



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDE MATERNAL AKUT STRES
DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DİLAN CÖMERT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi FADİME BAYRI BİNGÖL

2019-İSTANBUL



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONRASI DÖNEMDE MATERNAL AKUT STRES
DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DİLAN CÖMERT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi FADİME BAYRI BİNGÖL

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Ebelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Dilan CÖMERT
Tez Başlığı : Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Başbüyük Kampüsü
Sınav Tarihi : 27/06/2019 11:00

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

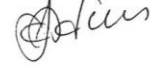
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Dr. Öğretim Üyesi Fadime BAYRI
BİNGÖL

Kurumu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Neslihan KESER ÖZCAN

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı




Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 0.3.2019... tarih ve 7.0 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Dilan CÖMERT

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasının her aşamasında desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve birikimi ile bu süreçte beni eğitip yönlendiren, kendisinden eğitim almaktan onur duyduğum çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fadime BAYRI BİNGÖL'e

Yüksek lisans eğitimimi aldığım Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalındaki tüm hocalarıma,

Lisans eğitimimi aldığım ve bu süreçte her daim yanımda olan, ebelik ve ebelik mesleğine bakış açımı belirleyen, şu an bulunduğum noktaya gelmemin sağlam temellerini atan, her zaman çatısı altında olmaktan gurur duyduğum okulum İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesinde olan çok saygıdeğer bütün hocalarıma,

Tezimin hazırlanma sürecinde desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan sevgili ekip arkadaşlarıma,

Hayatımın başlangıcından sonuna kadar varlıklarına ihtiyaç duyacağım, bu süreçte hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen canım AİLEM'e

Varlıklarıyla her daim yanımda olup beni motive eden dostlarıma,

Araştırmama katılan tüm annelere sonsuz teşekkür ederim.

Dilan CÖMERT

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

BEYAN

TEŞEKKÜR.....i

İÇİNDEKİLER.....ii

Tablolar Listesi v

Ekler Listesi vi

1. TÜRKÇE ÖZET..... 1

2. SUMMARY 2

3. GİRİŞ ve AMAÇ 3

4. GENEL BİLGİLER..... 5

4.1. Travma Kavramı..... 5

4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) 6

4.3. Akut Stres Bozukluğu (ASB) 7

4.3.1. Tanımı..... 7

4.3.2. Klinik bulgular 8

4.3.3. Etiyoloji ve epidemiyoloji..... 10

4.3.4. Tedavi..... 11

Psikoterapi..... 12

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT) 13

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) 13

4.4. Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Kadın Psikolojisi 14

4.4.1. Doğum sonrası akut stres 18

4.4.2. Doğum sonrası depresyon 21

4.4.3. Doğum sonrası sosyal destek 23

5. GEREÇ VE YÖNTEM..... 26

5.1. Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yeri ve Zamanı	26
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
5.3. Veri Toplama Araçları.....	27
Genel Bilgi Formu (GBF)	27
Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBÖ)	27
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	28
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	28
5.4. Verilerin Elde Edilmesi	29
5.5. Verileri İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi	29
5.6. Çalışmaya Alınma Kriterleri	30
5.7. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	31
6. BULGULAR.....	32
Araştırmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
Araştırmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçek Puanları Ortalamasına İlişkin Bulgular.....	40
Araştırmaya Katılan Kadınların Obstetrik Özellikleri ile Ölçek Puanları Ortalamasına İlişkin Bulgular.....	41
Araştırmaya Katılan Kadınların Doğum Süreci Özellikleri ile Ölçek Puanları Ortalamasına İlişkin Bulgular	43
Katılımcıların Akut Stres, Sosyal Destek ve Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	48
8.KAYNAKLAR.....	61
9. EKLER.....	73
10.ÖZGEÇMİŞ.....	84

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

ASB	:Akut Stres Bozukluğu
APA	:American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
ASBÖ	:Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği
BDT	:Bilişsel Davranışçı Tedavi
ÇBASDÖ	:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM III	:Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Thirth Edition)
DSM III R	:Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3 Revize (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Thirth Edition Revized)
DSM IV	:Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition)
DSM V	:Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition)
EDSDÖ	:Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EMDR	:Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
GBF	:Genel Bilgi Formu
MAOI	:Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MSPSS	:Multidimensional Scale of Perceived Social Support
NSESSS	:Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale
PTSB	:Post Travmatik Stres Bozukluğu
SSRI	:Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA	:Trisiklik Antidepreseanlar
TSSB	:Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VB	:Ve Benzeri

Tablolar Listesi

Tablo 6.1. Kadınların demografik özellikleri

Tablo 6.1. Katılımcıların Travma Öyküsü ve Psikiyatrik Tanı Özellikleri

Tablo 6.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Tablo 6.3. Katılımcıların Doğum Süreci Özellikleri

Tablo 6.4. Katılımcılara Doğum Süresince Uygulanan Girişimler

Tablo 6.5. Katılımcıların Doğum Sonrası Döneme Ait Özellikleri

Tablo 6.6. Katılımcıların Doğum Sürecinde Karşılaştıkları Üzücü Deneyimler

Tablo 6.7. Sezaryen nedenlerine ait sayı yüzde dağılımı

Tablo 6.9. Katılımcıların Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.10. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.11. Katılımcıların Doğum Süreci Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6.12. ASB, ÇBASDÖ ve EDSDÖ arası korelasyon analizi

Tablo 6.13. Katılımcıların Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

Ekler Listesi

EK 1 Etik Kurul Onayı.....	73
EK 2 İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	74
EK 3 Genel Bilgi Formu	75
EK 4 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği	76
EK 5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Kullanım İzni.....	77
EK 6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	78
EK 7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni	79
EK 8 Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	80
EK 9 Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni	81
EK 10 Katılımcı Bilgilendirme Formu.....	82
EK 11 Katılımcı Onam Formu.....	83

Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Öğrencinin Adı: Dilan CÖMERT

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Fadime BAYRI BİNGÖL

Anabilim Dalı: Ebelik Anabilim Dalı

1.TÜRKÇE ÖZET

Amaç: Araştırma doğum sonu dönemde maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Mart-Ekim 2018 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde doğum yapan ve doğum sonu 1. ayda kontrole gelen 280 primipar kadınla yapılmıştır. Veriler Genel Bilgi Formu, Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için SPSS programı kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması $24,75\pm 4,75$, eğitim yılı ortalaması $8,62\pm 4,06$ yıl olduğu belirlendi. Kadınların ASBÖ'nden %45'inin ortalamanın üstünde puan aldığı, EDSDÖ'ne göre %23,2'sinin depresif belirti gösterdiği ve ÇBASDÖ'nde %42,1'i ortalamanın altında puan aldığı belirlendi. Çalışmada yer alan bireylerin ASBÖ ile ÇBASDÖ puanları arasında negatif yönlü ve doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Bireylerin ÇBASDÖ puanları azalırken ASBÖ puanları arttığı belirlendi. Kadınların ASBÖ ile EDSDÖ puanları arasında pozitif yönlü ve doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Kadınların ASBÖ puanları artarken EDSDÖ puanlarının da arttığı görüldü.

Sonuçlar: Akut stres belirti düzeyi arttıkça, depresif belirtilerin de arttığı, ayrıca sosyal destek düzeyi düştükçe akut stres belirti düzeyinin de arttığı belirlendi. Bu nedenle ebeler özellikle sosyal desteği düşük olan kadınları ve diğer riskli kadınları, doğum sonu dönemde daha yakından takip etmelidir.

Anahtar Sözcükler: Doğum, doğum sonu dönem, akut stres, depresyon, sosyal destek.

Maternal Acute Stress Level in Postpartum Period and Affecting Factors

Student's Name: Dilan CÖMERT

Consultant: Assist.Prof. Fadime BAYRI BİNGÖL

Department: Midwifery

2. SUMMARY

Objective: The aim of this study was to determine maternal acute stress level and the factors affecting postpartum period.

Materials and Methods: It is a descriptive study, between March and October 2018 in a public hospital in the first month of delivery and the control was made with 280 primipar women. The data were acquired from General Information Form, Acute Stress Symptom Severity Scale (NSESSS), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). For statistical analysis and calculations, SPSS program was used.

Findings: The mean age of women participated in the study was 24.75 ± 4.75 , the mean age of education was 8.62 ± 4.06 years. It was determined that women had 45% of NSESSS scores above the mean, according to EPDS 23.2% of patients had depressive symptoms and MSPSS 42.1% of the patients were below mean. There was a statistically significant negative correlation between NSESSS and MSPSS scores of the participants ($p < 0,05$). It was observed individuals that NSESSS scores increased while MSPSS scores decreased. There was a statistically significant positive correlation between NSESSS and EPDS scores of the individuals ($p < 0.05$). It was observed that women's NSESSS scores increased while the scores of EPDS were also increased.

Results: As the level of acute stress symptoms increased, depressive symptoms also increased. Besides, as the level of social support decreased, the level of acute stress symptoms increased. Midwives should take closer care of women especially those who have lower social support and those who have the tendency of mental health disorders.

Key Words: Birth, postpartum period, acute stress, depression, social support.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum, birçok kadın için yaşamında en önemli deneyimlerden biridir. Doğum birçok toplumda mutluluk, sevinç gibi olumlu duyguları çağrıştıran bir olay olarak da değerlendirilmektedir. Doğum, genellikle olumlu bir deneyim olarak algılanmakla birlikte zor ve stresli bir zamandır. Doğumun bazı kadınlar için olumsuz olma düşüncesi yadırganabilir. Ancak doğum esnasında, kadının yalnız kalması, kontrol kaybı hissi, doğum ağrısıyla baş edememe, yaşanan komplikasyonlar gibi birçok etken doğumu stresli ve hatta travmatik hale getirebilir (Weeks, 2016; Ayers, 2017; Güdücü ve ark., 2013). Diğer taraftan olumsuz doğum algısının psikiyatrik hastalıklar için tetikleyici olduğu da bildirilmektedir (Meltzer-Brody ve ark., 2017). Doğum deneyiminin kadının psikolojik sağlığı üzerinde çok önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Doğum sonrası dönemde kadının psikolojik sağlığının iyi olması için zihninde doğumla ilgili olumlu anılarının olması ve doğumunu hatırladığında olumlu duygular hissetmesi beklenir (Ayers, 2017; Stramrood ve Slade, 2017; Ford ve Ayers, 2009). Doğum algısı her kadında, hatta bir kadının her bir doğumunda farklılaşmaktadır. Doğuma yönelik algı, kadının kişilik özellikleri ve doğumuna yüklediği anlamdan etkileneneği gibi, toplumsal ve kültürel değerlerin doğuma yüklediği anlamdan da etkilenmektedir. Kadınların doğum algılarının doğum süreciyle birlikte, geçmiş yaşamlarında olumsuz deneyimlerinin olup olmaması, doğum süresince hissedilen duygular ve destek algısı vb. nedenlerden etkilenmektedir. Özellikle doğumda sağlık profesyonellerin desteğinin artması ve kadının algılanan kontrolünün artmasıyla birlikte, doğum sonrası dönemde diğer psikolojik sorunların da azaldığı bildirilmektedir (Stramrood ve Slade, 2017; İşbir ve İnci, 2014).

