik doğum deneyimi yaşadığında doğumu; kontrol kaybı, çaresizlik ve yoğun korku yaşanan bir olay olarak görmektedir (Ertekin Pınar & Polat, 2019; Garthus-Niegel, von Soest, Vollrath , & Eberhard-Gran, 2013; Modarres, Afrasiabi, Rahnama, & Montazeri, 2012; De Graaff, Honig, Van Pampus, & Stramrood, 2018). Doğum deneyimi çok boyutlu bir olgudur; kadının kendisi ve bebeği için yaşadığı korku, tıbbi müdahale, kişisel performans algısı, çocuğun konumu, kadının önceki psikolojik ve fiziksel sağlığı, doğum sırasında komplikasyon gelişmesi, yetersiz destek ve bakım gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Catling & Simpson, 2016). Travmatik doğum deneyimi olmayan kadınlar annelik rolünü daha kolay üstlenir. Doğumdan sonra oluşan stres bozukluklarıyla başa çıkmanın ve dayanıklılığın; direncin gözden geçirilmesi, olumlu duyguların artırılması, aktif başa çıkma, bilişsel yeniden değerlendirme, sosyal destek, korkularla yüzleşme ve bir amaç veya anlam duygusuna sahip olma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ayers, 2017). Travmatik doğum deneyimleri; doğum sonrası ruhsal sağlığın bozulmasına,

sonraki gebeliklerde doğum korkusuna ve annenin bebeğiyle kurduğu bağda zedelenmeye yol açarak çocuğun gelişiminde sıkıntı yaşanmasına neden olabilir. Bazı kadınlar, bir çocuğun doğumunu o kadar travmatik olarak deneyimler ki özellikle istenmeyen bir süreç olan postpartum travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişebilir (Catling & Simpson, 2016; Stramrood & Slade, 2017).

Doğum travması kişinin algısına göre değişiklik gösterebilir. Örneğin travmatik ve zor bir doğum deneyimi yaşayan iki kişiden biri doğumu travmatik olarak görebilir ve o kişide doğumdan sonra TSSB semptomları görülebilirken diğeri bu şekilde görmeyebilir ve TSSB semptomları gelişmeyebilir. (Diamond & Colaianni, 2022). TSSB, bir kişinin ölümüne veya vücudunda ciddi yaralanmaya maruz kaldığı veya tanık olduğu ve bunun sonucunda çeşitli semptomlardan muzdarip olduğu olaylardan sonra ortaya çıkabilir. TSSB'si olan kişiler sıklıkla kabuslar, olumsuz duygu ve bilişlerin istenmeyen müdahaleleri, kaçınma davranışı, sinirlilik, genellikle gergin olma, zayıf konsantrasyon, suçluluk ve ajitasyon bildirirler (Stramrood & Slade, 2017).

Postpartum 6-12 ay arasındaki kadınların doğum travması ve postpartum travmatik stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlenerek, risk altındaki kadınlar tespit edildiğinde klinik görüşmeler, ekstra destek ve daha iyi ağrı giderme gibi önleyici stratejiler planlanabilir. Bakım planlayıcılar yüksek riskli kadınlar için uygun bakım planlarını ve destek hizmetlerini sunabilirler.

1.2. Araştırmanın Sorusu

1. Postpartum 6-12 ay arasındaki kadınlarda perinatal travmatik risk faktörleri nelerdir?
2. Postpartum 6-12 ay arasındaki kadınların doğum algısı nasıldır?
3. Postpartum 6-12 ay arasındaki kadınlarda doğumla ilişkili travmatik stres bozukluğu sıklığı nedir?
4. Postpartum doğumla ilişkili travmatik stres bozukluğu ile ilişkili faktörler nelerdir?

1.3. Araştırmanın Varsayımları

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitede olduğu varsayılmaktadır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmada kullanılan ölçeğin değerlendirme kurallarına göre doğum sonrası 6-12 ay içinde olan kadınlar arasında yapılması,
- COVID-19 pandemisinde yapılması,
- Online veri toplama yöntemi kullanılması
- Kadınların öz bildirimine dayalı olması

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; postpartum 6-12 ay arasındaki kadınların doğum travması ve postpartum travmatik stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

2.1. Travmatik Doğum

Türk Dil Kurumunca travma, tıbbi olarak: bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme olarak tanımlanırken, ruh bilimi olarak: sarsıntı şeklinde tanımlanmıştır (<https://sozluk.gov.tr/>).

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5'te psikolojik travmayı gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma şeklinde tanımlamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) DSM-5 tanımında, bireylerin travmatik yaşantılarla dört şekilde karşı karşıya kalabileceklerinden bahseder, DSM-5 tanımına göre, kişi olayı aşağıdaki yollardan biri ya da daha fazlası ile gerçek ya da göz korkutucu şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Travmatik doğum, bebeğin annesinden, fiziksel yaralanmayı içerebilecek ya da içermeyebilecek, ancak kalıcı nitelikte psikolojik sıkıntı ile sonuçlanan, derin sıkıntıya ya da psikolojik rahatsızlığa neden olan olay ya da bakımı içeren bir şekilde ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (Greenfield, Jomeen, & Glover, 2016).

Dünyadaki kadınların %20 ile %48'i doğum deneyimlerini travmatik olarak bildirmektedir. Travmatik doğum maternal ruh sağlığı, anne-bebek bağlanması, bebek ve çocuk gelişimi ile ilgili olumsuz sonuçlar düşünüldüğünde oldukça önemlidir. (White, Watson, Hall, & Hewitt, 2021; Simpson & Catling, 2016). Antenatal, intrapartum ve postnatal faktörlerin hepsi doğum travmasına katkıda bulunmada rol oynayabilir. (White, Watson, Hall, & Hewitt, 2021).

Doğum travması, kadınlar için kaygı, tokofobi, bağ kurma güçlükleri, ilişki sorunları ve TSSB gibi devam eden psikososyal semptomları tetikleyebilir. Kadınların gelecekteki doğurganlık seçimleri doğum travması ile engellenebilir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) travmatik bir doğumun olası bir sonucu gelişebilir (White, Watson, Hall, & Hewitt, 2021).

Doğum nedeniyle travma yaşayan kadınların doğum sonrası dönemde ilişkinin bozulması, bebekleriyle bağ kurmada zorluk, ebeveynlik stresi ve öz kimlik kaybı gibi bir takım psikososyal güçlükler geliştirme olasılığı daha yüksektir. Travmatik bir

doğum deneyimi ayrıca kadınları geçmişe dönüşler, kabuslar, öfke, endişe ve izolasyon gibi semptomlarla baş başa bırakabilir. Ek olarak, bazı kadınlar travmatik doğum deneyimlerini hatırlatmaktan kaçındıklarını bildirmektedir (White, Watson, Hall, & Hewitt, 2021).

2.2. Perinatal Mental Sağlık

Gebelik dönemi ve bir bebeğin dünyaya gelişi özel ve güzel bir gelişme olduğu kadar özellikle anneler için zor ve yıpratıcı bir dönem olabilmektedir. Annenin fiziksel sağlığı etkilendiği gibi mental sağlığı da etkilenebilir. Bazı annelerde gebelikte, doğum ve doğum sonrasında bir takım psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir. Gebelik ve doğum sonrası 12 aylık dönemde annede meydana gelebilecek ruhsal bozukluklar ile perinatal psikiyatri ilgilenmektedir (Kızılkaya Beji, Murat, & Köse, 2022). Perinatal dönem annede fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal pek çok değişiklik meydana gelmekte ve anne ruhsal hastalıklara açık olabilmektedir. Bu dönemde yaşanan depresyon, anksiyete gibi yaygın mental bozukluklar doğum sonrası dönemde TSSB, mani ve psikoza kadar varabilecek geniş bir hastalık yelpazesine sebep olabilmektedir (Howard, Piot, & Stein, 2014). Perinatal mental bozukluklar, gebeliğin en yaygın morbiditeleri arasındadır ve anne ölümlerinin yanı sıra olumsuz yenidoğan, bebek ve çocuk sonuçlarına önemli bir katkıda bulunur (Howard & Khalifeh, 2020). Anne ve bebeğin yanı sıra baba da bu dönemde bazı ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir. Sağlık profesyonelleri olaya bütüncül yaklaşarak gerekli destek ve yönlendirmeleri yapmalıdır. Sağlık profesyonelleri ruhsal hastalıklara yol açan risk faktörlerini bilmeli, erken tanılama yapmalı, tedavisi için gerekli yerlere sevk etmeli ve rahabilitasyon sürecinde de destek olmalıdır (Kızılkaya Beji, Murat, & Köse, 2022). Böylece sadece annenin değil, bebeğin ve ailenin de ruhsal sağlığı korunmuş olur.

2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Travmatik bir olay sonrası TSSB gelişir. Ancak travmatik bir olaya maruz kalan herkeste TSSB görülmez. Travmaya maruz kalan insanların sadece %10'unda TSSB gelişir (Şahin, 2020; Kavakçı, 2015). TSSB gelişimi için travmatik bir olay yaşanmasının yanında birçok farklı etken de rol oynamaktadır ve bundan dolayı karmaşık bir etiyojisi vardır. Travmatik olayın şiddeti, süresi, travmatik olayı yaşayan kişinin cinsiyeti, yaşı, daha öncesinden travmatik deneyim öyküsünün

olması, travma öncesi kişinin psikiyatrik bir bozukluğunun olması, sosyal çevresinden gerekli desteği alamama, önceki yaşam deneyimleri, genetik etkenler, travma sırasında aşırı sempatik uyarılma, travma sonrası dissosiasyon, eğitim, zeka gibi birçok farklı etken TSSB gelişiminde rol oynamaktadır (Koç, 2018; Kavakçı, 2015; Şahin, 2020). TSSB gelişen hastaların yarısında belirtiler ilk üç ay içerisinde düzelmeye başlar. Fakat hastaların önemli bir grubunda belirtilerin 12 ay boyunca devam ettiği bilinmektedir. İlk 3 ay içerisinde belirtileri düzelmeyen hastaların devam etmesi yüksek olasılıklıdır. TSSB kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler; bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan pek çok yükü beraberinde getirir (Koç, 2018). TSSB'nin yaşam boyu prevalansı %1-12,3 arasındadır (Doğan, 2011).

TSSB, DSM-5'te: Gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma, başkalarının başına gelen travmatik olayları doğrudan doğruya görme ya da öğrenme sonrası ortaya çıkabilen, özgül belirtilerle kendini gösteren ve her yaşta görülebilen klinik bir tablo olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 2013).

2.4.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Klinik Bulgular

DSM-5'e göre TSSB tanısını koymak için travmatize edici bir ya da birden çok olaya maruziyet sonucunda TSSB'ye özgü birtakım semptomlar görülmelidir. Görülmesi gereken DSM kriterleri sekiz bölüme ayrılmaktadır. Akut travmayı takiben ortaya çıkar ve bir (1) ay ya da daha uzun sürer.

“Kriter A; Aşağıda sıralanan durumlardan bir ya da birden fazlasıyla gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşı karşıya kalma ya da cinsel saldırıya uğramış olma”

1. Travmatik olay(lar)ı doğrudan yaşama
2. Başkasının başına gelen travmatik olay(lar)ı doğrudan görme (şahitlik etme)
3. Aileden ya da yakın arkadaşlarından birinin travmatik olay(lar) yaşadığını öğrenme (yakının ölümü veya ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır).
4. Travmatik olayın sevimsiz ayrıntılarına yineleyici ve aşırı düzeyde maruz kalma (American Psychiatric Association, 2013).

“Kriter B; Travmatik olay(lar)dan sonra başlayan travmatik olay(lar)a ilişkin istemsiz gelen aşağıdaki bulguların bir ya da birden fazlasının bulunması”

1. Travmatik olay(lar)ın tekrarlayıcı, istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları.

2. Travmatik olay(lar)a ilişkin yineleyici, sıkıntı veren düşler.
3. Kişinin travmatik olay(lar)ı yeniden yaşıyormuş gibi hissettiği veya davrandığı çözüme (disosiyatif) tepkiler.
4. Travmatik olay(lar)ı sembolize eden ya da anımsatan iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama
5. Travmatik olay(lar)ı sembolize eden ya da anımsatan iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca belirgin fizyolojik tepkiler verme (American Psychiatric Association, 2013)

“Kriter C; Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin varlığıyla belirli, travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan travmatik olay(lar)a ilişkin uyarlardan devamlı kaçınma”

1. Travmatik olay(lar)la ilgili yakından ya da doğrudan ilişkili, rahatsızlık veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları
2. Travmatik olay(lar)la ilgili yakından ya da doğrudan ilişkili, rahatsızlık veren anılar, düşünceler ya da duyguları anımsatan dış uyarlardan (insanlar, durumlar, etkinlikler, konuşmalar, nesnelere...) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları (American Psychiatric Association, 2013)

“Kriter D; Aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasının olmasıyla, travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen travmatik olay(lar)a ilişkin bilişsel ve duygusal olumsuz değişiklikler olması”

1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir kısmını hatırlamada güçlük çekme (unutkanlık çözülmesi dediğimiz disosiyatif amneziye bağlı olup alkol ya da madde kullanımı, kafa travması ile ilişkisi yoktur).
2. Travmatik olay(lar)ın nedenleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, devamlı ve abartılı bir biçimde kötü inanışlar ya da beklentiler içinde olma.
3. Travmatik olay(lar)ın sebepleri ve ortaya çıkan durumlarıyla ilgili, bireyin kendi özünü veya diğer insanları zan altında bırakmasına neden olan, devamlılığı olan duygular.
4. Devamlılığı olan negatif duygusallık.
5. Lüzumlu faaliyetlere katılmama veya ilgisizlik.
6. Diğer insanlardan uzaklaşma ya da onlara karşı yabancılaşma hissetme.

7. Devamlı olarak, pozitif duygular hissedememe (American Psychiatric Association, 2013).

“Kriter E; Aşağıdakilerden iki veya daha çoğuyla ortaya çıkan, travmatik olay(lar)la ilişkin değişiklikler olması:”

1. Kişilere veya eşyalara yönelik sözlü veya sözsüz sataşmayla beliren, aşırı hiddetli tutum ve tavır.
2. Kişinin kendisini negatif yönde etkileyecek tutum ve tavırlardan kaçınmama.
3. Devamlı olarak uyanık ve hazır olma.
4. Aşırı ürkemek.
5. Konsantrasyon bozukluğu.
6. Uyuma bozukluğu (American Psychiatric Association, 2013).

“Kriter F; Bu bozukluğun süresi (B,C,D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzun sürer.

“Kriter G; Bu bozukluk klinik yönden belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, kamusal alanlarda işlevsellikte düşmeye sebep olur.”

“Kriter H; Bu bozukluk bir maddenin (örn: ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz” (American Psychiatric Association, 2013).

2.5. Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Doğum sonrası dönemde TSSB gelişimi çok boyutlu bir olgudur; kadının kendisi ve bebeği için yaşadığı korku, obstetrik müdahaleler, kişisel performans algısı, çocuğun konumu, anne veya yeni doğanda komplikasyon gelişmesi, yetersiz destek ve bakım, kadının önceki psikolojik ve fiziksel sağlığı gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Catling & Simpson, 2016; Şahin, 2020).

TSSB belirli bir süreç değildir ancak aylarca sürebilir ve sonraki gebeliklerde de kendini gösterebilir hatta kronik hale gelebilir. Postpartum TSSB prevalansı %4 ve %16.4 arasında değişmektedir (Cook, Ayers, & Horsch, 2018; Şahin & Bayrı Bingöl, 2021).

Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri: Çalışmalarda travmatik doğum ve TSSB'nin gelişimi için doğumdan önceki dönemde, intrapartum ve postpartum dönemde birçok risk faktörleri olduğu ortaya konmuştur. Cinsel travma öyküsü, önceden var olan psikolojik morbidite, ilk kez anne olma, gebeliğini

etkileyen önceden var olan tıbbi sorunlar, gebelik komplikasyonları, doğum öncesi doğum korkusu olması, düşük sosyoekonomik statü, sağlık sigortasına erişimin olmaması, planlanmamış gebelik doğum öncesi var olan TSSB risk faktörlerini oluşturmaktadır (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, & Fenwick, 2014; Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011). İntrapartum risk faktörleri arasında enstrümantel doğum veya sezaryen doğum olan operatif doğum literatürde en çok tanımlanan risk faktörüdür, operatif doğumlar arasında da acil sezaryen doğum en sık belirlenen risk faktörüdür (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Halperin, Sarid, & Cwikel, 2015). Diğer intrapartum risk faktörleri; yenidoğan komplikasyonları, prematüre doğum, yenidoğanın güvenliğinin tehdit altında olması, müdahaleli vajinal veya sezaryen doğum yapma, doğumda komplikasyon oluşması, destek eksikliği, doğum sırasında ağrı, kontrol kaybı, yaşama yönelik tehdit, tehlike duyguları, istenmeyen müdahale ya da prosedürleri kabul etme baskısı, üçüncü evre doğum komplikasyonları, doğum sırasında çoklu müdahale, anestezi komplikasyonları, indüksiyon, epidural analjezi yaptırma baskısı ve doğum sırasında idrar kateterizasyonu olarak bulunmuştur (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011). Literatürde TSSB için doğum sonrası risk faktörleri tarandığında; doğumdan sonra yaşanan stres, yetersiz başetme ve depresyon, düşük sosyal destek, artan fiziksel ağrı, yetersiz hastane bakımı, düşük memnuniyet, uykusuzluk, doğum deneyimi ile ilgili zayıf benlik algısı, doğum sonrası artan doğum korkusu ve olumsuz anne-bebek etkileşimleri risk faktörlerini oluşturmaktadır (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018).

Potansiyel risk faktörleri bilinir, iyi analiz edilirse ve kadının öznel deneyimleri anlaşılırsa travmatik doğumun önlenmesi için gerekli düzenlemeler yapılabilir. Bu nedenle risk faktörlerini tespit edebilmek için etkin taramalar yapılmalı, risk faktörleri bulunuyorsa TSSB gelişimi önlenmeli, TSSB gelişirse de etkin bir tedavi uygulanmalıdır. (Cook, Ayers, & Horsch, 2018; Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, & Fenwick, 2014).

Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etkileri: Travmatik bir doğum deneyimi; doğum sonrası anksiyete, depresyon ve stres düzeyini etkilemektedir (Türkmen, Yalnız Dilcen, & Aslantekin Özçoban, 2020). Doğum sonrası TSSB gelişen kadınlar kendilerini sakatlanmış, çaresiz, aşağılanmış hissettiklerini;

yaşadıkları fiziksel ağrıdan dolayı kendilerini tükenmiş ve depresyonda hissettiklerini ayrıca doğumdan sonra daha çok fiziksel problem yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bazı kadınlar vajinalarını işe yaramaz, kesilmiş ve hırpalanmış olarak gördüklerini belirtmiştir (Ayers, Eagle, & Waring, 2006; Beck C. , 2004; Ayers, Radoš, & Balouch, 2015; Nicholls & Ayers, 2007). İspanya'da 2990 İspanyol lohusa kadınla yapılan kesitsel bir çalışmada TSSB semptomları olan kadınların yaşam kalitesinin postpartum 4.-6. Haftalarda daha kötü olduğu gösterilmiştir (Hernández-Martínez, ve diğerleri, 2019). Doğumla ilgili TSSB ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada katılımcıların %8,5'inin TSSB için tüm tanı kriterlerini karşıladığı ortaya konuldu. Tüm TSSB kriterlerini karşılayan kadınlarda, tüm kriterleri karşılamayanlara göre depresyon gelişme riski 9,7 kat daha yüksek bulunmuştur(Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020). Anne-bebek arasındaki ilişkiye ve çocuk gelişimine etkisini araştıran 21 çalışmanın incelenmesi ile oluşturulan bir sistemik derlemede doğumla ilgili TSSB'nin, anne-bebek etkileşiminin bozulması, düşük emzirme oranı, bebekte düşük doğum ağırlığı ve bebeğin yeme, uyuma güclüğü yaşaması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Cook, Ayers, & Horsch, 2018). Doğum sonrası stres bozukluğunun anne-çocuk üzerindeki etkilerini araştıran başka bir çalışmada; yüksek TSSB semptomları olan annelerin çocuklarıyla sağlıklı bağlanma gerçekleştiremedikleri, çocuklarına karşı geri çekilme davranışlarında buldukları, çocuklarıyla empati kurmakta zorluk yaşadığı belirtilmiştir (Ionio & Di Blasio, 2014). Postpartum ikinci yılda TSSB semptomlarının ebeveynlik stresi ve anne-çocuk arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada; kadınların %2,5'i çocuklarıyla ilişkilerini olumsuz etkilediğini bildirdi, %18,5'i doğum deneyimlerinin daha sonraki çocuk planlarını olumsuz etkilediğini hissetmiş ve bunu hisseden grubun % 53,3'ü daha fazla çocuk sahibi olmamaya karar vermiş (McDonald, Slade, Spiby, & Iles, 2011). Doğum sonrası TSSB gelişen kadınlar travmatik doğum deneyimini tekrar tekrar yaşıyormuş gibi hissettiklerini, bu durumdan kurtulamadıklarını ve bundan dolayı partneriyle eskisi gibi iyi etkileşimde bulunamadıklarını; bazı kadınlar, ilişkilerini devam ettirmede zorluk yaşadıklarını ve romantizmin bittiğini ifade etmiştir (Beck, 2004; Ayers, Radoš, & Balouch, 2015; Ayers, Eagle, & Waring, 2006).

2.6.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisi

TSSB sağaltımında hedef bireyin sıkıntısının azaltılması ve işlevselliğini bozan belirtilerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu süreçte ilaç uygulaması ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Travmatik durumu yaşıyan kişinin travma öyküsü, yaşadığı belirtiler, ihtiyaçları, sosyal desteğin varlığı ve kültürel faktörler göz önüne alınarak tedavi seçimi planlanır (Şahin, 2020; Koç, 2018).

Farmakolojik tedavi: TSSB’de ilaç sağaltımının amaçları travma sonrası gelişen belirtileri hafiflemek amacıyla kullanılır. Örneğin: uykuyu düzenlemek, kompulsif düşünceleri, geri dönüşleri (flashbacks), kabusları hafifletmek, kendine zarar verme davranışını azaltmak, anksiyete, depresyonu, aşırı uyarılmayı ve kaçınma davranışlarını hafifletmek, dissosiyatif ve psikotik belirtileri yatıştırmak amacıyla kullanılır (Koç, 2018; Şahin, 2020).

İlaç tedavileri üç aşamayı içerir: stabilizasyon, idame ve kesmedir. Stabilizasyonda ilk olarak hastayla işbirliği sağlanmalıdır. Cevap alınan tedavilerde süreklilik sağlanıyorsa ilacı kesme düşünölmelidir. Tedaviye başlama aşamasında ilk olarak düşük dozda başlanmalı ve kesileceği zaman doz yavaş yavaş azaltarak kesilmelidir. Tedavide yaygın olarak kullanılan ajanlar: Trisiklik antidepressanlar, SSGİ, monoaminooksidoz inhibitörleri, lityum tuzları, buspiron, beta-blokerler, opioid antagonistleridir (Dağ Karataş, 2016; Koç, 2018; Şahin, 2020).

Psikoterapi: TSSB görölen kişilerde psikoterapi yöntemleri uygulanarak yaşanan travmatize edici olaya yeni bir bakış açısı getirmek, kendine güven duygusunu arttırmak ve olaylarla daha etkin başa çıkma yöntemleri geliştirmek, kişinin kaçındığı olaylar ile yüzleşmesi ve imgeleme yöntemi gibi çeşitli yöntemler kullanılarak kişinin tedavisi amaçlanır (Koç, 2018; Şahin, 2020).

Psikoterapötik tedavilerde; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), travma odaklı psikoterapiler, grup terapileri, kaygının kontrolü (aktif gevşeme, nefes alma eğitimi), eğitim ve destekleyici danışmanlık sayılabilir (Dağ Karataş, 2016).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), TSSB tedavisinde en çok tercih edilen psikoterapi yöntemidir. Bu yöntemle bireyin strese girmesine neden olan olaylar hakkında bireye farkındalık kazandırmak, ne yapacağına daha iyi karar vermesi için olayları her yönüyle anlamasını sağlamak amaçlanır. Kişinin benlik saygısı artırılır, stresle baş etme yöntemleri öğretilir, bilgilendirmeler yapılır, kendisini ve olayları yeniden

yapılandırması ve yorumlaması sağlanır, gevşeme egzersizleri, nefes alma eğitimleri gibi çeşitli yöntemler öğretilir (Şahin, 2020; Koç, 2018).

Göz hareketi ve duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), özellikle son zamanlarda kullanımı yaygınlaşan bir yöntemdir. Bu teknik kişinin yaşadığı travmatik olaylar sırasında beyninde birçok biyolojik hafıza merkezleri oluşmasına dayanır. Kişi travmatik olayı yaşadıkdan sonra hiç travmatik olayla ilgisi olmayan durumlarda bile daha önce oluşan biyolojik hafıza merkezleri uyarılabilir ve kişinin anksiyetesi artabilir hatta depresyona girebilir. Tekniği uygulayan kişi ellerini hastanın göz önünde ileri ve geri hareket ettirir. Hasta terapistin ellerine bakarken yaşadığı travmatik olayları düşünmesi için yönlendirilir, böylece hastanın anksiyeteyi arttıran travmatik olaya karşı duyarlılığının azalması sağlanır (Koç, 2018; Şahin, 2020).

2.7. Perinatal Mental Sağlığın Korunmasında Hemşirenin Rolü

Travmatik doğum ve bunun sonucu gelişen mental sorunlar için sağlık profesyonelleri ve özellikle gebelik, doğum ve doğum sonrasında anne ve bebekle yakın etkileşim ve iletişimde bulunan hemşireler uyanık olmalı ve olası risk faktörlerini belirleyip hastalık oluşmadan gerekli tedbirleri almalıdır. Gebelik öncesinde ve gebelik döneminde annenin kaygı ve stresini değerlendirmeli ve onları ihtiyaç duydukları konularda desteklemelidir. Özellikle riskli gebeliklerde gebenin stresini azaltacak, onları rahatlatarak çeşitli alternatif yollar tavsiye edebilir. Örneğin: meditasyon, yoga, solunum egzersizi, hafif yürüyüşler, riskli olmayan egzersizler, günlük tutmak, müzik dinlemek, hayal kurmak, imgeleme yapmak, dua etmek, maneviyatı güçlendirmek, iyi gelen ve farklı pencereler açan kitaplar okumak, bebeğiyle konuşmak gibi birçok yöntem tavsiye edilebilir (Baltacı & Başer, 2020). Sağlık profesyonelleri olaya bütüncül yaklaşmalı; gebeyi fizyolojik ve biyolojik değerlendirmenin yanı sıra her trimesterde psikolojik olarak da değerlendirmelidir. Düzenli tarama yapmak olası risk faktörlerini erkenden belirleyip önlem almayı kolaylaştırır. Kadının kendine veya bebeğine karşı zarar verme riski değerlendirilmeli, varsa böyle bir risk önlem alınmalı ve gerekli mercilere sevk edilmelidir. Kadın, sağlık profesyonellerinin desteğinin yanında yakın çevresinden ve özellikle eşinden yeterli desteği aldığı takdirde daha kolay ve rahat bir süreç geçirir. Eş ve yakın çevre, yeterli desteği göstermesi için bilgilendirmeli ve teşvik edilmelidir. (Kızılkaya Beji, Murat, & Köse, 2022). Kadının soruları varsa sağlık

profesyonelleri tarafından açıklayıcı ve yeterli şekilde cevaplanmalıdır. Kadının ihtiyaç duyduğu konularda danışmanlık ve eğitim hazırlanmalıdır. Doğum korkusu(tokofobi) ve doğumla ilgili kaygılar için doğum öncesi taramanın başlatılması, risk altındaki kadınların belirlenmesine ve kadınların doğum travması yaşama olasılığını azaltmak için bireyselleştirilmiş bakım ve eğitimin geliştirilmesine yardımcı olunmalıdır. (Kızılkaya Beji, Murat, & Köse, 2022; Ataşever & Sis Çelik, 2018). Çeşitli veri tabanlarında postpartum TSSB ile ilgili çalışmalarda; doğuma hazırlık derslerine katılımın, iyi bir hemşirelik bakımının, doğum yeri olarak hastane ortamından ziyade ev benzeri bir ortamda doğum yapmanın, doğumdan hemen sonra anne ile bebek arasında kesintisiz ten tene temasın, saygın ve güvenilir bir doğum planına sahip olmanın, epidural analjezi kullanmanın, doğumdan hemen sonra bebeği emzirmenin, müdahaleler arasında bilgilendirme yapmanın, yapılandırılmış psikolojik müdahalelerin, duyguları ifade edici yazma müdahalelerinin, yenidoğanı doğumdan hemen sonra tutma, görme, ten tene temasın teşvik edilmesi, anneye psikolojik eğitim verilmesi ve duygularını ifade etmeye müsaade edilmesi postpartum TSSB gelişimine karşı potansiyel koruyucu faktörlerdendir (De Graaff, Honig, Van Pampus, & Stramrood, 2018; Hernández- Martínez, ve diğerleri, 2019; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018). Bu koruyucu faktörlerin sağlanmasında özellikle hemşireler kilit rol üstlenmektedir ve bunun bilincinde olmalıdır. Enstrümantal doğum ve sezaryen kesin gerekiyorsa yapılmalı, ağırlı işlemlerde yeterli analjezi kullanılmalı doğum planına kadının da etkin katılımı sağlanmalı, süreçle ilgili gerekli bilgilendirme yapılmalı, soruları yanıtlanmalıdır. Sağlık profesyonelleri iletişim becerilerini güçlendirmeli ve kadınla sağlıklı, etkili bir iletişim kurmalıdır. Doğumda endikasyon gelişmedikçe istenmeyen müdahalelerden kaçınılmalı ve kadının mahremiyetine saygı gösterilmelidir. Postpartum dönemde annenin duygularını paylaşmasına izin verilmeli, psikolojik durumu ve sosyal destek sistemleri değerlendirilmeli, TSSB veya postpartum depresyon açısından riskli ise psikiyatrik destek alabileceği birimlere yönlendirilmelidir. Anneye ihtiyaç duyduğu konularda danışmanlık ve sağlık eğitimi planlanıp verilmelidir (Hernández- Martínez, ve diğerleri, 2019; Yıldırım, 2020; Çelik, 2018; Türkmen, Yalnız Dilcen, & Aslantekin Özçoban, 2020; Bay, 2019).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; kesitsel ve analitik tipte online yapılan bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Haziran 2021/Haziran 2022 tarihleri arasında Türkiye sınırları içerisindeki postpartum 6-12 ay arasındaki kadınlarda online olarak yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 6-12. ay arasındaki postpartum Türk kadınları oluşturmuştur. Türkiye 2021 yılı doğum istatistiklerine göre canlı doğum yapan kadın sayısı yaklaşık bir milyon 80 bindir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021-45547>). Örneklem hesaplaması evreni bilinen örneklem hesaplamasına göre, OpenEpi programında prevalans %50, %1 sapma payı ve %95 güven yüzdesinde ulaşılmaması gereken en küçük örneklem büyüklüğü 384 hesaplanmıştır(<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>).

Araştırmada toplam 411 postpartum anneye ulaşılmıştır. Fakat 9 kişi katılım kriterlerini karşılamadığı (bebekleri 6-12 ay arasında olmayan) için araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan toplam 402 postpartum kadın araştırmaya dahil edilmiştir.

Start	Enter	Results	Examples	Help
Sample Size for Frequency in a Population				
Population size (for finite population correction factor or fpc)(N): 1000080				
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p): 50% +/- 5				
Confidence limits as % of 100 (absolute +/- %)(d): 5%				
Design effect (for cluster surveys-DEFF): 1				
Sample Size(n) for Various Confidence Levels				
ConfidenceLevel(%)	Sample Size			
95%	384			
80%	165			
90%	271			
97%	471			
99%	664			
99.9%	1082			
99.99%	1512			
Equation				
Sample size $n = [DEFF * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2 * 1 - \alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p)]$				
Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSPropor				
Print from the browser with ctrl-P				
or select text to copy and paste to other programs.				

Şekil 1. OpenEpi Programında Örneklem Hesaplaması

Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Okuma yazma bilen
- Türkçe iletişim kurulabilen,
- İnternet erişimi olan
- 18-45 yaş arasında olan
- Postpartum 6-12 ay arasında olan
- Gebelik ve postpartum dönemde psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan
- Türkiye'de ikamet eden,
- Bebeği yaşayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında: Tanımlayıcı Soru Formu (TSF), Doğum Algı Ölçeği (DAÖ) ve City Doğum Travması Ölçeği (CDYÖ) kullanıldı.

Tanımlayıcı Soru Formu (TSF): Soru formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış ve toplam 38 sorudan oluşmuştur (Çelik, 2018; Bay, 2019; Kolukırık, 2016; Çalış, 2019; Yıldırım, 2020). Soru formu annelerin sosyo demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin gelir durumu

vs.), obstetrik özellikleri-antenatal (gebeliğin planlanma durumu, antenatal eğitim alma durumu, doğum korkusu vs), obstetrik özellikler-intrapartum-postpartum (gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, doğum esnasında ve sonrasında destek görme durumu, bebeği emzirme, ten tene temasın gerçekleşmesi vs.) sorularından oluşmaktadır (Ek 2).

Doğum Algı Ölçeği (DAÖ): Truijens ve ark. (2014) tarafından geliştirilen Doğum Algı Ölçeği (DAÖ), kadınların doğum esnasında ve doğum sonrası ilk haftada (doğumdan sonraki ilk 7 gün) nasıl deneyimler yaşadığı ve bu süreçleri nasıl algıladıklarını sorgulayan 4'lü likert tipi bir ölçektir (Truijens, Wijnen, Pommer , Oei, & Pop, 2014). Ölçeğin Türkçe formu Aksoy Derya ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir (Aksoy Derya, Sis Çelik, & Ejder Apay, 2019). 8 maddeden oluşan Doğum Algı Ölçeğinin doğum algısı (1, 4, 5 ve 7.madde) ve doğum sonrası ilk haftadaki algı (2, 3, 6 ve 8.madde) olmak üzere 2 alt boyutu bulunmaktadır. Maddeler 0-3 arasında puanlanmakta 0-Tamamen katılıyorum, 1- Katılıyorum, 2- Katılmıyorum ve 3-Kesinlikle katılmıyorum ve ölçekten her iki alt boyut için en az 0 en fazla 12, ölçek toplam puanı için en az 0 en fazla 24 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça doğum esnasına ve doğum sonrası ilk haftaya ait olumsuz/negatif algı düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler (1, 3, 4 ve 5.madde) ters puanlandırılmaktadır (Ek 3).

City Doğum Travması Ölçeği (CDTÖ): Ayers et al. (2018) tarafından geliştirilen TSSB'nin DSM-5 kriterlerine göre doğuma özgü olarak uyarlanan ölçek TSSB belirtilerinin ve tanı kriterlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Ayers, Wright, & Thornton, 2018). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha=0,91$ olarak bulunmuştur (Bayrı Bingöl, Demirgöz Bal, Dişsiz , Taylan Sormageç, & Dikmen Yıldız, 2020). Bu çalışmada iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha=0,94$ olarak bulunmuştur.

DSM-V Tanı Kriterlerine Göre City Doğum Travması Ölçek Değerlendirilmesi

[A]Stresör Kriterleri : Kadınlar, 1 veya 2. soruya evet derse,

[B]Yeniden yaşama belirtileri : 3-7 arasındaki sorulardan herhangi birine 1 ya da daha fazla puan verirse,

[C]Kaçınma Belirtileri : 8. ve 9. sorulardan herhangi birine 1 ya da daha fazla puan verirse,

[D]Negatif bilişler ve duygudurum:10-16 arasındaki sorulardan en az 2 soruya 1 ya da daha fazla puan verirse,

[E]Aşırı uyarılmışlık : 17-22 arasındaki sorulardan en az 2 soruya 1 ya da daha fazla puan verirse,

[F]Devam süresi : 26. soruya 1 ya da daha fazla puan verirse (belirtileri en az 1 ay devam ederse),

[G]Distress ve bozulma : 27. ya da 28. sorulardan herhangi birine 1 yada daha fazla puan verirse, DSM-V ölçütünü yerine getirir.

