

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

**DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE ANNELERDE POSTPARTUM
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ
GÖRÜLME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Gülay ÇELİK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2018

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

**DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE ANNELERDE POSTPARTUM
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ
GÖRÜLME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Gülay ÇELİK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL**

**ANKARA
2018**

**DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE ANNELERDE POSTPARTUM
POSTTRAUMATİK STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ GÖRÜLME
DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Öğrenci: Gülay ÇELİK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL

Bu tez çalışması 20/09/2018 tarihinde jürimiz tarafından “Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	<i>Prof. Dr. Lale TAŞKIN</i> (Başkent Üniversitesi)	(İmza) 
Tez Danışmanı:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(İmza) 
Üye:	<i>Doç. Dr. Sena KAPLAN</i> (Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)	(İmza) 
Üye:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(İmza) 
Üye:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı ÖZBAŞ</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(İmza) 

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

01 Ekim 2018



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi/ H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ...ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

20/09/2018

(İmza)



Gülay ÇELİK

"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

*Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulutarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

(İmza) 

Arş. Gör. Gülay ÇELİK

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca değerli desteği, geribildirimi ve rehberliği için danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL'e,

Veri toplama formunun geliştirilmesinde verdikleri öneri ve destek için Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ ve Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ'a,

Tezin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağladıkları için araştırmaya katılmayı kabul eden tüm annelere,

Araştırmamın tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen kardeşime ve sonsuz güveni ve desteğiyle yanımda olan eşime,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Çelik G., Doğum Şekline Göre Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Bu araştırma, doğum şekline göre annelerde postpartum posttravmatik stres bozukluğu belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum yapan ve postpartum 4-6. haftalarda kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran 50 vajinal, 50 acil sezaryen ve 50 elektif sezaryen ile doğum yapan toplam 150 anne ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV)" kullanılmıştır. Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek; PTSDC-CV ise anneler tarafından doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma, Shapiro-Wilk testi, bağımsız gruplar t testi, Mann Whitney U testi, Pearson Ki-Kare testi, ANOVA ve LSD testi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre; acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV toplam puan ortalamasının (31,88±6,29), vajinal doğum (26,98±7,20) ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından (21,32±4,55) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Acil sezaryen ile doğum yapan annelerin eğitim düzeyine göre PTSDC-CV puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde; kendi ve bebeğinin bakımında destek alan annelerin puan ortalamasının destek almayan annelerin puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Annenin çalışma durumu, bebeğin cinsiyeti, doğum eylemi sırasında sağlık personelinin yaklaşımı ve kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumuna göre gruplararası PTSDC-CV puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (p<0,05). 19-24 ve 25-29 yaş grubunda; eğitim düzeyi "ilkokul ve ortaokul", "lise" ve "üniversite ve üzeri" olan; il merkezinde yaşayan; gelirini giderinden düşük ve gelirini giderine denk olarak algılayan, primigravida olan; gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim almayan ve kendi ve bebeğinin bakımında destek alan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Araştırma sonuçları doğrultusunda; hemşirelerin, özellikle acil sezaryen ile doğum yapan anneleri postpartum PTSTB belirtileri açısından takip etmeleri ve gerekli olduğunda profesyonel destek almalarını sağlamaları, annelerin doğumla ilgili duygularını değerlendirmeleri, uygun ve destekleyici hemşirelik bakımı ve evde bakım hizmetleriyle doğum sonu döneme psikolojik uyumlarını artıran girişimlerde bulunmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Şekli, Postpartum, Posttravmatik Stres Bozukluğu, Hemşirelik

ABSTRACT

Çelik, G., The Incidence of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers According to Their Delivery Method and Affecting Factors, Hacettepe University Institute of Health Sciences. Obstetrics and Gynecology Nursing Program, Master of Sciences, Ankara, 2018. This descriptive study aimed to identify the incidence of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth in accordance with the delivery method and affecting factors. The study was conducted with 150 mothers who gave birth by vaginal (n=50), emergency cesarean section (n=50) and elective cesarean section (n=50) at Bingöl Maternity and Pediatric Hospital and applied to gynecology and obstetrics out patient clinics 4-6 weeks after birth. The data were collected through “Personal Information Form” and “Post-traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PTSDC-CV)”. “Personal Information Form” filled by the researcher through interviewing with the mothers while PTSDC-CV filled by the mothers. Numbers, percentages, minimum-maximum values, mean, standard deviation, independent samples t test, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Pearson’s Chi-Squared, one-way ANOVA and LSD tests were used to analyze the data. According to the results, it was found that PTSDC-CV scores of mothers who gave birth by emergency cesarean section (31.88 ± 6.29) were higher than scores of mothers who gave birth by vaginal (26.98 ± 7.20) and elective cesarean section (21.32 ± 4.55) ($p < 0.05$). It was also found that there was a significant difference between PTSDC-CV scores of mothers who gave birth by emergency cesarean section according to their education level ($p < 0.05$). In elective cesarean group, PTSDC-CV scores of mothers who received help for own and her baby’s care were lower than that of mothers who did not receive help ($p < 0.05$). There was a significant difference between PTSDC-CV scores of mothers in the three groups in terms of mother’s employment status, infant’s gender, attitudes of medical personnel during delivery and status of having difficulty in caring herself and her baby ($p < 0.05$). Besides, PTSDC-CV scores of mothers who gave birth by emergency cesarean section who are in 19-24 and 25-29 age groups, graduated from “primary and secondary schools”, “high school” and “university and upper”, live in city center, perceives her income below or equal to the expenditure, is primigravid, did not receive training about pregnancy, birth and postpartum and get support for own and her baby’s care are significantly higher than PTSDC-CV scores of mothers who gave birth by vaginal and elective cesarean section ($p < 0.05$). In the light of the results, it is suggested that nurses should monitor PTSD symptoms especially in mothers who gave birth by emergency cesarean section, make them to receive professional support when necessary, evaluate their feelings about the delivery and help them adjust to the postpartum period psychologically by appropriate and supportive nursing care and home care services.

Keywords: Delivery method, Postpartum, Post-traumatic Stress Disorder, Nursing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Postpartum Dönem ve Psikolojik Uyum	6
2.2. Postpartum Dönemde Posttravmatik Stres Bozukluğu	7
2.2.1. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi	8
2.2.2. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Risk Faktörleri	9
2.2.3. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Belirtileri	11
2.3. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Doğum Şekli İle İlişkisi	11
2.4. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Anne ve Fetüs/Yenidoğan Üzerindeki Etkileri	12
2.5. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunda Tanı, Koruma ve Tedavi	13
2.5.1. Tanı	13
2.5.2. Koruma	15
2.5.3. Tedavi	16
2.6. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunda Hemşirelik Bakımı	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18

3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3.1. Araştırmanın Evreni	19
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	19
3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri	19
3.4. Verilerin Toplanması	20
3.4.1. Veri Toplama Araçları	20
3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması	22
3.4.3. Araştırmanın Uygulaması	22
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	24
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
4. BULGULAR	26
4.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	33
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	
EK-1: Etik Kurul İzni	
EK-2: Kişisel Bilgi Formu	
EK-3: Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu	
EK-4: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	
EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	
EK-6: Turnitin Raporu	
EK-7: Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	ANalysis of VAriance / Varyans Analizi
APA	American Psychological Association / Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Yayımsal El Kitabı
LSD	Least Significant Differences Test / En Küçük Önemli Fark Testi
PTSB	Posttravmatik Stres Bozukluğu
PTSDC-CV	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version / Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu
SPSS	Statistical Package for Social Science / Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.2.2.1.	Postpartum PTŞB'nin etiyoİojisi modeli.	11
3.4.3.1.	Araştırmannn akış şeması.	23

TABLULAR

Tablo	Sayfa
4.1.1. Annelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.	27
4.1.2. Annelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı.	29
4.1.3. Annelerin postpartum döneme ilişkin özelliklerine göre dağılımı.	31
4.2.1. Annelerin doğum şekline göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı.	33
4.2.2. Annelerin Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puan ortalaması, standart sapma ve min-max. değerleri.	34
4.2.3. Annelerin bazı tanıtıcı özellikleri ve doğum şekline göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puan ortalamalarının dağılımı.	35
4.2.4. Annelerin bazı obstetrik ve postpartum dönem özellikleri ve doğum şekline göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puan ortalamalarının dağılımı.	39

1. GİRİŞ

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 136 milyon anne canlı ya da ölü doğum yapmaktadır (1) ve bu annelerin postpartum dönemde depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları gibi farklı psikolojik problemler yaşadığı bilinmektedir (2). Maternal mental sağlık sorunlarının nedenleri çok faktörlüdür ve geçmişte yaşanan psikolojik problemler, düşük sosyo-ekonomik düzey, partner şiddeti veya diğer kronik stresörleri içermektedir. Bazı durumlarda ise doğum eyleminin kendisi postpartum uyum problemlerine ve mental sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (2,3).

Doğum eylemi, fizyolojik bir olay olmasına rağmen bazı anneler doğum eylemini travmatik olarak algılayabilmektedir (4). Zor ve/veya komplikasyonlu doğum, annenin kendini çaresiz hissetmesi, doğum eylemi sırasında yaşamını tehlikede hissetmesi ve doğumu kendisi ya da bebeğinin fiziksel bütünlüğüne tehdit olarak görmesi, bilinmeyen korkusu ve stres; doğum eyleminin travmatik olarak algılanmasına yol açabilmektedir (2,5-7). Yapılan çalışmalarda; nullipar olan, olumsuz doğum deneyimi yaşayan, yetersiz antenatal bakım alan, doğum eylemi ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olan, doğum sırasında ağrı, kontrol kaybı ve korku yaşayan, acil sezaryene alınan, zor veya uzamış doğum eylemi geçiren ve doğumda sağlık personeli tarafından desteklenmeyen annelerin doğum eylemini travmatik olarak algıladıkları belirlenmiştir (6-11).

Postpartum dönem, doğumdan sonra annenin vücudunda hızlı anatomik, fizyolojik ve hormonal değişimlerin meydana geldiği bir dönemdir (12). Ayrıca; yeni rollerin öğrenildiği ve bebek bakımı, bebek için güvenli çevre oluşturma, bebekle iletişim kurma ve bebekle ilgili sorunlarla başetme gibi becerilerin geliştirildiği karmaşık bir dönemdir. Bu dönem, aile için olumlu, doyum sağlayıcı ve aile bağlarının güçlendiği bir süreç olabileceği gibi, kriz haline de gelebilmektedir (12,13). Annenin postpartum dönemdeki enerji düzeyi, konforu, bebeğin sağlığı, diğer aile üyelerinin desteği, aldığı sağlık bakımının niteliği gibi pek çok faktör, bu döneme fizyolojik ve özellikle psikolojik uyumunu etkileyebilmekte ve bazı psikolojik (öfke, anksiyete, huzursuzluk vb) ve davranışsal değişikliklere neden olabilmektedir (14,15). Literatürde yer alan çalışmalar (16-22), doğum eylemini travmatik olay olarak

algılayan ve postpartum dönemde meydana gelen psikolojik değişikliklere uyum sağlayamayan annelerin, postpartum posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) geliştirdiğini göstermektedir.

PTSB ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1980 yılında yayınlanan “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III” (DSM-III)’de “gösterilebilen bir strese neden olan etki” olarak tanımlanmıştır (23). DSM-IV’de “travmaya neden olan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve en az 1 ay devam eden, bireyde aşırı uyarılma durumu, travmayı anımsatan ya da çağrıştıran olaylardan kaçınma, bireyin travmatik olayı rüyalar ve flashbeckler aracılığıyla tekrardan deneyimleme bulgularıyla seyreden mental bir bozukluk” olarak tanımlanmıştır (24). DSM-V’de ise bu tanım genişletilmiş ve PTSD; anhedonik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Postpartum PTSD ise; zor ve/veya komplikasyonlu bir doğum gibi travmatik bir stres faktörüne maruz kaldıktan sonra, kadının kendi ve bebeğinin yaşamını tehlike altında hissetmesi, bu deneyimi korku, çaresizlik ve dehşet anı olarak tanımlamasıdır (25).

Literatürde bazı kadınların doğum olayına yanıt olarak PTSD geliştirdiğine dair kanıtlar artmaktadır (4,16-22). Stramrood ve ark.(16)’nın Hollandalı 428 anne ile yaptığı çalışmada, yaklaşık her 10 kadından birinin doğumunu travmatik olarak algıladığı ve bu kadınların PTSD açısından riskli olduğu belirlenmiştir. 40 anne ile İsviçre’de yapılan bir çalışmada, doğumdan sonra birinci ayda annelerin %35’inde PTSD olduğu saptanmıştır (19). 246 anne ile yapılan başka bir çalışmada, doğumdan sonra birinci ayda annelerin %11’inde PTSD olduğu saptanmıştır (21). Olde ve ark. (18)’nin 56 kadın ile yaptığı çalışmada, kadınlarla 30-38. gebelik haftalarında ve doğumdan sonra altıncı haftada görüşülmüş ve kadınların %21’inin postpartum PTSD kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Doğum sonu 6-24. haftalarda olan İranlı 400 anne ile yapılan başka bir çalışmada ise; planlı gebeliklerin %28’inde, istenmeyen gebeliklerin ise %40’ında PTSD belirtileri gözlenmiştir (20). Amerika’da yüksek riskli gruplarda (bebeği yenidoğan yoğun bakımda izlenen bireyler) yaygınlığın %0-43 arasında olduğu belirtilmektedir (26). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, postpartum dönemdeki annelerde PTSD prevalansının %4, yüksek riskli (acil sezaryen, fiziksel/cinsel ya da çocuklukta istismar öyküsü olan) annelerde ise % 18.9

olduğu saptanmıştır (22). Amerika’da yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında ise, postpartum dönemdeki annelerde PTSS prevalansının %3.1, yüksek riskli (annede depresyon, bebekte herhangi bir sağlık sorununun olması) annelerde ise % 15.7 olduğu belirlenmiştir(4).

Ülkemizde, postpartum PTSS yaygınlığı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (27-29). İşbir ve ark. (27)’nin Niğde ilinde yaptığı çalışmada doğum şekline bakılmaksızın doğum sonu 6-8. haftalarda olan 242 annenin % 29’unda PTSS olduğu saptanmıştır. Güdücü ve ark. (28)’nin İstanbul ilinde yaptığı çalışmada ise; postpartum birinci aydan sonra acil sezaryen, elektif sezaryen ve vajinal doğum yapan annelerden sadece elektif sezaryenle doğum yapan bir annede (%4) PTSS olduğu belirlenmiştir. 950 anne ile İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde yapılan başka bir çalışmada ise, annelerle gebelik, doğum sonu 4-6. hafta ve doğum sonu 6. ayda görüşülmüş ve PTSS görülme yüzdeleri sırasıyla %5.8, %11.9 ve %9.2 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada, PTSS’nin doğumdan sonra hızla arttığı ve 6. aya kadar devam ettiği saptanmıştır (29). Bu nedenle, postpartum dönemde annelerin olumsuz doğum algılarının olumluya dönüştürülmesi ve PTSS belirtileri açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (27).

Postpartum PTSS’nin belirtileri; doğum olayını sürekli hatırlama, doğumla ilgili kabuslar görme, doğumu düşünmekten ve konuşmaktan kaçınma, doğuma dair ambivalan duygular yaşama, dikkati toplama ve uykuya dalmada güçlük, aşırı gerginlik ve sinirlilik halidir (7,30). PTSS tedavi edilmediğinde, hem anne hem de yenidoğanda olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Postpartum PTSS’nin anne üzerine etkileri; doğuma ilişkin hayal kırıklığı, kayıp ve öfke yaşama, bebeğine olumsuz deneyim yaşattığına dair suçluluk duyma, etkisiz-isteksiz emzirme ve süt salgılama problemleri, annelik rolünü yerine getirmede yetersizlik, aile süreçlerinde güçlük, cinselliğe karşı ilgisini yitirme ve kaçınma, gelecekteki gebeliğe yönelik ambivalan duygular yaşama ve tekrar çocuk sahibi olma korkusuna sahip olmadır (7,31). Yenidoğan üzerine etkileri ise; etkisiz emme davranışı, uyku-yeme güçlükleri, anne-bebek bağlanma sorunları ve uzun vadede duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklardır (31,32). Hem anne hem de yenidoğan üzerine olan bu olumsuz etkiler nedeniyle; postpartum dönemde PTSS’nin önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi için uygun ve destekleyici bakımın verilmesi önemlidir.