Olumsuz doğum deneyimi sonrasında gelişen, akut stres ve devamında gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) çoğunlukla tedavisiz olarak kendiliğinden tamamen düzelmesi her zaman mümkün olmamakta ve yıllarca kadınların ciddi sıkıntıları devam etmektedir. Bu süreçle baş edememeye bağlı olarak depresif bozukluklarda sıklıkla birlikte görülür (Ayers, 2017; Stramrood ve Slade, 2017). Kadınlarda olumsuz doğum deneyimi algısı değerlendirilmez ve

gerektiğinde tedavi edilmez ise, kadının psikolojisi olumsuz etkilenebileceğinden, bebeğiyle duygusal bağlanması başta olmak üzere, aile ilişkileri zarar görebilir, uzun vadede bu annelerin çocuklarında, duygusal, bilişsel ve davranışsal sorunlara yol açabilir (Yalnız ve ark., 2016; İşbir ve İnci, 2014; Ayers, 2014). Doğum sonrası dönemde uyumun anlaşılması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Doğum sonrası dönemde psikiyatrik sorunların gelişimi için risk taşıyan annelerin erken dönemde belirlenebilmesi ve erken dönemde müdahale edilebilmesi, maliyet etkinliğinin yanı sıra hem annelerin yaşam kalitelerini artıracak hem de gelecek yaşamlarında bebeklerinin psikolojik sağlığı açısından koruyucu olacağından, toplum sağlığının geliştirilmesi açısından da önemlidir.

Doğum sonrası dönemde kadınların psikolojik sağlıkları ülkemizde henüz rutin değerlendirilmediğinden, olumsuz doğum deneyimi olan birçok kadın kendi başının çaresine bakmak durumunda kalmaktadır. Ülkemizde doğum sonrası yalnızca depresif durumu ve etkileyen faktörleri değerlendiren çalışmalar olmakla birlikte (Üstgörül ve Yanikkerem, 2017; Aslan, 2016; Durukan ve ark., 2011), TSSB araştırmaları ülkemizde henüz birkaç çalışmadan ibarettir (Güdücü ve ark., 2013; Yalnız ve ark., 2016). Ülkemizde doğum sonrası maternal akut stres düzeyinin değerlendirildiği hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer birçok hastalıkta olduğu gibi psikiyatrik sorunlarda da erken dönemde fark etme ve sorunlar büyümeden müdahale etme son derece önemlidir.

Doğum kadınların yaşamlarındaki en önemli deneyimlerinden biridir ve doğum sonrası dönem psikolojik sağlık açısından en kırılgan dönemler arasındadır. Doğum sonrası dönemde kadınların psikolojik sağlıkları hakkında farkındalık kazanılması, hastalıkların hekim tarafından erken tanı konabilmesi, gelecek dönemde görülebilecek ciddi psikiyatrik hastalıkların önlenmesi ve gerektiğinde tedavisi için, maternal akut stres düzeyinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda bu çalışma, doğum sonrası dönemde maternal akut stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Travma Kavramı

Travma Türk Dil Kurumu'na göre; Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme olarak tanımlanmıştır (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 9 Haziran 2018).

“Travma” kavramı, bireyin bedensel ve ruhsal açıdan varlığını sarsan, yaralayan ve inciten her türden olayı tanımlamak için kullanılır. Travmatik olayların fiziksel zarar vermek dışında psikolojik açıdan da sorunlara yol açtığı ilk olarak 1870 yılında Fransa ve Prusya savaşı sonrasında cepheden dönen askerlerde psikolojik sorunlar yaşanması psikiyatristlerin ilgisini çekmiştir (Özen, 2017).

Travmatik olay yaşandığında bireyde denetleme, anlamlandırma ve bağlantı kurma gibi duyuların sağlandığı baş etme mekanizmaları işlevsiz hale gelir (Dağ Karataş, 2016). Travmatik olayı normal olumsuz bir olaydan ayıran, bireyin beden bütünlüğüne, yaşamına yönelik bir tehdit, şiddet ya da ölüm tehlikesi yaşamasıdır (Bilgiç, 2011; APA, 2013). Travma veya travmatik olay bireyde sadece stres tepkisi oluşturmaz aynı zamanda da çaresizlik ve korku yaşamasına da neden olur (Dağ Karataş, 2016). DSM-5' e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;DSM-5) göre travma; bireyin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi yaşaması, ağır bir yaralanma veya fizik bütünlüğünde bozulmaya yol açacak bir olaya şahit olması, ailesinden birinin veya herhangi bir yakınının ani ölümü veya şiddet görerek öldürülmesi, ağır yaralanmış olması, ölüm veya yaralanma tehdidi altında olduğunu öğrenmesi gibi bireyin doğrudan yaşamış olduğu travmatik olaylar karşısında başlayan ya da daha da kötüleşen olumsuz duygu durum, çözülme, kaçınma, uyarılma ve istençdışı belirtilerin ortaya çıkması durumu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Travma yaşamış bireyler; kişisel, toplumsal ve biyolojik etkenler, yaşanılmış travmanın tipi, travmanın şiddeti, yaşanılma şekli ve diğer birçok etken nedeniyle çok değişken tepkiler verebilmektedirler. Bunların sonucunda

travmatik olayların bir kısmı doğrudan maruz kalınan travmaya bağlı iken, bir kısmı dolaylı yaşanan travmatik olaylar ile meydana gelir (Baysak, 2010; Bilgiç, 2011).

Travmatize edici veya tetikleyen bir olay ile karşılaşma sonrasında gelişen psikolojik sorunlar oldukça değişkenlik gösterebilir. Bazı durumlarda belirtiler, korku veya kaygı ağırlıklıdır. Travmatize edici veya tetikleyici bir olay yaşayan bireylerde korku ve kaygı temelli belirtilerin dışında, disforik belirtiler, anhedonik, dışsallaştırılmış öfke ve saldırganlık veya (disosiyatif) belirtilerde görülür (APA, 2013).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Akut Stres Bozukluğu (ASB) (DSM-V) içerisinde Örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle alakalı bozukluklar başlığı altında yer almaktadır (APA, 2013).

4.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

TSSB' nin en temel özelliği, travmatize edici olayla karşılaştıktan sonra, TSSB' ye özgü olan birtakım belirtilerin görülmesidir. Aşırı travmatize edici olay, cinsel saldırı ya da ağır yaralanma ile, gerçek ya da göz korkutacak şekilde ölümle karşılaşmasıdır. Karşılaşma bireyin direk olaya maruziyeti, başka biri bu olayları yaşarken tanık olmuş olmak veya ailesinden ya da yakınından birinin başına gelmesini öğrenmek yoluyla da olabilir (APA, 2013).

Klinik açıdan etkileri bireyden bireye değişkenlik gösterir. Bazı bireylerde, korku temelli yeniden yaşama, davranışsal ve duygusal belirtiler baskın olabilir. Bazı bireylerde ise uyarılma ve dışa dönük belirtiler belirginken, diğerlerinde (disosiyatif) belirtiler baskındır. Bazen de bu belirtiler bir arada olabilir.

TSSB' nin görülme sıklığı farklı toplumlarda büyük değişiklikler göstermektedir (Dağ Karataş, 2016). Cinsiyete göre TSSB yaygınlığını inceleyen çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha fazla TSSB riski taşıdıkları (Alcorn ve ark., 2010) ve TSSB' nin görülme sıklığının o toplumun

stresörlerinin sıklığı ile doğru orantılı olduğu, yaşam boyu prevalansının %1-3 arasında olduğu bildirilmektedir (Yılmaz, 2016).

Travmatik bir deneyim sonrasında %5-15 hastalığın subklinik formunu yaşamaktadır. TSSB hastalarının %30'u tamamen düzelirken, %40 hafif belirtiler göstermeyi sürdürür. %5-10 ise değişmeden kalır ya da süreç daha kötüye gider (Yılmaz, 2016; Keltner ve ark., 2007). Bir meta-analiz çalışmasında, doğum sonu dönemdeki kadınlarda TSSB prevalansının genel oranının %3,1 ve yüksek riskli (annede depresyon, bebekte bir sağlık sorunu olması) kadınlarda ise %15,7 olduğu bulunmuştur (Grekin ve O'Hara, 2014). Başka bir meta-analiz çalışmasında da benzer şekilde ve doğum sonu TSSB prevalansı %3,1 olarak bildirilmektedir (Ayers ve ark., 2016).

4.3. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

4.3.1. Tanımı

Akut stres bozukluğu, bir ya da birden fazla travmatize edici olaya maruziyet sonrasında 3 gün ile 1 ay süren karakteristik bazı belirtilerin gelişmesidir (APA, 2013). Gerçek veya korkutucu biçimde, ölümle ya da ağır yaralanmayla karşılaşmış, cinsel saldırıya uğramış bireyde, travmatize edici olaydan sonra başlamış veya kötüleşme eğilimi gösteren, olumsuz duygu durum, istem dışı gelen belirtiler, çözülme, kaçınma ve uyarılma gibi belirtilerin olduğu bir bozukluktur (Koroğlu, 2015; APA, 2013).

Travmatik durumların psikolojik sağlık açısından ilk tanımlamaları, savaş psikiyatri metinlerinde yer almaktadır. Tarihsel süreçte travmanın ilk etkileri Truva savaşına kadar dayanır (Dağ Karataş, 2016). Travmatik olayların psikoloji üzerindeki etkileri II. Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde ve özellikle toplama kamplarında yaşayan insanlarda gözlenmiştir (Özen, 2017).

TSSB' nin DSM-III' de yer bulması ile travmanın psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi resmen kabul edilmiştir (Herman, 2016). TSSB' nin ilk olarak tanımlandığı DSM-III'te "Akut Stres Bozukluğu" tanısı yoktur. DSM-III-R' de

değişiklik yapılmış ve TSSB tanısı konulması için belirtilerin en az 30 gün devam ediyor olması koşulu konmuştur. TSSB tanısı 30 günden sonraki tanı ölçütlerini karşılıyor ise konulabildiğinden, travmatik olayın yaşanılmasını takiben ilk 30 gün içerisinde görülen belirtilerin varlığına tanı konulamaması durumu sonucunda bu açığı kapatmak amacı ile DSM-IV' e "Akut Stres Bozukluğu" tanısı eklenmiştir (Bilgiç, 2011).

Akut Stres Bozukluğu tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ve en son 2013 yılında güncellenerek DSM-V olarak yayınlanan sınıflama sisteminde örselenme ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. DSM-V' de belirtilerden en az dokuzunun olması gerekir. Travmatik durumla karşılaştıktan sonra 2 ile 30 gün arasında olan belirti süresi ise 3 gün ile 30 gün olarak değiştirilmiştir (APA, 2013).