[H] Dışlama Kriterleri: Eğer 29. sorudan 1 ya da daha fazla puan verirse dışlanmalıdır.

Yalnızca CDTÖ ile TSSB tanısı konulması söz konusu değildir. Ölçek sadece alınan puanlar doğrultusunda, doğum psikoterapistine ya da psikiyatri uzmanına yönlendirme işlevi taşımaktadır. 3-7 sorular doğumu yeniden yaşama belirtileri, 8-9 sorular kaçınma belirtilerini, 10-16 sorular negatif bilişler ve duygudurum, 17-22 sorular aşırı uyarılma belirtilerini değerlendirmektedir. 3-22 arası toplam puan aralığı 0-60'dır. Yüksek puanlar, TSSB semptomlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekte ayrıca 23. ve 24 sorular dissosiasyon belirtilerini değerlendirmektedir. Bu sorular TSSB belirtisi olmayıp, teşhis amaçlı veya dissosiasyon belirtileri inceleniyorsa dikkate alınması önerilmektedir. 25. soruda 0 puan alanlarda doğumdan önce TSSB'nin başladığı, 2 puan alanlarda ise geç başlangıçlı TSSB olduğu kabul edilmektedir. 25. soru doğumdan dolayı TSSB'nin prevelans ölçütüdür.

3.5.Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, çevrim içi bir anket yazılım formu (google form) kullanılarak toplanmıştır. Çevrim içi anket sosyal medya (instagram, whatsapp, facebook) kullanılarak, anne-bebek sitelerinde düzenli paylaşım yapılmıştır. Facebookta: Uykusuz Anneler Kulübü(takipçi sayısı 166 bin), Çocuk Gelişimi ve Eğitimi(takipçi sayısı 992 bin), Madre Bebek(takipçi sayısı 2.8 bin), Bebeğimi Beklerken(takipçi

sayısı 300bin); instagramda: lohusa_annevebebek(takipçi sayısı 11 bin), lohusa.anne (takipçi sayısı 13.8 bin), lohusahamile_com(takipçi sayısı 159 bin), lohusasepeti(takipçi sayısı 158 bin), lohusatacimm (takipçi sayısı 4.5 bin), lohusam_com(takipçi sayısı 75.5 bin), hamileanneler(takipçi sayısı 441 bin), ebeforgebe(takipçi sayısı 2 bin), gamzelibebekler(takipçi sayısı 10.6 bin), gebbepinar(takipçi sayısı 53.9 bin), emzirme.danismanligi(takipçi sayısı 97.7 bin), ebe.tulinbulur(takipçi sayısı 60.3 bin), bebek_hemsiresi(takipçi sayısı 76 bin), emzirmedanismaniHandanDoğan(takipçi sayısı 2 bin), izmirbebekfotografcisi(takipçi sayısı 16.7 bin), hamileyiz.aneyiz(takipçi sayısı 204 bin), zubeydenin_bebek_battaniyesi(takipçi sayısı 7.2 bin), whatsapp: aptamil 2021 anneleri.(katılımcı sayısı 197). Sosyal medya üzerinden yukarıdaki gruplarda ve sayfalarda araştırma linki paylaşılmış ve 150 kadın araştırmaya katılmıştır. Ayrıca ulaşımı kolay olan İzmir Bornova ilçesine bağlı iki aile sağlığı merkezine(ASM) giden araştırmacı, bebeklerini izleme getiren anneler ile araştırma linkini whatsapp üzerinden paylaşmış ve toplam 261 anne araştırmaya katılmıştır. Annelere araştırma ile ilgili sözlü açıklama yapıp çalışmanın amacı ve nasıl katılabilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya gönüllülük esası ile katılan kadınların ilk önce online yazılı onamları alınmış ve anket sistem üzerinden açılmıştır, anketin doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Postpartum doğumla ilişkili travmatik stres bozukluğu puan ortalaması bağımlı değişkendir

Bağımsız Değişkenler: Doğum deneyimi algısı puan ortalaması, sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir vs.), obstetrik özellikler (gebelik sayısı, düşük veya küretaj sayısı, canlı doğum sayısı vs.), antenatal, intrapartum, postpartum dönemde yapılan girişimler ve deneyimler bağımsız değişkenleridir.

3.7.Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanılarak

yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak kategorik değişkenler için frekans ve yüzdeler verilirken, nümerik değişkenler için ortalama, standart sapma (SS), medyan ve değişim aralığı (minimum-maksimum) verilmiştir. İki kategorik değişken arasındaki ilişki Pearson’ın ki-kare testi veya Fisher’in tam testi ile analiz edilmiştir. İki grup arasında nümerik değişkenlerin karşılaştırması için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonucu anlamlı bulunduğu post hoc analizde ikili grup karşılaştırmaları Dunn testi ile gerçekleştirilmiş p değerleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak verilmiştir. Nümerik değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırmasında spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ ’te değerlendirildi.

3.8. Süre ve Olanaklar

FAALİYETLER	2021			2022				2023
	Mart/ Nisan	Mayıs	Haziran/ Aralık	Ocak/ Haziran	Temmuz/ Ağustos	Eylül Aralık	Ocak	
LiteratürTaraması, Tez Konusu onamı								
Etik kurul İzni								
Verilerin Toplanması								
Verilerin Analizi								
Tez/rapor yazımı								
Tezin Sunumu								

Şekil 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

3.9. Etik Açıklamalar

Araştırmanın planlama aşamasında, ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan e-mail yoluyla kullanım izni yazılı olarak alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın yürütülmesi için; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Onam no:23/03/2021-E.101205) alınmıştır (Ek 6). Tüm katılımcılardan çevrimiçi bilgilendirilmiş yazılı onam formu alınmıştır (Ek 1). Araştırma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından (Proje No: TYL-2021-23035) desteklenmiştir.



BULGULAR

Araştırma bulguları beş başlık altında incelenmiştir. Bunlar:

1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri
2. Kadınların Perinatal Özellikleri
3. Doğum Algısı
4. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (City Doğum Travması)
5. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler

4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo 1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Değişkenler (n=402)	Ort±SS	Min-Max
Yaş ortalaması	29.08±5.19	18-43
Evlilik yaş ortalaması	23.35±4.56	15-39
Eğitim durumu	n	%
İlköğretim (İlkokul ve Ortaokul)	120	29.8
Lise	79	19.7
Üniversite	156	38.8
Lisansüstü	47	11.7
Çalışma durumu		
Evet	130	32.3
Hayır	272	67.7
Ailenin aylık gelir algısı		
İyi	80	19.9
Orta	189	47.0
Düşük	133	33.1
Ailenin aylık geliri (TL)*		
3000 TL ve altı	143	35.6
3000-6000 TL arası	136	33.8
6000-9000 TL arası	57	14.2
9000 TL üstü	66	16.4
Yaşanılan yer		
İl/Büyükşehir	303	75.4
İlçe	66	16.4
Köy/Kasaba	33	8.2
Aile tipi		
Çekirdek aile	330	82.1
Geniş aile	65	16.2

Parçalanmış aile	7	1.7
<i>*Aylık gelir çalışmanın yapıldığı zamanki asgari ücret katlarına göre ayarlanmıştır.</i>		

Araştırmaya katılan postpartum kadınların yaş ortalaması 29.08±5.19 (min-max=18-43) ve evlilik yaş ortalaması 23.35±4.56 (min-max=15-39) saptanmıştır. Kadınların, %38.8 (n=156)'i üniversite mezunu, %29.6 (n=120)'sı ilköğretim mezunu, %32.3'ünün (n=130) çalıştığı, % 47'sinin (n=189) orta düzey gelir algısı mevcut, %35.6'nın (n=143) 3000 TL ve altı, 33.8'nin gelir 3000-6000 TL arası geliri mevcut, %75.4 (303)'ünün il/büyükşehirde yaşadığı, %82.1 (n=330)'i çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların Sağlık Durumu Özellikleri

Değişkenler (n=402)	n	%
Yaşamı boyunca psikolojik bir rahatsızlık geçirme hikâyesi		
Evet	62	15.4
Hayır	340	84.6
Yaşamı boyunca Fiziksel/sözel şiddete maruz kalma hikâyesi		
Evet	149	37.1
Hayır	253	62.9
Cinsel şiddete/istismara uğrama hikâyesi		
Evet	25	6.2
Hayır	377	93.8
Pandemi sürecinde covid-19 enfeksiyonu geçiren		
Evet	99	24.6
Hayır	303	75.4
Covid-19 nedeniyle yakın aile bireylerinden kayıp yaşayan		
Evet	49	12.2
Hayır	353	87.8

Postpartum kadınların %15.4'nün psikolojik bir rahatsızlık hikayesi olduğu, %37.1'i fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma hikayesi, %6.2'nin (n=25) cinsel şiddet/ istismar hikayesinin olduğu saptanmıştır. Kadınların Covid- 19 pandemi sürecinde %24.6'sı (n=99) covid-19 hastalığı geçirmiş, %12.2'si (n=49) covid-19 nedeniyle yakın aile bireylerinde kayıp yaşamıştır (Tablo 2).

4.2. Kadınların Perinatal Özellikleri

Tablo 3. Kadınların Antenatal Özellikleri

Değişkenler (n=402)	n	%
Planlı gebelik yaşama durumu		
Evet	295	73.4
Hayır	107	26.6
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu		
Evet	51	12.7
Hayır	351	87.3
Gebelikte sorun yaşama durumu		
Evet	134	33.3
Hayır	268	66.7
Gebeliğinde stres, üzüntü, kaygı yaşama durumu		
Evet	219	54.5
Hayır	183	45.5
Gebelikte doğum korkusu yaşama durumu		
Evet	246	61.2
Hayır	156	38.8

Araştırmaya katılan kadınların antenatal özellikleri Tablo 3’ te verilmiştir. Kadınların %73.4’ü planlı bir gebelik yaşamış ve %66.7’si gebelikte herhangi bir sorun yaşamamıştır. Kadınların %87.3 ‘ü doğuma hazırlık eğitime katılmamış, % 54.5’i gebeliğinde stres, üzüntü, kaygı gibi durumlar yaşadığını ve %61.2 ‘si gebeliğinde doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların Obstetrik Özellikleri

Değişkenler (n=402)	Ort±SS	Min-Max
Gebelik sayısı	1.90±1.14	1-7
Doğum sayısı	1.66±0.92	1-5
Doğum haftası	38.64±1.81	27-42
	n	%
Gebelik sayısı		
Primigravida	201	50.0
Multigravida	201	50.0
Düşük sayısı		
Yok	322	80.1
Var	80	19.9
Parite		
Primipar	230	57.2
Multipar	172	42.8
Ölü doğum		
Yok	392	97.5
Var	10	2.5
Doğum haftası		
23-36 hafta preterm doğum	35	8.7
37-42 hafta miadında doğum	367	91.3
Doğum şekli		
Normal (Vajinal) doğum	161	40.0
Acil sezaryen	107	26.6
İsteğe bağlı sezaryen	71	17.7
Elektif sezaryen	63	15.7
Vajinal doğumda doğumu yaptıran* (n=161)		
Ebe	47	29.19
Doktor	114	70.81
Doğum yapılan yer		
Özel hastane/poliklinik	210	52.2
Kamusal hastane	189	47.0
Evde	3	0.7
<i>* Vajinal doğum yapanlar üzerinden hesaplanmıştır.</i>		

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri Tablo 4' te verilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalaması 1.90±1.14 (min-max=1-7), doğum sayısı ortalaması 1.66±0.92 (min-max=1-5), doğum yaptıkları hafta ortalaması 38.64±1.81 (min-

max=27-42) saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların primigravida ve multigravida oranları birbirine eşittir ve %57.2 (n=230)'si primipardır. %19.9 (n=80)'unun geçmişte düşük öyküsü ve %2.5 (n=10)'inin ölü doğum öyküsü bulunmaktadır. Kadınların %91.3 (n=367)'ü 37-42 hafta miadında ve %40 (n=161)'i vajinal doğum yapmıştır. Vajinal doğum yapanların %70.81 (n=114)'inin doğumunu doktor yaptırmıştır. Kadınların %52.2 (n=210)'si özel hastane/poliklinikte doğum yapmıştır.

Tablo 5. Kadınlara İntrapartum / Doğum Eyleminde Uygulanan Girişimler

Değişkenler (n=402)	n	%
İndüksiyon uygulaması		
Evet	137	34.1
Hayır	265	65.9
Vajinal doğumda epidural anestezi uygulaması (ağrısız)* (N=161)		
Evet	47	29.19
Hayır	114	70.81
Vajinal doğumda epizyotomi, laserasyon durumu* (N=161)		
Evet	140	86.96
Hayır	21	13.04
Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle tentene temas gerçekleşmesi		
Evet	241	60.0
Hayır	161	40.0
Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeği emzirme		
Evet	290	72.1
Hayır	112	27.9
<i>*Vajinal doğum yapanlar üzerinden hesaplanmıştır.</i>		

Araştırmaya katılan kadınların intrapartum / doğum eylemine ilişkin bulgularına göre; kadınların %65.9 (n=265)'ine indüksiyon uygulaması yapılmış, vajinal doğum yapan kadınların %29.19 (n=47)'sine epidural anestezi uygulanmış, %86.96 (n=140)'ında epizyotomi veya laserasyon meydana gelmiştir. Kadınların %60 (n=241)'inin doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle tentene temas ettiği ve %72.1 (n=290)'inin doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeğini emzirdiği ortaya çıkmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların Doğum Sonrası Özellikleri

Değişkenler (n=402)	n	%
Doğum sonrası odasında refakatçi olması		
Evet	323	80.3
Hayır	79	19.7
Doğum sırasında veya sonrasında annede sorun gelişme durumu		
Evet	98	24.4
Hayır	304	75.6
Doğum sırasında veya sonrasında bebekte sorun gelişme durumu		
Evet	93	23.1
Hayır	309	76.9
Şu anda çocuğun beslenme şekli		
Sadece anne sütü	57	14.2
Karışık beslenme (mama, ek gıdalar, anne sütü)	252	62.7
Yapay beslenme	93	23.1

Kadınların doğum sonrası özelliklerinde %80.3 (n=323)'ünde doğum sonrası odasında refakatçisi bulunduğu belirlendi. Doğum sırasında veya sonrasında kadınların %24.4 (n=98)'ünde sağlık sorunu geliştiği, doğum sırasında veya sonrasında bebeklerin %23.1 (n=93)'inde sağlık sorunu geliştiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %62.7 (n=252)'si şu anda bebeklerini karışık beslediklerini (mama, ek gıda, anne sütü) belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların Doğum Eyleminde Sağlık Personeline İlişkin Deneyimleri

Değişkenler (n=402)	n	%
Doğumda sağlık personelinin yeterli destek ve bakım alma		
Hiç olmadı	15	3.7
Çok az	43	10.7
Orta düzeyde	170	42.3
Çok fazla	174	43.3
Sağlık personelinin kadının mahremiyetine karşı saygılı olması		
Hiç olmadı	19	4.7
Çok az	35	8.7
Orta düzeyde	124	30.8
Çok fazla	224	55.7
Sağlık personelinin fiziksel veya sözel olumsuz davranışları		
Hiç olmadı	327	81.3
Çok az	33	8.2
Orta düzeyde	26	6.5
Çok fazla	16	4.0
Doğum sonrası yeterli destek vermesi		
Evet	327	81.3
Hayır	75	18.7
Perinatal dönemde ASM sağlık personelinin yeterli danışmanlık/egitim alma		
Hiç	33	8.2
Çok az	51	12.7
Orta derecede	148	36.8
Yeterli	170	42.3

Araştırmaya katılan kadınların doğum eyleminde sağlık personeline ilişkin deneyim bulguları Tablo 7’de verilmiştir. Kadınların %43.3 (n=174)’ü doğumda sağlık personelinin çok fazla destek ve bakım aldıklarını, %42.3 (n=170)’ü orta düzeyde destek ve bakım aldıklarını; kadınların %55.7 (n=224)’si mahremiyetine saygı gösterildiğini; %81.3 (n=327)’ü sağlık personelinin fiziksel veya sözel olumsuz davranış görmediklerini belirtmiştir. Kadınların %81.3 (n=327)’ü doğum sonrası yeterli destek ve bakım aldıklarını; %42.3 (n=170)’ü perinatal dönemde ASM sağlık personelinin yeterli danışmanlık/egitim aldıklarını, %36.8 (n=148)’i orta derecede danışmanlık/egitim aldıklarını belirtmişlerdir(Tablo 7).

4.3.Doğum Algısı

Tablo 8. Doğuma Yönelik Algı Düzeyi

Doğum Algı Ölçeği (DAÖ) (n=402)	Min-max	Ort±SS
Doğum algısı(doğum esnasındaki)	0-12	5.62±2.65
Doğum sonrası ilk haftadaki algı	0-12	4.98±2.86
Ölçek total puan	0-24	10.60±4.50

Kadınların doğum esnasındaki algılarına ilişkin DAÖ puan ortalaması 5.62±2.65; doğum sonrası ilk haftadaki algılarına ilişkin DAÖ puan ortalaması 4.98±2.86; DAÖ total puan ortalaması 10.60±4.50 saptanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça doğum esnasına ve doğum sonrası ilk haftaya ait olumsuz/negatif algı düzeyinin arttığı kabul edilmektedir (Tablo 8).