Bugüne kadar yapılan uluslararası çalışmalarda (16-22,33-37) doğum ile PTSS arasında bir ilişki olabileceği görülmüştür. Ancak, ülkemizde bu ilişkiyi ortaya koyabilecek az sayıda çalışma bulunmaktadır (27-29). Düşük-sosyo ekonomik düzeyin (2), destekleyici olmayan ve olumsuz sosyal çevrenin (38), göç, kronik stres ve partner şiddeti (3) gibi durumların postpartum PTSS açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bingöl ilinin; deprem bölgesi olması (39), komşu ülkelerde yaşanan iç savaş ve karışıklıklar nedeniyle fazla göç alması (40), düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olması (il nüfusunun %52'sinin aylık geliri 1000 TL ve altında) (41) ve doğurganlığın fazla olması (kadınların %40'ının 4 ve üzeri doğum yapması) (41) gibi özelliklerinden dolayı araştırmanın burada yürütülmesine karar verilmiştir. Bu özellikleri açısından; burada yaşayan annelerin postpartum PTSS'ye daha yatkın olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, ülkemizde gebelik ve postpartum dönemde PTSS açısından rutin bir izlem ve değerlendirme yapılmamakta, PTSS'nin perinatal dönemde önlenmesine ya da belirlenmesine yönelik hemşireler tarafından takip edilen bir rehber bulunmamaktadır. Postpartum PTSS'yi azaltmak ve önlemek için erken postpartum bakımının ve annelerin doğumla ilgili deneyimlerinin iyileştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle öncelikle postpartum PTSS risk faktörlerini tanımlamak gerekmektedir (42). Bu doğrultuda bu araştırma, doğum şekline göre annelerde postpartum PTSS belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarının, perinatal alanda çalışan sağlık personelinin özellikle de hemşirelerin farkındalıklarının artırılarak, PTSS'nin erken dönemde tanınması ve uygun yönlendirme ve bakım ile anne ve yenidoğanla ilgili sonuçların geliştirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, doğum şekline göre annelerde postpartum PTSS belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1.2.Araştırma Soruları

1. Doğum şekline göre annelerde postpartum PTSS belirtilerinin görülme durumu nedir?

2. Doğum şekline göre annelerde postpartum PTSTB belirtilerinin bazı bağımsız değişkenlere göre görülme durumu nedir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Postpartum Dönem ve Psikolojik Uyum

Plesentanın doğumundan başlayarak, gebelikte anne vücudunda meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkması ve genital organların gebelikten önceki şekillerine dönmesi ile son bulan döneme postpartum dönem (doğum sonu dönem, puerperium) denilmektedir (43). Bu dönemde, kadının vücudunda hızlı fizyolojik ve hormonal değişimler meydana gelmektedir. Postpartum dönemde meydana gelen hormonal değişimler, annenin kolaylıkla baş edebileceği faktörlere karşı bile duyarlı hale gelmesine neden olabilmektedir. Özellikle estrojen hormonunun yokluğu, depresyona olan eğilimi artırabilmektedir (14,43).

Kadının vücudunda yaşanan hızlı değişimlerin yanısıra, postpartum dönem ebeveynlerin; bebeğin bakımı, bebekle iletişim kurma ve ona güvenli bir çevre oluşturma, yeni rolleri kabullenme, aile duyarlılığını geliştirme ve sorunlarla baş etme gibi sorumluluklarının olduğu bir süreçtir. Annenin enerji düzeyi, konforu, bebeğin sağlığı, aldığı sağlık bakımının niteliği gibi pek çok faktör, bu süreçte fizyolojik ve özellikle psikolojik uyumu ve anne bebek bağının kurulmasını etkileyebilmektedir (14,15). Annenin eğitim düzeyinin düşük olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, aile içi ilişkilerde sorun, olumsuz davranış ve tutumlar, kendi ve bebeğinin bakımında sosyal destek almama gibi faktörler ise kriz oluşumunu tetikleyebilmektedir (42,43).

Bu hızlı değişimlere uyum sağlamaya çalışan kadında, bazı psikolojik ve davranışsal değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Postpartum dönemde kadında meydana gelen psikolojik değişiklikler (ağlama nöbetleri, baş ağrısı, huzursuzluk, sinirlilik, öfke, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, hızlı duygulanım değişikliği, kayıp ve keder duygusu, hayal kırıklığı, uykusuzluk ve yorgunluk semptomları); annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum PTSTB'ye yakalanma eğilimini artırmaktadır (44,45).

Annelik hüznü, hemen hemen tüm toplum ve kültürlerde görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk 10-14 gün içinde kadınların %50-80'inde ortaya çıkmaktadır. Ağlama nöbetleri, baş ağrısı, huzursuzluk, sinirlilik, öfke, anksiyete, konsantrasyon

güçlüğü, duyguların hızlı değişimi, kayıp ve keder duygusu, hayal kırıklığı, uykusuzluk ve halsizlik görülebilmektedir. Bu semptomlar, ilk 3-5 gün yoğun yaşanmakta olup 10. günde sona ermektedir (43,46). Annelik hüznünün gelişmesine katkı sağlayan faktörler; doğum eylemini takiben yaşanan hayal kırıklığı, postpartum dönemde yaşanan fiziksel rahatsızlıklar, yorgunluk, doğumdan sonra bebeğe bakım verme ile ilgili anksiyete yaşama, gebelikte yaşanan depresyon ya da gebelikle ilişkisi olmayan depresyon öyküsü ve ciddi premenstrual sendrom öyküsüdür. Annelik hüznüne neden olduğu varsayılan pek çok mekanizma bulunmaktadır. Etiyolojide, kortizol, estrogen, progesteron, tiroksin, prolaktin, elektrolit ve endorfin seviyelerindeki hızlı değişimlerin etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Doğum sonu dönemde her anne, annelik hüznü açısından kontrol edilmelidir (12,14,47,48).

Postpartum dönemde anneler, yaşadıkları yeni deneyimlere başta depresyon olmak üzere çeşitli duygusal cevaplar verebilirler (49). Postpartum depresyon; anne, bebek ve ailenin sağlığını tehdit eden, tedavi gerektiren ve uzun süre devam etme ve bir sonraki doğum sürecinde tekrarlama riski taşıyan, çoğu zaman sağlık personeli tarafından fark edilmeyen, doğumu takip eden bir yıllık süre içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen psikolojik bir hastalıktır. Annelik hüznünün doğumdan sonra 2 haftadan daha uzun sürmesi postpartum depresyona işaret etmektedir (46). Doğumdan sonraki ilk 4 haftada başlayabileceği gibi 3-6. ay gibi daha ileri bir zamanda da başlayabilmekte ve doğum sonrası psikoza dönüşebilmektedir. Postpartum dönemde menstruasyonun başlamasına kadar olan periyot postpartum depresyon açısından yüksek riskli dönem olarak değerlendirilmektedir (50). Sosyal içe çekilme, yaşamdan zevk almama, uyku bozuklukları, yoğunlaşma güçlüğü, uyarana verilen tepki eşiğinin düşmesi, disfori ve suçluluk duyguları hem PTSSB hem de depresyonda görülmektedir. Ancak ayırım için REM uyku döngüsü, kortizol, noradrenalin düzeylerine bakılmakta ve ayrıntılı öykü alınmaktadır (51).

Postpartum dönemde görülebilecek psikiyatrik bozuklardan bir diğeri de postpartum PTSSB'dir. Postpartum dönemin genel özellikleri, doğumu travmatik olarak algılayan kadında PTSSB'ye yatkınlığı arttırabilmektedir (38,52).

2.2.Postpartum Dönemde Posttravmatik Stres Bozukluğu

PTSB ilk defa, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (APA) 1980 yılında yayınlanan DSM (Zihinsel Bozukluklar için Tanı ve İstatistik Kılavuzu) III'de tanımlanmıştır (23). DSM III'de, "gösterilebilen bir strese neden olan etki" tanımı, 1987'de DSM-III-R'de "olağan yaşam dışında ve birçok insan için ciddi bir sıkıntı nedeni olabilecek bir olay" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca DSM-III-R'de, klinik tanımlama için "yeniden tecrübe etme, kaçınma davranışları ve aşırı uyarılmışlık durumu" nun en önemli semptomlar olduğu vurgulanmıştır (53).

Doğum eylemi fizyolojik bir süreç olmasına rağmen kadın, yaşamını tehlikede ve doğumu kendisi ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne tehdit olarak algılayabilir ve bu durum, postpartum PTSD gelişimine neden olabilir (2). DSM-III'de, doğum olayı, toplumda "normal ve olağan" bir durum olarak kabul edilmesi nedeniyle potansiyel travmatik stres etkeni olarak değerlendirilmemiştir. Ancak, DSM-IV'de, doğumda karşılaşılan durumların bazı kadınlarda travmaya neden olabileceği belirlenmiştir (24). DSM-V'e göre postpartum PTSD; zor ve/veya komplikasyonlu bir doğum gibi travmatik bir stres faktörüne maruz kaldıktan sonra, kadının kendi ve bebeğinin yaşamını tehlike altında hissetmesi, bu deneyimi korku, çaresizlik ve dehşet anı olarak tanımlamasıdır (25).

2.2.1.Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Literatürde PTSD yaygınlığının %6.2-23 aralığında olduğu belirtilmektedir (54-60). Cinsiyete göre PTSD yaygınlığını inceleyen çalışmalar ise, kadınların erkeklere oranla daha fazla PTSD riski altında olduğunu belirtmektedir (3,54). Yapılan bir çalışmada yaşam boyu travma sıklığının kadınlarda %12.5, erkeklerde ise %6.2 olduğu belirlenmiştir (54). Resnick ve ark. (57)'inin yaptığı çalışmada ise, Amerikalı kadınlarda yaşam boyu travmaya maruziyetin %69, yaşam boyu PTSD yaygınlığının ise %12.3 olduğu saptanmıştır. Kadın cinsiyetine özgü olan gebelik, doğum ve postpartum dönem süreci ise PTSD gelişimi açısından risk taşımaktadır (8,22).

Postpartum dönemde, farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda, postpartum PTSD'nin doğum olayı ile ilişkili olduğu görülmektedir (8,21,26,29,33). Ülkemizde

yapılan, 950 annenin katıldığı bir çalışmada, annelerle gebelik, doğum sonu 4-6. hafta ve doğum sonu 6. ayda görüşülmüş ve PTSS görülme yüzdeleri sırasıyla %5.8, %11.9 ve %9.2 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada, PTSS'nin doğumdan sonra hızla arttığı ve 6. aya kadar devam ettiği saptanmıştır (29). 246 kadında PTSS'yi araştıran bir çalışmada, doğumdan sonra 1. ayda kadınların % 11,16'sında muhtemel PTSS belirtileri olduğu belirlenmiştir (21). İşbir ve ark. (27)'inin yaptığı çalışmada, doğum sonu 6-8. haftalarda olan 242 kadının %29'unda PTSS olduğu belirlenmiştir. Postpartum 1-13. aylar arasında olan İsveçli 1640 kadınla yapılan başka bir çalışmada ise, PTSS yaygınlığının %1,7 olduğu saptanmıştır (33). Soet ve ark. (8)'inin 103 kadınla yaptığı çalışmada, postpartum 8. ayda PTSS yaygınlığının %1,9 ve PTSS belirtilerinin görülme oranının ise %30,1 olduğu saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir meta-analiz çalışmasında, postpartum dönemdeki annelerde PTSS prevalansının %3.1, yüksek riskli (annede depresyon, bebekte herhangi bir sağlık sorununun olması) annelerde ise % 15.7 olduğu saptanmıştır (4). Başka bir meta-analizde ise, 21429 annenin yer aldığı toplam 50 çalışma incelenmiş ve postpartum PTSS prevalansının %3.1 olduğu saptanmıştır (42).

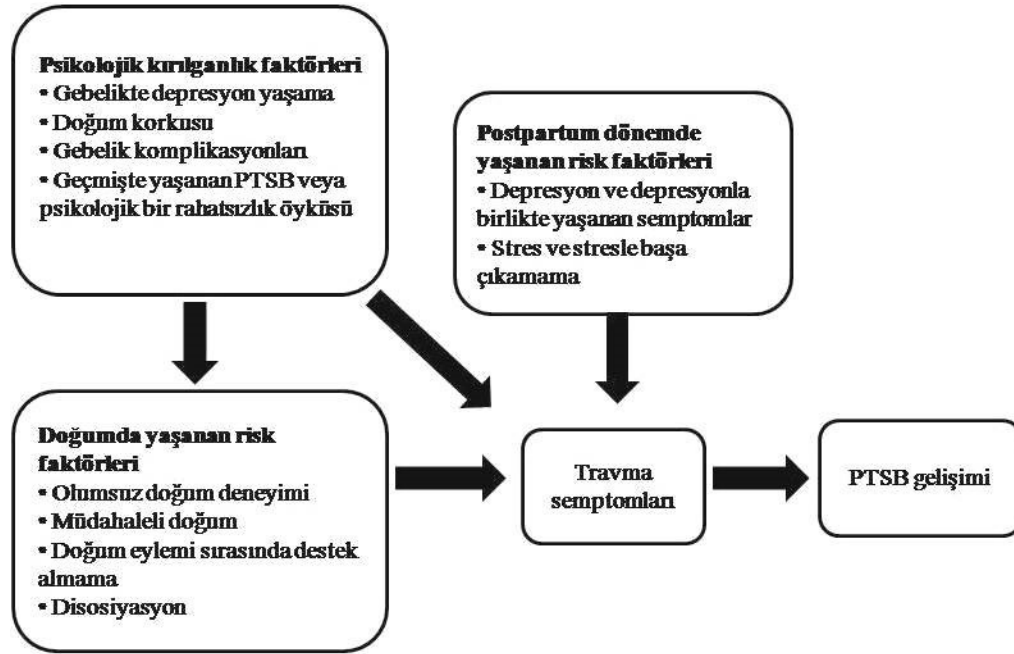
2.2.2. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Risk Faktörleri

PTSS gelişimine travmatik bir olay neden olmakla birlikte, aynı travmatik olayı yaşayan bireylerin bazılarında PTSS'nin görülmesi bazılarında ise görülmemesi, hastalığın ortaya çıkışında birçok faktörün rol aldığını göstermektedir. Bu farklılığa yol açan bireysel, biyolojik ve sosyokültürel risk faktörleri bulunmaktadır (38). Bireysel risk faktörleri arasında, kadın olmak; lise ve altında eğitim düzeyine sahip olmak; asker, itfaiyeci, polis veya sağlık personeli gibi travmatik olaylara tanıklık etme olasılığı bulunan meslek gruplarında yer almak; travma veya travmaya bağlı kayıp yaşamak; çocuklukta davranış sorunları yaşamak; bireyde veya ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olmak; nörotisizm (olumsuz duygu yaşama eğilimi), süregelen depresyon ve kaygı sorunları yaşamak ve madde kullanımı yer almaktadır (4,38,45,52,61). Stres hormonu olan kortizol düzeyinin yükselmesi ve hipokampus alanı ise biyolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır (62-64). Sosyokültürel risk faktörleri arasında ise; destekleyici olmayan ve negatif bir sosyal çevrede, çatışmaların ve doğal afetlerin yaşandığı, sosyal güvenlik ve destek

sistemlerinin zayıf olduğu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşamak yer almaktadır (38,45,52,61).

Gebelik, doğum eylemi ve postpartum dönem ile ilgili birçok risk faktörü de, postpartum PTSTB'ye yol açabilmektedir. Gebelikle ilgili risk faktörleri; nulliparite, gebelik komplikasyonları, gebelik döneminin beklenilenden farklı geçmesi, yetersiz antenatal bakım, doğum ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olma ve istenmeyen gebelik durumudur (8,20,65). Doğum eylemi ile ilgili risk faktörleri ise; bebeğin kaybı, önceki doğumlarda sağlık personelinde memnuniyetsizlik (66,67), doğum korkusu ve olumsuz doğum deneyimi (6,42), zor doğum ya da ani bir şekilde doğum şeklinin değişmesi (vajinal doğuma hazırlanmışken acil sezaryene alınması) gibi durumlarda kadının kendisi ve bebeğinin hayatının tehlikede olduğunu düşünüp korku ve çaresizlik hissetmesi (26), doğum sırasında yaşanan ağrı ve kontrol kaybıdır (10,11). Hasta çocuk dünyaya getirmiş olmak, annenin kendine ve/veya bebeğine zarar verme kaygısı (67), ailedeki diğer bireylerin bakımını üstlenme (6), doğum sonu ilk bir ayda yetersiz sosyal destek almış olmak (42,68) ise postpartum dönemle ilgili risk faktörleri arasında yer almaktadır. Postpartum dönemde eşleri tarafından yeterince duygusal destek aldığını ifade eden kadınlarda, PTSTB semptomlarına daha az rastlandığı belirtilmektedir (69,70).