4.3.2. Klinik bulgular

Akut stres bozukluğunun en temel özelliği kişinin bir veya birden fazla travmatize edici olayı yaşadıkdan sonraki 3 gün ile 1 ay süren, bazı özel belirtilerin gelişmesidir. Kriter A içerisinde birey tarafından deneyimlenen olaylar arasında; savaş durumuna maruz kalmış olunması, fiziksel taciz durumu olması, doğal ya da yapay felaketler olması gibi etkenlerden dolayı meydana gelmiş olup, bunlar ile sınırlı değildir. Yaşamı tehdit edecek veya sağlık durumunda bozulmaya neden olacak tıbbi bir durum varlığı her zaman travmatik olmaz. Kriter A kapsamında belirtilen kriterlerde olmayan stres yaratan olaylar travmatik olmayabilir. Bu tarz stres verici olaylar uyum bozukluğuna neden olabilir, ancak akut stres bozukluğuna yol açmamaktadır. Bu hastalığın klinik özellikleri, bireyler arasında farklılık gösterebilir; ancak temelde tablo, travmatik olayı tekrardan yaşamak ve travmatik olay karşısında tepki göstermek gibi bir dizi kaygı tepkisini içermektedir. Bazı bireylerde travmatize edici belirtiler baskınken, bazılarında aşırı saldırgan davranışlar ve güçlü öfke tepkileri görülebilir. Travmatik olayı takiben 3 gün den az bir sürede belirtiler yok oluyor ise akut stres bozukluğu kriterlerini karşılamaz (APA, 2013).

Kriter B kapsamında travmatize edici olaydan sonra başlayan aşağıdaki 5 başlık içerisinde en az 9 belirtinin olması gerekmektedir.

1) İstençdışı gelen belirtiler: Birey travmatize edici olayı yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları hatırlar. İçerisinde travmatize edici olaylarla ilgili sıkıntılı düşler görür. Birey yaşamış olduğu travmatize edici olayı yeniden oluyormuş gibi hisseder. Travmatize edici olayı anımsatan iç ya da dış uyaranlara karşı yoğun psikolojik ve fizyolojik tepkiler gösterirler. Birey travmatize edici olayla ilgili konuşmamaya çalışabilir.

2) Olumsuz Duygudurum: Bireyde sürekli bir şekilde olumlu duygular yaşayamama durumu söz konusudur.

3) Çözülme (Dissosiyasyon) Belirtileri: Birey çevresiyle ya da kendisiyle ilgili değişmiş bir gerçeklik duygusu yaşar. Kendisini başkasının gözünden görüyormuş gibi ya da zamanın yavaşladığı hissini yaşayabilir. Travmatize edici durum hakkında bazı anıları hatırlamakta güçlük çekebilir.

4) Kaçınma Belirtileri: Birey travmatize edici olayla ilgili sıkıntı veren anılardan, düşüncelerden ve duygulardan uzak durmak ister.

5) Uyarılma Belirtileri: Birey çoğunlukla uykuya dalmakta ve sürdürmekte sorun yaşar. Akut stres bozukluğu olan bireyler aniden öfkelenebilir ve fevri davranışlar sergileyebilirler. Her an tetiktedirler. Odaklanma güçlüğü yaşarlar. Tehdit oluşturacak olası durumlara karşı oldukça duyarlıdır. Akut stres bozukluğu olan bireyler, beklenmedik uyarılarda büyük tepkiler verebilir. Yüksek ses ya da beklenmedik bir harekette ciddi irkilmeler ya da sıçramalar yaşayabilirler (APA, 2013; Yılmaz, 2016).

Daha uzun sürdüğü durumlarda TSSB oluşur. TSSB oluşan hastaların yarısında akut stres bozukluğu olduğu bildirilmektedir (Köroğlu, 2015). Akut stres bozukluğu, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür. Cinsiyete bağlı olarak oluşan nörobiyolojik farklılıklar, kadınlarda daha fazla görülmesine yol açan faktörlerdendir (APA, 2013).

4.3.3. Etiyoloji ve epidemiyoloji

Akut stres bozukluğu bireyin öyküsünde psikiyatrik tanı varlığından, olumsuz duygu durumdan, travmatize edici olayın boyutunu şiddetli algılamaktan, kaçınma tepkileri şeklinde başa çıkma şekline etkilenmektedir. Travmatize edici olaylarla ilgili, yıkıcı (katastrofik) değerlendirmeler çoğu zaman geleceğe yönelik zarar, suç ve çaresizlik konularında abartı değerlendirmeler akut stres bozukluğunun en temel öngörü nedenleri arasındadır. ASB ilk 1 ay içerisinde düzelmez ise TSSB' ye dönüşebilir, aynı zamanda, olaydan 1 ay sonrasında hafifleyen geçici bir gerginlik belirtisi de olabilir. Bu dönemin sonunda TSSB gelişir ise bireylerin yaklaşık yarısı, başlangıçta ASB tanı kriterlerini de karşılarlar. ASB gelişmesinde neden bireyin travmatize edici bir olaya maruz kalma durumudur. Kadınlarda erkeklere göre akut stres bozukluğu görülme olasılığı daha fazladır. Travma öncesinde seslere hassasiyet gelişmesi gibi uyarılmışlık da artma, daha önce travmatik olay yaşamış olma akut stres bozukluğu açısından risk faktörüdür (APA, 2013; Keltner ve ark., 2007). Akut stres bozukluğunun yaygınlığı, travmatik olayın niteliğine göre değiştiği ve şiddetli travma yaşanılması durumunda görülme oranı %14-33 arasında değiştiğide bildirilmektedir (Yılmaz, 2016; APA, 2013).

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ASB ve devamında TSSB gelişimi açısından risklidir (Dikmen Yıldız ve ark., 2017c). Doğum sonu dönemde farklı zamanda yapılan çalışmalarda, doğum sonu TSSB' nin doğum süreci ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Vossbeck-Elsebusch ve ark.,2014; Shaw ve ark., 2009; Dikmen Yıldız ve ark., 2017b). Ülkemizde yapılan, 950 annenin katıldığı gebelik, doğum sonu 4-6 hafta ve doğum sonu 6.ayda anneler ile görüşülen bir çalışmada TSSB görülme yüzdeleri sırası ile %5,8, %11,9 ve %9,2 bildirilmektedir. Bu çalışma ile TSSB' nin doğumdan sonra hızla arttığı ve doğum sonu 6.aya kadar devam ettiği gözlenmiştir (Dikmen Yıldız ve ark., 2017b). Bir diğer çalışmada ise doğumdan sonra 1.ayda kadınların %11.16'sında TSSB olduğu belirlenmiştir (Vossbeck-Elsebusch ve ark., 2014). İşbir ve ark., (2016) yaptığı bir çalışmada ise doğum sonu 6-8 haftalarda olan kadınların %29'unda TSSB olduğu belirlenmiştir.

4.3.4. Tedavi

Tedavide amaçlanan bireyin sıkıntısının azaltılmasına ve toplumsal ya da işle ilgili işlevselliğini bozan özgül belirtilerin iyileştirilmesidir.

Belirtilere yönelik tedavide amaçlananlar;

- İstemedi, olayı tekrardan yaşamasını azaltmak,
- Kaçınma davranışlarını azaltmak,
- Anımsatıcılara karşı göstermiş olduğu ruhsal, bedensel, fizyolojik ve psikolojik tepkileri azaltmak,
- Karabasanları ve uyku bozukluklarını azaltmak,
- Belirtilerin tekrarlanacağı korkusu nedeniyle oluşan kaygı düzeyini azaltmaktır.

Tedavi ile bireyin yaşadığı bu duruma karşı yapıcı bir şekilde yaklaşmasını sağlanması hedeflenir. İlaçlar yardımıyla, hastanın yaşadığı travmatik olay nedeniyle çektiği acıyı ve sıkıntıları azaltmak, uykusunu eski düzenine getirmek, aşırı huzursuzluk hali, öfke, dissosiyasyon benzeri travma belirtilerini ortadan kaldırmaya çalışılır (Köroğlu, 2015).

Travmatize edici durumu yaşayan bireyin ihtiyaçları, yaşadığı belirtiler, sosyal destek varlığının olup olmaması, kültürel faktörler, travma öyküsü göz önüne alınarak tedavi seçeneği belirlenir (Dağ Karataş, 2016, Tharpe ve ark., 2017).

Farmakoterapi:

İlaç tedavisi, zorlayıcı düşünceler, flaşbekler, var olan kabusların azaltılması, kaçınma davranışlarını gidermek, anksiyete depresyon ve aşırı uyarılmayı gidermek için kullanılmaktadır (Yılmaz, 2016). En sık kullanılan ilaçlar; Seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI), Trisiklik antidepreseanlar (TCA), Benzodiazepinler, Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI), Buspiron, Beta-blokerler, Antihistaminiklerdir (Yılmaz, 2016; Köroğlu, 2015; Tharpe ve ark., 2017).

Psikoterapi:

Psikoterapi ile travmatize edici durum yaşamış olan bireyde daha iyi başa çıkma mekanizmaları oluşturması hedeflenir. Psikoterapiler travmatik olaya yeni bir bakış açısı geliştirilmesi, bireyin travmatik olaya atfettiği değerin dönüşümü, uyumsuz tutumların yeniden düzenlenmesi, yeni başa çıkma beceriler kazanılmasında ve bireyin yaşam tarzının değiştirilmesinde etkilidir (Yılmaz, 2016).

Psikoterapide iyileşme sürecinin üç aşaması vardır;

1) Travmatize eden olayı anımsama ve zihinsel açıdan yeniden yapılandırma evresi (bilişsel evre)

2) Travmatize eden olayın beraberinde hissedilen duyguları hissetme evresi (duygusal evre)

3) Yaşanan travmatik olayın bir anlam taşıdığını düşünme ve kendini kurban olarak görmek yerine bu olaydan sağ kalmış biri olarak görmeye başlama evresi (egemenlik evresi) (Koroğlu, 2015).

Psikoterapötik tedavilerde; travma odaklı psikoterapiler, eğitim ve destekleyici danışmanlık, kaygı kontrolü (aktif gevşeme, nefes alma eğitimi) Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme [Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)], gruplarla yapılan terapiler ve psikodinamik terapiler olarak belirtilmektedir (Dağ Karataş, 2016; Bilgiç, 2011). Travma sonrası oluşturulan sosyal destek gruplarının da oldukça yararlı olduğu bildirilmektedir. Grup çalışmaları süresince, birey benzer yaşantıların başkalarında da olduğunu fark ederek, kendisinin daha iyi anlaşıldığını hissedebileceği güvenli bir ortamda kendi deneyim ve duygularını paylaşabilme fırsatı bulabileceği ve yaşadığı travmatik stresi daha iyi yönetebilmeyi öğrenebileceği bir ortamdan destek alması bireyin travma yaşantılarıyla başetmelerinde güçlendirmektedir. Emzirme grubu, anne destek grubu gibi, doğum sonrası psikososyal destek grupları ebeler tarafından da oluşturulabilir. Gruplar aracılığıyla bireyin benlik saygısı artar. Karar verme becerilerinin arttığı, öfke ve travmatik stres yönetiminin daha iyi sağlandığı,

benzer travmalar yaşamış bireylerde gruplar kurmanın yararlı olduğu bildirilmektedir (Keltner ve ark., 2007).