4.4. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (City Doğum Travması)

Tablo 9. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Oranı

CityDTÖ Alt Grup Bileşenleri	Ort±SS	Min-Max
CityDTÖ puan ortalaması	15.77±13.51	0-59
Kriterler	n	%
Hiç travma semptomuna sahip olmayan	38	9.5
Bir veya daha fazla travma semptomuna sahip	364	90.5
Travma kriterini karşılamayan	342	85.1
Bütün travma kriterini karşılayan	60	14.9
A-Stresör kriterini karşılamayan	227	56.5
A-Stresör kriterini karşılayan	175	43.5
B-Yeniden yaşama belirtilerini karşılamayan	113	28.1
B-Yeniden yaşama belirtilerini karşılayan	289	71.9
C-Kaçınma belirtilerini karşılamayan	237	59.0
C-Kaçınma belirtilerini karşılayan	165	41.0
D-Negatif bilişler ve duygu durumu	146	36.3
D-Negatif bilişler ve duygu durum karşılayan	256	63.7
E-Aşırı uyarılmışlık karşılamayan	130	32.3
E-Aşırı uyarılmışlık karşılayan	272	67.7
F-1 aydan kısa süreli belirtiler	43	10.7

F-Belirtileri en az 1 aydır devam eden	359	89.3
G-Sıkıntı veya bozulma yok	154	38.3
G-Sıkıntı veya bozulma gösteren	248	61.7
H-Dışlama kriterini karşılamayan	376	93.5
H-Dışlama kriterini karşılayan	26	6.5

Kadınların CityDTÖ puan ortalaması 15.77 ± 13.51 ; %90.5'inin en az 1 ya da daha fazla belirtisi olduğu, %14.9'nun DSM-5 teki TSSB'nun tüm tanı kriterlerini karşıladığı saptandı. Kadınların %43.5 (n=175)'i stresör kriterini karşılamış, %71.9 (n=289)'u yeniden yaşama belirtilerini karşılamış, %41 (n=165)'i kaçınma belirtilerini karşılamış, %63.7 (n=256)'si negatif bilişler ve duygu durumu karşılamış, %67.7 (n=272)'si aşırı uyarılmışlık belirtilerini karşılamıştır. Kadınların %89.3 (n=359)'ünün belirtileri en az 1 ay devam etmiş, %61.7 (n=248)'sinde sıkıntı veya bozulma meydana gelmiştir. Çalışmaya katılanların %6.5 (n=26)'i dışlama kriterlerini karşılamaktadır (Tablo 9).

4.5. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu(TSSB) Etkileyen Faktörler

Tablo 10. City Doğum Travmasını Etkileyen Değişkenlerin Korelasyon İlişkisi

		City Ölçek Puanı
Yaş	r	-0,073
	p	0,143
Evlilik Yaşı	r	0,106*
	p	0,034
Gebelik Sayısı	r	-0,153**
	p	0,002
Doğum Sayısı	r	-0,139**
	p	0,005
Doğum Yaptığı Hafta	r	-0,066
	p	0,185
Doğum Algı Ölçeği	r	0,523**
	p	0,000

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$, r: spearman korelasyon analizi

Yapılan spearman korelasyon analizi sonucuna göre; evlilik yaşı ile TSSB arasında zayıf pozitif bir ilişki ($p < 0.05$), gebelik sayısı ile TSSB arasında zayıf negatif bir ilişki ($p < 0.01$), doğum sayısı ile TSSB arasında zayıf negatif bir ilişki ($p < 0.01$),

travmatik doğum algısı ile TSSB arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Kadınların travmatik doğum algısı arttıkça TSSB 'nin de arttığı görüldü ($p<0.01$) (Tablo 10).

Tablo 11. TSSB Varlığı ile Doğum Algısı Ölçek (DAÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler			Analiz	
(n=402)	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri
İntrapartum doğum algı ölçek puanı				
TSSB yok	339	5,24±2,55	-6,737	<0.001
TSSB var	63	7,70±2,20		
Postpartum doğum algı ölçek puanı				
TSSB yok	339	4,66±2,70	-4,883	<0.001
TSSB var	63	6,68±3,13		
Total doğum algı ölçek puanı				
TSSB yok	339	9,90±4,15	-6,707	<0.001
TSSB var	63	14,38±4,46		
<i>KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z Mann Whitney U testi</i>				

İntrapartum DAÖ puanı ile tüm TSSB kriterlerini karşılama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.000$). Tüm TSSB kriterlerini karşılayan kişilerin karşılamayan kişilere göre intrapartum DAÖ puanının “anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (Tablo 11).

Postpartum DAÖ puanı ile tüm TSSB kriterlerini karşılama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.000$). Tüm TSSB kriterlerini karşılayan kişilerin karşılamayan kişilere göre postpartum DAÖ puanının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (Tablo 11).

Total DAÖ puanı ile tüm TSSB kriterlerini karşılama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.000$). Tüm TSSB kriterlerini karşılayan kişilerin karşılamayan kişilere göre total DAÖ puanının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (Tablo 11).

Tablo 12. Kadınların Demografik Özellikleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler(n=402)	CityDTÖ puan ort.		Analiz	
	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri
Yaş grupları				
18-24	84	14,87±11,36	6,92	0.75
25-29	139	17,04±14,53		
30-34	106	16,74±13,51		
35 ve üstü	73	13,00±13,57		
İlk evlenme yaşı				
18 ve altı	66	11,89±9,88	7,167	0.067
19-24	181	15,65±13,60		
25-29	119	18,00±14,37		
30 ve üstü	36	16,11±14,74		
Eğitim durumu				
İlköğretim	120	13,62±10,96	7,890	0.084
Lise	79	13,57±11,61		
Üniversite	156	17,24±15,37		
Lisansüstü	47	20,09±14,49		
Çalışma durumu				
Evet	130	14,96±13,64	-1,103	0.270
Hayır	272	16,16±13,46		
Ailenin aylık gelir algısı				
Gelir giderden fazla	80	15,51±13,51	1,285	0.526
Gelir gidere denk	189	14,92±12,79		
Gelir giderden az	133	17,14±14,48		
Ailenin aylık geliri (TL)				
3000 TL ve altı	143	14,76±11,84	1,551	0.671
3000-6000 TL arası	136	15,67±14,64		
6000-9000 TL arası	57	16,53±13,55		
9000 TL üstü	66	17,52±14,52		
Yaşanılan yer				
İl/Büyükşehir	303	15,92±13,85	2,908	0.234
İlçe	66	13,55±11,09		
Köy/Kasaba	33	18,85±14,37		
Aile tipi				
Çekirdek aile	330	16,22±13,84	1,243	0.537
Geniş aile	65	13,85±12,12		
Parçalanmış aile	7	12,71±8,58		

Araştırmaya katılan kadınların yaş grupları, ilk evlenme yaşı, çalışma durumu, ailenin aylık gelir algısı, ailenin aylık geliri (TL), yaşanan yer ve aile yapısı ile CityDTÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 12).

Kadınların CityDTÖ göre aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumlarına göre ölçekten alınan puan ortalamalarının anlamlı farklılıklar gösterdiği saptandı ($p=0.048$). Lisansüstü eğitim gören kişilerin ilköğretim düzeyde eğitim gören kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldıkları saptandı. Ancak Kruskal Wallis testi sonucu anlamlı bulunduğu için ikili grup karşılaştırmaları Dunn testi ile gerçekleştirilmiş ve p değerleri Bonferroni düzeltmesi yapıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0.084$) (Tablo 12).

Tablo 13. Kadınların Sağlık Durumu Özellikleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler (n=402)	CityDTÖ puan ort.		Analiz	
	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri
Psikolojik bir rahatsızlık geçirme hikâyesi				
Evet	62	20,45±16,57	-2,173	0.030
Hayır	340	14,92±12,72		
Fiziksel/sözel şiddete maruz kalma hikâyesi				
Evet	149	20,12±14,21	-5,132	<0.001
Hayır	253	13,21±12,41		
Cinsel şiddete/istismara uğrama hikâyesi				
Evet	25	25,68±15,10	-3,580	<0.001
Hayır	377	15,11±13,16		
Pandemi sürecinde COVID-19 enfeksiyonu geçirme				
Evet	99	17,41±14,24	-1,299	0.194
Hayır	303	15,23±13,25		
COVID-19 nedeniyle yakın aile bireylerinden kayıp yaşama				
Evet	49	15,51±11,38	-0,502	0.615
Hayır	353	15,81±13,80		

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan kadınların pandemi süresince COVID-19 enfeksiyonu geçirme ve COVID-19 nedeniyle yakın aile bireylerinden kayıp yaşama durumları ile

CityDTÖ puan ortalaması ile arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 13).

Kişilerin psikolojik bir rahatsızlık geçirme öykülerine göre puanları incelendiğinde CityDTÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. ($p= 0.030$). Psikolojik rahatsızlık geçiren kişilerin geçirmeyen kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 13).

Fiziksel/sözel şiddete maruz kalma durumlarına göre puanlar incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.000$). Fiziksel/sözel şiddete maruz kalan kişilerin kalmayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 13).

Cinsel şiddete/istismara uğrama durumlarına göre puanlar incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p=0.000$). Cinsel şiddete/istismara uğrayan kişilerin uğramayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 13).

Tablo 14. Kadınların Antenatal Özellikleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler	CityDTÖ puan ort.		Analiz	
	(n=402)	n	Ort.±Ss	KW/Z
Planlı gebelik olması				
Evet	295	15,45±13,81	-1,294	0.196
Hayır	107	16,66±12,68		
Doğuma hazırlık eğitimi alma				
Evet	51	17,69±13,91	-1,234	0.217
Hayır	351	15,49±13,45		
Gebelikte sorun yaşama				
Evet	134	17,19±15,54	-0,628	0.530
Hayır	268	15,06±12,35		
Gebelikte stres, üzüntü, kaygı yaşama				
Evet	219	19,23±14,45	-5,777	<0.001
Hayır	183	11,63±10,97		
Gebelikte doğum korkusu yaşama				
Evet	246	17,76±14,11	-3,821	<0.001
Hayır	156	12,63±11,89		
KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z: Mann Whitney U testi				

Araştırmaya katılan kadınların CityDTÖ puan ortalaması ile gebeliklerinin planlı olması, doğuma hazırlık eğitimi alma ve gebelikte sorun yaşama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 14).

Gebelikte stres, üzüntü, kaygı, yaşama durumlarına göre puanlar incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.000$). Gebeliğinde stres, üzüntü, kaygı yaşayan kişilerin yaşamayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 14).

Gebelikte doğum korkusu yaşama durumlarına göre puanlar incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p=0.000$). Gebelikte doğum korkusu yaşayan kişilerin yaşamayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 14).

Tablo 15. Kadınların Obstetrik Özellikleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler (n=402)	CityDTÖ puan ort.		Analiz	
	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri
Gebelik sayısı				
Primigravida	201	17,66±14,02	-2,909	0.004
Multigravida	201	13,88±12,74		
Düşük sayısı				
Yok	322	16,06±13,34	-1,312	0.189
Var	80	14,60±14,22		
Parite				
Primipar	230	17,23±13,97	-2,571	0.010
Multipar	172	13,83±12,65		
Ölü doğum				
Yok	392	15,83±13,61	-0,199	0.843
Var	10	13,40±9,13		
Doğum haftası				
23-36 hafta erken preterm doğum	35	19,37±16,02	-1,277	0.202
37-42 hafta miadında doğum	367	15,43±13,22		
Doğumun şekli				
Normal (Vajinal) doğum	161	16,32±13,43	0,868	0.833
Acil sezaryen	107	15,99±14,64		
İsteğe bağlı sezaryen	71	14,80±12,72		
Elektif sezaryen	63	15,10±12,81		
Vajinal doğumda doğumu yaptıran* (n=161)				
Ebe	47	18,51±15,49	-0,761	0.447
Doktor	114	15,41±12,44		
Doğum yapılan yer				
Özel hastane/poliklinik**	213	16,66±14,43	-0,796	0.426
Kamusal hastane	189	14,77±12,36		
<i>KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z: Mann Whitney U testi</i>				
<i>*Vajinal doğum yapanlar üzerinden hesaplanmıştır. **Özel hastane /poliklinik ve evde doğumu içermektedir.</i>				

Araştırmaya katılan kadınların CityDTÖ puan ortalaması ile daha önce düşük ve ölü doğum yapma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelik sayısına göre puanlar incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.004$). Primigravida olan

kişilerin multigravida olan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo15).

Parite sayısına göre puanlar incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.010$). Primipar olan kişilerin multipar olan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 15).

Araştırmaya katılan kadınların CityDTÖ puan ortalaması ile doğum yaptıkları hafta, doğumu gerçekleştirme şekilleri, doğum yaptıkları yer ve vajinal doğumda doğumu yaptıran kişi özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Kadınların İntrapartum / Doğum Eylemine İlişkin Özellikleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler (n=402)	CityDTÖ puan ort.		Analiz	
	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri
İndüksiyon uygulaması				
Evet	137	14,41±13,49	-1,816	0.069
Hayır	265	16,48±13,50		
Vajinal doğumda epidural anestezi uygulaması (ağrısız)* (n=161)				
Evet	47	21,40±15,29	-2,791	0.005
Hayır	114	14,22±12,04		
Vajinal doğumda epizyotomi, laserasyon durumu* (n=161)				
Evet	140	16,76±13,92	-0,610	0.542
Hayır	21	13,38±9,21		
Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle tentene temas				
Evet	241	14,00±11,75	-2,469	0.014
Hayır	161	18,43±15,45		
Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeği emzirme				
Evet	290	14,69±12,87	-2,463	0.014
Hayır	112	18,57±14,74		
KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z: Mann Whitney U testi				
*Vajinal doğum yapanlar üzerinden hesaplanmıştır.				

Araştırmaya katılan kadınların CityDTÖ puan ortalaması ile doğum sırasında indüksiyon uygulaması ve vajinal doğum yapanlarda epizyotomi, laserasyon durumu

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 16).

Vajinal doğumda epidural anestezi uygulaması incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.005$). Epidural anestezi uygulanan kişilerin uygulanmayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 16).

Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle tentene temas incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.014$). Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle tentene temas eden kişilerin etmeyen kişilere göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo 16).

Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeği emzirme incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu($p=0.014$). Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeği emziren kişilerin emzirmeyen kişilere göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo 16).

Tablo 17. Kadınların Doğum Sonrası Özellikleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler (n=402)	CityDTÖ puan		Analiz	
	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri
Doğum sonrası odasında refakatçi olan				
Evet	323	15,01±13,09	-2,145	0.032
Hayır	79	18,89±14,81		
Doğum sırasında veya sonrasında annede sorun gelişen				
Evet	98	23,78±15,53	-6,227	<0.001
Hayır	304	13,19±11,71		
Doğum sırasında veya sonrasında bebekte sorun gelişen				
Evet	93	19,90±14,66	-3,335	0.001
Hayır	309	14,53±12,91		
Şu anda çocuğun beslenme şekli				
Sadece anne sütü	57	13,95±11,87	1,559	0.459
Karışık beslenme (mama, ek gıdalar,	252	16,27±13,34		
Yapay beslenme	93	15,55±14,90		
<i>KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z: Mann Whitney U testi</i>				

Doğum sonrası kadının odasında refakatçi olması incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.032$). Doğum sonrası odasında refakatçi olan kişilerin olmayan kişilere göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo 17).

Doğum sırasında veya sonrasında annede sorun gelişme incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.000$). Doğum sırasında veya sonrasında sorun gelişen annelerin gelişmeyen annelere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 17).

Doğum sırasında veya sonrasında bebekte sorun gelişme incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.001$). Doğum sırasında veya sonrasında bebeğinde sorun gelişen annelerin gelişmeyen annelere göre anlamlı şekilde yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 17).

Şu anda çocuğun beslenme şekli karşılaştırıldığında, incelenen ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (Tablo 17).

Tablo 18. Kadınların Doğum Eyleminde Sağlık Personeline İlişkin Deneyimleri ile City Doğum Travması Ölçek(CityDTÖ) Puanlarının Karşılaştırması

Değişkenler (n=402)	CityDTÖ puan ort.		Analiz		Post-hoc*
	n	Ort.±Ss	KW/Z	p değeri	
Doğumda sağlık personelinin yeterli destek ve bakım alma durumu					
Hiç olmadı ^a	15	20,27±14,05	24,717	<0.001	d<b d<c
Çok az ^b	43	21,88±15,46			
Orta düzeyde ^c	170	17,12±13,55			
Çok fazla ^d	174	12,56±12,11			
Sağlık personelinin kadının mahremiyetine karşı saygılı olma durumu					
Hiç olmadı ^a	19	21,11±17,46	17,169	0.001	d<b d<c
Çok az ^b	35	20,20±12,15			
Orta düzeyde ^c	124	17,06±13,00			
Çok fazla ^d	224	13,91±13,35			
Sağlık personelinin fiziksel veya sözel olumsuz davranışları olması					
Hiç olmadı ^a	327	14,41±13,01	24,941	<0.001	a<b a<c
Çok az ^b	33	24,48±13,84			
Orta düzeyde ^c	26	21,23±14,21			
Çok fazla ^d	16	16,75±14,07			
Doğum sonrası yeterli destek, yardım alan					
Evet	327	16,06±13,36	-1,216	0.224	
Hayır	75	14,51±14,19			
Perinatal dönemde ASM sağlık personelinin yeterli danışmanlık/egitim alan					
Hiç ^a	33	18,24±15,31	16,863	0.001	d<c
Çok az ^b	51	17,00±12,99			
Orta derecede ^c	148	17,53±12,56			
Yeterli ^d	170	13,39±13,85			

*Benforenni Analizi; KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi; Z: Mann Whitney U testi

Doğumda sağlık personelinin yeterli destek ve bakım alma incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (p=0.000). Doğumda sağlık personelinin çok fazla destek ve bakım alan kişilerin çok az (p=0.000) ve orta düzeyde (p=0.003) destek ve bakım alan kişilere göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo 18).

Doğumda sağlık personelinin kadının mahremiyetine karşı saygılı olması incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (p=0.001). Doğumda sağlık personelinin mahremiyetine çok fazla

saygılı olduğu kadınların çok az saygılı olduğu ($p=0.005$) ve orta düzeyde saygılı olduğu ($p=0.035$) kadınlara göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo 18).

Doğumda sağlık personelinin fiziksel veya sözel olumsuz davranışları incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.000$). Doğumda sağlık personeli tarafından fiziksel veya sözel olumsuz davranış görmeyen kadınların çok az gören kadınlara ($p=0.000$) ve orta düzeyde gören kadınlara ($p=0.044$) göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo18).