Ayers ve ark. (42) postpartum PTSTB'nin etiyolojisini açıklayan bir model geliştirmişlerdir (Şekil 2.2.2.1). Bu modele göre psikolojik kırılma faktörleri, doğumda yaşanan risk faktörleri ve postpartum dönemde yaşanan risk faktörleri olmak üzere üç temel faktör, postpartum PTSTB gelişiminde rol oynamaktadır. Psikolojik kırılma faktörleri arasında; gebelikte depresyon yaşama, doğum korkusu, gebelik komplikasyonları, geçmişte yaşanan PTSTB veya psikolojik bir rahatsızlık öyküsü yer almaktadır. Doğumda yaşanan risk faktörleri ise; olumsuz doğum deneyimi, müdahaleli doğum, doğum eylemi sırasında destek almama ve disosiyasyondur. Postpartum dönemde yaşanan risk faktörleri arasında; depresyon ve depresyonla birlikte yaşanan semptomlar, stres ve stresle başa çıkamama yer almaktadır.



Şekil 2.2.2.1. Postpartum PTSD'nin etiyolojisi modeli.

2.2.3. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Belirtileri

Postpartum PTSD belirtileri, travmatik olaya ve kişilik özelliklerine bağlı olarak travmadan birkaç gün sonra ya da bazen bir ay sonra başlayabilmekte ve bu belirtiler, birkaç haftadan bir yıla kadar sürebilmektedir (45). Postpartum PTSD belirtileri; inatçı düşünceler, kabuslar, duygusal hissizlik ve uyuşma, doğumu hatırlatan şeylerden kaçınma ve sinirlilik gibi aşırı uyarılmayı içermektedir (24,25). Kontrol kaybı, sıkışık kalma hissi, doğuma dair ambivalan duygular yaşama ve insanlığını tehdit altında hissetme de postpartum PTSD'nin belirtilerindedir (71).

2.3. Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Doğum Şekli İle İlişkisi

Postpartum PTSD'nin doğumla ilişkilendirilmesinin yanı sıra, doğum şekli de PTSD gelişimi açısından önemli bir faktördür. Elektif sezaryen ve vajinal doğumla karşılaştırıldığında acil sezaryenin, postpartum PTSD açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (72-74). Soderquist ve ark. (75)'nin yaptığı çalışmada, acil sezaryenle doğum yapan annelerin, vajinal doğum ya da elektif sezaryenle doğum yapanlara göre PTSD açısından daha riskli olduğu belirlenmiştir. Ryding ve ark.

(76), vajinal doğum, müdahaleli (vakum ve forseps yardımı ile) vajinal doğum, elektif ve acil sezaryenle doğum yapan kadınlarda PTSD görülme durumunu karşılaştırmış ve doğum sonrası birinci ayda acil sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum yapan gruplarda PTSD oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır. MacLean ve ark. (30)'nın postpartum 6. haftada olan 40 anne ile yaptığı çalışmada, spontan vajinal doğum, indüklenmiş vajinal doğum, forseps ve vakum yardımı ile vajinal doğum ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerde PTSD semptomları açısından karşılaştırma yapılmış ve forseps ve vakum yardımı ile doğumun PTSD açısından daha riskli olduğu belirlenmiştir. Bailham ve Joseph (77)'in İngiltere'de yaptığı çalışmada da, forseps ve vakum yardımı ile yapılan doğumların PTSD gelişimi açısından daha riskli olduğu saptanmıştır. Ülkemizde doğum şekline göre PTSD görülme sıklığını araştıran tek çalışma olan Güdücü ve ark. (28)'nin vajinal ve sezaryen ile doğum yapan 50 anne ile yaptığı çalışmada, postpartum birinci ayda elektif sezaryenle doğum yapan annelerin birinde (%4) PTSD tespit edilmiştir.

2.4.Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunun Anne ve Fetüs/Yenidoğan Üzerindeki Etkileri

PTSD'nin hem anne hem de fetüs/yenidoğan üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Doğumla ilişkili PTSD'nin anne üzerine etkileri; doğuma dair hayal kırıklığı, kayıp yaşama ve öfkeli olma, bebeğine olumsuz deneyim yaşattığına dair suçluluk duygusu, etkisiz-isteksiz emzirme ve süt salgılama problemleri, annelik rolünü yerine getirmede yetersizlik, aile süreçlerinde güçlük, cinsellikten kaçınma ve ilgisini yitirme, gelecekteki gebeliğe yönelik ambivalan duygular yaşama ve tekrar çocuk sahibi olma korkusuna sahip olmadır (6,42). Postpartum PTSD yaşayan kadınlar, bebeklerine ya onu reddedici ya da aşırı koruyucu şekilde davranır. Bazı anneler, tüm yaşadıkları için bebeğini suçlu görür ve gösterdiği reddedici davranışlar güvenli ve sağlıklı bir anne-bebek ilişkisine engel olur. Bu durumda bebeğin kendisini fark ettirmesi zorlaşır ve ancak çok uzun bir süre ağladığında ilgi görür. PTSD yaşayan bazı annelerinise bebeklerine karşı aşırı koruyucu oldukları görülmektedir. Örneğin, kendisi dışında hiç kimsenin bebeğe dokunmasını ve bakımında yardımcı olmasını istemez. Bu durum aynı zamanda aile içi ilişkileri de zedeleyebilir (67). PTSD'nin fetüs/yenidoğan üzerine etkileri ise; prematürite,

intrauterin gelişme geriliği, etkisiz emme davranışı, uyku-yeme güçlükleri, anne-bebek bağlanma sorunları ve uzun vadede duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklardır (10,31,32).

Anne ve fetüs/yenidoğan üzerindeki bu etkiler, özellikle kadının eşiyle olan ilişkisi olmak üzere aile ilişkilerine de zarar verebilmektedir (10). Kadın eşinin kendisini anlamadığını düşünebilir, eşiyle fiziksel ve cinsel temastan uzak durabilir ve hatta eşinden ayrılmak isteyebilir (71,78). Kadın benzer doğum deneyimini tekrar yaşamak istemediğinden gebe kalma korkusuyla eşiyle cinsel temastan uzak durabilmektedir (78).

2.5.Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunda Tanı, Koruma ve Tedavi

Travmatik doğum deneyimine sahip olan postpartum dönemdeki kadınlar, PTSD açısından risk taşımaktadır (42). Bu nedenle, kadınların olumlu doğum deneyimi elde edebilmelerine yönelik önlemlerin alınması ve perinatal süreç boyunca PTSD risk faktörleri açısından taranması, postpartum PTSD'nin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi açısından önemlidir (2,54).

2.5.1.Tanı

DSM-V'e göre PTSD tanısını koymak için gereken DSM kriterleri sekiz bölüme ayrılmaktadır (25):

A.Aşağıdaki durumlardan bir veya birden fazlasıyla, gerçek ya da korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşı karşıya kalmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

- 1) Travmatik olayı yaşama.
- 2) Travmatik olaya şahitlik etme.
- 3) Bir yakınının travmatik olay yaşadığını öğrenme. Yakınının ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza neticesinde olmuş olmalıdır.
- 4) Travmatik olayın istenmeyen ayrıntılarıyla, tekrarlayıcı bir şekilde ya da aşırı seviyede yüz yüze kalma.

B. Travmatik olay sonrası başlayan, incitici olaya ilişkin istemsiz gelen aşağıdaki bulguların bir veya daha birden fazlasının var olması;

- 1) Travmatik olayların tekrarlayıcı, istem dışı gelen anıları.
- 2) Travmatik olaya ilişkin tekrarlayıcı, sıkıntı veren düşler.
- 3) Kişinin travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi düşündüğü veya davrandığı tepkiler.
- 4) Travmatik olayı anımsatan iç ya da dış uyaranlarla karşı karşıya kalınca yoğun ya da uzun süreli psikolojik sıkıntı yaşama.
- 5) Travmatik olayı çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojik tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin varlığıyla belirli, travmatik olaydan sonra ortaya çıkan, travmatik olaya ilişkin uyaranlardan devamlı kaçınma:

- 1) Travmatik olayla yakından ya da doğrudan ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınmak isteme.
- 2) Bu duyguları anımsatan uyaranlardan kaçınmak isteme.

D. Aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasının olmasıyla, travmatik olaydan daha sonra başlayan ya da kötüleşen, incitici olaya ilişkin bilişsel ve duygusal değişiklikler olması:

- 1) Travmatik olayın önemli bir kısmını hatırlayamama.
- 2) Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili, devamlı ve abartılı bir biçimde kötü beklentiler içinde olma.
- 3) Travmatik olayın sebep ve sonucuna bağlı olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına neden olan duygular.
- 4) Devamlılık gösteren olumsuz duygusal durum.
- 5) Önemli etkinliklere katılmama ya da ilgisizlik.
- 6) Başkalarından uzaklaşma ya da yabancılik hissetme.
- 7) Devamlı bir şekilde, olumlu duygular hissedememe.

E. Aşağıdakilerden iki ya da fazlasıyla belirli, travmatik olayla birlikte başlayan ya da kötüleşen, travmatik olayla ilgili uyarılma ve tepki verme şeklinde bariz değişiklik:

- 1) İnsanlara ya da objelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa yansıyan davranışlar ve öfke nöbetleri.
- 2) Kendine zarar verebilecek davranışlardan sakınmama.
- 3) Sürekli tetikte olma.

- 4) Yoğun irkilme tepkisi verme.
- 5) Dikkat dağınıklığı
- 6) Uyku sorunları

F. Bozukluk bir aydan daha uzun sürer.

G. Bu bozukluk klinik yönden belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, kamusal alanlarda işlevsellikte azalmaya sebep olur.

H. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.5.2.Koruma

PTSB'yi önlemenin yollarından biri travma yaratan olayların sıklığını azaltmaktır. Ayrıca travmanın neden olduğu stres tepkilerini azaltmaya ve bireyin uyumunu artırmaya yönelik girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Örneğin travmanın yaşandığı ortam ve durumlardan uzaklaşmak, sosyal destek, bilgi ve başa çıkma tekniklerini kullanmak gibi girişimlerle travmatik olaya karşı verilen tepkiler kontrol altına alınabilir (38).

Antenatal bakımın yetersiz olması ve doğum eylemine yönelik yetersiz bilgi, postpartum PTSD'ye yol açabilmektedir (8,20). Bu açıdan; antenatal bakım ve doğuma hazırlık kursları ile annelerin doğum eylemi ve eylem sırasında karşılaştıkları durumlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları sağlanarak doğumu travmatik bir olay olarak algılamaları önlenebilir (52). Ayrıca; doğum eylemi sırasında mahremiyetin korunması, sağlık personelinin uygun ve destekleyici yaklaşımında doğuma bağlı postpartum PTSD'yi önleme açısından büyük önem taşımaktadır (67). Postpartum PTSD'de birincil, ikincil ve üçüncül seviyelerde koruma mümkündür. Birincil korumada, gebelik sırasında kadınlarda travma öyküsü ya da geçmişte psikiyatrik problemlerin olması gibi risk faktörleri taranabilir. Bu kişilere alternatif doğum yöntemleri sunulabilir, doğum süresince sağlık personeli tarafından daha fazla eğitim, bakım ve destek sağlanabilir. İkincil korumada, doğum sonrasında akut stres yaşamış ya da ciddi travmatize olmuş kişiler için tarama ve tedavi yapılabilir. Üçüncül korumada, travmatize kadın uzun vadede kronik PTSD geliştirme riski açısından izlenir ve daha ileri tedavi gerekebilir (79).

2.5.3.Tedavi

PTSB tedavisinde ana hedef, hastalığın belirtilerini azaltmak/ortadan kaldırmak ve tekrarlamaları önlemektir. Olumsuz yaşam olayları ve sosyal destek yetersizliği gibi durumlar tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tedavide, semptomların sıklık ve şiddetini azaltmak öncelikli olarak amaçlanmaktadır (80).

PTSB'nin tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapötik yaklaşımlar uygulanmaktadır. PTSD'deki ilaç tedavisinin ana hedefi, bozukluğun temel belirtileri olan kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmayı kontrol etmek, bozuklukla ilgili yeti kaybı, stres duyarlılığını azaltmak ve birlikte görülen psikolojik rahatsızlıkları tedavi etmektir (80,81). Psikoterapötik tedavide ise; psiko eğitim, maruz bırakma/yüzleşme terapisi, stres aşılama eğitimi ve bilişsel terapiler uygulanmaktadır. Psiko eğitimde bireylere özgül tedavi önerileriyle ilgili bilgi verilmektedir. Stres aşılama eğitiminde; kas gevşemesi, solunum egzersizleri, rol yapma, düşünce durdurma gibi yöntemler kişiye anlatılır ve uygulanır. Bilişsel terapi, bireylere bilişsel hataların (örneğin; hep- ya da hiç düşünme, aşırı genelleme) farkına varmaları için yardım edilmektedir. Maruz bırakma tedavisinde ise, annenin travmatik olayı hatırlatan durumlarla (doğum olayını düşünme, doğumda yaşadığı duyguları anımsama gibi) yüzleşmesi istenir (81).

2.6.Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğunda Hemşirelik Bakımı

Kadında travmatik bir doğum gerçekleşmiş olsa bile, nitelikli bir hemşirelik bakımı ve yaklaşımı ile kadının travma algısı postpartum dönemde olumluya dönüştürülebilir. PTSD açısından riskli olan gebelerin tespit edilmesi ve PTSD'nin önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi için gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde uygun ve destekleyici hemşirelik bakımının verilmesi önemlidir (6).

Postpartum PTSD'nin önlenmesi için gebelik döneminde hemşire ve ebeler; PTSD açısından riskli kadınları tespit etmeli, kadının gebelik sürecine uyumunu sağlamalı, doğum süreci hakkında yeterli bilgi vermeli ve kadının sorularını yanıtlamalıdır. Doğum eyleminde; doğumhane çevresini mahremiyet açısından düzenlemeli, kadının sorularını yanıtlamalı, duygularını ifade etmesini sağlamalı ve yapılan işlemler hakkında bilgi vermelidir (38). Postpartum dönemde ise, annenin

duygularını paylaşması sağlanarak doğumla ilgili olumsuz deneyimlerin yeniden anlamlandırılmasına destek olunmalı ve gerektiğinde uygun yönlendirme yapılmalıdır. Birinci basamakta, yenidoğan sağlık hizmetlerinden faydalanmak için gelen her anne gözlemlenmeli, psikolojik durumu ve sosyal destek sistemleri değerlendirilmeli, PTSD açısından riskleri belirlenmeli ve anne her gelişinde ruhsal değişiklikler açısından mutlaka izlenmelidir. Sağlık bakımına gereksinimi olan annelere, ev ziyaretleri, telefon takipleri ve danışmanlık yolu ile sürekli sağlık eğitimi ve desteği verilmelidir. Postpartum dönemde psikolojik hastalık riski yüksek olan anneler mutlaka ikinci basamağa sevk edilmelidir (6,82).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, doğum şekline göre annelerde postpartum 4-6. haftalarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Bingöl il sınırları içinde yer alan Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Bingöl ilinde kadın sağlığı alanında hizmet veren tek hastane olması nedeniyle araştırmanın yapılacağı yer olarak Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi seçilmiştir. 185 yatak kapasitesi olan Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde; 13 poliklinik, 2 acil poliklinik, 1 doğum salonu, 4 ameliyathane ve 1 yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır.

Hastanede, 6 adet kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası yer almaktadır. Ancak bu polikliniklerden sadece üçü aktif olarak çalışmaktadır. Bu polikliniklerin her birinde, bir uzman hekim ve ebe çalışmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde; sağlıklı ve riskli gebe takibi, doğum sonrası izlem, aile planlaması uygulamaları, menopoz-osteoporoz ve jinekolojik kanserlere yönelik hizmetler verilmektedir. Anneler doğumdan 4-6 hafta sonra polikliniklere postpartum kontrol için çağırılmaktadır. Bu kontrollerde; annenin sağlık durumu (yaşam bulguları, ağrı, enfeksiyon belirtileri, beslenme, uyku, hijyen, boşaltım sorunları vb), emzirme, bebeğin sağlık durumu (boy, kilo ve baş çevresi ölçümü, refleksleri, beslenme ve boşaltım durumu, testis muayenesi vb) değerlendirilmekte, anne ve bebek bakımı ve aile planlamasına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Hastanede tam zamanlı çalışan iki psikolog bulunmakla birlikte, bu psikologlar sadece çocuk hastaları takip etmektedir, postpartum dönemdeki anneleri takip etmemektedirler. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde, postpartum PTSS'ye yönelik herhangi bir değerlendirme yapılmamaktadır. Postpartum kontrol sırasında psikiyatrik izlem ve tedavi ihtiyacı olduğu düşünülen anneler, Bingöl Devlet Hastanesi'nin psikiyatri polikliniğine yönlendirilmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum yapan ve postpartum 4-6. haftalarda hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran anneler oluşturmuştur. Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Bilgi İşlem Merkezi'nden elde edilen verilere göre, hastanede 2016 yılında 3767 doğum gerçekleşmiştir. Bunların 1288'i sezaryen, 1972'si vajinal doğum ve 507'si müdahaleli vajinal doğumdur.