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT):

Tedavide en sık kullanılan ve etki düzeyinin yüksek olduğu kabul edilen psikoterapötik yaklaşımlardan biri BDT'dir (Yılmaz, 2016; Çam ve Engin, 2014). BDT, psiko-eğitim, bilişsel tekrar yapılandırma, anksiyete ile başa çıkma aşamalarından oluşur (Yılmaz, 2016). BDT, bireyin çevresini ve kendisini değerlendirmede kullanılan olumsuz kalıplar ve çarpıtmalar üzerine odaklanmaktadır. Bilişsel terapiler anksiyeteye sebep olan olumsuz düşünceleri ve bilişleri incelerken, davranış terapisi anksiyete durumunda bireylerin davranış şekillerini ve tepki verme biçimlerini inceler. Bu tedavi yöntemi ile birey günlük hayatında kendisini iyi hissetmesini sağlamak ve kullanabileceği becerileri geliştirmek hedeflenir (Çam ve Engin, 2014).

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı psiko-eğitim ile bireyin yaşadığı zor durumlar ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi, problemi anlamasının sağlanması, ne yapacağına karar vermesi, belirtiler hakkında kontrol kazanması sağlanır. Bilişsel yeniden yapılandırma ile bireyde var olan mantıksız düşünceler belirlenir ve devamında bu düşüncelerin değiştirilmesi için çalışılır. Böylelikle daha dengeli bir duygusal durum oluşması sağlanır (Yılmaz, 2016).

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR)

EMDR'ye göre stres yaratan durumlar kişinin bilgi işleme sisteminde dengesizliğe yol açar ve bazı insanlarda işlenmemiş anılar olarak depolanır. EMDR uyku anındaki doğal hızlı göz hareketlerine benzemektedir. Yineleyici özgül göz hareketlerini ve bilgi işleme modelini temel almaktadır. Bu tedavi şekli kişinin önceki travmatik yaşantıları esnasında, bireyin beyninde oluşan biyolojik bellek alanlarının oluşmasıyla ilgilidir. Bu teknikte terapist, ellerini hastanın önünde ileri ve geri hareket ettirmektedir. Bu esnada ise hasta terapistin ellerini izlerken geçmişte yaşadığı travmatik olayları düşünmesi konusunda

yönlendirilir. Bu yöntemle, anksiyeteyi arttıran olaylara karşı duyarlılık azalır (Yılmaz, 2016; Çam ve Engin, 2014).

4.4. Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Kadın Psikolojisi

Doğum bir kadının hayatında yaşayabileceği eşsiz bir deneyimdir. Gebelik ve doğum, her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olmasına rağmen, kadının hayatında stres ve kaygı düzeyinin artmasına neden olan bir dönemdir (Güleç ve ark., 2014). Doğum kadınlar ve aileleri için yaşamlarını değiştiren önemli bir olaydır. Aynı zamanda kadınlarda psikolojik uyum için kritik bir dönem de olduğundan psikiyatrik sorunların gelişimini de tetikleyebilmektedir (Yalnız ve ark., 2016). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadınların psikolojik sağlıkları açısından en kırılgan dönemler olmakla birlikte (Meltzer-Brody ve ark., 2018) kadınların yarısından fazlasında kendi doğum deneyimlerini travmatik olarak algıladıkları bildirilmektedir (Yalnız ve ark., 2016). Doğumlarını travmatik olarak algılayan kadınlarda ASB ve devamında görülen TSSB oranı toplumlar arası farklılık gösterebilmekle beraber %3,1-%15,7 arasındadır (Grekin ve O'Hara, 2014). Kadınların doğumlarına ilişkin algıları, kadının kendi kişilik özelliklerinden, beklentilerinden ve yaşadığı doğum deneyimine yüklediği anlamdan etkilenmekte ve her kadın için farklılaşmaktadır (Aydın ve Yıldız, 2018).

Gebelik döneminde kadınlar önemli fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşarlar. İlk trimester de en baskın yaşanan psikolojik değişiklik, ambivalan duygulardır. İkinci trimesterde bu duygularda azalma olur ve son trimesterde gebe kadın ambivalan duyguları tekrar yaşamaya başlar. Doğum yaklaştıkça doğumla ilgili, korku ve kaygının yoğunluğu da artmaktadır (Güleç ve ark.,2014). Doğum eyleminin kadında travmatik olarak algılanmasının nedenlerinin başında doğumla ilgili korku gelmektedir. Kadınlar doğumlarında gerçekte deneyimledikleri olaylardan daha çok, hissettikleri duygulara önem vermektedirler (Yalnız ve ark., 2016). Doğumda korkunun nedenleri, psikolojik (kişilik özellikleri, geçmişte yaşanan travmatik olaylar), biyolojik (ağrı ile başedememe korkusu), sosyal (destek sistemlerinin olmaması, travay süresince birebir ebe desteği alamama ya da yalnız olduğunu hissetmesi), ya da ikincil

sorunlardır (daha önceki doğum deneyimleri). Ekonomik olarak gelir düzeyini yetersiz algılayan ve eğitim seviyesi daha düşük olan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadıkları, ayrıca sosyo-ekonomik durumu kötü olan kadınların olumsuz doğum deneyimlerinin de daha fazla olduğu da bildirilmektedir (Körükçü, 2009).

Doğum genellikle neşe, mutluluk gibi olumlu olarak değerlendirilen bir deneyim olarak algılsa da stresli bir olaydır. Normal bir durum olarak kabul edilen doğum sırasında herhangi bir komplikasyon geliştiğinde; kanama, ölü doğum, doğum esnasında yapılan müdahaleler vb. doğumu travmatik hale getirebilir. Bazı kadınlar doğumda komplikasyon yaşamasa da yapılan sık vajinal muayeneler, bebeklerini kaybetme korkusu, sağlık çalışanları ile yeterli iletişim kuramama sebebi ile travmatize olabilirler. Travmatik doğum, kadının doğurganlık sürecinin herhangi bir döneminde ortaya çıkıp doğum eylemini, doğacak olan bebeği ve kendisi için yaralanma veya ölüm tehdidi olarak algılamasıdır. Travmatik doğum prevalansının %3-%30 arasında olduğu bildirilmektedir (Yalnız ve ark., 2016; İşbir ve İnci, 2014). Doğumlarını sezaryen ile yapmak isteyip, normal yolla doğuran kadınlarda travmatik doğum deneyimine daha sık rastlanmaktadır. Doğum esnasında şiddetli olarak korku hisseden bir kadına normal doğum konusunda ısrarcı olduğu durumlarda da doğumun travmatik olarak algılandığı bildirilmektedir (Garthus-Niegel ve ark., 2014). Nullipar olma, beklenilenden farklı geçen gebelik süreci, komplikasyonlu gebelik, doğuma dair olumsuz duygular, olumsuz doğum deneyimine sahip olma, istenmeyen ya da planlanmamış gebelik, yetersiz antenatal bakım ve doğum hakkında yetersiz bilgi, doğumun travmatik olarak algılanmasına neden olan faktörlerdir (İşbir ve İnci, 2014).

Olumsuz bir doğum deneyimi kadını, bebeğini ve ailesini de olumsuz etkilemektedir. Travmatik doğumu deneyimlemiş olan kadınlar doğum anını korku, dehşet anı ve çaresizlik olarak tanımlamaktadır (Yalnız ve ark., 2016). Doğum eylemi sebebi ile travmatize olan kadınlar doğum deneyimlerini hatırlamaktan kaçınabilirler. Bazı kadınlarsa, doğum anında kontrol kaybı yaşadıklarını, kendilerini tehdit altında hissettiklerini ve doğum anını

unutamadıklarını bildirmektedir (İşbir ve İnci, 2014). Travmatik doğum yaşamış olan kadınlar doğum anıyla ilgili birbirine zıt duygular hissedebilirler. Kadınlar doğum esnasında panik, öfke, agresiflik, çaresizlik gibi olumsuz duyguları yaşarken, mutluluk, minnettar olma, şaşkınlık, heyecan gibi olumlu duyguları da yaşamaktadırlar. Kadınlar doğum anı ile ilgili kendilerini ölüme daha yakın hissettiklerini ve düşünme süreçlerinin durduğunu da bildirebilirler (İşbir ve İnci, 2014).

Olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınların birçoğu doğum anında fiziksel ve sözel olarak kötü muamele gördüklerini, ayrımcılık hissettiklerini, ihmal edildiklerini belirtmişlerdir (Moyer ve ark., 2013). Doğum eylemi normal sürecinde ilerliyor olsa bile yetersiz bakım almak, kadının doğumunu travmatik olarak algılamasına neden olabilir. Bu nedenle doğumda gebe kadın ile bakım sunan sağlık profesyoneli arasındaki iletişim oldukça önemlidir. Kötü iletişim, doğumu deneyimleyen kadın tarafından travmatik olarak algılanmasına neden olur. Doğum deneyiminin algılanması ve travmatik olarak kabul ya da red edilmesi süreci doğum sonu dönemde de devam etmektedir. Doğum sonu dönemde alınan sosyal desteğin psikolojik dengeyi yeniden kurmada önemi büyüktür (İşbir ve İnci, 2014). Özellikle cinsel istismar yaşamış ve korunmasız olarak yaşanmış cinsel ilişki gibi travmatik öyküye sahip kadınların doğumlarını travmatize olarak algılama riski yükselmektedir (Yalnız ve ark., 2016). Kadının beklediğinden farklı deneyimlediği ve travmatize oldukları doğumlarda, doğumdan sonra öfke ve hayal kırıklığı gibi, yoğun olumsuz duygular yaşadıkları ve kişilerarası ilişki kurmak konusunda sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir. Doğum sonrası dönemde travmatik bir doğum nedeniyle yoğun olarak yaşanan olumsuz duygular hormonal değişimlerle birlikte, kadının annelik rolünü yerine getirmesi ve bu döneme psikososyal uyum sürecini, olumsuz etkilemektedir (İşbir ve İnci, 2014). Bu durum da kadınların bebekleriyle bağlanma süreçleri de olumsuz etkilenebileceğinden, travmatik bir doğum deneyiminin doğum sonu dönemde yalnızca anne değil, gelecek yaşamında bebeğinin psikolojik gelişimini ve tüm aile bireylerini de olumsuz etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir. Travmatik bir doğum deneyimi

sonrasında, doğum sonu dönemde ilk bir ayda anneler akut stres belirtilerini yoğun olarak hissedebilmektedir.