Araştırmaya katılan kadınların CityDTÖ puan ortalaması ile doğum sonrası yeterli destek alma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 18).

Perinatal dönemde ASM sağlık personelinden yeterli danışmanlık/eğitim alma incelendiğinde toplam CityDTÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p=0.001$). Perinatal dönemde ASM sağlık personelinden yeterli danışmanlık/eğitim alan annelerin orta derecede eğitim alan annelere göre anlamlı şekilde düşük puan aldığı saptandı (Tablo 18).

TARTIŞMA

Bu araştırma 6-12 ay arasındaki postpartum 402 kadında TSSB'yi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

1. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu
2. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler

5.1.Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Gebelik ve doğum süreci, kadınların hayatlarındaki en önemli olaylardan birisi olmakla birlikte kadının desteğe ihtiyaç duyduğu bir kriz dönemidir. Kadının bu kriz durumuna uyum sağlayabilmesinde inanç sistemi, insanlarla kurduğu bağ ve iletişim, tutum ve davranışları gibi faktörler büyük ölçüde etkilidir (Ayers, 2017; Şahin, 2020). Doğum eylemi, kadınların önemli bir kısmı tarafından travmatik olarak algılanmaktadır ve bazı kadınlarda doğumdan sonra travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişebilir. Postpartum TSSB prevalansı %4 ve %16.4 arasında değişmektedir (Cook, Ayers, & Horsch, 2018; Şahin & Bayrı Bingöl, 2021; Howard, Piot, & Stein, 2014).

Bu çalışmada kadınların CityDTÖ puan ortalaması 15.77 ± 13.51 (0-60); %90.5'inin en az bir ya da daha fazla TSSB belirtisi olduğu ve DSM-5 tanı kriterlerine göre %15'inin tüm TSSB kriterlerini karşıladığı saptandı. Literatür incelendiğinde; Işık ve ark. (2022) İstanbul'da bir hastanede yaptıkları çalışmada kadınların CityDTÖ puan ortalaması 25 ± 3.81 olarak bulunmuştur ve DSM-5 tanı kriterlerine göre kadınların %11.6'sında TSSB belirlenmiştir (Işık & Demirgöz Bal, 2022). Ertekin ve ark. (2019) postpartum 3. ayda kadınlarda yaptığı bir çalışmada TSSB tanısı için Postravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu kullanılmış ve TSSB puan ortalamaları 11.10 ± 15.52 olarak belirtilmiştir (Ertekin Pınar & Polat, 2019).

Türkiye'de yapılan doğumla ilgili TSSB'nin risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla DSM-4 A tanı kriterine göre travmatik doğum yapmış 226 Türk kadının katıldığı bir çalışmada, DSM-4 tanı kriterlerine göre geliştirilmiş Travma Sonrası

Tanı Ölçeği kullanılmış ve araştırmada doğumdan bir ay ve altı ay sonra kadınlar değerlendirilmiştir. Kronik olarak TSSB görülenlerin oranı %13.7 (ilk bir ayda ve altıncı ayda görülen) olarak bulunmuştur. Ayrıca kadınların %5.8'inde gecikmiş TSSB (ilk bir ayda görülmeyip altıncı ayda görülen) görülmüştür (Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018). Schepper ve ark. (2016) Hollanda'da doğum sonu 6. haftada TSSB oranının değerlendirildiği çalışmada Revize Edilmiş Olay Etkisi Ölçeği (IES-R) ve Travmatik Olay Ölçeği (TES) kullanılmıştır, 13% (TES) ve 20% (IES-R), kadının tüm travma kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (Schepper, ve diğerleri, 2016).

Çalışmalarda farklı toplumlarda, farklı ölçeklerle doğum sonrası farklı dönemler incelendiği için bu oranların geniş ölçüde değişmiş olabileceği düşünülmektedir. Bu ayrıntılı gruplandırma TSSB'nin gelişimi seyri ve sonuçlarının anlaşılmasını kolaylaştırır, uygun önleyici ve tedavi stratejilerinin gelişiminde katkı sağlar.

TSSB kadınların ve ailesinin yaşam kalitelerini her yönden etkilemektedir. TSSB gelişen kadınlarda depresyon gelişme riskinin gelişmeyen kadınlara göre 9.7 kat daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışma mevcuttur (Bayrı Bingol & Demirgoz Bal, 2020). TSSB gelişen kadınlar kendilerini tükenmiş ve depresyonda hissettiklerini belirtmektedirler. Bu durum kadını olduğu kadar başta bebek olmak üzere evde yaşayanları da etkilemektedir. TSSB'nin anne-bebek etkileşimini bozduğu, düşük emzirme oranı, bebekte düşük doğum ağırlığı ve bebeğin yeme-uyuma güçlüğü yaşaması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Cook, Ayers, & Horsch, 2018). TSSB nedeniyle bazen kadınlar tekrar gebe kalmaktan kaçınabilir ve tekrar gebe kaldıklarında, genellikle doğum korkusu bildirir, antenatal konsültasyonlardan kaçınabilir, somatizasyon belirtileri gösterebilir ya da elektif sezaryen talep edebilir. (Stramrood & Slade, 2017). Çalışmalarda, yüksek TSSB olan annelerin çocuklarıyla sağlıklı bağlanma gerçekleştiremedikleri, çocuklarına karşı geri çekilme davranışlarında buldukları, çocuklarıyla empati kurmakta zorluk yaşadıkları belirtilmiştir (Ionio & Di Blasio, 2014). Postpartum 2. yılda TSSB semptomlarının ebeveynlik stresi anne-çocuk arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada; kadınların %2.5'i çocuklarıyla ilişkilerini olumsuz etkilediğini, %18.5'i doğum deneyimlerinin daha sonraki çocuk planlarını olumsuz etkilediğini hissettiğini ve bunu hisseden

grubun% 53.3'ü daha fazla çocuk sahibi olmamaya karar verdiğini belirtmiştir (McDonald, Slade, Spiby, & Iles, 2011)

TSSB sadece kadının iyilik halini etkilemez, aynı zamanda yakın partner ilişkisini de olumsuz etkileyebilir (Stramrood & Slade, 2017). Doğum sonrası TSSB gelişen kadınlar özgüven kaybı ve cinsel yakınlık kaybı yaşadıklarını, doğumda ve sonrasında yaşanan sorunlarla ilgili partneri suçladıklarını, partnerleriyle anlaşamadıklarını ve eskisi gibi iyi etkileşimde bulunamadıklarını, romantizmin bittiğini arkadaş gibi olduklarını, bazıları ayrılmış bazıları da ayrılmanın eşiğine geldiklerini belirtmişlerdir (Beck C. , 2004; Ayers, Radoš, & Balouch, 2015; Ayers, Eagle, & Waring, 2006; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Nicholls & Ayers, 2007).

TSSB ailenin her bir ferdi etkileyebilmektedir ve gelişmeden önlenmesi gereken, geliştirse de etkin ve bütüncül bir yaklaşımla tedavi edilmesi gereken önemli bir sorundur. Sağlık profesyonelleri gebelerde erken tarama yapmalı, TSSB gelişimi için potansiyel risk faktörleri mevcutsa etkili tedavi için ileriye dönük sevk etmeli, doğum öncesi ve doğum sonrası izlemlerde kadınlara yapılandırılmış anketler uygulayarak riski değerlendirmeli ve kademeli müdahale protokolleri geliştirmelidir. Depresyon, anksiyete ve stres tespit edilirse vakit kaybetmeden uygun tedavi planlanmalı ve başlanmalıdır. Doğum öncesi dönemde risk altındaki kadınlar tespit edildiğinde; klinik görüşmeler, ekstra destek daha iyi ağrı giderme gibi önleyici stratejiler planlanmalıdır. Risk faktörü oluşturduğu için düşük gelirli aileler sosyal destek alabileceği birimlere yönlendirilebilir, istenmeyen gebelikleri önlemek için üreme çağındaki kadınlara aile planlaması konusunda eğitimler verilmeli, antenatal dönemde yeterli bakım ve izlem verilmelidir

5.2. Postpartum Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler

5.2.1. Travmatik Doğum Algısı ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmada kadınların doğum esnasındaki toplam doğum algısı(DAÖ) puanı 10.60 ± 4.50 (0-24) ve ölçeğin alt boyutlarından kadınların doğum anında DAÖ puanı 5.62 ± 2.65 (0-12) ve doğumdan sonraki ilk haftada DAÖ puanı 4.98 ± 2.86 (0-12) orta

düzeğe yakın belirlenmiştir. Toplam ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanlar artıkça travmatik doğum algısının artığı kabul edilmektedir. Yapılan korelasyon analizinde travmatik doğum algısı ile TSSB arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınların toplam travmatik doğum algısı ve alt boyutlardan doğum anında ve doğumdan sonraki ilk haftada doğum algısı ile TSSB varlığı arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Travmatik doğum algısı TSSB tanısını artırmıştır. TSSB travmatik bir olaya yanıt olarak gelişir (Şahin, 2020; Kavakçı, 2015). Dolayısıyla doğumunu travmatik algılayan kadınlarda TSSB gelişmesi olağan bir sonuçtur. Ancak unutmamak gerekir ki TSSB tanısı için travmatik bir olay tek başına yeterli değildir. Travmatik bir olaya maruz kalmanın yanında birçok faktörde rol oynamaktadır.

Yapılan çalışmalarda kadınların %50 den fazlasının doğumu travmatik bir olay olarak algıladıkları belirtilmektedir (Garthus-Niegel, von Soest, Vollrath , & Eberhard-Gran, 2013; Modarres, Afrasiabi, Rahnama, & Montazeri, 2012). Travmatik doğum, doğum eylemi sırasında meydana gelen anne ya da bebeğin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek bir durumun ortaya çıkması veya anne tarafından bu şekilde algılanması olarak açıklanabilir (Beck , 2004).

Kadınlarda travmatik doğum algısı doğum sonrası anksiyete, depresyon ve stres düzeyini etkilemektedir (Türkmen, Yalnız Dilcen, & Aslantekin Özçoban, 2020). Travmatik doğum deneyimi olan kadınlar doğumu kontrol kaybı, çaresizlik, yoğun korku ve dehşet yaşanan bir olay olarak tanımlamaktadır (Ertekin Pınar & Polat, 2019). Doğum deneyimi çok boyutlu bir olgudur; kadının kendisi ve bebeği için yaşadığı korku, tıbbi müdahale, kişisel performans algısı, çocuğun konumu, kadının önceki psikolojik ve fiziksel sağlığı, doğum sırasında komplikasyon gelişmesi, yetersiz destek ve bakım gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Catling & Simpson, 2016). Catling ve ark. yaptığı çalışmada doğum deneyiminin kadın tarafından algılandığı şekliyle kadının belirtilen ve ima edilen ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin bakım sağlayıcıların sözlü ve sözlü olmayan davranışları olarak tanımlanan hizmet sağlayıcı etkileşimlerinin kalitesinden büyük ölçüde etkilendiğini vurgulamaktadır (Catling & Simpson, 2016).

Travmatik doğum deneyimi olmayan kadınlar annelik rolünü daha kolay üstlenir. Doğumdan sonra oluşan stres bozukluklarıyla başa çıkmanın ve dayanıklılığın; direncin gözden geçirilmesi, olumlu duyguların arttırılması, aktif başa çıkma, fedakarlık, bilişsel yeniden değerlendirme, sosyal destek, korkularla yüzleşme ve bir amaç veya anlam duygusuna sahip olma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ayers, 2017).

Travmatik doğum deneyimleri; doğum sonrası akıl sağlığı bozukluğuna, sonraki gebeliklerde doğum korkusuna ve anne-bebek bağının bozulmasına neden olarak çocuk gelişiminin bozulmasına yol açabilir. Anne bebeğini kabullenmeyip onunla bağ kurmayı reddedebilir veya bebeğine aşırı düşkün tavırlar sergileyebilir. (Çelik, 2018; Gökçe İsbir & İnci, 2016). Anne bebeğiyle bağ kurmayı reddederse onu emzirmek istemeyebilir. Emzirme isteksiz gerçekleştiğinde etkisi azalır ve süt salgılamada da problemler yaşanabilir (Çelik, 2018; Yalnız Dilcen & Etki Genç, 2019).

Travmatik doğum algısı, yalnızca olay sırasında meydana gelebilecek tıbbi prosedürler veya bunların olmaması ile değil, aynı zamanda bir anneye ve doğumuna özel daha az ölçülebilir duygu ve koşullarla da karakterize edilir (Davis & Sclafani, 2022). Bir doğum olumsuz olarak algılandığında, doğum sonrası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dahil olmak üzere kısa ve uzun vadeli birçok psikolojik etkileri olabilir (Catling & Simpson, 2016)

5.2.2. Kadınların Demografik ve Bireysel Özellikleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğunun İncelenmesi

Bu çalışmadaki kadınların çoğunluğu genç yaştadır (29.08±5.19) ve yaştan TSSB'yi etkilemediği belirlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda bu çalışmayla paralellik göstermektedir (Şahin, 2020; Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020; Dayan, 2019; Cömert, 2019; Çankaya & Ocaktan, 2021; Çelik, 2018).

Bu çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi lisans seviyesi veya lisansüstü düzeyde (%50.5) saptanmıştır ve eğitim durumunun TSSB'yi etkilemediği

belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bu çalışmadan farklı olarak yüksek eğitim seviyesinin TSSB gelişimini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Dayan, 2019; Şahin, 2020; Çelik, 2018). İnsanların eğitim düzeyi arttıkça genel olarak öğrenme becerileri gelişir ve olayları yorumlayıp anlaması kolaylaşır. Dolayısıyla eğitim seviyesi artan bir kadın gebelik, doğum ve bebek ile ilgili merak ettiklerini eğitimin ona kattığı bilgi ve beceriyle birçok farklı bilgi kaynağı kullanarak öğrenebilir. Aklındaki sorulara cevap bularak sürece daha iyi hakim olabildiği için TSSB gelişiminin azalması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada kadınların büyük çoğunluğu(%80) düşük ve orta gelir düzeyindedir ve üçte biri çalışmaktadır. Bu araştırmada kadının gelir ve çalışma durumu TSSB'yi etkilememiştir. Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da ailenin aylık gelir durumunun TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır (Gökçe İsbir & İnci, 2016; Sayın, 2016). Bu çalışmaların aksine literatürde çalışmayan ve sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlarda TSSB gelişiminin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020; Bay, 2019; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Çelik, 2018; Schepper, ve diğerleri, 2016; Sayın, 2016). Genel olarak çalışan ve ekonomik açıdan güçlü olan kadınların kendinin ve bebeğinin ihtiyaçlarını daha kolay temin edebileceği için doğumdan sonraki stres faktörleriyle daha kolay başa çıktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların büyük çoğunluğu İl/Büyükşehirde (%75.4) ve çekirdek bir ailede (%82.1) yaşadığı ve yaşanılan yer ile aile tipinin TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Ancak farklı olarak çeşitli veri tabanlarında postpartum TSSB ile ilgili 53 makale taranarak oluşturulan bir çalışmada çekirdek bir ailede yaşama ve köyden ziyade şehir bölgesinde yaşamının postpartum TSSB gelişimine karşı potansiyel koruyucu faktörlerden olduğu belirlenmiştir (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018).

Bu çalışmada, yaşam boyu psikolojik bir rahatsızlık geçiren kadınlarda TSSB olma ihtimalinin arttığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında da doğum öncesi depresyon, anksiyete ve gebelik öncesi psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olma TSSB gelişimi veya alevlenmesi için risk faktör olarak bulunmuştur (Martínez, ve diğerleri, 2019; Dekel , Stuebe, & Dishy, 2017; Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018;

Schepper, ve diğeri, 2016; Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Stramrood & Slade, 2017; Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, & Fenwick, 2014; Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012). Gebelik, doğum ve doğumdan sonraki dönem yeni rollere uyum sağlanması gereken zor bir dönem olduğu için, daha önceden var olan ya da bastırılmış psikolojik sıkıntılar bu kriz dönemiyle birlikte gün yüzüne çıkabilir ve TSSB gelişimini hızlandırabilir. Bunu engellemek için; gebelik, doğum gibi zorlu süreçlerden önce, herhangi bir psikolojik rahatsızlık varsa mutlaka tedavisi yapılmalıdır.

Bu araştırmada yaşam boyu fiziksel/sözel şiddete maruz kalmanın TSSB gelişimini artırdığı görülmüştür. Fiziksel/sözel şiddete maruz kalan kadınlarda kalmayan kadınlara göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı saptanmıştır. Literatür tarandığında benzer şekilde; kadına uygulanan fiziksel ve sözel şiddet perinatal TSSB gelişimi veya alevlenmesi için risk faktör olarak bulunmuştur (Martínez, ve diğeri, 2019).

Bu çalışmada cinsel şiddete/istismara uğrayan kadınlarda uğramayan kadınlara göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı görüldü. Bu çalışmaya paralel olarak bu durumun psikolojik sağlığı negatif etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Martínez, ve diğeri, 2019; Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Dekel , Stuebe, & Dishy, 2017; Stramrood & Slade, 2017). Simpson ve ark. (2018) konuyla ilgili 53 makaleyi inceleyerek hazırladıkları bir derleme çalışmasında doğum öncesi risk faktörleri içinde açık ara farkla en sık görülen risk faktörü daha önce travma öyküsü bulunması görülmüş, travma öyküleri bulunanlar içinde en sık cinsel istismara uğrama görülmüştür. Bu çalışmanın aksine, literatürde doğum öncesi travma ve cinsel istismar öyküsü varlığının TSSB gelişimini etkilemediği yönünde çalışma da vardır (Şahin, 2020).

Bu araştırmada pandemi sürecinde COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumunun TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu çalışmanın aksine pandemi sürecinde COVID-19 enfeksiyonu geçiren gebelerde anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı saptandı (Kara & Nazik). Bu çalışmada COVID-19 nedeniyle yakın aile bireylerinden kayıp yaşama durumunun TSSB'yi etkilemediği saptanırken literatürde bununla ilgili sonuç bulunamamıştır. Sağlık personelleri böyle kriz

dönemlerinde maternal-fetal sağlık bakımının kalitesini iyileştirirken kadınların hem fizyolojik hem de psikolojik olarak ihtiyaçlarını belirlemeli ve desteklemelidir.