3.3.2.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum yapan ve postpartum 4-6. haftalarda kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran 50 vajinal, 50 acil sezaryen ve 50 elektif sezaryen ile doğum yapan ve örneklem seçim kriterlerine uyan toplam 150 anne dahil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanede, yıllık sezaryen ile doğum yapan anne sayısına ulaşılabilmek, acil ya da elektif sezaryen olma durumları ile ilgili veriye ulaşılamamıştır. Bu nedenle, çalışmaya dahil edilecek anne sayısı, ön uygulama sürecinde elde edilen veriler kullanılarak istatistik uzmanı tarafından hesaplanmıştır. Örneklem hesaplamasında, G*Power 3.1.9 yazılımı kullanılmış ve güç hesaplaması yapılmıştır. Etki büyüklüğü orta düzeyde, gücü %80 ve hata payı %5 alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğüne göre her bir grup için 50 anne alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmanın örnekleme; vajinal doğum yapan 50, elektif sezaryen ile doğum yapan 50 ve acil sezaryen ile doğum yapan 50 olmak üzere toplam 150 anne alınmıştır. Araştırmaya örneklem sayısına ulaşıncaya kadar devam edilmiştir.

3.3.3.Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçim kriterleri aşağıda yer almaktadır:

- Türkçe konuşabilme ve okuduğunu anlayabilme
- Okur-yazar olma

- Son 4-6 hafta içerisinde akut stres yaratacak bir durum yaşamamış olma (ciddi bir kaza/doğal afet, cinsel/cinsel olmayan saldırı, çatışma ya da savaş alanında bulunma, bir yakınının beklenmeyen ölümü, ciddi bir hastalık geçirme, şiddete uğrama)
- Bilinen psikiyatrik bir hastalığa sahip olmama
- Primipar olma
- Tekiz canlı doğum yapmış olma
- Termde doğum yapmış olma
- Forseps veya vakum yardımı ile doğum yapmamış olma
- Gebelik süresince herhangi bir gebelik komplikasyonu (kanama, diyabet, hipertansiyon vb) yaşamamış olma
- Fetüs ve yenidoğanda herhangi bir sağlık probleminin (konjenital anomali, prematürelilik, enfeksiyon vb) olmaması
- Postpartum depresyon riskine sahip olmama (Postpartum depresyon riskini belirlemek amacıyla Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek 4) uygulanmış ve 13 ve üzeri puan alan anneler araştırmaya dahil edilmemiştir.)
- Araştırmaya gönüllü olarak katılma.

Araştırmanın örnekleme alınması planlanan 150 anneye ulaşıncaya kadar toplam 475 anne ile görüşülmüştür. Örneklem kriterlerini karşılamayan 325 anne örnekleme alınmamıştır (Şekil 3.4.3.1).

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek 2) ve Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV) (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek 2)

Bu form, araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür (4,22,26,27) taranarak geliştirilmiştir. Formun içerik geçerliliğini değerlendirmek üzere üç uzman

görüşü alınmış ve gelen öneriler doğrultusunda sekiz soru daha eklenerek anket formuna son hali verilmiştir. Bu formda; annenin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu vb) belirlemeye yönelik 16 soru, eşinin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu vb) belirlemeye yönelik 4 soru ve obstetrik özellikleri belirlemeye yönelik 14 soru olmak üzere toplam 34 soru yer almaktadır. 34 sorudan sekizi açık uçlu, 26'sı ise çoktan seçmeli sorudur.

Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (Ek 3)

İlk kez Weathers ve ark. (83) tarafından geliştirilen Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSDC-CV) (Ek-2), hem toplum taramalarında hem de başvuran hastalarda DSM-IV ölçülerine göre PTSB ölçütlerini araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Adkins ve ark. (84) tarafından PTSB'nin DSM-IV'teki tüm semptomlarının sorgulanabildiği tanılayıcı bir ölçek olarak kabul edilen PTSDC-CV'nin psikometrik özelliklerinin araştırıldığı çalışmada, ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,87 ve Cronbach alfa katsayısı 0,91 (iç tutarlılık) olarak belirlenmiştir. Kocabaşoğlu ve ark. (85) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türkçe formun, normal toplum örnekleme yeterli geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Cronbach alfa=0,92). Çalışmamızda, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur.

PTSDC-CV, kişinin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçektir ve üç semptom kümesini içeren toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin ilk 7'si kaçınma, 5'i aşırı uyarılmışlık, son 5 madde ise yeniden yaşantılama semptomları ile ilgilidir. Kaçınma alt boyutunda; travmatik olayın neden olduğu düşünce ve duygular ve bu olaydan, olayın gerçekleştiği ortamdan veya kişilerden kaçınma davranışı sorgulanmaktadır. Aşırı uyarılmışlık alt boyutunda ise kişinin duygusal durumu, diğer insanlarla olan ilişkisi ve etkinliklere olan ilgisi sorgulanmaktadır. Yeniden yaşantılama alt boyutunda ise; uyarılara verilen tepkilerin özelliği, öfke, gerginlik durumu, dikkat eksikliği ve uyku problemi sorgulanmaktadır. Ölçek beşli likert tipindedir ve 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı maddelere verilen yanıtların aritmetik toplamıdır ve ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85'dir (85).

3.4.2.Araştırmanın Ön Uygulaması

Kişisel Bilgi Formunun (Ek 2) anlaşılabilirliğini ve işlerliğini kontrol etmek amacıyla örneklem sayısının %10'unu oluşturan toplam 15 anne ile (5 vajinal doğum yapan, 5 elektif sezaryen ve 5 acil sezaryen ile doğum yapan anne) 2 Ocak - 12 Ocak 2018 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında, bir sorunun (32. soru) anlaşılabilirliğini sağlamak amacıyla düzenleme yapılmış ve ankete son hali verilmiştir. Bu nedenle, ön uygulamada alınan anneler örnekleme dahil edilmemiştir.

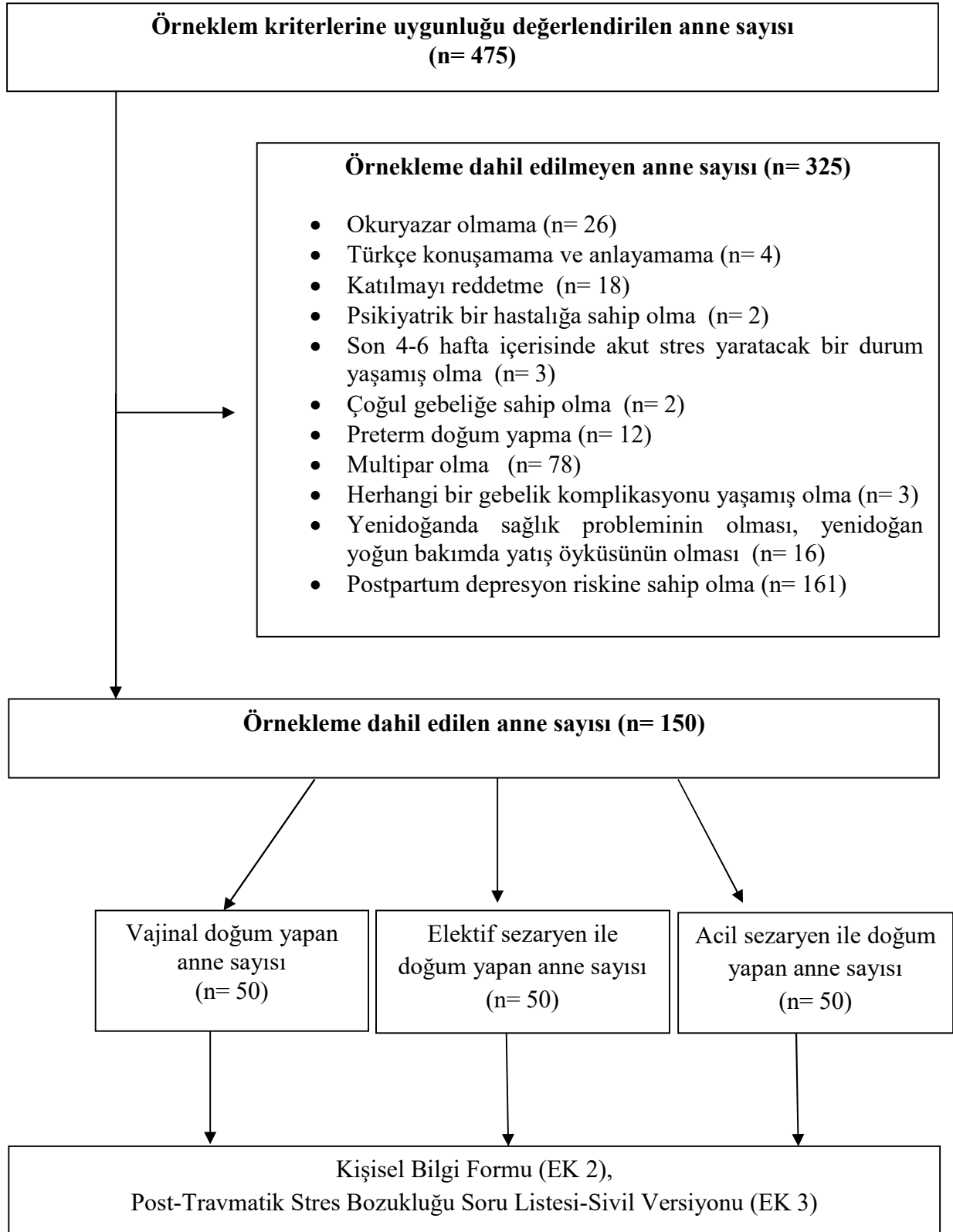
3.4.3.Araştırmanın Uygulanması

Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde doğum yapan, postpartum 4-6. haftalarda kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uygun olan annelere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 annenin yazılı izinleri alınarak örnekleme dahil edilmiştir (Şekil 3.4.3.1).

Araştırma verileri, 8 Şubat-30 Mart 2018 tarihleri ve hafta içi 09-16 saatleri arasında poliklinik katında yer alan ayrı bir odada toplanmıştır. Örnekleme dahil edilecek annelere doğum şekli sorulmuş ve doğum şekline göre gruplara atanmıştır. Annelere “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 2) ve “Post-Traumatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu” (Ek 3) uygulanmıştır. “Kişisel Bilgi Formu”(Ek 2), araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Annelere, Post-Traumatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonununun (Ek 3) nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi verildikten sonra kendilerinin doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması, ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Çalışmada yer alan gruplardan ilk tamamlanan grup, vajinal doğum yapan annelerin bulunduğu gruptur. Bunu acil sezaryen ve elektif sezaryen grubu takip etmiştir. Uygulama sürecinde, tamamlanan gruplara sonradan gelen anneler değerlendirmeye alınmamış ve çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma, tüm gruplarda yer alan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar devam etmiştir.

Araştırmanın akış şeması aşağıda verilmiştir (Şekil 3.4.3.1.).



Şekil 3.4.3.1. Araştırmanın Akış Şeması

3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (Ek 3) ile belirlenen postpartum posttravmatik stres bozukluğu belirtileri görülme durumu.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Doğum şekli, kadının yaşı, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, gebelik sayısı, bebeğin cinsiyeti, gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin herhangi bir eğitim alma durumu, doğum eylemi sırasında sağlık personelinin yaklaşımı, kendi ve bebeğinin bakımında destek alma durumu, kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumu.

3.6.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Bingöl Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı'ndan 15 Kasım 2017 tarihli ve 29 karar numarası ile yazılı izin alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın yapılabilmesi için Bingöl Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Araştırma seçim kriterlerine uygun olan annelere, araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul ederler ise Kişisel Bilgi Formunun (Ek 2) ön sayfasında yer alan "Kabul Ediyorum" kutucuğunu işaretlemeleri istenmiştir.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya ait sınırlılıklar aşağıda yer almaktadır:

- Bu araştırma sonuçları, 8 Şubat 2018-30 Mart 2018 tarihleri arasında Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine doğum sonu 4-6. haftalarda başvuran kadınlar ile sınırlıdır.
- Postpartum PTSTB'nin belirleyicilerinden biri olan cinsel istismar öyküsü, kapsamlı bir şekilde değerlendirilememiştir.
- Annenin vajinal ya da sezaryen doğuma yönelik algısını etkileyebilecek doğuma yönelik mitler değerlendirilmemiştir.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından Statistical Programme for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu “Shapiro-Wilk” testi ile belirlenmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında;parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi, parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise, Pearson Ki-Kare testi ve Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Gruplar arası fark analizlerinde ise, en küçük önemli fark testi (LSD) kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ alınarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Doğum şekline göre annelerde postpartum posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde ele alınmıştır.

4.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

4.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, annelerin bazı tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Annelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum (n=50)		Acil Sezaryen (n=50)		Elektif Sezaryen (n=50)		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Ki-Kare	P
Yaş Grupları								
19-23	26	52	26	52	22	44		
24-28	20	40	21	42	26	52	1,591	0,810
29-34	4	8	3	6	2	4		
$\bar{X} \pm SS$	23,82±3,47		23,70±2,95		23,86±2,85			
(min-max)	(19-34)		(19-34)		(19-34)			
Eğitim Düzeyi								
Okuryazar	5	10	3	6	-	-		
İlkokul ve ortaokul*	16	32	16	32	11	22	40,460	0,107
Lise	21	42	16	32	26	52		
Üniversite ve üzeri	8	16	15	30	13	26		
Yaşadığı Yer								
İl merkezi	34	68	44	88	45	90		
İlçe	13	26	4	8	5	10	11,421	0,024
Köy	3	6	2	4	-	-		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	10	20	12	24	11	22	0,233	0,890
Çalışmıyor	40	80	38	76	39	78		
Eşinin Yaşı**								
22-28	31	62	28	56	33	66		
29-35	14	28	21	42	17	34	7,055	0,133
36-45	4	8	1	2	-	-		

Tablo 4.1.1.(Devam)

Eşinin Eğitim Düzeyi**								
İlkokul ve ortaokul*	21	43	14	28	16	32		
Lise	16	33	19	38	19	38	10,46	0,107
Üniversite ve üzeri	12	24	17	34	15	30		
Eşinin Çalışma Durumu**								
Çalışıyor	48	98	49	98	50	100	1,024	0,599
Çalışmıyor	1	2	1	2	-	-		
Algılanan Gelir Durumu								
Gelir giderden düşük	15	30	16	32	16	32		
Gelir gidere denk	26	46	30	60	30	60	3,356	0,500
Gelir giderden fazla	9	18	4	8	4	8		
Sigara Kullanımı								
Kullanıyor	2	4	1	2	4	8	2,098	0,350
Kullanmıyor	48	96	49	98	46	92		
Kronik Hastalık***								
Var	2	4	2	4	6	12	3,429	0,180
Yok	48	96	48	98	44	88		

*Eğitim düzeyi ilkökul ve ortaokul olan bireyler birlikte gösterilmiştir.

**Vajinal doğum yapan kadınlardan biri bekar olduğu için bu soruyu cevaplamamıştır.

***Kronik hastalıklar arasında hipertansiyon (n=4), diyabet (n=3), anemi(n=1), astım (n=1) ve guatr (n=1) yer almaktadır.