Akut Stres Bozukluğu, ilk olarak DSM-IV 'de travmatize edici bir olaydan sonra, akut stres reaksiyonunu tanımlamak ve travma sonrası stres bozukluğu açısından riskli bireyleri önceden belirlemeye yardımcı olmak için sınıflandırılmıştır. Akut Stres Bozukluğu, olağan dışı bedensel ya da ruhsal zorlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan geçici bir bozukluktur. Yaşanılan bir olayda, bazı bireyler olayın etkisini kısa sürede atlatabilirken, bazı bireyler içinse bu durum daha travmatik olarak algılanabilir. Olaydan travmatize olan bu bireylerde istem dışı birtakım belirtiler (olayla ilgili anıların yineleyici olarak hatırlanması, sıkıntılı düşler görme) ortaya çıkabilir (Yılmaz, 2016). Bazı kadınlar doğum deneyiminden travmatize olabilirler. Doğum sonu dönemde, doğumda travmatize olan kadınlar fark edilmez ve gerekli destek sunulmaz ise TSSB geliştirirler. Doğum sonu dönemde yaşanan psikolojik sorunların üstesinden gelmek için tedavisinde interdisipliner ve holistik bir yaklaşıma gereksinim vardır (Tharpe ve ark., 2017). Tedavide öncelikle; doğum sonrası dönemde kadının doğum deneyimi mutlaka değerlendirilmeye alınmalıdır (Tharpe ve ark., 2017). ASB yaşayan bireyde ilk olarak yapılması gereken güven ilişkisinin kurulmasıdır (Dağ Karataş, 2016; Köroğlu, 2015; Keltner ve ark., 2007; Tharpe ve ark., 2017). Kendine ya da bebeğine zarar verme riski olan kadınların öncelikle ilaç tedavisi ve/veya psikoterapi almaları sağlanmalı, ayrıca kadınlar mümkün olduğunca yalnız bırakılmamalıdır (Tharpe ve ark., 2017). Literatürde kombine tedavilerin daha çok yarar sağladığı bildirilmektedir (Dağ Karataş, 2016; Bilgiç, 2011; Özmenler, 2007; Çam ve Engin, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, psikiyatrik hastalıkları doğum sonrası ilk yılda önlenmeyen anne ölüm sebeplerinin başında sıralamaktadır (Ayers, 2014). Bu nedenle doğum sonu dönemde fiziksel izlemlerin yanı sıra yalnızca depresif belirtiler değil, kadınlara doğum deneyimlerini değerlendirme fırsatı sunulurken, olumsuz geri bildirimler geldiği durumlarda, kadınların travma belirtileri başta olmak üzere psikolojik durumları da yakından izlenmelidir.

4.4.1. Doğum sonrası akut stres

Doğum sonrası dönemde kadınların psikolojik sağlıklarına yönelik çalışmalar giderek artmaktadır (Howard ve ark., 2014; Jones ve Wessely, 2007; Meltzer-Brody ve ark., 2018). Doğum travması ve doğum sonu TSSB ile ilgili yayınlar son 20 yıldır hızla artmasına rağmen, klinik olarak TSSB gelişmesinden önce görülen ve travmatik bir doğum deneyimi sonrasında gelişebilen akut stres bozukluğuna yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür.

Doğum deneyiminin olumsuz algılandığı durumlarda, doğum sonrası dönemde akut stres belirtileri yüksek seviyede görülmektedir. Doğum sonrası erken dönemde annenin sosyal desteği de yetersiz olduğunda annenin psikolojik sağlığı kötüleşmekte, anne bebek bağlanması olumsuz etkilemekte, erken dönemde akut stres belirtileri ile sağlıklı baş edilemediği durumlarda TSSB gelişebilmekte ve ayrıca baş etme yetersizliğine bağlı depresyon gelişimi de tetiklenmektedir (Meltzer-Brody ve ark., 2018). Perinatal dönemde görülen duygu durum ve anksiyete bozuklukları tedavi edilmediğinde, kadınların sonraki doğumlarında; psikolojik sorunlara yatkınlığın artması ile birlikte, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi riskler de artmaktadır. Ayrıca annelerin olumsuz doğum deneyimi sonrasında yaşadığı akut stres ve sonrasında görülen TSSB, annelerin bebekleriyle bağlanmalarının olumsuz etkileyeceğinden, bebeklerinin gelecek yaşamlarında davranış ve psikolojik sorunlarının da daha fazla olduğu bildirilmektedir (Tharpe ve ark., 2017). Travmatik doğum, kadının yaşamı üzerinde kısa ve uzun süreli olumsuz sonuçlar yarattığından, sonraki doğum deneyimlerini ve aile ilişkilerini olumsuz etkilediği, sadece doğumun yapan bireyle sınırlı kalmayıp çevresindeki bireyleri ve hatta sonraki nesillerin de doğum algılarını ve deneyimlerini etkileyebileceği belirtilmektedir. Travmanın nesiller arası aktarılması teorisine göre, bir aile üyesinin deneyimlemiş olduğu travmatik olayın etkileri daha sonra diğer aile üyelerinde de görülebilmektedir (Aydın ve Yıldız, 2018; Ruppert 2014).

İsviçre’de doğum sonrası maternal akut stres düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada; doğum sonrası 1, 2 ve 3. haftada yapılan değerlendirmelerde, 1. haftada en yüksek olan akut stres düzeyinin 2. haftada

daha düşük olduğu, 3. haftada daha da düştüğu saptanmıştır. Aynı çalışmada 1. haftada akut stres düzeyi yüksek olan kadınların puanlarının daha yavaş düştüğu belirlenmiştir (Stadlmayr ve ark., 2007). Gürber ve ark., (2017) anne ve babaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, annelerin babalara göre daha fazla gebelik ve doğum sonrası dönemde daha fazla akut stres belirtisi ve depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir. Dođum bazı kadınlar için olumsuz bir deneyim olabilmektedir. Dođum sonrası 3. gün, daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan kadınlarda yapılan bir çalışmada, uzayan doğum süresi (12 saat ve daha fazla), çok ağrılı doğum, doğum komplikasyonu, 36. gebelik haftasından önce doğum, bebekle ilgili konjenital ya da doğum komplikasyonu gelişmesinin, doğum sonrası dönemde maternal akut stres tepkisi ve depresif durum için riski arttırdığı görölmüştür (Imsiragić ve ark., 2009).

Danimarka'da 1995 ve 2012 yılları arasında doğum yapan ve daha önceki yaşamında psikiyatrik öyküsü olmayan 392 458 kadının doğum sonrası 1 yıl süresince psikiyatri kliniğine başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada, maternal akut stres düzeyinin ve doğum sonrası depresyonun gebelik ve doğum komplikasyonlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde akut stres düzeyinin sosyo-demografik özellikler açısından bakıldığında; genç annelerde, eşiyle birlikte yaşamayan ve eğitim seviyesi düşük annelerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Doğum sonrası maternal akut stres riskini artıranların; hiperemesis gravidarum, erken doğum, gestasyonel diyabet ve sezaryen ameliyatı olduğu belirtilmiştir. Doğum sonrası depresyon riskini artıran faktörlerin ise, hiperemesis gravidarum, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi ve sezaryen olduğu görölmüştür. Bu faktörlerin doğum sonrası psikozla ilişkili olmadığı saptanmıştır (Meltzer-Brody ve ark., 2018). Yapılan alışmalar da kadınların yarısından fazlası doğum deneyimlerini olumsuz ve doğumlarını travmatik olarak değerlendirdikleri bildirilmektedir (Garthus-Niegel ve ark.; 2014; Modarres ve ark., 2012). Doğum yapan kadınların bazıları travmatik açıdan normal bir deneyim yaşayabilirken, bazıları acil sezaryen olması, bebeğin sağlığı ile alakalı ya da annede doğum sonrası kanama olması gibi komplikasyonlar nedeni ile doğum travmaları yaşarlar. Bu kadınların, travmatik stresle karşılaşma riski daha da artmaktadır (Hall, 2014).

Doğumdan sonraki yüksek düzeyde maternal akut stres belirtileri ve devamında görülen TSSB ve depresif belirtiler yalnızca kadını değil, bebeğini ve diğer aile üyelerini de olumsuz etkilediğinden, TSSB ve depresyonun ebeveyn bebek gelişimi ve davranışını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Andersen ve ark., 2012).

Bazı kadınlar doğumu travmatik olarak algıladıklarında önemli bilişsel ve duygusal sorunlar yaşayabilmektedir. Kadınların gebelik öncesi dönemde yaşadığı cinsel istismar gibi travmatik deneyimlerinin yanı sıra, doğumla ilgili komplikasyon yaşaması, kanama olması, doğum sonrası dönemde yaşanmış olaylar ve doğum travmasının kadın üzerinde yarattığı duygusal etkiler, akut stres bozukluğuna neden olmaktadır. Ruh sağlığı açısından yaşamlarının en kırılgan zamanlarından olan doğum sonu dönemdeki kadınlara yardım edebilmek için yapılabilecek çok şey vardır. Bu durum dikkate alınmadığında ve doğum sonrası dönemde yeterince desteklenmediğinde TSSB' ye dönüşebilmektedir (Hall, 2014). Doğum sonrası en iyi bakımın sunulabilmesi için bakım veren sağlık çalışanları maternal akut stres belirtilerinin farkında ve bu belirtilere duyarlı olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü, doğumdan sonra ilk yıllarda görülen psikiyatrik sorunları, önlenemeyen anne ölümlerinin başında sıralamaktadır. Anne sağlığı, gelecek nesillerin sağlıklı yetişmesi ve toplum sağlığının gelişmesi açısından son derece önemlidir. Doğum kadınların yaşamlarındaki en önemli deneyimlerinden biridir ve doğum sonrası dönem psikolojik sağlık açısından en kırılgan dönemlerden biridir. Neredeyse yüz yıl kadar öncesine kadar anneler kanama ve enfeksiyonlardan kaybedilmekteydi. Bilimdeki ilerlemeler sayesinde kanama ve enfeksiyonlar ciddi anlamda önlenerek, doğum sonrası dönemde anne ölüm oranları oldukça azalmıştır. Bilimsel ilerlemelerle günümüzde önlenemeyen önemli bir anne ve bebek kaybı sebebi, doğum sonrası dönemde annelerin yaşadıkları psikiyatrik sorunlar nedeniyle görülen suisid ve infantisidlerdir. Brezilya da yapılan bir çalışmada, ciddi doğum komplikasyonları olan kadınların doğum sonu izlemlerinde, gösterdikleri tepkileri “maternal miss miss sendromu” olarak tanımlayan yazar, kadınların sağlığının psikolojik, fiziksel, sosyal ve

ruhsal açıdan kapsayacak bütüncül bir bakım ile desteklenmelerini tavsiye ederek dünyada bu durumda olan milyonlarca kadının üzerindeki maternal komplikasyonlarının yükünün azalacağını bildirmektedirler. ASB' nin TSSB' ye öncülük etmesi sebebiyle önlemek açısından en kısa sürede, ASB' nin belirtilerini tanıyarak erken tanı ve tedaviye gidilmesi kadınların psikolojik güvenliğini de sağlar (Hall, 2014).

Komplikasyonsuz ve tüm sürecin yolunda gittiğinin düşünüldüğü bir doğum sağlık personeli tarafından “olumlu bir deneyim” olarak değerlendirilirken, kadın tarafından farklı nedenlerden dolayı travmatik olarak algılanabilir. Ebeler kadınların doğum deneyimleri ile ilgili gerektiğinde derinlemesine görüşme yaparak, kadının kendini ifade etmesine fırsat verilmelidir. Doğum sonu dönemde oluşabilecek psikolojik sorunların erken dönem tanısının konulmasında ebeler aktif rol almalıdırlar (Tharpe ve ark., 2017).