5.2.3. Kadınların Perinatal Özellikleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğunun İncelenmesi

Bu çalışmada gebeliğin planlı olmasının TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatürde bu çalışmayla paralel çalışma (Şahin, 2020) bulunurken, bu çalışmanın aksine plansız gebe kalan kadınlarda anlamlı şekilde TSSB'nin arttığını gösteren çalışma da mevcuttur (Bay, 2019). Planlı olması durumunda bile çoğu kadın için zor ve stresli olan gebelik süreci, plansız bir şekilde gerçekleştiğinde kadının artan stres düzeyi ile başa çıkması zorlaşabiliyor. Sağlık personeli; eşlerin aile planlaması yöntemleri kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemeli, aile planlaması yöntemlerini açıklamalı ve yöntemlerden kendilerine uygun olanı kullanmaları konusunda teşvik etmelidir. Böylece plansız gebeliklerin önüne geçilebilir.

Bu çalışmada doğuma hazırlık eğitimine katılmanın TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu çalışmanın aksine doğuma hazırlık eğitimine katılan kadınlarda anlamlı şekilde TSSB'nin azaldığı belirtilmiştir. (Bay, 2019; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018). Doğuma hazırlık eğitimi kadınların doğum sürecine yönelik sorularının cevaplandığı, sürecin açık ve anlaşılır bir şekilde anlatıldığı, olası yaşanacak durumlara karşı hazırlık yapılan faydalı ve gerekli bir eğitimidir. Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar bu süreçte yaşanacak olaylara karşı önceden aydınlatıldığı için ve psikolojik olarak kendilerini hazırlayabildikleri için TSSB'nin az görülmesi beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada gebeliğinde stres, üzüntü, kaygı yaşayan kişilerde yaşamayan kişilere göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı saptandı. Literatürdeki çalışmalar sonucunda gebelikte stres, üzüntü ve kaygı yaşamamanın önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Dekel , Stuebe, & Dishy, 2017; Stramrood & Slade, 2017). Doğum öncesi stres, üzüntü, kaygı yaşama

travmatik bir doğum yaşama olasılığını arttırabilmektedir (Türkmen, Yalnız Dilcen, & Aslantekin Özçoban, 2020).

Bu çalışmada gebelikte sorun yaşamamanın TSSB'yi etkilemediği saptanırken bu çalışmanın aksine karmaşık ve sorunlu bir gebelik dönemi geçiren kadınlarda TSSB'nin arttığını belirten çalışmalar mevcuttur (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Shlomi Polachek, Dulitzky, & Margolis-Dorfman, 2016). Gebelikte yaşanan sorun ve sıkıntılar kadının ve ailenin stres ve kaygısını arttıran istenmeyen durumlardır. Yaşanan sorunun ciddiyetine ve büyüklüğüne göre stres ve kaygı seviyesi de değişebilir. Stres ve kaygı seviyesi arttıkça ve süresi uzadıkça bu durumun TSSB gelişimine sebep olması beklenen bir sonuçtur. Sağlık personelleri sorunlu gebelik geçiren kadınlara özellikle dikkat etmeli ve bu durumun TSSB için bir risk faktörü olduğunu bilerek düzenli taramalar yapmalıdır.. Psikiyatrik destek almaya ihtiyaçları varsa onları gerekli birimlere yönlendirmelidir.

Bu çalışmada, gebelikte doğum korkusu yaşayan kadınlarda yaşamayan kadınlara göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı görüldü. Literatür incelendiğinde; Gebelikte doğum korkusu yaşamamanın postpartum TSSB için risk faktörlerinden olduğu ortaya çıkmıştır. (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018; Stramrood & Slade, 2017; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018). Çalışmalarda şiddetli doğum korkusunun önceki olumsuz öznel doğum deneyimlerinden kaynaklandığı belirtilmiştir(Stramrood & Slade, 2017; Dekel , Stuebe, & Dishy, 2017). Sağlık personeli kadına her doğumun kendine özgü bir süreçte ilerlediğini, daha önce olumsuz bir doğum deneyimi yaşadığı için bunda da aynı sıkıntılar yaşanacak diye düşünmenin yanlış olduğunu anlatmalıdır. Kadının korkusunun altındaki neden(ler)i bulup, bu neden(ler)e yönelik bir yol izlemelidir.

Bu çalışmada primigravida olan kişilerde multigravida olan kişilere göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı saptandı. Literatürde gebelik sayısının TSSB'yi etkilediğine yönelik veri bulunamamıştır. Primigravida olan gebeler süreç hakkında deneyimsiz oldukları için daha çok stres yapmaları olağan bir sonuçtur. Sağlık personelleri özellikle primigravida olan gebeleri süreç hakkında açık ve ayrıntılı bir şekilde bilgilendirmeli ve onların sorularına yeterli ve aydınlatıcı cevaplar vermelidir. Bu çalışmada paritenin TSSB ile ilişkili olduğu saptanmış ve primipar olan kişilerde

multipar olan kişilere göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı görülmüştür. Literatürde çalışmamızla paralel sonuçlar bulunmatadır (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, & Fenwick, 2014; Nakić Radoš, Matijaš, Kuhar, Anđelinović, & Ayers, 2019). Bu çalışmanın aksine parite sayısının TSSB'yi etkilemediğini gösteren çalışma da mevcuttur (Bay, 2019). Primipar olan annelerin doğum süreci ve annelik konusunda deneyimsiz oldukları için bu stresli dönemle başa çıkmakta zorlanabilecekleri düşünülmektedir. Bu zorlanmayı minimuma indirmek için başta sağlık personelleri ve kadının sosyal çevresi her türlü yardım ve destekte bulunmalıdır. Sağlık personeli primigravida veya primipar olan kadınların daha önce olumlu doğum deneyimi yaşamış olan annelerle iletişim kurmasında yardımcı olabilir. Kadınlar kendileriyle benzer süreç yaşamış olan kadınlardan, onların deneyimlerinden ve anlattıklarından daha çok etkilenicektir.

Bu çalışmada düşük sayısının ve ölü doğum sayısının TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatürde bu çalışmayla paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur (Bay, 2019; Şahin, 2020)

Bu çalışmada doğum şeklinin TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatürde acil sezaryen olan kadınlarda TSSB daha yüksek bulunmuştur (Şahin, 2020; Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020; Bay, 2019; Çelik, 2018; Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018; Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012). Bunun önlenmesi için sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Anne adayına doğumun başlaması, ilerleyişi ve bitişi konusunda yeterli, anlaşılır ve aydınlatıcı eğitimler verilmelidir. Doğum süreci her ne kadar planlansa ve gerekli tedbirler alınsa da süreç içerisinde duruma göre planın dışına çıkılabileceği anlatılmalıdır. Doğum esnasında annenin ve bebeğin sağlığı için planlanan doğum şeklinde değişiklik yapılabileceği, böyle bir durumda panik yapılacak bir durum olmadığı ve annenin doktoruna güvenip, sakince yeni sürece uyum göstermesi gerektiği anne adayına mutlaka anlatılmalı ve aklındaki soru işaretleri cevaplanmalıdır.

Bu çalışmada doğum yapılan yerin ve vajinal doğumda doğumu yaptıran kişinin TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu çalışmayla paralellik gösteren çalışma mevcut olup (Bay, 2019), bu çalışmadan farklı olarak doğum yeri

olarak hastane ortamından ziyade ev benzeri bir ortamda doğum gerçekleştirmenin TSSB'yi azalttığını gösteren çalışma da bulunmaktadır (Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018).

Bu çalışmada indüksiyon uygulamasının ve vajinal doğumlarda yapılan epizyotomi, laserasyon durumunun TSSB'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu çalışmanın aksine indüksiyon uygulaması, epizyotomi ve laserasyon gibi girişimsel müdahalelerin travmatik bir doğum gerçekleştirmeye sebebiyet verdiği yöneltti pek çok çalışma vardır (Şahin, 2020; Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020; Dekel , Stuebe, & Dishy, 2017; Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018; Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Çankaya & Ocaktan, 2021). Travmatik doğumu engellemek için doğumda sağlık personeli mümkün olduğunca gereksiz girişimsel işlemlerden kaçınmalı, pozitif doğum uygulamaları yapılmalıdır. Bu uygulamalar gerekliyse ve yapıldıysa anneye neden bu işlemin uygulandığı anlaşılır ve açık bir şekilde anlatılmalıdır.

Bu çalışmada,vajinal doğumda epidural anestezi uygulanan kişilerde uygulanmayan kişilere göre anlamlı şekilde TSSB'nin arttığı görüldü. Literatüre bakıldığında; amaçlı örneklem oluşturularak, travmatik doğum deneyimi yaşadığını söyleyen 40 annenin deneyimleri analiz edildiğinde; epidural korkusu travmatik doğum deneyimi yaşama sebebi olarak bulunmuştur (Beck, 2004). Ama İspanya'da 2990 İspanyol lohusa kadın ile yapılan kesitsel bir çalışmaya göre epidural analjezi kullanmak TSSB'ye karşı koruyucu faktörler arasında bulunmuştur (Hernández- Martínez, ve diğerleri, 2019)

Bu çalışmada, doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle ten-ten temas gerçekleştiren annelerde anlamlı şekilde TSSB'nin azaldığı görüldü. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında doğumdan hemen sonra ten-ten temasın sağlanması TSSB'ye karşı koruyucu faktörler arasında bulunmuştur. Annenin bebeğiyle ten tene temas etmesi, hormonların uyarılmasına sebep olur ve annede oksitosin hormonu salgınır, bu hormon ile anne daha sakin olurken annelik tutumları da gelişir (Hernández- Martínez, ve diğerleri, 2019; De Graaff, Honig, Van Pampus, & Stramrood, 2018).

Bu çalışmada, doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeği emziren annelerde anlamlı şekilde TSSB'nin azaldığı görüldü. Literatür incelendiğinde TSSB ile düşük anne emzirme oranları arasında ilişki olduğu ve doğumdan sonra emzirememenin daha yüksek TSSB'ye yol açtığı görülmüştür (Martínez-Vazquez, Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Delgado-Rodríguez, & Martínez-Galiano, 2021; Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011; Cook, Ayers, & Horsch, 2018; Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020; Halperin, Sarid, & Cwikel, 2015). Doğumla ilgili TSSB'nin emzirmeyi negatif yönde etkilediğine dair birçok kanıt vardır. ABD'de yapılan ileriye dönük bir çalışmada doğumdan sonra TSSB puanı diğerlerine göre fazla çıkan annelerin bebeklerini daha az emzirdikleri görülmüştür (Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011). İsrail'de yaşayan Arap ve Yahudi kadınlarda yapılan bir araştırmada doğumla ilgili TSSB gelişen kadınların, gelişmeyen kadınlara göre doğumdan sonraki 6-8 hafta içinde bebeklerini daha az emzirdiği tespit edilmiştir (Halperin, Sarid, & Cwikel, 2015). Emzirme anne-bebek arasında sağlıklı bir bağ kurulması ve bebeğin sağlığı açısından çok önemlidir. Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi travmatik doğum deneyimi ve annede TSSB gelişimi emzirmeyi negatif yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanları özellikle doğumlarını zorlu ve travmatik yapan annelerin bebekleriyle ilişkilerini incelemelidir. Böyle anneler bebeklerini emzirmek için ekstra desteğe ve gerekirse emzirme danışmanına yönlendirilmeye ihtiyaç duyabilir. Doğum sonrası sağlık çalışanları annelerin emzirme periyotlarını ve bebekleriyle olan ilişkilerini takip etmelidir.

Bu çalışmada, doğum sonrası odasında refakatçi olan kişilerde anlamlı şekilde TSSB'nin azaldığı görüldü. Işık ve arkadaşının (2022) çalışmasında kadınlara doğum sürecinde eşleri ve ya yakın çevreleri tarafından refakat edilmesi durumuna bakılmış ve eş ya da refakatçi desteği almanın doğum travması algılarını azaltabildiği bulunmuştur (Işık & Demirgöz Bal, 2022). Literatürdeki diğer çalışmalarda destek veya refakatçi eksikliğinin TSSB gelişimi için risk faktörü olduğu görülmüştür (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Dekel , Stuebe, & Dishy, 2017; Stramrood & Slade, 2017; Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012). Bu dönemde kadının fiziksel ve sosyal birçok ihtiyacı olduğu için ailesinden veya tanıdıklarından en azından bir kişinin kadının yanında bulunması, kadını desteklemesi, ihtiyaçlarını gidermede yardımcı olması kadında depresyon, anksiyete ve TSSB gibi psikiyatrik rahatsızlıkların oluşmasını azaltır.

Bu çalışmada, doğum sırasında veya sonrasında anne ve bebekte sorun gelişenlerde sorun gelişmeyenlere göre TSSB'nin anlamlı şekilde arttığı görüldü. Literatürde bu çalışmayı destekler nitelikte birçok çalışma olup doğumda ve doğum sonrasında annede veya bebekte yaşanan komplikasyonlar daha sonraki dönemde anksiyete, stres, depresyon gibi birçok psikolojik sorunlara ve TSSB'ye sebep olabileceği bildirilmiştir (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Çankaya & Ocaktan, 2021; Dekel, Stuebe, & Dishy, 2017; Schepper, ve diğerleri, 2016; Şahin, 2020; Stramrood & Slade, 2017; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Andersen, Melvaer, Videbeck, Lamont, & Joergensen, 2012). Burada sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir. Kadında veya bebekte komplikasyon gelişmemesi için doğum öncesinde kadına düzenli taramalar yapılmalı, riskli gebeliklerin gerekli birimlere sevkı sağlanmalıdır.

Mevcut çalışmaya katılan kadınların %43.3'ü doğumlarında sağlık personelinin kendisine çok fazla destek ve bakım verdiğini, %55.7'si doğumu süresince mahremiyetine saygılı davrandığını, %81.3'ü doğum başından sonuna kadar sağlık personelinin fiziksel veya sözel olumsuz davranışıyla karşılaşmadığını belirtmiş ve bu kadınlarda TSSB'nin az görüldüğü tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde; sağlık personeli tarafından kadının mahremiyetine saygı gösterilmemesi, kadına yeterli destek ve bakım vermemesi, kadına uygulanan fiziksel veya sözel olumsuz davranışlar travmatik doğum deneyimi yaşama sebebi olarak bulunmuştur (Beck, 2004; Stramrood & Slade, 2017; Martínez-Vazquez, Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Delgado-Rodríguez, & Martínez-Galiano, 2021; Catling & Simpson, 2016). İspanya'da 2990 İspanyol lohusa kadın ile yapılan kesitsel çalışmaya göre sağlık personeli tarafından saygın ve güvenilir bir doğum planı yapılması TSSB'ye karşı koruyucu faktörler arasında bulunmuştur (Hernández-Martínez, ve diğerleri, 2019). Çalışmalarda doğumda sağlık personelinin yeterli ve destekleyici bakım vermesi postnatal travma semptomları üzerindeki potansiyel olumsuz etkileri azaltabileceği görülmüştür (Baptie, Andrade, Bacon, & Norman, 2020; Stramrood & Slade, 2017; Schepper, ve diğerleri, 2016; Catling & Simpson, 2016; Simpson, Schmied, Dickson, & Dahlen, 2018; Çankaya & Ocaktan, 2021). Müdahaleler arasında bilgilendirme, yapılandırılmış psikolojik müdahaleler, duyguları ifade edici yazma müdahaleleri, anneye psikolojik eğitim verilmesi, duygularını ifade etmesine müsaade edilmesi TSSB'yi önlemeye yönelik öne çıkan

ortak temalar olarak bulunmuştur (De Graaff, Honig, Van Pampus, & Stramrood, 2018). Sağlık profesyonellerinden düşük memnuniyet, TSSB ile ilişkili bulunmuştur (Dikmen-Yıldız, Ayers, & Phillips, 2018).

Bu çalışmaya katılan kadınların %42.3'ü doğumlarında sağlık personelinin kendisine yeterli danışmanlık/eğitim verdiğini belirtmiştir. Perinatal dönemde ASM sağlık personelinin yeterli danışmanlık/eğitim alan annelerde anlamlı şekilde TSSB'nin azaldığı görüldü. Literatür incelendiğinde de bu çalışmayla paralel olarak yetersiz danışmanlık ve eğitim almanın TSSB gelişimi için risk faktörü olduğu bulunmuştur (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Cook, Ayers, & Horsch, 2018). Perinatal dönem bakım ve izlemlerinde ASM çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. TSSB gelişimini önlemek için ASM çalışanları gebelere erken tarama yapmalı, tarama neticesinde gebelerin eksik veya yetersiz olduğu konularda onlara danışmanlık ve eğitim vermelidir (Cook, Ayers, & Horsch, 2018). Bu sonuçlar bize sağlık personelinin doğum öncesi, sırası ve sonrasında, hastane ve ASM'lerde ne kadar önemli ve kilit görevler üstlendiğini göstermektedir. Sağlık personelleri bunun bilincinde hareket ederek kadına ve bebeğe gerekli özeni göstermeli, mahremiyetini koruyarak bakım danışmanlık ve bilgilendirmeyi sağlamalıdır. Gerekirse daha üst birime yönlendirme yapılmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kadınların CityDTÖ puan ortalaması 15.77 ± 13.51 (0-60); %90.5'inin en az 1 ya da daha fazla belirtisi olduğu, %14.9'ünün DSM-5 teki TSSB'nin tüm tanı kriterlerini karşıladığı saptandı.

Bu çalışmada kadınların doğum esnasındaki toplam doğum algısı(DAÖ) puanı 10.60 ± 4.50 (0-24) ve ölçeğin alt boyutlarından kadınların doğum anında DAÖ puanı 5.62 ± 2.65 (0-12) ve doğumdan sonraki ilk haftada DAÖ puanı 4.98 ± 2.86 (0-12) orta düzeye yakın belirlenmiştir. Toplam ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanlar artıkça travmatik doğum algısının arttığı kabul edilmektedir. Yapılan korelasyon analizinde travmatik doğum algısı ile TSSB puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınların travmatik toplam doğum algısı ve alt boyutlardan doğum anında ve doğumdan sonraki ilk haftada doğum algısı ile TSSB varlığı arasında da ileri düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Travmatik doğum algısı TSSB puanını artırmıştır.