Tablo 4.1.1’de annelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Her bir grupta yer alan annelerin; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin yaşı, eşinin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, algılanan gelir durumu, sigara kullanma durumu ve kronik hastalık durumu açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$). Vajinal doğum yapan annelerin %68’inin, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin %88’inin ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin ise %90’ının il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin yaşadığı yere göre gruplararası farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tabloda gösterilmemekle birlikte, tüm gruplarda annelerin hiç birinin alkol tüketmediği belirlenmiştir. Vajinal doğum yapan grupta iki anne, (%4) daha önceden psikolojik rahatsızlık geçirdiğini ifade etmiştir. Vajinal doğum yapan grupta yer alan bir anne (%2) dışında gruplarda yer alan tüm annelerin evli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Annelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Obstetrik Özellikler	Vajinal Doğum (n=50)		Acil Sezaryen (n=50)		Elektif Sezaryen (n=50)		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Ki-Kare	P
Gravida								
Primigravida	40	80	42	84	45	90	2,442	0,655
Multigravida	10	20	8	16	5	10		
Spontan Abortus Öyküsü								
Var	9	18	7	14	1	2	0,297	0,862
Yok	41	82	43	86	49	98		
D/C Öyküsü								
Var	1	2	1	2	-	-	*	
Yok	49	98	49	98	50	100		
Son Gebeliğin İstenme Durumu								
Eşim istiyor, ben istemiyordum	-	-	2	4	1	2	*	
Ben istedim, eşim istemiyordu	-	-	2	4	1	2		
İkimiz de istiyorduk	49	98	46	92	47	94		
İkimiz de istemiyorduk	1	2	-	-	1	2		
Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Eğitim Alma Durumu**								
Aldı	7	14	8	16	1	2	6,017	0,049
Almadı	43	86	42	84	49	98		
Doğum Öncesi Dönemde Doğum Eylemine Yönelik Görüşler***								
Zor	30	42,2	29	43,2	28	51,8	8,921	0,178
Ağrılı	28	39,4	24	35,8	10	18,5		
Stresli	13	18,3	13	19,4	14	25,9		
Kolay	-	-	1	1,4	2	3,7		
Doğum Eylemi Sırasında Sağlık Personelinin Yaklaşımını Değerlendirme Durumu								
İyi	20	40	19	38	26	52	2,327	0,311
Kötü	30	60	31	62	24	48		

*Gözlere düşen kişi sayısı 0 (sıfır) olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

**Vajinal doğum ve acil sezaryen grupları arasında analiz yapılmıştır.

***Soruya birden fazla cevap verilmiştir, yüzdeler (n) üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.2’de annelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Her üç grupta yer alan annelerin, gravida ve spontan abortus öyküsü açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$). Vajinal doğum grubunda yer alan bir annenin (%2) ve acil sezaryen grubunda yer alan bir annenin (%2) D/C öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Son gebeliğin istenme durumuna bakıldığında, her üç grupta yer alan annelerin çoğunluğu, gebeliğini hem kendisinin hem de eşinin istediğini ifade etmiştir (vajinal doğum: %98, acil sezaryen: %92, elektif sezaryen: %94). Vajinal doğum yapan annelerin %86’sının, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin %84’ünün ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin %98’inin gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim almadıkları saptanmıştır ($p>0,05$). Her üç grupta da annelerin doğum öncesi dönemde doğuma yönelik görüşünün çoğunlukla zor olduğu belirlenmiştir (vajinal doğum: %42,2; acil sezaryen: %43,2; elektif sezaryen: %51,8) ($p>0,05$). Vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin çoğunluğu (sırasıyla; %60 ve %62) sağlık personelinin yaklaşımını kötü olarak değerlendirirken, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde personel yaklaşımını iyi olarak değerlendiren kadınların oranının (%52) daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tabloda gösterilmemekle birlikte, vajinal doğum yapan üç anne (%6) dışında tüm gruplarda yer alan annelerin doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Annelerin postpartum döneme ilişkin özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Vajinal Doğum (n=50)		Acil Sezaryen (n=50)		Elektif Sezaryen (n=50)		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Ki-Kare	P
Postpartum Dönemde Doğuma İlişkin Duygular*								
Korku	26	39,3	23	37,0	16	26,6		
Üzüntü	8	12,1	10	16,1	1	1,6		
Mutluluk	10	15,1	4	6,4	17	28,3		
Kızgınlık	2	3,0	4	6,4	2	3,3		*
Umut	7	10,6	12	19,3	19	31,6		
İğrenme	9	13,6	5	8,0	2	3,3		
Şaşkınlık	4	6,0	4	6,4	3	5,0		
Bebeğin cinsiyeti								
Kız	24	48	27	54	28	56	0,695	0,706
Erkek	26	52	23	46	22	44		
Kendi ve Bebeğinin Bakımında Destek Alma Durumu								
Aldı	46	92	44	88	48	96	2,174	0,337
Almadı	4	8	6	12	2	4		
Kendi ve Bebeğinin Bakımında Sorun Yaşama Durumu								
Yaşıyor	23	46	28	56	18	36	0,594	0,556
Yaşamıyor	26	52	22	44	32	64		
Kendi Bakımı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar*								
Beslenme	10	12,8	12	12,7	8	17,0		
Uyku	24	30,7	28	29,7	17	36,1		
Hijyen	4	5,1	4	4,2	5	10,6		
Ağrı yönetimi	3	3,8	8	8,5	4	8,5		
Meme bakımı	6	7,6	4	4,2	4	8,5		*
Boşaltım	4	5,1	3	3,1	6	12,7		
Epizyo/insizyon bakımı	3	3,8	5	5,3	3	6,3		
Psikolojik durum	3	3,8	6	6,3	-	-		
Yorgunluk	21	6,9	24	25,5	16	34,0		
Bebeğinin Bakımı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar*								
Emzirme	16	32,0	22	34,9	14	29,7		
Banyo	3	6,0	3	4,7	3	6,3		
Göbek bakımı	2	4,0	5	7,9	1	2,1		*
Uyku düzeni	18	36,0	21	33,3	15	31,9		
Boşaltım/gaz	11	22,0	12	19,0	14	29,7		

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, yüzdeler (n) üzerinden alınmıştır ve istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 4.1.3’de annelerin postpartum döneme ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Bebeğin cinsiyeti, kendi ve bebeğinin bakımında destek alma durumu, kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumu açısından gruplar arasındaki farkın benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin fazla korku duygusunu (sırasıyla; %39,3, %37,0), elektif sezaryen ile doğum yapan anneler ise en fazla umut duygusunu (%31,6) yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Her üç grupta da annelerin çoğunluğu kendi ve bebeklerinin bakımında destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Kendi ve bebeğinin bakımında en fazla sorun yaşayanların, acil sezaryenle doğum yapan anneler olduğu görülmektedir. Her üç grupta yer alan anneler en fazla uyku sorunu yaşadıklarını, bebeklerinin bakımıyla ilgili ise en fazla emzirme ve uyku düzeninde sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tabloda gösterilmemekle birlikte vajinal doğum yapan bir anne (%2) dışında tüm annelerin bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğu saptanmıştır.

4.2. Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, annelerde postpartum posttravmatik stres bozukluğu belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Annelerin doğum şekline göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

Alt Boyutlar	Vajinal Doğum (n=50)	Acil Sezaryen (n=50)	Elektif Sezaryen (n=50)	İstatistiksel Analiz		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Fark*
Yeniden Yaşantılama	7,40±2,67	8,90±2,30	6,00±2,31	17,719	0,000	1-2,3 2-3
Kaçınma	11,04±3,22	12,94±3,22	9,08±2,73	19,72	0,000	1-2,3 2-3
Aşırı Uyarılmışlık	8,54±3,03	10,04±2,77	6,24±2,60	23,182	0,000	1-2,3 2-3
Toplam puan	26,98±7,20	31,88 ±6,29	21,32±4,55	37,339	0,000	1-2,3 2-3

*1.Vajinal doğum ; 2.Acil sezaryen ; 3.Elektif sezaryen

Tablo 4.2.1’de annelerin doğum şekline göre PTSDC-CV alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV toplam puan ortalamasının (31,88 ±6,29), vajinal doğum (26,98±7,20) ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin (21,32±4,55) puan ortalamasından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). “Yeniden yaşantılama” alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerde 7,40±2,67, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde 8,90±2,30 ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde 6,00±2,31 olduğu ve gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Vajinal doğum yapan annelerin “kaçınma” alt boyut puan ortalamasının 11,04±3,22, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının 12,94±3,22 ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise 9,08±2,73 olduğu ve gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). “Aşırı uyarılmışlık” alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerde 8,54±3,03, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde 10,04±2,77 ve elektif sezaryen ile doğum

yapan annelerde ise $6,24 \pm 2,60$ olduğu ve gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının acil sezaryen ile doğum yapan annelerde en yüksek, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde ise en düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.2.2. Annelerin Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puan ortalaması, standart sapma ve min.-max. değerleri

Değişken	N	Ort.	SS	Min.	Max.
*PTSDC-CV puanı	150	26,73	7,46	17	51

*PTSD-CV: Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

Tablo 4.2.2’de annelerin doğum şekline bakılmaksızın PTSDC-CV puan ortalaması, standart sapma ve minimum maksimum değerleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerin PTSDC-CV puan ortalaması $26,73 \pm 7,46$ ve min.-max. değerleri 17-51 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Annelerin bazı tanıtıcı özellikleri ve doğum şekline göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puan ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum (n=50)	Acil Sezaryen (n=50)	Elektif Sezaryen (n=50)	İstatistiksel Analiz		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	P	Fark*
Yaş Grupları						
19-24	26,09±6,91	32,03±6,08	21,70±4,43	21,557	0,000	2-1,3;3-1
25-29	28,13±8,03	31,65±6,73	20,85±4,89	14,611	0,000	3-1;2-3
30-35	30,66±5,86	-	21,00±4,24	t=1,970**	0,143	-
İstatistiksel Analiz	F=0,822p=0,446	t=0,044p=0,835**	F=0,202p=0,818			
Eğitim Düzeyi						
Okuryazar	27,40±8,56	32,33±2,08	-	t=-0,952**	0,378	-
İlkokul ve ortaokul	28,37±6,83	35,87±6,32	23,72±5,95	12,409	0,000	2-1,3
Lise	26,42±7,31	31,00±3,77	21,00±4,40	17,399	0,000	2-1,3; 3-1
Üniversite ve üzeri	25,37±7,70	28,46±6,93	19,92±2,66	7,208	0,030	2-3
İstatistiksel Analiz	F=0,365p=0,779	F=4,541p= 0,007***	F=2,331p=0,108			
Yaşadığı Yer						
İl merkezi	25,97±7,27	31,90±6,12	21,24±4,72	35,075	0,000	2-1,3; 3-1
İlçe	28,76±7,13	29,50±9,11	22,00±2,91	1,997	0,163	-
Köy	30,66±5,85	36,00±4,24	-	t=-1,087**	0,357	-
İstatistiksel Analiz	F=1,135p=0,330	F=0,707p=0,498	t=-0,349p=0,729**			
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	24,20±7,33	29,08±7,72	19,27±2,32	6,939	0,030	2-3
Çalışmıyor	27,67±7,09	32,76±5,59	21,89±4,87	32,258	0,000	2-1,3; 3-1
İstatistiksel Analiz**	t=-1,377p=0,175	t=0,51p=0,077	t=-1,721p=0,092			

Tablo 4.2.3. (Devam)

Algılanan Gelir Durumu						
Gelir giderden düşük	27,80±8,27	33,75±7,40	22,37±5,66	10,069	0,000	2-3
Gelir gidere denk	26,92±7,19	31,23±5,18	20,93±3,94	26,364	0,000	2-1,3;3-1
Gelir giderden fazla	25,77±5,76	29,25±8,95	20,00±4,24	2,208	0,147	-
İstatistiksel Analiz	F=0,216p=0,806	F=1,226p=0,303	F=0,696p=0,503			

*1.Vajinal doğum, 2.Acil sezaryen, 3.Elektif sezaryen

**Verilerin analizinde t testi kullanılmıştır.

***Gruplarası fark analizine göre eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olan annelerin puan ortalamasının, eğitim düzeyi lise ve üniversite ve üzeri olan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.2.3’de annelerin bazı tanıtıcı özellikleri ve doğum şekline göre PTSDC-CV toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Annelerin yaş gruplarına göre PTSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde; tüm gruplarda grup içi PTSDC-CV puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Gruplararası PTSDC-CV puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; 19-24 yaş grubunda bulunan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). 25-29 yaş grubunda bulunan elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasından düşük, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tüm gruplarda eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olan annelerin puan ortalamasının en yüksek, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan annelerin puan ortalamasının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Acil sezaryen ile doğum yapan annelerin eğitim düzeyine göre grup içi PTSDC-CV puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$), diğer gruplarda grup içi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Annelerin eğitim düzeyine göre gruplar arası PTSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde; eğitim düzeyi ilkokul-ortaokul olan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Eğitim düzeyi lise olan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Annelerin yaşadığı yere göre PTSDC-CV puan ortalamaları incelendiğinde, köyde yaşayan vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının, il ve ilçe merkezinde yaşayan annelerin puan ortalamalarına göre, ilçede yaşayan elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise il

merkezinde yaşayan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak tüm gruplarda grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaşanılan yere göre gruplar arası puan ortalama farkları incelendiğinde, il merkezinde yaşayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Annelerin çalışma durumuna göre PTSDC-CV puan ortalamaları incelendiğinde, tüm gruplarda çalışmayan annelerin puan ortalamalarının çalışan annelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ancak grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gruplar arası PTSDC-CV puan farkları incelendiğinde; acil sezaryen ile doğum yapan çalışan annelerin puan ortalamalarının elektif sezaryen ile doğum yapana annelerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmayan annelerde ise PTSDC-CV puan ortalamalarının acil sezaryen ile doğum yapan annelerde en yüksek, elektif sezaryenle doğum yapan annelerde ise en düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Algılanan gelir durumuna göre PTSDC-CV puan ortalamalarının, tüm gruplarda gelirini giderden düşük algılayan annelerde daha yüksek olduğu ancak grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar arası puan farkları incelendiğinde; gelirini giderinden düşük olarak algılayan acil sezaryenle doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gelirini giderine denk olarak algılayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerden ve vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.2.4. Annelerin bazı obstetrik ve postpartum dönem özellikleri ve doğum şekline göre Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puan ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum (n=50)	Acil Sezaryen (n=50)	Elektif Sezaryen (n=50)	İstatistiksel Analiz		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Fark*
Gravida						
Primigravida	27,20±7,28	32,33±6,17	21,55±4,71	34,034	0,000	2-1,3; 3-1
Multigravida	26,10±7,19	29,50±6,78	19,20±1,92	2,949	0,080	-
İstatistiksel Analiz	t=0,428p=0,670	t=1,172p=0,247	t=1,099p=0,277			
Bebeğin Cinsiyeti						
Kız	27,50±7,93	32,11±7,49	21,03±4,17	19,168	0,000	1-2,3
Erkek	26,50±6,56	31,60±4,66	21,68±5,08	17,968	0,000	2-1,3; 3-1
İstatistiksel Analiz	t=0,487p=0,629	t=0,279p=0,782	t=-0,494p=0,624			
Gebelik, Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Eğitim Alma Durumu						
Aldı	24,71±7,73	29,62±8,66	7,00±	1,396	0,282	-
Almadı	27,34±7,13	32,30±5,76	21,40±4,56	39,448	0,000	2-1,3; 3-1
İstatistiksel Analiz	t=0,896p=0,375	t=1,109p=0,273	t=-0,957p=0,343			
Doğum Eylemi Sırasında Sağlık Personelinin Yaklaşımı						
İyi	7,00±7,29	31,21±5,70	20,35±4,04	20,948	0,000	1,2-3
Kötü	26,96±7,26	32,29±6,68	22,38±4,92	16,142	0,000	2-1,3; 3-1
İstatistiksel Analiz	t=0,016p=0,987	t=0,585p=0,561	t=1,598p=0,117			
Kendi ve Bebeğinin Bakımında Destek Alma Durumu						
Aldı	26,32±6,52	32,02±6,45	21,04±4,11	41,477	0,000	2-1,3; 3-1
Almadı	34,50±11,21	30,83±5,31	28,00±11,31	0,440	0,657	-
İstatistiksel Analiz	U=43,00p=0,079	t=0,431p=0,669	t=2,198p= 0,033			

Tablo 4.2.4. (Devam)

Kendi ve Bebeğinin Bakımında Sorun Yaşama Durumu						
Yaşıyor	21,13±6,88	33,32±7,03	21,83±4,88	17,680	0,000	2-1,3; 3-1
Yaşamıyor	26,57±7,60	30,05±4,75	21,03±4,42	17,110	0,000	1,2-3
İstatistiksel Analiz	t=0,266p=0,792	t=1,874p=0,067	t=0,594p=0,556			

*1.Vajinal doğum ; 2.Acil sezaryen ; 3.Elektif sezaryen

Tablo 4.2.4.'de annelerin bazı obstetrik ve postpartum dönem özellikleri ve doğum şekline göre PTSDC-CV puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tüm gruplarda, primigravidaların multigravidalara göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gruplararası puan ortalamaları incelendiğinde; acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Multigravida annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının ise doğum şekline göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bebeğin cinsiyetine göre PTSDC-CV puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; tüm gruplarda kız ve erkek çocuğu olan annelerin ölçek puanlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Bebeğin cinsiyetine göre gruplar arası PTSDC-CV puan ortalamaları incelendiğinde; kız bebeği olan vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından düşük, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından ise yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkek bebeği olan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Her üç grupta gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alan annelerin almayanlara göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alma durumuna göre gruplar arası puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alan annelerin doğum şekline göre PTSDC-CV puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmezken ($p>0,05$), eğitim almayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tüm gruplarda sağlık personelinin yaklaşımını kötü olarak değerlendiren annelerin, sağlık personelinin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren annelere göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gruplar arası puan ortalamaları

incelendiğinde; personelin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren annelerde; vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının acil ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından oldukça düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Personelin yaklaşımını kötü olarak değerlendiren acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının ise vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan ve kendi ve bebeğinin bakımında destek alan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının destek almayanlara göre daha düşük ve bu farkın elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde ise kendi ve bebeğinin bakımında destek alan annelerin puan ortalamasının destek almayan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplararası PTSDC-CV puan ortalaması farkı incelendiğinde; kendi ve bebeğinin bakımında destek alan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Acil sezaryen ve elektif sezaryen ile doğum yapan ve kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşayan annelerin, sorun yaşamayan annelere göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek, vajinal doğum yapan annelerde ise, sorun yaşayan annelerin sorun yaşamayan annelere göre puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumuna göre gruplar arası PTSDC-CV puan farkları incelendiğinde; kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sorun yaşamayan annelerde ise; vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının elektif sezaryenle doğum yapan annelerin puan ortalamasından yüksek, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından ise düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Doğum eyleminin fizyolojik bir olay olmasına rağmen, zor ve/veya komplikasyonlu doğum, bilinmeyen korkusu ve stres, kadının doğum eylemi sırasında kendini çaresiz ve yaşamını tehlikede hissetmesi, doğumu kendisi ya da bebeğinin fiziksel bütünlüğüne tehdit olarak algılaması ve sağlık personelinin doğum esnasında yaklaşımı ve bakımı gibi faktörler doğum eyleminin travmatik olarak algılanmasına yol açabilmektedir (2,5-7,11). Postpartum dönemde meydana gelen hızlı fizyolojik ve hormonal değişimler (progesteron ve östradiol seviyelerindeki hızlı düşüşle birlikte oksitosin ve prolaktin düzeylerindeki hızlı artış), bu hızlı değişimlere psikolojik uyum yapma gerekliliği, yeni roller ve sorumluluklar, uyku düzeninin bozulması ve günlük planların değişmesi gibi birçok faktör, doğumu travmatik olarak algılayan kadının doğumla ilişkili PTSS'ye yatkın hale gelmesine neden olabilmektedir (6). Postpartum PTSS erken dönemde tanınıp tedavi edilmediğinde, annede; doğuma ilişkin hayal kırıklığı yaşama, kayıp ve öfke yaşama, bebeğine olumsuz deneyim yaşattığına dair suçluluk duyma, eşine karşı fiziksel ve cinsel ilgisizlik, yakın çevre ve eşle iletişim sorunları yaşama ve sosyal izolasyon; bebekte ise; etkisiz emme davranışı, uyku-yeme güçlükleri, uzun vadede duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklar gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (11,31,32,71). Bu nedenle; postpartum PTSS'nin önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi için uygun ve destekleyici hemşirelik bakımının verilmesi önemlidir.