4.4.2. Doğum sonrası depresyon

Doğum, kadınlarda psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında güçlü bir tetikleyici etkindir. Doğum sonrası depresyon anne ve çocuk için zararlı sonuçlar yaratacak doğumun en önemli komplikasyonlarından biridir. PPD nedeni ile oluşan intiharlar, doğum sonrası dönemde ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır (Meltzer-Brody ve ark., 2018). Kadınlar için depresyonun pik yaptığı zamanlar doğurganlık dönemleridir (Durukan ve ark., 2011). Doğum sonrası depresyon doğum sonrası ilk 4-6 haftada ortaya çıkmakla birlikte, 1 yıla kadar da ortaya çıkabilir. DSM-V'de “Duygu Durum Bozuklukları” içinde yer alan PPD doğum sonu ilk dört hafta içinde epizotun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Doğum sonrası depresyon kadınların %10-20'sini etkilemektedir. Doğum sonrası ilk haftalarda PPD oranı %50-80 arasındadır (Yılmaz, 2016; Tharpe ve ark., 2017). Ülkemizde PPD oranının %14 olduğu bildirilmekte ancak gerçek oranların daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Yılmaz, 2016). Yapılan bir diğer çalışmada düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim seviyesinin ASB ve PPD insidansı ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada gebelik de veya obstetrik komplikasyon yaşandığında ASB ve PPD' nin arttığı

da gözlemlenmiştir (Meltzer-Brody ve ark., 2018). Türkiye de genel yaygınlık oranlarının araştırıldığı bir çalışmada postpartum depresyonun %14,6 olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada 4-6 haftadaki izlemde %32,6, 6.ayda ise %18,5 olduğu bulunmuştur (Dikmen Yıldız ve ark., 2017a). Türkiye de yapılan bir meta analiz sonucuna göre postpartum depresyon oranı %23,8 olduğu bildirilmektedir (Keser Özcan ve ark., 2017).

Lorén-Guerrero ve ark., (2018) doğum sonrası erken dönemde yaşanan psikolojik sorunları değerlendirdikleri bir çalışmada, lohusaların %81,2'si gibi yüksek bir oranda, çoğunlukla sosyal ilişki ve kaygı ile ilgili sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada gebelik sırasında daha fazla stres yaşadığını teyit eden kadınların, doğum öncesi ve doğum sonrası erken dönemlerde duygusal sıkıntılarının, somatik belirtilerinin, anksiyete ve depresif belirtilerinin arttığı belirlenmiştir. Doğum sonrası ilk ay içerisinde duygu-durum bozukluklarının görülme oranı %85 gibi yüksek oranlara çıkabilmektedir.

Daha önceki yaşamlarında travma deneyimi olan kadınlar tüm perinatal dönem boyunca depresif belirtiler başta olmak üzere diğer psikiyatrik sorunlara daha yatkındır. Kadınların daha önceki yaşamlarında travma hikayesinin olması, perinatal dönemde psikiyatrik sorunların riskini artırmaktadır. Danimarka'da yapılan bir çalışmada kadınların doğum sonrası dönemde psikolojik sağlığını etkileyen çocukluk travmalarının; aile parçalanması, ebeveyn somatik hastalıklar, ebeveyn işsiz kalması, ebeveyn ölümü, ebeveynin hasta olması, ebeveyn madde kullanımı ve ailesi dışında büyütülmüş olması olduğu belirlenmiştir. Bu nedenler arasında, ailesi dışında büyütülmüş olmanın en yüksek risk olduğu bildirilmektedir. Kadınlar da depresif bozukluklar erkeklerden her zaman daha fazladır. Ancak doğum sonrası dönemde özellikle psikiyatrik sorunlara yatkınlık artmaktadır. Doğum sonrası depresyon %10-15 gibi bir oranla dünya çapında doğum sonrası dönemde görülen en yaygın psikiyatrik sorundur (Meltzer-Brody ve ark., 2018).

4.4.3. Doğum sonrası sosyal destek

Sosyal destek bireyin önemsendiğine, değer verildiğine, sevildiğine, hayatında ortaya çıkan herhangi bir krizin, oluşan bir değişikliğin olumsuz sonuçlarının azaltılmasına, kritik yaşam olaylarına uyumun kolaylaşmasında ve psikolojik sağlığın korunması için olanak yaratan, çevresindeki insanlar tarafından sağlanabilen fiziksel, duygusal, araçsal, parasal ve bilgilendirici yardım olarak tanımlanabilir (Meral ve Cavkaytar, 2012). Sosyal destek bireyin doğumundan ölümüne kadar yaşamında oluşan değişikliklerde çevresinde bulunan insanlardan aldığı yardım olarak tanımlanmıştır. Bu yardımlar bireye aile, arkadaş ve birey için anlam ifade eden kişilerden gelebilir (Güleç ve ark., 2014).

Doğum süresince kesintisiz destek sunmak, doğumda uygulanan müdahaleleri azaltmasının yanı sıra doğum memnuniyetini artırabilir (Calhoun ve Warren., 2007). Aynı zamanda doğum sonu dönemde sosyal destek ebeveynlerin ruh sağlığını etkileyen önemli bir etkidir. Arkadaş, aile, diğer özel bir insan ve çevreden algılanan sosyal destek, olumlu doğum deneyimi üzerine etkilidir. Doğum sonu dönemde sosyal desteğin psikolojik dengeyi yeniden kurmada önemi büyüktür (Güleç ve ark., 2014; İşbir ve İnci, 2014). Doğum sonu erken dönemde anne ve babanın sosyal desteği yetersiz olduğunda ruh sağlıkları kötüleşmekte, anne-baba-bebek bağlanması olumsuz etkilemekte, yaşanan psikolojik sorunlar ilerleyen dönemde TSSB' ye dönüşebilmekte ve ayrıca depresyon gelişimini de tetiklemektedir (Meltzer-Brody ve ark., 2017; Ayers, 2017; Stadlmayr ve ark., 2007).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yeteri kadar sosyal destek alan ve iyi psikolojik durumda olan anne ve bebeğin sağlığı bu durumdan etkilenir. Sosyal destek stres yaratan durum olsun ya da olmasın bireyin sağlığını doğrudan olumlu yönde etkilemektedir. Aynı zamanda stres yaratacak olaylara karşı da bireyin ruh sağlığını korumak için oldukça önem taşır (Güleç ve ark., 2014). Yeni aile dinamikleri ve annelik rolüne adaptasyonun başarılı olabilmesinde sosyal desteğin yeterli olması önemlidir. Anne yeni doğan bebeğin bakımında ilk hafta ve aylarda genellikle sosyal izolasyon yaşarlar.

Çoğu kadın kendi ve bebeği hakkında olumsuz düşünme eğilimindedir. Çoğu kadının doğum deneyimleri ve duyguları hakkında konuşmaya ihtiyacı vardır. Destekleyici ve güven verici bir çevre oluşursa kadınlar duygularını paylaşmak konusunda daha istekli olurlar (Tharpe ve ark., 2017). Arkadaş, aile, diğer özel bir insan ve çevreden algılanan sosyal desteğin doğum deneyimini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Timur ve Hotun Şahin, 2010). Doğum esnasında alınan sosyal destek algılanan kontrolü artırır, kadının kaygısını azaltır. Sosyal desteğin yeterli olması doğum sonrası dönemde anneyi olumlu yönde etkiler (Ford ve Ayers, 2009). Doğum sonrası dönemde sosyal destek, travmatik doğumlar sonrasında, doğum sonrası dönemde TSSB açısından koruyucu olduğu ve tıbbi tanı kriterlerini karşılamayan belirtilerin daha hafif atlatılmasını ve kadınların baş etme becerilerini arttırdığı bildirilmektedir (Ayers ve ark., 2016; Ayers, 2017). Literatürde bildirilen araştırma sonuçlarına göre doğum sonrası yetersiz sosyal destek TSSB'ye neden olmaktadır (Güdücü ve ark., 2013; Andersen ve ark., 2012; Çelik, 2018; Ayers ve ark., 2016). Doğum sonrası dönemde özellikle eş desteği yeterli düzeyde olur ise travmatik belirtilerin görülme sıklığı ve şiddeti de azalır (Saxbe ve ark., 2018).

Andersen ve ark., (2012) psikolojik sorunlara yatkınlığı olan, doğumda travmatik bir olay yaşayan ve bu yaşanan durumu travmatik olarak algılayan kadınların TSSB gelişimi riskinin arttığını bildirmektedir. Ayrıca bildirilen bu üç unsurun algılanan sosyal destek ile de yakından ilgili olduğu ve doğum sonu verilen sosyal desteğin travmatik strese yanıt açısından oldukça önem taşıdığı bildirilmektedir (Ford ve ark., 2010; Andersen ve ark., 2012).

Kadınların doğum deneyimleri psikolojik sağlığı üzerinde etkilidir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde annelerin psikolojik iyiliklerinin izlenmesi, bebeklerin büyüme ve gelişmelerinin izlenmesi gibi rutin olarak yapılması son derece önemlidir. Doğum sonrası dönemde, kadınların doğum deneyimleri ve psikolojik iyilik durumları ülkemizde henüz rutin değerlendirilmediğinden, olumsuz doğum deneyimi olan birçok kadın kendi başının çaresine bakmak durumunda kalmaktadır. Doğum sonrası dönemde kadınların psikolojik durumları hakkında farkındalık kazanılması, hastalıkların erken dönemde

tanınması, gelecek dönemde görülebilecek ciddi ruhsal hastalıkların önlenmesi ve gerektiğinde tedavisi için, maternal akut stres düzeyinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Ülkemizde doğum sonrası maternal akut stres düzeyini değerlendirilen hiçbir çalışmaya rastlanmadığından, doğum sonrası dönemde ruhsal hastalıklarda da erken dönemde fark etme ve sorunlar büyümeden müdahale etme açısından, bu çalışmanın sonraki çalışmalar için önemli bir kaynak olabileceği ve ışık tutabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışma, bu konudaki bilgi eksikliğini gidermeye yönelik olarak, doğum sonrası dönemde maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mart 2018-Ekim 2018 tarihleri arasında, İstanbul ili Zeytinburnu ilçesinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bünyesinde bulunan Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum sonrası dönemde maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yürütülmüştür.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini; İstanbul ili Zeytinburnu ilçesinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bünyesinde bulunan Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğumunu yapan ve doğumdan 1 ay sonra kontrol için başvuran anneler oluşturmuştur. Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017 yılı doğum sayısı 4441'dir. Yapılan power analizi sonucu dikkate alınarak, %95 güven aralığında 280 kadının çalışmaya alınması belirlendi.

Araştırmanın örneklemini Mart–Ekim 2018 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Ek Hizmet binasında doğumunu yapan ve 1 ay sonra kontrol için başvuran çalışmayı katılmayı kabul eden 280 anne oluşurdu.

Araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Komitesinden 05.02.2018 tarih ve 39 sayılı etik onayı alınmıştır (EK-1). Ayrıca çalışma için 13.04.2018 tarihli ve 16867222 sayılı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır (EK-2).

5.3. Veri Toplama Araçları

Veriler, Genel Bilgi Formu (GBF), Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile elde edilmiştir.

Genel Bilgi Formu (GBF)

Araştırmacıların literatür incelemesi sonucunda oluşturduğu GBF, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, vb.), sağlıklı yaşamı etkileyen davranışlarını (sigara içme durumu, ilaç kullanma durumu), obstetrik bilgi (gebelik haftası, gebelik sayısı, düşük ve kürtaj sayısı, gebelikte yaşanan sağlık sorunları, vb.), doğum (doğum şekli, doğumda yapılan müdahaleler, vaginal muayene sıklığı, vb.), daha önce psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumu, geçmiş yaşamında travmatik yaşantısının olup olmadığı, vb. 36 sorudan oluşmaktadır (EK-3).

Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBÖ)

Amerikan Psikiyatri Birliği hastalarla başlangıç görüşme öncesinde ve tedavi sürecini değerlendirmek için kullanılmak üzere önerdiği ölçeklerden biri olan, ‘Severity of Acute Stress Symptoms-Adult (National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale [NSESSS])’ Ölçeği DSM-5 akut stres belirtileri şiddetini değerlendirmek için yayınlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aşçıbaşı ve ark., (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek 18 yaş ve üstü bireylerde aşırı stresli olay ya da deneyim ardından akut stres bozukluğu belirtilerinin şiddetini değerlendiren 7 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, bakım alan kişiden son 7 gün boyunca süregelen akut stres bozukluğunun şiddetini değerlendirmesini ister (Aşçıbaşı ve ark., 2017). Ölçekteki her madde 5 puanlık bir derecelendirme ile değerlendirilir (0=Hiç; 1=Biraz; 2=Orta; 3=Oldukça çok ve 4=Aşırı). Toplam puan; daha yüksek puanın daha şiddetli akut stres bozukluğu belirtilerini gösterdiği 0 ila 28 puan arasında değişir. Ortalama toplam puan, toplam ham puanın ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır (EK-4). Ölçeği kullanımı konusunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Uzm. Dr. Kadir Aşçıbaşı’ndan izin alınmıştır (EK-

5). Bu çalışmada Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,72$ olarak bulundu.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)- [Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)] Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet ve ark., (1988) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Her biri dört maddeden oluşan sosyal desteğin kaynağına ilişkin üç gruba içerir. Önerilen alt ölçek yapısı; “aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan”dan alınan desteği içermektedir. Ölçekte her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır=1, Kesinlikle evet=7, arasında derecelendirilmiştir. İlgili çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. ÇBASDÖ' nin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur (Eker ve ark., 2001) (EK-6). Ölçeği kullanımı konusunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Haluk Arkar' dan izin alınmıştır (EK-7). Bu çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,82$ olarak bulundu.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Cox ve Holden (1987) tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Kendini değerlendirme ölçeği türündedir. Toplam 10 soru içermektedir (Güçlü ve ark., 2013). Antenatal ve postnatal dönemde EDSDÖ' nin depresif bulguları doğru olarak ölçtüğü bildirilmiştir. EDSDÖ tanı koydurucu bir ölçek olmayıp bulguları tarama amacıyla kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeği kullanımı konusunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Engindeniz' den izin alınmıştır. 12/13 puan ve üstü kesme değerleri

depresif bozukluk açısından risk kabul edilir (Ayvaz ve ark., 2006) (EK-8). Ölçeği kullanımı konusunda Uzm. Dr. Nur Engindeniz' den izin alınmıştır (EK-9). Bu çalışmada Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,80$ olarak bulundu.

5.4. Verilerin Elde Edilmesi

Veriler klinikte araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Katılımcı Bilgilendirme Formu (EK-10) ve Katılımcı Onam Formu (EK-11) doğrultusunda veriler hastalardan toplanmıştır.

5.5. Verileri İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylere ait sosyo demografik, travma öyküsü ve psikiyatrik hastalık durumları, obstetrik özellikler, doğum süreci özellikleri, doğumhanede yapılan uygulamalar, doğum sonrası döneme ait özellikler, sezaryen nedenlerini içeren sorulara verilen cevapların sayı ve yüzde dağılımları hesaplandı, yaş gibi sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca) değerleri hesaplandı.

Bireylerin Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca) hesaplandı. Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile sınıandı, normal dağılıma uygunluk göstermediği için Mann Whitney U non parametrik testi ile ilgili değişkenler bazında Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine bakıldı. Gelir durumu, gebelik sayısı, doğum şekli, doğumda uygulanan anestezi şekli, bebeğin beslenme şekli, ve yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılma durumu bazında bireylerin Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal

Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile sınıandı, normal dağılıma uygunluk göstermediği için Kruskal Wallis non parametrik test ile ilgili değişkenler bazında Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine bakıldı.

Bireysel özellikler ile Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının anlamlı ilişki gösterip göstermediğine korelasyon analizi ile bakıldı, spearman rho ilişki katsayıları hesaplandı. Karşılaştırma analizlerinde anlamlı çıkan değişkenlerin Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları üzerinde anlamlı etki gösterip göstermediğine Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ile bakıldı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

5.6. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı istemek
- Türkçe konuşup anlayabilmek
- Okur yazar olmak
- Primipar olmak
- Doğum sonrası 4.haftada olmak
- 18-45 yaşları arasında olmak
- Tekil gebeliği olmak
- Normal miadında gebelik sınırları içerisinde doğumunu gerçekleştirmiş olmak
- Daha önce psikiyatrik bir tanı ve tedavi almamış olmak
- Eşiyle birlikte yaşıyor olmak

5.7. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Riskli gebelik geçiren
- Herhangi bir doğum komplikasyonu olan
- Yeni doğan yoğun bakım gereksinimi olan

6. BULGULAR

Doğum sonrası dönemde maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar eşliğinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

Katılımcıların Özellikleri,

Katılımcıların Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması,

Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması,

Katılımcıların Doğum Süreci Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması,

Katılımcıların Akut Stres, Sosyal Destek ve Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgulardır.

Araştırmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların demografik özellikleri (Tablo 6.1), travma öyküsü ve psikiyatrik tanı durumları (Tablo 6.2), obstetrik özellikleri (Tablo 6.3), doğum süreci özellikleri (Tablo 6.4), doğum sürecinde uygulanan girişimlerin özellikleri (Tablo 6.5), doğum sonrası döneme ait özellikleri (Tablo 6.6), karşılaştıkları üzücü deneyimlerin özellikleri (Tablo 6.7) ve sezaryen nedenleri (Tablo 6.8) incelendi.

Araştırma kapsamına alınan kadınların demografik özellikleri Tablo 6.1’de sunuldu.

Tablo 6.1. Kadınların demografik özellikleri (n=280)

Demografik Özellik	Tanımlayıcı İstatistikler	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	Ort ± SS 24,75 ± 4,75	
Öğrenim görülen yıl	8,62 ± 4,06	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	38	13,6
Çalışmıyor	242	86,4
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	77	27,5
Geliri giderine denk	199	71,4
Geliri giderinden fazla	4	1,1
Aile yapısı		
Çekirdek aile	174	62,1
Geniş aile	106	37,9

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 24,75±4,75 olup, minimum yaş 18, maksimum yaş 39 olduğu belirlendi. Kadınların öğretim yılı ortalaması 8,62±4,06 yıl olduğu, kadınların %13,6 (n=38)’sının düzenli bir işte çalıştığı saptandı. Kadınların gelir durumları incelendiğinde %27,5 (n=77)’inin geliri giderinden az, %71,4 (n=199)’ünün geliri giderine denk, %1,1 (n=4)’inin ise geliri giderinden fazla olarak değerlendirdiği belirlendi. Kadınların %62,1 (n=174)’i çekirdek aile, %37,9 (n=106)’u geniş aileye sahip olduğu belirlendi (Tablo 6.1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların travma öyküsü ve psikiyatrik tanı özellikleri Tablo 6.2’de sunuldu.

Tablo 6.8. Katılımcıların Travma Öyküsü ve Psikiyatrik Tanı Özellikleri (n=280)

Travma öyküsü ve psikiyatrik hastalık durumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocukluk döneminde travmatik deneyim		
Var	66	23,6
Yok	214	76,4
Yaşam boyunca en az 1 kez travmatik bir deneyim		
Var	54	19,3
Yok	226	80,7
Çocukluk döneminde travmatize edici durum varlığı		
1.derece akraba kaybı (anne, baba, kardeş, ölümü)	44	16
1. derece akrabalarda ciddi hastalık, trafik kazası	18	6,9
Anne- baba ayrılığı	6	2,2
Yaşamı boyunca en az 1 kez travmatik bir olayla karşılaşma		
1.derece akraba kaybı (anne, baba, kardeş ölümü)	36	13,8
1. derece akrabalarda hastalık, kötü olay yaşama, trafik kazası	15	5,8
Anne- baba ayrılığı	3	1,1
Aile içi şiddet öyküsü		
Var	8	2,9
Yok	272	97,1

Kadınların %23,6 (n=66)’sı çocukluk döneminde travma öyküsünün olduğu, %19,3 (n=54)’ü yaşam boyunca en az 1 kez travmatik olayla karşılaştığı belirlendi. Çalışma da yer alan kadınların tamamının daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almadığı ve %2,9 (n=8)’u aile içi şiddet öyküsünün olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların çocukluğunda yaşadığı travmalar incelendiğinde en çok travmatize edici olayın 1. derecede bir yakını kaybetme olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların yaşam boyunca en az 1 kez travmatik bir olayla karşılaşma durumu açısından %13,8 (n=36)’i 1. derece akraba kaybı yaşadığı, 1. derece akrabalarda ciddi hastalık ve trafik kazası %5,8 (n=15) olduğu belirlendi. Anne-baba ayrılığı ise %1,1 (n=3) bulundu (Tablo 6.2).

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri Tablo 6.3’de sunuldu.

Tablo 6.9. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri (n=280)

Obstetrik özellik	Tanımlayıcı İstatistikler	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Şekli		
Normal gebelik	264	94,3
Tedavi gebeliği	16	5,7
Gebelik döneminde algıladıkları sağlık sorunu varlığı		
Evet	27	9,6
Hayır	253	90,4
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	231	82,5
2. gebelik	39	13,9
3 ve üzeri	10	3,6
Düşük sayısı	49	17,5

Araştırma kapsamına alınan kadınların %5,7 (n=16)’si tedavi gebeliği olduğu, %9,6 (n=27)’sının gebelik döneminde algıladıkları sağlık sorunu varlığı belirlendi. Araştırma kapsamına alınan kadınların %82,5 (n=231)’inin ilk gebeliği, %13,9 (n=39)’unun ikinci gebeliği ve %3,6 (n=10)’sının 3 ve üzeri gebeliği olduğu saptanmıştır. Çalışmada yer alan kadınların tamamının küretajı öyküsünün olmadığı ve %82,5’inin (n=231) düşük öyküsünün olmadığı belirlendi (Tablo 6.3).