Daha önce psikolojik bir rahatsızlık geçiren, fiziksel/sözel şiddete maruz kalan, cinsel şiddete/istismara uğrayan, gebeliğinde stres, üzüntü, kaygı yaşayan, gebelikte doğum korkusu yaşayan, primigravida olan, primipar olan, vajinal doğumda epidural anestezi uygulanan, doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebekle tentene temas etmeyen, doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeği emzirmeyen, doğum sonrası odasında refakatçisi olmayan, doğum sırasında veya sonrasında anne ve bebekte

sorun gelişen, doğumda sağlık personeli tarafından yeterli destek ve bakım almayan, doğumda sağlık personeli tarafından mahremiyetine karşı saygılı davranılmayan, doğumda sağlık personeli tarafından fiziksel veya sözel olumsuz davranışlar gören, perinatal dönemde ASM sağlık personelinden yeterli danışmanlık/egitim alamayan kişilerin, travmatik stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Kiniğe/uygulamaya yönelik öneriler

- Perinatal annelerde, depresyon, anksiyete ve stres tespit edilirse veya potansiyel risk faktörleri mevcutsa vakit kaybetmeden uygun tedavi planlanmalı ve başlanmalıdır.
- Plansız gebeliklerin oluşmasını engellemek için sağlık personeli; eşlerin aile planlaması yöntemleri kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemeli, aile planlaması yöntemlerini açıklamalı ve yöntemlerden kendilerine uygun olanı kullanmaları konusunda teşvik etmelidir.
- Sağlık personelleri, anneyi doğuma hazırlık eğitimine katılması konusunda teşvik etmelidir çünkü doğuma hazırlık eğitimi kadınların doğum sürecine yönelik sorularının cevaplandığı, sürecin açık ve anlaşılır bir şekilde anlatıldığı, olası yaşanacak durumlara karşı hazırlık yapılan faydalı ve gerekli bir eğitimidir.
- Sağlık personeli özellikle primigravida veya primipar olan kadınların daha önce olumlu doğum deneyimi yaşamış olan annelerle iletişim kurmasında yardımcı olabilir. Kadınlar kendileriyle benzer süreç yaşamış olan kadınlardan, onların deneyimlerinden ve anlattıklarından daha çok etkilenicektir.

- Kadın; doğumla ilgili varsa önceki deneyimlerini, korkularını, düşüncelerini veya aklındaki soruları paylaşabilmesi için teşvik edilmelidir.
- Risk faktörü oluşturduğu için düşük gelirli aileler sosyal olarak destek alabileceği birimlere yönlendirilebilir.
- Anne adayına doğumun başlaması, ilerleyişi ve bitişi konusunda yeterli, anlaşılır ve aydınlatıcı eğitimler verilmelidir. Doğum süreci her ne kadar planlansa ve gerekli tedbirler alınsa da süreç içerisinde duruma göre planın dışına çıkılabileceği, doğum esnasında annenin ve bebeğin sağlığı için planlanan doğum şeklinde değişiklik yapılabileceği, böyle bir durumda panik yapılacak bir durum olmadığı ve annenin doktoruna güvenip, sakince yeni sürece uyum göstermesi gerektiği anne adayına mutlaka anlatılmalıdır. Böylece doğum planında ani bir değişikliğe gidildiğinde anne önceden bu duruma hazırlandığı için stres ve anksiyetesi daha düşük olacaktır.
- Travmatik doğumu engellemek için doğumda sağlık personeli mümkün olduğunca gereksiz girişimsel işlemlerden kaçınmalı, pozitif doğum uygulamaları yapılmalı, gerekliyse ve yapıldıysa anneye neden bu işlemin uygulandığı anlaşılır ve açık bir şekilde anlatılmalıdır.
- Doğum planına kadının da etkin katılımı sağlanmalı onun fikir ve görüşlerine değer verilmeli, duygularını ifade etmesi sağlanmalı, süreçle ilgili gerekli bilgilendirme yapılmalı ve kadının soruları yanıtlanmalıdır.
- Sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerin güçlendirilmesi ve kadınla sağlıklı, etkili bir iletişim kurmaları faydalı olacaktır. Doğumda endikasyon gelişmedikçe istenmeyen müdahalelerden kaçınılmalı ve kadının mahremiyetine saygı gösterilmelidir.
- Yenidoğan ile ten tene temas ve doğumdan hemen sonra emzirme teşvik edilmelidir. Sağlık çalışanları annelerin emzirme periyotlarını ve bebekleriyle olan ilişkilerini takip etmelidir. Bazı anneler bebeklerini emzirmek için ekstra desteğe ve gerekirse emzirme danışmanına yönlendirilmeye ihtiyaç duyabilir

- Postpartum dönemde annenin duygularını paylaşmasına izin verilmeli, psikolojik durumu ve sosyal destek sistemleri değerlendirilmeli, TSSB veya postpartum depresyon açısından riskli ise psikiyatrik destek alabileceği birimlere yönlendirilmelidir.
- Anneye ihtiyaç duyduğu konularda danışmanlık ve sağlık eğitimi planlanıp verilmelidir. Anne, bebek ve aile üzerindeki olası etkileri nedeniyle, obstetrik bakım profesyonellerinin ve toplum ortamlarında doğum sonrası ilk yılda bakım sağlayanların doğumdan sonra TSSB'yi tanımaları ve olası risk faktörlerinin, sonuçlarının farkında olmaları önemlidir.
- Doğumdan sonra TSSB'nin önlenmesine yönelik araştırmalar devam etmektedir. Kadına doğum öncesi, sırası ve sonrasında bakım verenler hem olumlu hem de olumsuz önemli rollerinin farkına varmalıdır. Tarama seçenekleri hakkında bilgi ve yeterli sevk olanakları, erken teşhis ve müdahale için çok önemlidir.
- Gebe kadınlar yaklaşan doğumlarını daha rahat ve travmasız atlatabilmeleri için travma ve doğum sitesi gibi internet destek gruplarına yönlendirilebilir.
- Doğum öncesi dönemde risk altındaki kadınlar tespit edildiğinde klinik görüşmeler, ekstra destek ve daha iyi ağrı giderme gibi önleyici stratejiler planlanabilir.
- TSSB gelişiminin önlenmesi için gebelere erken tarama yapılmalıdır. Doğum öncesi ve doğum sonrası randevular esnasında kadınlara yapılandırılmış anketler uygulayarak riski değerlendirmek ve kademeli müdahale protokolleri geliştirmek faydalı olabilir.

Araştırmaya/literatüre yönelik öneriler

- Fiziksel, sözel ya da cinsel şiddete maruz kalan kadınlar risk altında olduğu için başka çalışmalar planlanabilir.
- Primigravida ve doğum korkusu olan annelerle çalışmalar yapılabilir.
- Riskli gebeliklerde ve riskli doğum eylemi olan annelerle çalışma yapılabilir
- Sonuçları iyileştirmek için postpartum TSSB gelişme riski taşıyan kadınların tespit edilmesi ve araştırmaların artırılması gerekmektedir.
- Travmatik doğum deneyimi olan kadınlar ile nitel çalışmalar planlanabilir.

Kaynakça

- Aksoy Derya, Y., Sis Çelik, A., & Ejder Apay, S. (2019). Turkish Version of The Childbirth Perception Scale: Reliability and Validity Study. *Perspective in Psychiatric Care*, 56(1), 28-36.
- Alikaşifoğlu, M., Erginoz, E., Tasdelen Gur, E., Baltas, Z., Beker, B., & Arvas, A. (2001). Factors Influencing the Duration of Exclusive Breastfeeding in a Group of Turkish Women. *Journal of Human Lactation*, 17(3), 220-226.
- Alus Tokat, M., Okumuş, H., & Dennis, C. L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108.
- Alus Tokat, M., & Okumuş, H. (2013). Emzirme Öz-Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 21-29.
- Amanak, K., Demirkol, İ., & Ünay, V. (2020). Doğum Memnuniyetinin Postpartum Erken Dönem Emzirme Öz-Yeterliliğine Etkisi. *Türk Fen Ve Sağlık Dergisi*, 1(2), 50-57.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 ed. Arlington: VA: American Psychiatric Publishing.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozukluklarda Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. (DSM-5 Beşinci b.). (Köroğlu E, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbeck, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk Factors for Developing Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: a Systematic Review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 1261-1272.
- Ataşever, İ., & Sis Çelik, A. (2018). Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1).

- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The Effects of Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder on Women and Their Relationships: A Qualitative Study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398.
- Ayers, S., Radoš, S. N., & Balouch, S. (2015). Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 234-242.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The Aetiology of Posttraumatic Stress Following Childbirth: a Meta-Analysis and Theoretical Framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134.
- Ayers, S. (2017). Birth Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder: The Importance of Risk and Resilience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 427-430.
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9(409), 1-8.
- Baltacı, N., & Başer, M. (2020). Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 206-212.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baptie, G., Andrade, J., Bacon, A. M., & Norman, A. (2020). Birth Trauma: The Mediating Effects of Perceived Support. *British Journal of Midwifery*, 28(10), 724-730.
- Bay, F. (2019). Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Bayraktar, S. (2018). Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*, 1-7.
- Bayrı Bingol, F., & Demirgoz Bal, M. (2020). The Risk Factors for Postpartum Posttraumatic Stress Disorder and Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 851-857.
- Bayrı Bingol, F., Demirgöz Bal, M., Dişsiz, M., Taylan Sormageç, M., & Dikmen Yıldız, P. (2020). Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale (CityBiTS). *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1-9.
- Beck, C. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth The Aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
- Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey. *Birth*, 38(3), 216-227.

- Beck, C. T. (2021). Subsequent Childbirth After a Previous Birth Trauma: A Metaphor Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(10), 909-916.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and Criteria for Traumatic Events. *Midwifery*, 30(2), 255-261.
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., Peralta-Ramirez, M. I., & Ayers, S. (2021). Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Among Women After Childbirth Using the City Birth Trauma Scale in Spain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(5).
- Catling, C., & Simpson, M. (2016). Understanding Psychological Traumatic Birth Experiences: a Literature Review. *Women and Birth*, 29, 203-207.
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal Posttraumatic Stress Disorder During the Perinatal Period and Child Outcomes: a Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31.
- Cömert, D. (2019). Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul (Dr. Öğretim Üyesi Fadime Bayrı Bingöl): Ebelik Anabilim Dalı.
- Çalış, A. (2019). Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Süresine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. İzmir: T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Çankaya, S., & Ocaktan, C. (2021). Postpartum Erken Dönemde Primipar Annelerin Travmatik Doğum Deneyimlerinin ve Algısının, Emzirme Tutumu ile İlişkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 227-234.
- Çelik, G. (2018). Doğum Şekline Göre Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri Görülme Durumu Ve Etkileyen Faktörler. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-82.
- Dağ Karataş, R. (2016). Cinsel Saldırı Mağdurlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. (T. D. Eşsizoglu, Derleyici) Eskişehir: TC. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Davis, A. M., & Sclafani, V. (2022). Birth Experiences, Breastfeeding, and the Mother-Child Relationship: Evidence from a Large Sample of Mothers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 54(4), 518-529.
- Dayan, G. (2019). Postpartum Depresyonda Maternal Bağlanma Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa (Danışman: Prof .Dr. Ebru Çakıcı): Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- De Graaff, L. F., Honig, A., Van Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. (2018). Preventing Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth and Traumatic Birth Experiences: a Systematic Review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 9(6), 648-656.

- Dekel , S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol.*, 8(560).
- Demiröz, H., & Taştan, K. (2018). The Effects of Perceived Social Support on Postpartum Depression. *J Surg Med.*, 2(3), 298-302.
- Dennis, C. L., & Faux, S. (1999). Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399-409.
- Dennis, C.-L. (1999). Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C.-L. (2002). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 31(1), 12-32.
- Diamond, R. M., & Colaianni, A. (2022). The Impact of Perinatal Healthcare Changes on Birth Trauma During. *Women and Birth*, 35(5), 503-510.
- Dikmen-Yıldız, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal Trajectories of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) After Birth and Associated Risk Factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377-385.
- Doğan, O. (2011). *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. 288-291. Sivas: Esfor Ofset.
- Durmuş, E. (2019). *Emzirme Eğitiminin Annelerin Bebeklerini Besleme Tutumuna, Emzirme Motivasyonu ve Yeterliliğine Etkisi*. İstanbul: T.C. Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Er Güneri, S. (2015). *Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 482-496.
- Ertekin Pınar, Ş., & Polat, Ş. (2019). Postpartum Dönemde Algılanan Sosyal Desteğin Posttravmatik Stres ve Anne Bebek Bağlılığı ile İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 448-456.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2011). Prevalence and Determinants of Common Perinatal Mental Disorders In Women in Low- and Lower-Middle-Income Countries: a Systematic Review. *Bull World Health Organ*, 90(2), 139-149.
- Gankanda, W. I., Gunathilake, I., Kahawala, N., & Ranaweera, A. (2020). Prevalence and Associated Factors of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Among a Cohort of Post-Partum Sri Lankan women: A Cross Sectional Study. *Research Square*, 1-15.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath , M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The Impact of Subjective Birth Experiences on Post-Traumatic Stress Symptoms: a Longitudinal Study. *Arch Womens Ment Health*, 16(1), 1-10.

- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The Influence of Postpartum PTSD on Breastfeeding: A Longitudinal Population-Based Study. *Birth*, 45(2), 193-201.
- Gökçe İsbir, G., & İnci, F. (2016). Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 29-40.
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is Traumatic Birth? A Concept Analysis and Literature Review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254-267.
- Güdücü, N., Kayan, B. Ö., İşçi, H., Başgül Yiğiter, A., & Dunder, İ. (2013). Sezaryenle ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Jopp Dergisi*, 5(3), 114-117.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Halk Sağlığı için Açık Kaynak İstatistikleri.
<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>. Erişim Tarihi: 12.12.2022
- Halperin, O., Sarid, O., & Cwikel, J. (2015). The Influence of Childbirth Experiences on Women's Postpartum Traumatic Stress Symptoms: a Comparison Between Israeli Jewish and Arab Women. *Midwifery*, 31(6), 625-632.
- Hernández- Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Manzanares, M. D., & Martínez-Galianof, J. M. (2019). Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder: Associated Perinatal Factors and Quality of Life. *Journal of Affective Disorders*, 249, 143-150.
- Howard, L. M., Piot, P., & Stein, A. (2014). No Health Without Perinatal Mental Health. *Lancet*, 384(9956), 1723-1724.
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal Mental Health: a Review of Progress and Challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327.
- Işık, M., & Demirgöz Bal, M. (2022). Doğum Sonrası Dönemde Eş Desteğinin Travma Sonrası Stres Belirti Düzeyine Etkisi. *Journal of Health Sciences and Management*, 2, 27-32.
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-Traumatic Stress Symptoms After Childbirth and Early Mother-Child Interactions: an Exploratory Study. *Journal of Reproductive and Infant*, 32(2), 163-181.
- Kara, P., & Nazik, E. (tarih yok). COVID-19 Pandemisinde Gebelerin Psikolojik Sağlık Sonuçları: Tanımlayıcı Çalışmaların Sistemik Bir Derlemesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 193-201.
- Kavakçı, Ö. (2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Özel Sayı*, 8(1), 31-37.

- Keten, H. S., Gençoğlan, S., Dalgacı, A. A., Avcı, F., Satan, Y., Ölmez, S., & Çelik, M. (2015). Gebelik Kaybı Sonrası Akut Stres Bozukluğunun Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 226-232.
- Kızılkaya Beji, N., Murat, M., & Köse, S. (2022). Perinatal Dönem Ruh Sağlığı Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 116-123.
- Koç, Z. (2018). Örselenme (Travma) Ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar Ve Psikiyatri Hemşireliği Bakım. 978-605-7923-41-7.
- Kolukırık, Ü. (2016). Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme ile İlişkisi. İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- Martínez, A. H., Almagro, J. R., Alarcón, M. M., Torres, N. I., Manzanares, M. D., & Galiano, J. M. (2019). Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder: Associated Perinatal Factors and Quality of Life. *Journal of Affective Disorders*(249), 143-150.
- Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. *Journal of Clinical Medicine*, 10(488), 1-12.
- McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic Stress Symptoms, Parenting Stress and Mother-Child Relationships following Childbirth and at 2 Years Postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 141-146.
- Mitra, A. K., Khoury, A. J., Hinton, A. W., & Carothers, C. (2004). Predictors of Breastfeeding Intention Among Low-Income Women. *Maternal and Child Health Journal*, 8(2), 65-70.
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and Risk Factors of Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-6.
- Nakić Radoš, S., Matijaš, M., Kuhar, L., Anđelinović, M., & Ayers, S. (2019). Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder in Couples: a Qualitative Study. *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 491-509.
- Sayın, A. A. (2016). Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Konya (Danışman: Prof. Dr. Özkan GÜLER): Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,.

- Schepper, S. D., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder After Childbirth And The Influence Of Maternity Team Care During Labour And Birth: A Cohort Study. *Midwifery*, 32, 87-92.
- Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., & Margolis-Dorfman, L. (2016). A Simple Model For Prediction Postpartum PTSD In High-Risk Pregnancies. *Arch Womens Ment Health*, 19(3), 483-490.
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding Psychological Traumatic Birth Experiences: a Literature Review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207.
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., & Dahlen, H. G. (2018). Postnatal Post-Traumatic Stress: an Integrative Review. *Women and Birth*, 31, 367–379.
- Sönmez, C. I., & Sivaslıoğlu, A. A. (2019). Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 369-376.
- Stramrood, C., & Slade, P. (2017). A Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*, 33-49.
- Şahin, B. (2020). Doğum Sonrası Travmatik Stres Düzeyinin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Fadime Bayrı Bingöl).
- Şahin, B., & Bayrı Bingöl, F. (2021). Postpartum Maternal Travmatik Stres ve Bağlanma Arasındaki İlişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 227-236.
- Şimşek, Ç., & Esencan, T. Y. (2017). Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 183-189.
- Şuer, T. (2005). Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 205-210.
- Truijens, S. E., Wijnen, H. A., Pommer, A. M., Oei, S. G., & Pop, V. J. (2014). Development of the Childbirth Perception Scale (CPS): perception of delivery and the first postpartum week. *Archives of women's mental health*, 17(5), 411-421.
- Türk Dil Kurumları Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim Tarihi:12.12.2022
- Türkiye İstatistik Kurumu(TUİK).Doğum İstatistikleri, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021-45547>. Erişim Tarihi:12.12.2022
- Türkmen, H., Yalnız Dilcen, H., & Aslantekin Özçoban, F. (2020). Traumatic Childbirth Perception During Pregnancy and the Postpartum Period and its Postnatal Mental Health Outcomes: a Prospective Longitudinal Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-14.