Doğum şekli, PTSS gelişimi açısından önemli bir faktördür. Literatürde, acil sezaryen ve forseps ya da vakum yardımı ile vajinal doğum yapan annelerde PTSS görülme oranının, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (30,74-76). MacClean ve ark. (30)'ının DSM-IV ölçütlerini kullanarak spontan vajinal doğum, indüklenmiş vajinal doğum, forseps ve vakum yardımı ile vajinal doğum ve acil sezaryen ile doğum yapan 40 annenin postpartum altıncı haftada PTSS semptomlarını değerlendirdikleri çalışmada, forseps ve vakum yardımı ile vajinal doğumun diğer doğum şekillerine göre annelerde daha fazla stres yarattığı ve daha fazla travmatik algılanabileceği belirlenmiştir. Modarres (74)'in doğum sonu 4-6. haftalar arasında olan 400 anne ile yaptığı çalışmada; acil sezaryen ile

doğum yapan annelerin, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre PTSD gelişimi açısından daha riskli olduğu saptanmıştır. Soderquist ve ark. (75)'nin "Travmatik Olaylar Ölçeği" kullanarak postpartum birinci ayda olan annelerle yaptığı çalışmada, ölçek toplam puanının acil sezaryenle doğum yapan annelerde, vajinal doğum ya da elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Ryding ve ark. (76)'nın "Posttravmatik Stres Ölçeği" kullanarak vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum, elektif ve acil sezaryenle doğum yapan annelerde doğumdan sonra birinci ayda PTSD görülme durumunu belirledikleri çalışmada; acil sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum yapan annelerde ölçek toplam puanının, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin ölçek toplam puanına göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Güdücü ve ark. (28)'nin yaptığı çalışmada, sezaryen ile doğum yapan 25 ve vajinal doğum yapan 25 kadına postpartum birinci ayda PTSDC-CV uygulanmış ve elektif sezaryenle doğum yapan bir annede (% 4) postpartum PTSD olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, literatürde yer alan çalışma sonuçları ile benzer şekilde, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının en yüksek, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarının ise en düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.1). Acil sezaryen ile doğum yapan anneler; doğumunu planladığı gibi gerçekleştirememesi, kontrol kaybı duygusu yaşama, kendi ve bebeğinin sağlığından endişe duyma gibi faktörler nedeniyle vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre PTSD semptomlarını daha fazla yaşıyor olabilirler. Bunun yanı sıra, acil sezaryenle doğum yapan annelerin, hem vajinal hem de sezaryen doğum eylemi süreçlerini bir arada yaşamaları, daha fazla invaziv girişime maruz kalmaları ve bu süreçte sağlık personeliyle daha uzun süre etkileşim içinde olmaları, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha fazla travmatize olmalarına yol açmış olabilir. Ayrıca çalışmamızda, tüm gruplarda yer alan anneler, doğum öncesi dönemde doğuma ilişkin düşüncelerini "zor" olarak ifade ederken (Tablo 4.1.2) ($p > 0,05$), postpartum dönemde doğuma ilişkin en fazla yaşanan duygunun vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerde "korku", elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde "umut" olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Bu sonuç; annelerin, doğum öncesi dönemde doğuma ilişkin benzer düşüncelere sahip olduğunu ancak doğum deneyiminden sonra

özellikle vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerde olumsuz duyguların devam ettiğini göstermektedir. Çalışmamızda, kadınlarda gebelik döneminde PTSS semptomlarının olup olmadığı, cinsel istismar öyküsü, şiddet ya da doğuma ilişkin algıyı etkileyebilecek mitler gibi durumların değerlendirilmemesi nedeniyle sonuçların dikkatli bir şekilde yorumlanması gerekmektedir.

Postpartum PTSS gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır. Postpartum PTSS'yi etkileyen faktörleri değerlendiren çalışmalar, anne yaşı ile PTSS arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir (27,35,86). Çalışmamızda da, literatürde yer alan çalışma sonuçları ile benzer şekilde anne yaşı ile PTSS belirtileri görülme durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak gruplararası PTSSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde; 19-24 yaş grubunda bulunan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek, 25-29 yaş grubunda bulunan elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasından düşük ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). Bu sonuçlar, özellikle acil sezaryen ile doğum yapan annelerin hangi yaş grubunda olursa olsun postpartum PTSS belirtileri görülme açısından daha riskli olduğunu göstermektedir.

Literatürde PTSS gelişimi ile annenin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar (35,86) bulunmakla birlikte, eğitim düzeyinin postpartum PTSS gelişimine önemli katkı sağladığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (74,87). Modarres (74) ve Zlotogora (87)'nin yaptıkları çalışmalarda, düşük eğitim düzeyine sahip kadınların PTSS gelişimine daha yatkın oldukları belirtilmektedir. Çalışmamızda, tüm gruplarda ilkökul ve ortaokul mezunu olan annelerin PTSSDC-CV puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak sadece acil sezaryen ile doğum yapan annelerin eğitim düzeyine göre PTSSDC-CV puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). Her ne kadar PTSS belirtileri görülme durumu ile eğitim düzeyi arasında sadece acil sezaryen grubunda anlamlı bir fark elde edilse de bu sonuç, kadın sağlığının önemli belirleyicilerinden biri olan eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Eğitim

düzeyi daha yüksek olan anneler; doğum ve doğum sonu dönemde meydana gelebilecek olumsuz durumların farkında olabilirler, ihtiyaç duydukları bilgilere daha kolay ulaşabilirler, kendi bedenlerinde meydana gelen olumsuz değişimleri daha kolay fark edebilir ve gerekli yerlerden yardım arayabilirler. Ayrıca acil sezaryen gibi annenin doğum planlarının değiştiği, kendi ya da bebeğinin sağlığının tehlikeye girdiği ve bu nedenlerle korku ve anksiyetenin daha fazla yaşanabileceği bir kriz sürecine maruz kalması ve annenin doğu sonu dönemde bu kriz süreci ile başatme becerisi, annenin eğitim düzeyi arttıkça artıyor olabilir. Ayrıca annelerin eğitim düzeyine göre gruplararası PTSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarında diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3).

Literatürde annenin yaşadığı yer ile PTSD gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda, köyde yaşayan vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının, il ve ilçe merkezinde yaşayan annelerin puan ortalamalarına göre, ilçede yaşayan elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise il merkezinde yaşayan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak tüm gruplarda grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3). Çalışmamızda yer alan köyde yaşayan anne sayısı az olmakla birlikte, köyde yaşayan annelerin doğum yapmak üzere il veya ilçe merkezine gitmesi ve hastanede kaldığı süreçte sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması, doğumun travmatik olarak algılanmasına ve bu annelerin PTSD'ye yatkın hale gelmesine neden olmuş olabilir. Ayrıca, köyde yaşayan annelerin eğitim düzeyleri daha düşük olabilir. Bu durum da, PTSD'ye yatkınlığı arttırmış olabilir. Annelerin yaşadığı yere göre gruplararası PTSDC-CV puan farkları incelendiğinde ise, il merkezinde yaşayan acil sezaryen grubundaki annelerin PTSDC-CV puanlarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). Bu sonuçlar, özellikle kırsal bölgede yaşayan annelerin ve özellikle yaşadığı yere bakılmaksızın acil sezaryen ile doğum yapan annelerin postpartum PTSD belirtileri görülme açısından daha riskli olduğunu göstermektedir.

Literatürde, çalışan annelerde PTSD görülme oranının çalışmayan annelere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Van der Ploeg ve Kleber (88)'in ve Mitani ve ark.

(89)'nın yaptığı çalışmalarda; annelerin çalışma durumunun PTSDB görülme oranını anlamlı bir şekilde etkilediği belirtilmektedir. Yönel (90)'in yaptığı çalışmada ise; annelerin çalışma durumu ile PTSDB arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda ise, annelerin çalışma durumu ile PTSDC-CV puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ancak tüm gruplarda çalışmayan annelerin puan ortalamalarının çalışan annelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu sonuç, çalışan annelerin eğitim düzeyinin çalışmayan annelere göre daha yüksek olma olasılığı nedeniyle, annenin eğitim düzeyi ile PTSDB belirtilerinin görülmesi arasındaki ilişki ile benzer bir özellik gösterebilir. Çalışma durumu, eğitim düzeyi ile olan ilişkide olduğu gibi, kadının doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz duyguların farkında olmasını, ihtiyaç duyulan bilgilere ulaşabilmesini ve sağlık arama davranışını etkileyebilecek bir faktör olabilir. Annelerin çalışma durumuna göre gruplararası PTSDC-CV puan farkları incelendiğinde ise, çalışan ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre, çalışmayan ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). Bu sonuç, çalışma durumuna bakılmaksızın acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDB belirtileri görülme açısından daha riskli olduğunu göstermektedir.

Literatürde, PTSDB'nin düşük sosyo-ekonomik bölgelerde, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan annelerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (38,45,110). Çalışmamızda; algılanan gelir durumuna göre PTSDC-CV puan ortalamalarının, tüm gruplarda gelirini giderden düşük algılayan annelerde daha yüksek olduğu ancak grup içi farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar arası puan farkları incelendiğinde; gelirini giderinden düşük olarak algılayan acil sezaryenle doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gelirini giderine denk olarak algılayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerden ve vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise elektif sezaryen ile

doğum yapan annelerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). Bu çalışmada, anlamlı olmamakla birlikte tüm gruplarda gelir durumunun artmasıyla PTSDC-CV puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Gelir durumu, postpartum dönemde hem anne hem de bebeğin bakım kalitesini ve konforunu, ihtiyaç duyulan danışmanlık ve sağlık hizmetine ulaşımı etkileyebilecek ve böylece annenin postpartum dönemi daha rahat ve güvenli geçirmesini sağlayabilecek bir faktör olabilir.

Literatürde primigravidaların multigravidalara göre PTSS gelişimi açısından daha fazla risk taşıdığı belirtilmektedir (8,20,65). Çalışmamızda da tüm gruplarda; primigravidaların multigravidalara göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Acil sezaryen ile doğum yapan primigravida annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan primigravida annelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4). Çalışmamızda tüm gruplarda yer alan annelerin çoğunluğunun primigravida oldukları belirlenmiştir. Ayrıca vajinal doğum yapan üç anne dışında tüm annelerin doğum öncesi bakım aldığı ancak vajinal doğum yapan annelerin sadece %14'ünün ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin sadece %16'sının ve elektif sezaryenle doğum yapan sadece bir annenin gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Primigravidaların doğum deneyimi olmaması nedeni ile bilinmeyen korkusu yaşamaları ve doğum eylemi, doğum sonu dönem, anne ve bebek bakımı ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olmaları, PTSDC-CV puan ortalamalarının artmasına yol açmış olabilir. Özellikle doğum eylemi sürecinde kendi ya da bebeğin sağlığının risk altına girmesi ve doğum sürecinin planlanandan farklı gerçekleşmesi, acil sezaryen ile doğum yapan primigravida annelerin doğum deneyimini travmatik olarak algılamasına ve postpartum PTSS açısından daha riskli hale gelmesine yol açabilir.

Literatürde bebeğin cinsiyeti ile postpartum PTSS gelişimi arasında ilişki olduğunu gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye'nin doğu illerinde ailelerin erkek çocuk tercih etme eğilimi yüksek olabilir. Bingöl, Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir il olmakla birlikte çalışmamızda; tüm gruplarda kız ve erkek çocuğu olan annelerin puan ortalamalarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Bu

sonuç, çalışmaya katılan bir anne dışında tüm annelerin bebeğinin cinsiyetinden memnun olmasından kaynaklanmış olabilir. Bebeğin cinsiyetine göre gruplararası PTSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde; kız bebeği olan vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından düşük, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından ise yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkek bebeği olan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

Literatürde, gebelik döneminde yetersiz antenatal bakım ve doğumla ilgili yetersiz bilginin postpartum PTSS açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (8,110). Çalışmamızda, her üç grupta gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alan annelerin almayanlara göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4). Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alan annelerin almayan annelere göre, doğumla ilgili daha az bilinmeyen korkusu ve stresi yaşadıkları, daha az travmatize oldukları ve postpartum döneme daha kolay uyum sağladıkları düşünülmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alma durumuna göre gruplararası puan ortalama farkları incelendiğinde; eğitim alan annelerin doğum şekline göre PTSDC-CV puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmezken ($p>0,05$), eğitim almayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4). Bu sonuç, özellikle gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim almayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin postpartum PTSS belirtileri görülme açısından daha riskli olduğunu göstermektedir.

Annenin doğum eylemi sırasında yeterli destek alması ve sağlık personeli ile iyi iletişim içerisinde olması, postpartum PTSS olasılığını azaltan faktörlerdir. Ford ve Ayers (91)'in çalışmasında, travma öyküsü bulunan veya müdahaleli doğum yapan annelerde, personel desteğinin postpartum PTSS'yi önlemede önemli olduğu belirtilmektedir. Ancak Yönel (90)'in çalışmasında; gebelik ve doğum eylemi süresince sağlık personelinin memnun kalma durumu ile PTSS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Çalışmamızda, vajinal doğum ve acil sezaryen ile

doğum yapan annelerin çoğunluğu doğum eylemi sırasında sağlık personelinin kendilerine kötü davrandığını, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin çoğunluğu ise iyi davrandığını ifade etmiştir (Tablo 4.1.2). Her üç grupta sağlık personelinin yaklaşımını kötü olarak değerlendiren annelerin, sağlık personelinin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren annelere göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Özellikle sağlık personelinin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren vajinal doğum yapmış annelerin puan ortalamasının elektif ve acil sezaryen ile doğum yapan annelere göre oldukça düşük olduğu dikkati çekmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4). Bu sonuç, vajinal doğum eylemi sırasında sağlık personelinin olumlu yaklaşımının postpartum PTSS belirtilerinin görülme durumunu azalttığını gösterebilir. Ayrıca personelin yaklaşımını kötü olarak değerlendiren acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4). Annelerin doğum eylemi sırasında sağlık personelinin yaklaşımını değerlendirme durumu birçok faktörden etkilenmiş olabilir. Özellikle vajinal doğum ve acil sezaryen ile doğum yapmış annelerde, elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre doğum eylemi sırasında maternal-fetal sağlığı izlemek amacıyla yapılan testlerin ve doğum eyleminin ilerleyişini değerlendirecek girişimlerin daha sık ve fazla yapılması, doğum eylemi sürecini hızlandırmaya yönelik müdahalelerin yapılması, kendi ve bebeğinin sağlığının tehlikeye gireceğine dair anksiyete ve korku yaşama, sağlık personelinin anneyi yetersiz bilgilendirmesi, mahremiyetine özen göstermemesi ve tüm bu süreç boyunca kadının yalnız kalması doğumun travmatik olarak algılanmasına ve PTSS gelişimine katkıda bulunabilir.