- Yalnız Dilcen, H., & Etki Genç, R. (2019). Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebenin Rolü. *Life Sciences*, 14(3), 64-73.
- Yıldırım, G. (2020). Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Karşılaştırılması. İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Yiğitbaş, Ç., & Ada, G. (2019). Dördüncü Trimesterde Öz Etkilik Yeterlilik Düzeyi Açısından Anne Bebek Bağlanması. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3), 343-353.
- White, C., Watson, K., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417-425.

EK 1. ÇEVİRİMİÇİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizleri "Doğum Travması ve Doğum Sonrası Travmatik Stres Bozukluğu ile İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

*Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

*Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir.

*Formdaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın.

*Bu formdan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

* Sizden beklenen, görüşlerinizi içtenlikle belirtmenizdir. Lütfen size en uygun olan tanımı işaretleyiniz.

*Araştırma; doğum esnasında ve doğumdan sonraki dönemde yaşadığınız deneyimler, yaşadığınız olumlu ve olumsuz duygular ve sorunları içeren sorulardan oluşmaktadır.

* Anketin cevaplama süresi yaklaşık 5-10 dakika sürecektir.

Aklınıza takılan herhangi bir soru olduğunda benimle gulcansen1990@gmail.com adresinden irtibata geçebilirsiniz.

Değerli katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Zeynep DAŞIKAN

Hemşire Gülcan ŞEN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

gulcansen1990@gmail.com

Açıklamayı okudum ve onaylıyorum

Evet

EK 2. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Anket

No:.....

Tarih:../../.....

Sosyodemografik özellikler

1. Yaşınız
2. İlk evlenme yaşıınız?.....
3. Eğitim durumunuz:
 1. İlkokul ve dengi okul mezunu
 2. Lise ve dengi okul mezunu
 3. Üniversite mezunu
 4. Lisansüstü
4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet
 2. hayır
5. Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl algılıyorsunuz?
 1. Gelir giderden fazla
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden az
6. Ailenizin ortalama aylık gelir durumunu işaretleyiniz.
 1. 3000 TL ve altı
 2. 3000-6000 TL arası
 3. 6000 – 9000 TL arası
 4. 9000 TL üstü
7. Yaşamınızda en uzun süre yaşadığınız yer?

1. İl/büyükşehir
 2. İlçe
 3. Köy/kasaba
8. İçinde yaşadığınız aile tipi?
1. Çekirdek aile (karı-koca-çocuklar)
 2. Geniş aile (karı-koca-çocuklar-diğer aile üyeleri)
 3. Parçalanmış aile (boşanmış-ayrı yaşayan vs.)
9. Yaşamınız boyunca psikolojik bir rahatsızlık geçirdiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır
10. Yaşamınız boyunca hiç fiziksel/sözel şiddete maruz kaldınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
11. Yaşamınızda hiç cinsel şiddete/istismara maruz kaldınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
12. Pandemi sürecinde covid-19 hastalığı geçirdiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır
13. Covid-19 nedeniyle yakın aile bireylerinizden birini kaybettiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır

Obstetrik özellikler- Antenatal

14. Bu son gebeliğiniz planlı mıydı?
1. Evet
 2. Hayır
15. Gebeliğinizde doğuma hazırlık eğitimi sınıflarına katıldınız mı?
1. Evet
 2. hayır
16. Bu gebeliğinizde herhangi bir sorun/hastalık(düşük tehdidi, kanama, gebelik şekeri, erken doğum tehdidi, yüksek tansiyon, bebekte gelişim sorunu gibi) yaşadınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
17. Gebeliğinizde stres, üzüntü, kaygı, depresyon durumu yaşadınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
18. Gebelik süresince doğum ile ilgili korkunuz oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

Obstetrik özellikler-intrapartum-postpartum

19. Gebelik sayısı.....
20. Düşük sayısı
21. Doğum Sayısı.....
22. Ölü doğum sayısı
23. Kaç haftalık doğum yaptınız? (örn: 38 hafta gibi)
24. En son doğumunuzu ne şekilde yaptınız?
1. Normal (vajinal) doğum
2. Acil sezaryen doğum
3. İsteğe bağlı sezaryen doğum
25. Doğumda suni sancı verildi mi?
1. Evet 2. Hayır
26. Normal doğumda ağrı kesici/ epidural anestezi (belden yapılan ağrı kesici) yapıldı mı?
1. Evet 2. Hayır
27. Normal doğumda kesi yapıldı mı veya yırtık oluştu mu?
1. Evet 2. Hayır
28. Normal doğum yapanlar doğumunuzu kim yaptırdı?
1. Ebe 2. Doktor 3. Diğer..
29. Doğumunuzu nerede yaptınız?
1. Özel hastane/poliklinik
2. Üniversite hastanesi
3. Devlet hastanesi
4. Evde
5. Diğer...
30. Doğumda ilk bir saat içinde bebek ile ten tene temas (çıplak olarak göğsünüze yatırma) yapıldı mı?
- 1.Evet 2. Hayır
31. Doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeğinizi emzirdiniz mi?
1. Evet 2. hayır
32. Şu anda çocuğunuzu besleme şekliniz nasıl?
1. Sadece anne sütü
2. Anne sütü ve karışık besinler(mama, ek gıdalar)

3. Mama, ek gıdalar, diğer besinler
33. Doğum sırasında veya doğum sonrasında sizde herhangi bir sorun/hastalık oldu mu?
1. Evet (.....) 2. Hayır
34. Doğum sırasında veya doğum sonrasında bebeğinizde herhangi bir sorun/hastalık oldu mu?
1. Evet (.....) 2. Hayır
35. Doğum odasında eşiniz veya size refakat eden birisi var mıydı?
1. Evet 2. hayır
36. Son doğumunuzda sağlık personeli ile ilgili deneyimleriniz nelerdir? Size uygun olanları işaretleyiniz?

	Hiç olmadı	Çok az	Orta düzeyde	Çok fazla
Doğumda sağlık personeli tarafından size yeterli destek ve bakım verildi mi?				
Doğumda sağlık personeli size ve mahremiyetinize karşı saygılı mıydı?				
Doğumda sağlık personeli tarafından size karşı fiziksel veya sözel (bağırma, aşışılama, vurma, karına bastırma gibi) olumsuz davranışları oldu mu?				

37. Doğum sonrası dönemde size destek olan, yardım eden birileri var mı?
- 1) Evet, var. 2) Hayır, yok.
38. Gebelik ve doğum sonrası izlemlerinizde (aile sağlığı merkezi) hizmet aldığınız sağlık personeli(ebe-hemşire-doktor) tarafından yapılan danışmanlık ve eğitimler sizce yeterli miydi?
- 0- Hiç
1- Çok az
2- Orta derecede
3- Yeterli

EK 3. DOĞUM ALGI ÖLÇEĞİ (DAÖ)

Aşağıda kadınların doğum esnasında ve doğum sonrası ilk haftada (doğumdan sonraki ilk 7 gün) nasıl deneyimler yaşadıklarına dair bazı ifadeler verilmektedir. Lütfen kutuları işaretleyerek her bir ifadeye ne düzeyde katıldığınızı belirtiniz. Lütfen her soru için yalnızca bir kutuyu işaretleyiniz.

		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Doğumun tahmin ettiğimden çok daha kötü geçti.				
2	Doğumdan sonraki ilk haftam boyunca kendimi çok gururlu hissettim.				
3	Doğumdan sonraki ilk haftam boyunca kendimi çoğunlukla suçlu hissettim.				
4	Doğum esnasında doğumu başarıp başaramayacağım ile ilgili şüpheye düştüm.				
5	Doğumum esnasında paniğe kapıldım.				
6	Doğumdan sonraki ilk hafta bana gerçekten zevk verdi.				

7	Doğumum esnasında sakın kalabildim.				
8	Doğumdan sonraki ilk haftam oldukça keyifli idi.				

EK 4. CITY DOĞUM TRAVMASI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, son bebeğinizin doğumundaki deneyiminizi sormaktadır. Doğum kasılmaları ve doğum sırasında (veya hemen sonrasında) olabilecek travmatik olayları ve doğumdan sonra bazı kadınlar tarafından bildirilen belirtileri yaşayıp yaşamadığınızı sorgulamaktadır. Lütfen deneyiminize en yakın yanıtları işaretleyiniz.

Bebeğinizin doğum tarihi?

Doğum kasılmaları sırasında, doğumda ve doğumdan hemen sonra:		
1.Sizin veya bebeğinizin ciddi bir şekilde yaralanabileceğini düşündünüz mü?	Evet	Hayır
2.Sizin veya bebeğinizin ölebileceğini düşündünüz mü?	Evet	Hayır

Lütfen aşağıdaki belirtileri son 1 hafta içerisinde ne sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz.

	HİÇ	1	2-4	5
		KEZ	KEZ	YADA

Doğumla ilgili belirtiler*				DAHA FAZLA
3.Doğumla (veya doğumun bazı bölümleri) ile ilgili kontrol edemediğiniz istenmeyen tekrarlayıcı anılar yaşamak				
4.Doğumla ilgili (veya doğuma ilişkin) kötü rüyalar veya kabuslar görmek				
5.Doğumla ilgili anılarının tekrar tekrar gözünün önüne gelmesi ve/veya doğumu yeniden yaşıyor gibi hissetmek				

6.Doğumu hatırladığında rahatsızlık hissetmek				
7.Doğumu hatırladığında gergin ya da endişeli hissetmek				
8.Doğum hakkında düşünmekten kaçınmaya çalışmak				
9.Doğumu hatırlatan şeylerden (insanlar, yer, tv programları) kaçınmaya çalışmak				
10.Doğumla ilgili ayrıntıları hatırlayamamak				
11.Doğum sırasında olanlarla ilgili kendimi ya da başkalarını suçlamak				
12.Doğumla ilgili güçlü olumsuz duygular hissetmek (korku, öfke, utanma)				

* Bu sorular doğumla ilgili olsa da, birçok kadının doğumdan hemen önce veya sonra bu gibi belirtileri olabilir. Gebelik, doğum ve bebekle ilgili bu durumlar söz konusu ise, o zaman lütfen bu olaylar için cevap veriniz.

Doğumdan sonra başlayan veya daha kötüleşen belirtiler	HİÇ	1 KEZ	2-4 KEZ	5 YADA DAHA FAZLA
13.Kendim hakkında olumsuz düşünmek				

veya kötü bir şeylerin olacağını düşünmek				
14.Benim için önemli olan aktivitelere ilgimi kaybetmek				
15.Diğer insanlardan uzaklaştığını hissetmek				
16.Olumlu duygular hissedememek (mutlu, heyecanlı gibi)				
17.Sinirli ya da saldırgan hissetmek				

18.Kontrolsüz davranma ya da kendine zarar verme isteği hissetmek				
19.Gergin ve kaygılı hissetmek				
20.Diken üstünde olmak ya da kolayca irkilmek				
21.Düşüncenizi ya da dikkatinizi belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekmek				
22.Bebeğin uyku düzeninden kaynaklanmayan sebepler nedeniyle iyi uyuyamamak				
23.Gerçeklerden kopmuş ya da rüyadaymış gibi hissetmek				
24.Her şeyi çarpıtılmış ya da gerçek değilmiş gibi hissetmek				

Bu belirtilerden herhangi biri varsa:

25.Bu belirtiler ne zaman başladı?	
Doğumdan önce	
Doğumdan sonraki ilk 6 ayda	
Doğumdan sonra 6 aydan fazla	
Hiç belirti yok (Benim için geçerli değil)	

26.Bu belirtiler ne kadar zamandır devam ediyor?	
1 aydan daha az	
1-3 ay arası	
3 ay veya daha fazla	
Hiç belirti yok (Benim için geçerli değil)	

27.Bu belirtiler sizde çok sıkıntıya sebep oluyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
28.Bu belirtiler genelde yaptığımız şeyleri yapmanıza engel oluyor mu (sosyalleşme, günlük işler gibi)?	Evet	Hayır	Bazen
29.Bu belirtilerden herhangi biri alkol alma, ilaç kullanımını ya da fiziksel hastalıklarınızdan dolayı olabilir mi?	Evet	Hayır	Bazen

EK 5. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

U Alici: fadimebayri

Merhaba sayın hocam, ben Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülcan ŞEN. Hocam Yüksek lisans tezimde izniniz olursa sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "city doğum travması ölçeği" ni kullanmak istiyorum, izniniz olursa ölçeği ve kullanım yönergesini bana iletebilir misiniz? Saygılarımla.

F **Fadime Bayri** fadimebayri@ege.edu.tr
Alici: ben

24 Kas 2020 Sal 10:31

Sayın Gülcan Şen,

City Doğum Travması Ölçeği Türkçe formu ve değerlendirmesi ektedir. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla

Fadime BAYRI BİNGÖL
Dr. Öğretim Üyesi
Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi



YEŞİM AKSOY DERYA yesim.aksoy@egeuni.edu.tr

10 Mar 2021 10:54



Alıcı: ben

Sayın Gülcan ŞEN,
İlgili ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeğe ait bilgiler ektedir. Kolaylıklar diliyorum.

Gülcan Şen gulsen.1999@gmail.com, 10 Mar 2021 Çar, 04:15 tarihinde şunu yazdı:

--
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Associate Professor, PhD, Yeşim AKSOY DERYA
Inonu University
Faculty of Health Sciences
Department of Midwifery

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurusunu yaptığımız " **Doğum Travması Ve Postpartum Travmatik Stres Bozukluğu İle İlişkili Faktörler** " konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sunulmaktadır.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EK 6. ETİK KURUL İZİNİ

Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı (1 Adet aslı gibidir örneği elden gönderilecektir)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS9H3LT8S2

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-chys>

Adres: Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir

Telefon :+90 (232) 311 21 10 Faks: +90 (232) 339 90 90

Web: www.ege.edu.tr

Keş Adresi: egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Halide TATAR

Unvanı: Şef



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: tibbetik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Microsoft Teams Programı ile Teletoplantı gerçekleştirilmiştir.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Travması Ve Postpartum Travmatik Stres Bozukluğu ile ilişkili Faktörler
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep DAŞIKAN
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Y.L öğrencisi Gülcan ŞEN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	
	BİLGİLENDİRME FORMU	
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>
	DiĞER	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 21-5T/56	Tarih: 06.05.2021
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda araştırmanın etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Güzide AKSU

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Güzide AKSU Başkan	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLİNE KATILDI
Doç. Dr. Tolga AKŞİT (Başkan Yardımcısı)	Antrenörlük Eğitimi - Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLİNE KATILDI
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye (Raportör)	Klinik Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya A.D. Klinik Biyokimya B.D.		<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLİNE KATILDI
Dr. Öğr. Üyesi Aysun EKŞİOĞLU Üye	Ebelik AD.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	ONLİNE KATILMADI
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLİNE KATILDI
Prof. Dr. Mustafa MANDIRACIOĞLU Üye	Halk Sağlığı AD	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLİNE KATILDI



Araştırma Başvurusu Onay Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel. 0 232 390 2134 e-mail: tibbiletik@yahoo.com
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Doğum Travması Ve Postpartum Travmatik Stres Bozukluğu ile İlişkili Faktörler

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 21-57/56				
Unvanı / Adı / Soyadı / EK Üvlesi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN Üye	Çocuk Ruh Sağlığı	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	ONLINE KATILMADI
Prof. Dr. Çağdaş EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. H. Oya TÜRKÖĞLU Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Meltem SEZİŞ DEMİRCİ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Ahmet ÖZGÜRYENİEL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	ONLINE KATILMADI
Doç. Dr. Banu SARIK KUMBARACI	Tıbbi Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Mustafa Nuri Deniz	Anestezi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D. Çocuk	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı:
Prof. Dr. Güzide AKSU

1

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

TEŞEKKÜR

Bir Türk kadını olarak bu tezi yazabilmemi sağlayan, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu ebedi Baőretmenimiz Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Tezimin hazırlanmasının her aşamasında desteğini ve yardımlarını hiğbir zaman esirgemeyen, bilgi birikimi ve deneyimiyle yol gösteren ęok değerli hocam ve tez danıőmanım sayın Doç. Dr. Zeynep DAŞIKAN'a

Tez savunma sınavında jüri yesi olup katkı ve desteklerini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT ve Sayın Doç Dr. Fadime BAYRI BİNGÖL hocalarıma,

Lisans ve Yüksek lisans eğitimimi aldığım ve mesleğe bu yönde bakış ağımı geliőtiren, her daim ęatısı altında olmaktan gurur duyduğum Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesindeki saygıdeğer hocalarıma,

Hayatımın her anında, her konuda desteğini ve duasını hep hissettiğim, tüm süreçlerimde yanımda olan biricik ANNEM'e

Araőtırmama katılan tüm ANNELERE sonsuz teşekkür ederim...

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı: Gülcan ŞEN

Yabancı dil bilgisi: İngilizce / Orta Düzey

Görev yeri: İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Lisans: Ege Üniversitesi/Hemşirelik Fakültesi -2019

Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisansa devam etmektedir. Öğrenci No: 93190000079

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz:

- İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi , Yoğun Bakım Hemşiresi

D. BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

- Gülcan Şen, Zeynep Daşıkın. Travmatik Doğum ve Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu(PTSB). 3.Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Kongresi online ,16-18.09.2021, sözel bildiri
- Gülcan Şen, Zeynep Daşıkın. Doğum Travması, Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler.4.Uluslararası 5. Ulusal Doğum Sonu Kongresi, 30.09.2022-01.10.2022, Pamukkale/Denizli, sözel bildiri.