Annelerin kendi ve bebeğinin bakımında destek alma durumları da PTSS gelişimini etkilemektedir. Doğum sonu yeterli destek alınmanın PTSS ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar (90,92) mevcuttur. Cigoli ve ark. (92)'nin çalışmasında, doğumdan sonra sosyal destek alan annelerde destek almayan annelere göre PTSS'nin anlamlı derecede düşük görüldüğü belirlenmiştir. Yönel (90)'in çalışmasında, doğum sonrası eş desteği olan kadınlarda PTSS görülme riskinin yaklaşık dört kat az olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan ve kendi ve

bebeğinin bakımında destek alan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının destek almayanlara göre daha düşük ve bu farkın elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde ise destek alan annelerin puan ortalamasının destek almayan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4). Doğum sonu dönemde sosyal destek; anne ve bebeğin bakımı, emzirme, anne bebek bağlanması, ebeveynliğe ve yeni rol ve sorumluluklara uyum gibi konularda oldukça önemlidir. Sosyal destek alan annelerin bu döneme daha kolay uyum sağladığı ve böylece postpartum PTSTB açısından daha az riskli olabilecekleri düşünülmektedir. Annelerin destek alma durumuna göre gruplararası PTSDC-CV puan farkları incelendiğinde; kendi ve bebeğinin bakımında destek alan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$)(Tablo 4.2.4). Bu sonuç, anne ve bebek bakımı ile ilgili destek alınsa dahi acil sezaryen ile doğum yapan annelerin postpartum PTSTB belirtileri görülme açısından riskli olabileceğini göstermektedir. Özellikle acil sezaryen sonrası anne veya bebek ile ilgili sağlık riskleri devam ediyorsa, anne ve bebek bakımında destek almak daha önemli hale gelmektedir.

Annenin kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşaması, postpartum PTSTB'nin bir sonucu olabileceği gibi postpartum PTSTB gelişimine de yol açabilmektedir (67). Çalışmamızda, kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşayan ve yaşamayan elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşayan vajinal doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının sorun yaşamayan annelere göre daha düşük olduğu ancak acil sezaryen ile doğum yapan annelerde bu durumun tersi olacak şekilde PTSDC-CV puan ortalamasının sorun yaşayan annelerde sorun yaşamayan annelere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.4) ($p>0,05$). Kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumuna göre gruplararası puan ortalama farkları incelendiğinde ise; sorun yaşayan acil sezaryen grubundaki annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu çalışmada, postpartum dönemde daha fazla sorun yaşayan ve PTSTB semptomlarının görülme yüzdesi daha yüksek olan grup, acil sezaryen ile doğum yapan

annelerin bulunduğu gruptur. Bu nedenle, bu grupta yer alan annelerin kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumlarının postpartum PTSS'nin bir sonucu olabileceği düşünölmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

6.1.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Vajinal doğum, acil sezaryen ve elektif sezaryenle doğum yapan annelerin; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin yaşı, eğitim düzeyi ve çalışma durumu, algılanan gelir durumu, sigara kullanımı ve kronik hastalık açısından benzer ($p>0,05$), yaşadığı yer açısından farklı oldukları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1.1).
2. Vajinal doğum, acil sezaryen ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin; gravida, spontan abortus öyküsü, gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alma durumu ve doğum öncesi dönemde doğum eylemine yönelik görüşleri açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$). Vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin çoğunluğu, doğum eylemi sırasında sağlık personelinin yaklaşımını kötü olarak değerlendirirken, elektif sezaryen ile doğum yapan anneler ise daha çok yaklaşımı iyi olarak değerlendirmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.1.2).
3. Vajinal doğum, acil sezaryen ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin; bebeğin cinsiyeti, kendi ve bebeğinin bakımında destek alma durumu, kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşama durumu açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$). Vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan anneler en fazla korku duygusunu (sırasıyla; %39,3, %37,0), elektif sezaryen ile doğum yapan anneler ise en fazla umut duygusunu (%31,6) yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.1.3).

6.1.2. Annelerde PTSTB Belirtileri Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar

1. Acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV toplam puan ortalamasının ($31,88 \pm 6,29$), vajinal doğum ($26,98 \pm 7,20$) ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin ($21,32 \pm 4,55$) puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.1).
2. Anne yaşına göre gruplararası PTSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde; 19-24 ve 25-29 yaş grubundaki acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalaması, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$).
3. Tüm gruplarda ilkökul ve ortaokul mezunu olan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Acil sezaryen ile doğum yapan annelerin eğitim düzeyine göre PTSDC-CV puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Annelerin eğitim düzeyine göre gruplar arası PTSDC-CV puan ortalama farkları incelendiğinde; okuryazar grubu hariç, tüm eğitim düzeylerinde acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.3).
4. Köyde yaşayan vajinal ve acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının, il ve ilçe merkezinde yaşayan annelerin puan ortalamalarına göre, ilçede yaşayan elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise il merkezinde yaşayan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). İl merkezinde yaşayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.3).
5. Tüm gruplarda çalışmayan annelerin puan ortalamalarının çalışan annelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Acil sezaryen ile doğum yapan çalışan annelerin puan ortalamalarının elektif sezaryen ile doğum yapana annelerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmayan annelerde ise PTSDC-CV puan

ortalamalarının acil sezaryen ile doğum yapan annelerde en yüksek, elektif sezaryenle doğum yapan annelerde ise en düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3).

6. Tüm gruplarda gelirini giderden düşük algılayan annelerde PTSDC-CV puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Gelirini giderinden düşük olarak algılayan acil sezaryenle doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamasının elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gelirini giderine denk olarak algılayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal doğum yapan annelerden ve vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının ise elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3).
7. Tüm gruplarda, primigravidaların multigravidalara göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).
8. Tüm gruplarda kız ve erkek çocuğu olan annelerin ölçek puanlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Kız bebeği olan vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından düşük, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından ise yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Erkek bebeği olan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).
9. Tüm gruplarda gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alan annelerin almayanlara göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitim alan annelerin doğum şekline göre PTSDC-CV puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmezken ($p>0,05$), eğitim almayan acil sezaryen ile

doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

10. Tüm gruplarda sağlık personelinin yaklaşımını kötü olarak değerlendiren annelerin, sağlık personelinin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren annelere göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Personelin yaklaşımını iyi olarak değerlendiren annelerde; vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının acil ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından oldukça düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Personelin yaklaşımını kötü olarak değerlendiren acil sezaryen ile doğum yapan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının ise vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).
11. Vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan ve kendi ve bebeğinin bakımında destek alan annelerin PTSDC-CV puan ortalamalarının destek almayanlara göre daha düşük ve bu farkın elektif sezaryen ile doğum yapan annelerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu, acil sezaryen ile doğum yapan annelerde ise kendi ve bebeğinin bakımında destek alan annelerin puan ortalamasının destek almayan annelerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Kendi ve bebeğinin bakımında destek alan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).
12. Acil sezaryen ve elektif sezaryen ile doğum yapan ve kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşayan annelerin, sorun yaşamayan annelere göre PTSDC-CV puan ortalamalarının daha yüksek, vajinal doğum yapan annelerde ise, sorun yaşayan annelerin sorun yaşamayan annelere göre puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Kendi ve bebeğinin bakımında sorun yaşayan acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasının vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sorun yaşamayan annelerde ise; vajinal doğum yapan annelerin puan ortalamasının elektif sezaryenle doğum yapan annelerin

puan ortalamasından yüksek, acil sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamasından ise düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır:

1. Çalışmamızda; acil sezaryen ile doğum yapan annelerin, vajinal ve elektif sezaryen ile doğum yapan annelere göre postpartum PTSD açısından daha riskli olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin, özellikle acil sezaryen ile doğum yapan anneleri postpartum PTSD belirtileri açısından daha yakın takip etmeleri ve gerekli olduğunda profesyonel destek almalarını sağlamaları, annelerin doğumla ilgili duygularını değerlendirmeleri, uygun ve destekleyici hemşirelik bakımı ve evde bakım hizmetleriyle doğum sonu döneme psikolojik uyumlarını artıran girişimlerde bulunmaları,
2. Postpartum PTSD'yi etkileyebilecek faktörlerle ilgili geniş ve farklı risk gruplarını kapsayan çalışmaların planlanması ve çalışmalarda;
 - a. PTSD belirtilerinin postpartum altıncı ayı da kapsayacak şekilde değerlendirilmesi,
 - b. Postpartum PTSD'nin belirleyicilerinden biri olan cinsel istismar öyküsünün kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi,
 - c. Annenin vajinal ya da sezaryen doğuma yönelik algısını etkileyebilecek doğuma yönelik mitlerin değerlendirilmesi,
 - d. Forseps ve vakum yardımı ile vajinal doğum yapan annelerin ayrı bir grup olarak ele alınması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Facts and Figures from the World Health Report 2005. World Health Organization:Geneva.
2. Ayers S, Pickering AD. Do women get post-traumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 2000; 28 (2), [Çevrim-içi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x>]
3. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 2010;40,1849–1859.
4. Grekin R, O' Hara M. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta- analysis. *Clinical Psychology Review*, 2014; 34(5): 389-401.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği. Çev. Ed. E.Köroğlu. Mental Bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı, Dördüncü baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV TR) Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2007.
6. İşbir GG, İnci F. Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları, KASHED. 2014; 1: 29-40.
7. Ayers S, Rados SN, Balouch S. Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.2015; 7(3), doi: 10.1037/a0039044
8. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003; 30(1): 36-46.
9. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23: 260-268.
10. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*. 2014; 30: 255-261.
11. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*. 2014;30:145-148.
12. Akdolun BN. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2002; 6, 42-49.
13. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007;6(6):479-484.
14. Kocamanoğlu B. Postpartum dönemde görülen ruhsal sorunların sosyodemografik, psikiyatrik ve obstetrik özellikler yönünden değerlendirilmesi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2008.
15. Davidson M, London M, Ladewig P. *Maternal-Newborn Nursing & Women's Health*. 9th edition. New Jersey: Pearson Education Inc; 2012.

16. Stramrood C, Paarlberg K, Veld E, Berger L, Vingerhoets J, Schultz W. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol.* 2011; 32(2): 88–97. doi: 10.3109/0167482X.2011.569801.
17. White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reprod Infant Psychology.* 2006; 24(20).
18. Olde E, Van Der Hart O, Kleber R, Van Son M. Post-traumatic stress disorder following childbirth: A review. *Clinical Psychology.* 2006; 26: 15-16.
19. Horsch A, Brooks C, Fletcher H. Maternal coping, appraisals and adjustment following diagnosis of fetal anomaly. *Prenatal Diagnostic.* 2013; 33: 1137-1138.
20. Moghadam M.F, Shamsi A, Moro FH. The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy,* 2014; 1 :15-19, doi: 10.12740/APP/37943.
21. Vossbeck-Elsebusch A, Freisfeld, C, Ehring T. Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(200). doi: 10.1186/1471-244X-14-200.
22. Dikmen-Yıldız P, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* 2017a; 208: 634-645.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III.* 3th ed. Washington, DC7 Author; 2008.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Text Revision American Psychiatric Publishing, Washington, DC; 2000.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington DC; 2013.
26. Shaw RJ, Bernard RS, DeBlois T, Ikuta LM, Ginzburg K. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit, *Psychosomatics.* 2009; 50(2):131–137.
27. İşbir GG, İnci F, Bektaş M, Yıldız P, Ayers S. Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery.* 2016; 41: 96-103.
28. Güdücü N, Kayan BÖ, İşçi H, Başgül Yiğiter A, Dünder İ. Sezaryenle ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu. *JOPP Dergisi.* 2013; 5(3): 114-117.
29. Dikmen-Yıldız P, Ayers S, Phillips L. Factors Associated with post-traumatic stress symptoms 4-6 weeks and 6 months after birth: A lungitudinal population based-study. *Journal of Affective Disorders.* 2017b; 221: 238-245.

30. Maclean LI, Mcdermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2000; 18: 153-162.
31. Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum posttraumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *IMAJ*, 2012; 14(6): 347-353.
32. Cook N, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 225: 18-31.
33. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Post-traumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997; 11(6): 587-597.
34. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association*. 1997; 156(6): 831-835.
35. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*. 2000; 39(1): 35-51.
36. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19(3): 295-311.
37. Leeds L, Hargreaves I. The psychological consequences of childbirth. *Journal of Reproductive Infant Psychology*. 2008; 26(2): 108-122.
38. Butcher NJ, Mineka S, Hooley MJ. Çeviren: Gündüz, O. *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınevi; 2013.
39. AFAD. Büyük Depremler [Internet]. [Erişim Tarihi 26 Eylül 2018]. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/tr/3534/Buyuk-Depremler>
40. AFAD. Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması [Internet]. [Erişim Tarihi 26 Eylül 2018]. Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/upload/Node/25337/xfiles/17aTürkiye_deki_Suriyelilerin_Demografik_Gorunumu_Yasam_Kosullari_ve_Gelecek_Beklentilerine_Yonelik_Saha_Arastirmasi_2017.pdf
41. Patır S, Güven M, Tan M. Bingöl ili hane halkının bilgi teknolojisi kullanım oranı ve yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *İktisadiyat*, 2017; 1(1):115-132.
42. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 2016; 46:1121-1134.
43. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016.
44. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101: 46-59.

45. Çervatoğlu PG. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000;8(1):5-8.
46. Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*. İstanbul:Bedray Basın Yayın Dağıtım; 2008.
47. Sungur M. İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*. 1999; 2:105-108.
48. Dereli YS. Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013; 10: 28-33.
49. Sadat Z, Kafaei Atrian M, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F, Karimian Z, Taherian A. Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. *The Journal of Obstetrics Gynaecology Research*, 2014; 401:172-177.
50. Wieland Ladewig PA, London ML, Davidson MR. *Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care*. 6th edition. New Jersey: Pearson Education; 2006.
51. Özkürkçügil A, Çorapçıoğlu A. Posttravmatik StresBozukluğu. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2000; 8(1):13-19.
52. Kültür EÇ, Çetin FÇ, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr*. 2007; 49: 256–262.
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*. 3th ed. Washington, DC7 Author; 1987.
54. Weis JM, Grunert BK. Post-traumatic Stress Disorder following traumatic injuries in adults. *Wisconsin Medical Journal*. 2004; 103(6):69- 72.
55. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55(7):626-32.
56. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992; 60(3):409-418.
57. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61(6):984-91.
58. Farmer R, Tranah T, O'Donnell I, Catalan J. Railway suicide: the psychological effects on drivers. *Psychological Medicine*. 1992; 22(2):407-414.
59. Basoğlu M, Kılıç C, Salcıoğlu E, Livanou M. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17(2):133-141.
60. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *The American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(4):556-558.
61. Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1997; 58(9):25-28.

62. Breslau N, Young EA. Saliva cortisol in posttraumatic stress disorder: A community epidemiologic study: *Biological Psychiatry*, 2004;56(3):205-209.
63. Meewisse ML, Reitsma JB, De Vries GJ, Gersons BPR, Olf M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2007; 191, 387-392.
64. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, Kasai K, Lasko NB, Orr SP, Pitman RK. Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma. *Nature Neuroscience*, 2002; 5(11): 1242-1247.
65. Schwab W, Marth C, Bergant AM. Post-traumatic stress disorder post partum the impact of birth on the prevalence of post- traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2012; 72(1): 56-63.
66. Stramrood C, Paarlberg K, Veld E, Berger L, Vingerhoets J, Schultz W. Posttraumatic stress following childbirth in homelike and hospital settings, 2011; 32(2): 88-97.
67. Solmuş T. *Travma Psikolojisi- Hayatımızın Kırılma Anları*. 1. Basım. Ankara: Nobel Yaşam; 2015.
68. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, & Khalife, S. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 2012; 73: 257-263.
69. Lemola S, Stadlmary M, & Grob A. Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2007; 25(3): 190-202.
70. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 2011; 25, 520-530.
71. Elmir R, Virginia S, Lesley W, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A metaethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66, 2142-2153.
72. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 2006; 27(2): 81-90.
73. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2007; 86(9): 1090-1096.
74. Modarres MM. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012; 12(88). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>.
75. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*, 2009; 116: 672-680.

76. Ryding EL, Wijma K, Wijma, B. Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section instrumental normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1998; 19(3): 135-144.
77. Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health and Medicine*, 2003; 8(2):159-168.
78. Nicholls K, Ayers S. Childbirth related posttraumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 2007; 12: 491-509.
79. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2004; 47: 552-567.
80. Davidson JR, Brady K, Mellman TA, Stein MB, Pollack MH. The efficacy and tolerability of tiagabine in adult patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2007; 27(1): 85-88.
81. Von zersen D, Akiskal HS. (1998). Personality factors in affective disorders: Historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *Journal of Affective Disorder*, 1998; 51: 1- 5.
82. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2014; 6:74-77.
83. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS;1993; San Antonio.
84. Adkins J, Weathers F, McDevitt-Murphy M, Daniels J. Psychometric properties of seven self-report measures of posttraumatic stress disorder in college students with mixed civilian trauma exposure. *Journal of anxiety disorders*, 2008; 22(8): 1393–1402.
85. Kocabaşoğlu N, Özdemir A, Yargıç İ, Geyran P. Türkçe “Ptd Checklist - Civilian Version” (PCL-C) Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Yeni Symposium*. 2005; 43(3): 126-134.
86. Creedy D. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 2000; 27(2):104-111.
87. Zlotogora J. Parental decisions to abort or continue a pregnancy with anabnormal finding after an invasive prenatal test. *Prenatal Diagnosis*, 2002; 22(12): 1102-1106.
88. Van der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 2003; 60: 40-46.
89. Mitani S, Fujita M, Nakata K, Shirakawa T. Impact of post-traumatic stress disorder and job-related stress on burnout: A study of fire service workers. *Journal of Emergency Medicine*, 2006; 31(1):7-11.

90. Yönel E. Modifiye perinatal travma sonrası stres bozukluğu ölçeği türkçe geçerlik ve güvenilirliği ile postpartum travma sonrası stres bozukluğu etyolojisi ve yaygınlığı[Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2015.
91. Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology and Health*, 2011;6:1553-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>
92. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2006;27:91-97.

EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni



T.C.
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
(Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı)

Karar No: 29

Sayın Arş.Gör. Gülay ÇELİK

(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Çiğdem YÜCEL ve Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden Arş.Gör. Gülay ÇELİK tarafından sunulan "*Postpartum Dönemde Annelerde Doğum Şekline Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler*" isimli anket çalışması Kurulumuz tarafından etik yönden değerlendirilmiştir.

Değerlendirme sonucunda; söz konusu anket çalışmasının Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesi ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmiş ve araştırma etiği açısından "UYGUN OLDUĞUNA" oy birliği ile karar verilmiştir. 15/11/2017

Prof. Dr. Mehmet ÇİFTÇİ
Başkan

Prof. Dr. Hikmet TAN
Başkan Yrd.

Prof. Dr. Lütfi BEHÇEV
Üye

Prof. Dr. Ahmet GÜRBÜZ
Üye

Prof. Dr. Hüseyin NURSOY
Üye

Prof. Dr. Ali İNAN
Üye

Prof. Dr. Ramazan MERAL
Üye

Raportör: Av. Özlem KALAY

EK-2: Kişisel Bilgi Formu

Sizi Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL danışmanlığında yürütülen, yüksek lisans öğrencisi Gülay ÇELİK tarafından uygulanacak olan “Postpartum Dönemde Annelerde Doğum Şekline Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Araştırma, Bingöl Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan izinlidir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için gönüllü olduğunuz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmaya katılanların isimleri gizli tutulacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Araştırma, postpartum dönemde kadınlarda doğum şekline göre Post Travmatik Stres Bozukluğu görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.
- Araştırmanın İçeriği: Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeği kullanılmaktadır. Bu ölçme araçlarından elde edilen veriler doğrultusunda postpartum dönem kadınlarda doğum şekline göre Post Travmatik Stres Bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.
- Araştırmanın Nedeni: Yüksek Lisans Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

Danışmanın

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL

Adı - Soyadı: Gülay ÇELİK

Adres: Hacettepe Üniversitesi Doğum ve

Adres: Bingöl Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 426 216 22 83

Tel: 312 305 15 80

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket No:.....

Tarih: .../.../2018

Doğum Şekli: Vajinal doğum Elektif Sezaryen Acil sezaryen

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

- | | |
|--|---|
| (1) Okuryazar <input type="checkbox"/> | (5) İlköğretim mezunu (8 yıllık temel öğretim) <input type="checkbox"/> |
| (2) İlkokul mezunu <input type="checkbox"/> | (6) Üniversite mezunu <input type="checkbox"/> |
| (3) Ortaokul mezunu <input type="checkbox"/> | (7) Yüksek Lisans mezunu <input type="checkbox"/> |
| (4) Lise mezunu <input type="checkbox"/> | (8) Doktora mezunu <input type="checkbox"/> |

3. Şu anda nerede yaşıyorsunuz? (1) İl merkezi (2) İlçe (3) Köy

4. En uzun süre yaşadığınız yeri belirtiniz. (1) İl merkezi (2) İlçe (3) Köy

5. Çalışıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır (7. soruyageçiniz)

6. Mesleğiniz nedir?

7. Medeni durumunuz nedir?

(1) Evli (2) Bekar (14. soruyageçiniz) (3) Diğer (.....)

8. Kaç yıldır evlisiniz? (... yıl ... ay)

9. Kaç yaşında evlendiniz?

10. Eşinizin yaşı nedir?

11. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- | | |
|--|---|
| (1) Okuryazar <input type="checkbox"/> | (5) İlköğretim mezunu (8 yıllık temel öğretim) <input type="checkbox"/> |
| (2) İlkokul mezunu <input type="checkbox"/> | (6) Üniversite mezunu <input type="checkbox"/> |
| (3) Ortaokul mezunu <input type="checkbox"/> | (7) Yüksek Lisans mezunu <input type="checkbox"/> |
| (4) Lise mezunu <input type="checkbox"/> | (8) Doktora mezunu <input type="checkbox"/> |

12. Eşiniz çalışıyor mu?

(1) Evet (2) Hayır (14. soruya geçiniz)

13. Eşinizin mesleği nedir?

14. Gelir gider durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

(1) Gelir giderden düşük (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden fazla

15. Sigara / alkol kullanıyor musunuz?

Sigara Kullanımı	Alkol Kullanımı
Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/>	Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/>
Bıaktım (.....hafta/ay/yıl önce) <input type="checkbox"/>	Bıaktım (.....hafta/ay/yıl önce) <input type="checkbox"/>
Kullanıyorum (.....adet/gün) <input type="checkbox"/>	Kullanıyorum (...kadeh/gün-hafta) <input type="checkbox"/>
Süre (.....hafta/ay/yıl) <input type="checkbox"/>	Süre (.....hafta/ay/yıl) <input type="checkbox"/>

16. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

(1) Var (Belirtiniz.....) (2) Yok

17. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

(1) Var (Belirtiniz.....) (2) Yok

18. Daha önce herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirdiniz mi?

(1) Evet (Belirtiniz) (2) Hayır (20. soruya geçiniz)

19. Geçirdiğiniz psikolojik rahatsızlığa yönelik tedavi aldınız mı?

(1) Evet (Belirtinizkaç kez) (2) Hayır

20. Ailenizde psikolojik rahatsızlığı olan kişiler var mı?

(1) Evet (Belirtiniz) (2) Hayır

21.Obstetrik Öykü:

Gebelik sayısı:

Gebelik	Gebeliğin Sonlanma Durumu
1. gebelik	Düşük <input type="checkbox"/> Küretaj <input type="checkbox"/> Doğum <input type="checkbox"/>
2. gebelik	Düşük <input type="checkbox"/> Küretaj <input type="checkbox"/> Doğum <input type="checkbox"/>
3. gebelik	Düşük <input type="checkbox"/> Küretaj <input type="checkbox"/> Doğum <input type="checkbox"/>
4. gebelik	Düşük <input type="checkbox"/> Küretaj <input type="checkbox"/> Doğum <input type="checkbox"/>

22. Son gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

(1) Eşim istiyor, ben istemiyordum (2) Ben istedim, eşim istemiyordu

(3) İkimizde istiyorduk (4) İkimizde istemiyorduk

(5) Diğer

23. Son gebeliğiniz süresince kontrollere gittiniz mi?

(1) Evet (2) Hayır (24. soruya geçiniz)

Kontrollere kaç kez gittiniz?
Kontrolleri nerede yaptırınız?
Kontroller kim tarafından yapıldı?

24. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin herhangi bir eğitim aldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır (25. soruya geçiniz)

Kaç kez eğitim aldınız?
Eğitimi nerede aldınız?
Eğitimi kimden aldınız?
Hangi konularda eğitim aldınız?

25. Doğumunuzda aşağıda yer alan girişimlerden hangileri uygulandı? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Vajinal (Normal) doğum	Sezaryen
(1) Suni sancı <input type="checkbox"/>	(1) Suni sancı <input type="checkbox"/>
(2) Forseps (kaşık) veya vakum uygulaması <input type="checkbox"/>	(3) İdrar sondası <input type="checkbox"/>
(3) İdrar sondası <input type="checkbox"/>	(4) Lavman <input type="checkbox"/>
(4) Lavman <input type="checkbox"/>	(6) Diğer (.....) <input type="checkbox"/>
(5) Epizyotomi (dikişli doğum) <input type="checkbox"/>	
(6) Diğer (.....) <input type="checkbox"/>	

26. Sezaryen ile doğum yaptıysanız sezaryen yapılma nedenini belirtiniz.

Planlı sezaryen yapılma nedeni

Acil sezaryen yapılma nedeni

27. Doğum yapmadan önce doğumla ilgili ne düşünüyordunuz?

- (1) Zor olacağını düşünüyordum. (2) Ağrılı olacağını düşünüyordum.
 (3) Stresli olacağını düşünüyordum. (4) Kolay olacağını düşünüyordum.
 (5) Diğer (.....)

28. Doğumunuzu düşündüğünüzde şu anda hissettiğiniz duygu nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- (1) Korkma (2) Şaşırma (3) Üzülme (4) İğrenme
 (5) Kızma (6) Umut etme (7) Sevinme (8) Benimseme (9)
 Diğer (.....)

29. Doğumunuz sırasında sağlık personelinin size olan yaklaşımını nasıldı?

.....

30. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

(1) Kız (2) Erkek

31. Bebeğin cinsiyeti istediğiniz cinsiyette mi/cinsiyetinden memnun musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

32. Kendi bakımınız ve bebeğinizin bakımı sırasında herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır **(33. soruya geçiniz)**

	Bakım	Yaşanan sorunlar
Kendi bakımınız	Beslenme	
	Uyku	
	Hijyen	
	Ağrının yönetimi	
	Meme bakımı	
	Boşaltım	
	Epizyotomi (dikişli doğum) / insizyon (ameliyat yeri)	
	Psikolojik durum	
	Yorgunluk	
	Diğer (.....)	
Bebeğinizin bakımı	Emzirme	
	Banyo	
	Göbek bakımı	
	Uyku düzeni	
	Kucağa alma/ tutma	
	Ağız ve burun içi temizliği	
	Sünnet bakımı	
	Cilt bakımı	
	Tırnak bakımı	

	Boşaltım	
	Gaz çıkarma	
	Giydirme	
	Bez kullanma	
	Vücut ısısını değerlendirme	
	Diğer (.....)	

33. Doğumdan sonra size destek olan biri var mıydı?

(1) Evet (2) Hayır (**Anket tamamlanmıştır**)

34. Size en çok destek olan kişi/kişiler kimlerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

(1) Eş/ partner (2) Anne (3) Kardeş (4) Akraba (5) Arkadaş
(6) Diğer(.....)

EK-3: POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SORU LİSTESİ-SİVİL VERSİYONU

Yönerge: Aşağıda, stres veren olayların ardından bazı insanlarda ortaya çıkabilen yakınma ve sorunlar bulunmaktadır. Lütfen dikkatli biçimde okuyun ve son bir ay içinde bu sorunun sizi ne derece rahatsız ettiğini belirtmek üzere uygun seçeneği işaretleyin.

1. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
2. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
3. Aniden geçmişte yaşadığınız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyorsunuz hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
4. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşıyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
5. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyaranla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
6. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
7. Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
8. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
9. Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
10. Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
11. Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülme ve ağlama duygularınız uyumuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
12. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
13. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğüünüz var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
14. Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunu hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
15. Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğüünüz oldu mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

16. Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

17. Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

EK-4: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- (1) Her zaman olduğu kadar
- (2) Artık pek o kadar değil
- (3) Artık kesinlikle o kadar değil
- (4) Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- (1) Her zaman olduğu kadar
- (2) Her zamankinden biraz daha az
- (3) Her zamankinden kesinlikle daha az
- (4) Hemen hemen hiç

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- (1) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, bazen
- (3) Çok sık değil
- (4) Hayır, hiç bir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- (1) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, bazen
- (3) Çok seyrek
- (4) Hayır, hiç bir zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- (1) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, bazen
- (3) Hayır, çok sık değil
- (4) Hayır, hiç bir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- (1) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- (2) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- (3) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- (4) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- (1) Evet, çoğu zaman (2) Evet, bazen (3) Çok sık değil (4) Hayır, hiç bir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- (1) Evet, çoğu zaman (2) Evet, oldukça sık (3) Çok sık değil (4) Hayır, hiç bir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- (1) Evet, çoğu zaman (2) Evet, oldukça sık (3) Çok seyrek (4) Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- (1) Evet, oldukça sık (2) Bazen (3) Hemen hemen hiç (4) Asla

EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BİNGÖL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kamu Hastaneleri Başkanlığı

TOPLANTI TUTANAK FORMU			
TOPLANTI KONUSU	Anket Uygulanması		
TOPLANTI TARİHİ	06/02/2018	BAŞLAMA SAATI : 13:00	BİTİŞ SAATI : 14:00
TOPLANTI YERİ	Bingöl Kamu Hastaneleri Başkanlığı toplantı salonu		
TOPLANTI BAŞKANI	Uzm.Dr. Halim KAYSADU		
NOT ALAN	Ömer BOZABA		
TOPLANTIYA KATILANLARIN			
ADI-SOYADI	İMZASI		
Kamu Hastaneleri Başkanı Uzm.Dr. Halim KAYSADU			
Kamu Hastaneleri Başkan Yardımcısı Nedim HANT			
Uzman Mehmet KORKUTATA			

SIRA NO	TOPLANTI GÜNDEMİ
1-	Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi Gülay ÇELİK'in Müdürlüğümüze bağlı Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Postpartum Dönemde Annelerde Doğum Şekline Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler" konulu anketin uygulama talebi;

SIRA NO	ALINAN KARARLAR
1-	Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi Gülay ÇELİK'in Müdürlüğümüze bağlı Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Postpartum Dönemde Annelerde Doğum Şekline Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler" konulu anketin yapılmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

EK-6: Turnitin Raporu

DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE ANNELERDE POSTPARTUM POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ GÖRÜLME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZLÜMALLİK RAPORU

% 12 BENZERLİK ENDEKSİ	% 8 İNTERNET KAYNAKLARI	% 7 YAYINLAR	% 6 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	--------------------------------------	------------------------	--------------------------------

İZİNCELİ KAYNAKLAR

1	Submitted to İstanbul Ticaret Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
2	library.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
6	sbd.gumushane.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
8	Submitted to İstanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

EK-7: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Gulay Celik
 Ödev başlığı: Gulay Yuksek Lisans Tezi
 Gönderi Başlığı: DOĞUM ŞEKLİNE GÖRE ANNELER...
 Dosya adı: Tez_30.09.18_son.docx
 Dosya boyutu: 196.18K
 Sayfa sayısı: 56
 Kelime sayısı: 13,086
 Karakter sayısı: 89,179
 Gönderim Tarihi: 01-Eki-2018 03:33PM (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1011566087



ÖZGEÇMİŞ

I. BİREYSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Gülay ÇELİK

Doğum yeri- Tarihi: Beypazarı- 10.05.1992

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

II. EĞİTİM

Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Doğum – Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 2016-Devam

Gazi Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik 2010-2014

III. MESLEKİ DENEYİM

2014-2015 Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği

2015-2016 Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Dahiliye Servisi Klinik Hemşireliği

2017 Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi

IV. BİLİMSEL FAALİYETLER

- Bulut A, Çelik G. (2017). Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapmakta Olan Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Poster Bildiri). Ankara.

- Bulut A, Çelik G. (2017). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Poster Bildiri). Ankara.
- Bulut A, Çelik G. (2017). Bazı Özellikler Açısından Aile Sağlığı Merkezinde Çalışmak. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Poster Bildiri). Ankara.
- Çelik G. (2017). Erken Postpartum Dönemde Güncel Bir Ebelik Yaklaşımı: Anne-Bebek Bağlanmasında Bebek Masajının Önemi. 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi (Poster Bildiri). Ankara.
- Çelik G, Bulut A, Top E. (2017). Hemşirelerin Etik Sorumlulukları. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Sözlü Sunum). İzmir.
- Top E, Bulut A, Çelik G. (2017). Türkiye’de Hemşirelikte Etik Eğitimi. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi (Poster). İzmir.