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum süreci özellikleri Tablo 6.4'de sunuldu.

Tablo 6.10. Katılımcıların Doğum Süreci Özellikleri (n=280)

Doğum Süreci Özellikler	Tanımlayıcı İstatistikler	
	Sayı (n)/Ort ± SS	Yüzde (%)
Doğum şekli		
Normal doğum	169	60,4
Planlı sezaryen	21	7,5
Acil sezaryen	90	32,1
Doğumda uygulanan anestezi şekli		
Yok	167	59,6
Genel	22	7,9
Epidural / Spinal	91	32,5
Doğumdaki gebelik haftası	39,02 ± 1,17	
Evde geçirilen travay süresi (saat)	4,26 ± 6,95	
Hastanede geçirilen travay süresi (saat)	7,50 ± 8,32	
Yapılan uygulamalarda onay alınma durumu		
Evet	219	78,2
Hayır	61	21,8
Travay süresince vajinal muayene yapan kişi sayısı		
1 kişi	74	26,4
2 ve daha fazla	206	73,6
3-4 kişi	70	33,8
5 ve üzeri	82	39,6
Mahremiyete özen gösterilmesi		
Evet	227	81,1
Hayır	53	18,9
Sağlık personeli tarafından saygılı davranılması		
Evet	242	86,4
Hayır	38	13,6
Travay süresince yapılan toplam muayene sayısı	6,39 ± 6,19	

Çalışmada yer alan bireylerin %60,4 (n=169)'ü normal doğum yaptığı, %7,5 (n=21)'i planlı sezaryen olduğu ve %32,1 (n=90)'i ise acil sezaryen olduğu belirlendi. Kadınların %7,9 (n=22)'u genel anestezi, %32,5 (n=91)'i Epidural/Spinal anestezi ile doğumunu yapmıştır, Normal doğum yapan kadınlardan 2'si doğum esnasında Epidural/Spinal anestezi aldığı saptanmıştır (Tablo 6.4).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %78,2 (n=219)'sinden doğum sürecinde yapılan uygulamalar öncesinde onay alındığı, %21,8 (n=61)'inden onay alınmadığı belirlendi. Araştırma kapsamına alınan kadınların %81,1 (n=227)'i mahremiyetine özen gösterildiğini, %86,4 (n=242)'ü kendisine sağlık personelinin saygılı davrandığını ifade etti. Kadınlara travay süresince yapılan muayenesi sayısının $6,39 \pm 6,19$ olduğu ve kadınların %73,6 (n=206)'sının birden fazla kişi tarafından muayene edildiği belirlendi (Tablo 6.4).

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum sürecinde uygulanan girişimlerin özellikleri Tablo 6.5'te sunuldu.

Tablo 6.11. Katılımcılara Doğum Süresince Uygulanan Girişimler (n=280)

Doğumhanede yapılan uygulamalar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sürekli NST	238	85,0
Lavman	191	68,2
Epizyotomi uygulanması	167	59,6
İndüksiyon	128	45,7
Fundal bası	113	40,5
Üriner kateter takılması	113	40,4
Amniyotomi	68	24,3
Vakum/Forseps	1	0,4

*yüzdeler kendi içinde verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlara travay süresince yapılan müdahaleler incelendiğinde; %68,2 (n=191)'sine lavman yapıldığı, %40,4 (n=113)'üne üriner kateter takıldığı, %45,7 (n=128)'sine induksiyon uygulandığı, %24,3 (n=68)'üne amniyotomi uygulandığı, %40,5 (n=113)'ine fundal bası uygulandığı, %59,6 (n=167)'sine epizyotomi uygulandığı, %85 (n=238)'ine sürekli NST uygulandığı ve 1 kadına vakum uygulandığı belirlendi (Tablo 6.5).

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum sonrası döneme ait özellikleri Tablo 6.6'da sunuldu.

Tablo 6.12. Katılımcıların Doğum Sonrası Döneme Ait Özellikleri (n=280)

Doğum sonrası dönem özellikleri	Tanımlayıcı İstatistikler	
	Sayı (n) /Ort ± SS	Yüzde (%)
Doğumdan sonra bebeği emzirme zamanı		
İlk 1 saat	153	54,6
1 saat sonrası	127	45,4
Bebeğin 1. Dakika apgarı		
	8,19±0,71	
Bebeğin 5. Dakika apgarı		
	8,99±0,61	
Bebeğin doğum kilosu		
	3254,61 ± 433,90	
Bebeğin 4.haftadaki kilosu		
	4273,73 ± 572,11	
Bebeğin 4. haftadaki beslenme şekli		
Anne sütü	202	72,1
Anne sütü-mama	74	26,8
Mama	3	1,1

Araştırma kapsamına alınan kadınların %54,6 (n=153)'sı doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde bebeğini kucağına alabildiği ve emzirmeye başladığı belirlendi. Bebeklerin Apgar puanları incelendiğinde 1.dk Apgar puanı 8,19±0,71, 5.dk Apgar puanı 8,99±0,61 olduğu saptandı (Tablo 6.6).

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum sürecinde karşılaştıkları üzücü deneyimler Tablo 6.7’de sunuldu.

Tablo 6.13. Katılımcıların Doğum Sürecinde Karşılaştıkları Üzücü Deneyimler (n=280)

Olumsuz deneyim	Sayı (n)	Yüzde (%)
Beklenen dışında müdahale olması durumu	33	11,8
Kadının doğum deneyimini olumsuz algılaması	24	8,9
Sağlık personeli kaynaklı olumsuzluklar	13	2,9
Fiziki ortama bağlı olumsuzluklar	3	1,1

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum deneyimlerini değerlendirmeye yönelik olarak doğumlarında en çok üzüldükleri ve rahatsız oldukları olayın ne olduğu sorulduğunda, kadınların %11,8 (n=33)’i beklenen dışında müdahale olması durumu yanıtını vermiştir (Tablo 6.7).

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum sürecinde karşılaştıkları üzücü deneyimler Tablo 6.8’de sunuldu.

Tablo 6.14. Sezaryen nedenlerine ait sayı yüzde dağılımı (n=280)

Sezaryen nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fetal distress	37	13,2
CPD	19	6,8
Makat geliş	17	6,1
İlerlemeyen travay	14	5
İri bebek	7	2,5
Diğer nedenler	16	6,1

Araştırma kapsamına alınan kadınların sezaryen olma nedenleri incelendiğinde; %13,2 (n=37)’si fetal distress, %6,8 (n=19)’i cpd, %6,1 (n=17)’i makat geliş, %5 (n=14)’i ilerlemeyen travay, %2,5 (n=7)’inin iri bebek ve %6,1 (n=16)’inin diğer nedenler ile olduğu belirlendi (Tablo 6.8).

Araştırmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçek Puanları Ortalamasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puanları ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 6.9) incelendi.

Araştırma kapsamına alınan kadınların özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.9’da sunuldu.

Tablo 6.9. Katılımcıların Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=280)

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)	ASB Ortanca	ÇBASDÖ Ortanca	EDSDÖ Ortanca
Aile yapısı					
Çekirdek aile	174	62,1	6,00	69,16	9,00
Geniş aile	106	37,9	6,00	70,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			0,095;0,925	1,096;0,273	0,288;0,773
Gelir Durumu					
Geliri giderinden az	77	27,5	6,00	69,00	10,00
Geliri giderine denk	199	71,4	6,00	72,00	9,00
Geliri giderinden fazla	4	1,1	5,50	77,00	3,50
Test İstatistiği; χ^2 ; p			1,259;0,533	3,100;0,212	4,790;0,091
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	38	13,6	6,50	73,00	8,00
Çalışmıyor	242	86,4	6,00	71,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			0,071;0,943	1,101;0,271	1,208;0,277
Çocukluk döneminde travmatik deneyim					
Var	66	23,6	7,50	67,00	10,00
Yok	214	76,4	5,00	72,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			1,636;0,102	1,369;0,171	1,691;0,091
Yaşam boyunca en az 1 kez travmatik bir deneyim					
Var	54	19,3	8,00	69,50	10,00
Yok	226	80,7	5,00	72,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			1,750;0,080	0,512;0,608	1,105;0,269
Aile içi şiddet yaşama durumu					
Var	8	2,9	10,50	63,00	16,50
Yok	272	97,1	6,00	71,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			2,688; 0,007	1,923;0,054	2,596; 0,009

Mann Whitney U non parametrik test;Kruskal Wallis non parametrik test

Çalışmada yer alan bireylerin yaş, eğitim durumu, aile yapısı, gelir durumu, çalışma durumu, çocukluk döneminde travmatik deneyim, yaşam boyu en az 1 kez travmatik deneyim varlığı ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puanları ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı.

Aile içi şiddet yaşayan kadınların Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puan ortancası 10,50, aile içi şiddet yaşamayan kadınların ilgili puan ortancası 6,00 olarak hesaplandı. Aile içi şiddet yaşama durumu bazında kadınların Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,007$) (Tablo 6.9).

Aile içi şiddet yaşayan kadınların EDSÖ puan ortancası 16,50, aile içi şiddet yaşamayan kadınların ilgili puan ortancası 9,00 olarak hesaplandı. Aile içi şiddet yaşama durumu bazında kadınların EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p=0,009$). Aile içi şiddet yaşayan kadınların EDSÖ puanları aile içi şiddet yaşamayan kadınlara nazaran daha yüksek saptandı (Tablo 6.9).

Araştırmaya Katılan Kadınların Obstetrik Özellikleri ile Ölçek Puanları Ortalamasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri ile ASB, ÇBASÖ, EDSÖ puanları ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 6.10) incelendi.

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.10'da sunuldu.

Tablo 6.10. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=280)

Obstetrik özellikler	Sayı (n) Ort ± SS	Yüzde (%) Ortanca	ASB Ortanca	ÇBASÖ Ortanca	EDSDÖ Ortanca
Gebelik Şekli					
Normal gebelik	264	94,3	6,00	71,00	9,00
Tedavi gebeliği	16	5,7	6,00	70,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			0,155;0,877	0,194;0,846	0,022;0,982
Gebelik döneminde algılanan sağlık sorunu varlığı					
Evet	27	9,6	9,00	71,00	12,00
Hayır	253	90,4	6,00	71,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			2,183;0,029	0,397;0,691	2,513; 0,012
Gebelik sayısı					
İlk gebelik	231	82,5	6,00	72,00	9,00
2. gebelik	39	13,9	6,00	70,00	7,00
3 ve üzeri	10	3,6	8,00	63,00	9,50
Test İstatistiği; χ²; p			1,552;0,460	1,853;0,396	1,021;0,600
Doğum şekli					
Normal doğum	169	60,4	5,00	71,00	9,00
Planlı sezaryen	21	7,5	6,00	67,00	7,00
Acil sezaryen	90	32,1	7,00	71,50	9,00
Test İstatistiği; χ²; p			1,528;0,466	0,178;0,915	3,569;0,168
Doğumda uygulanan anestezi şekli					
Yok	167	59,6	5,00	71,00	9,00
Genel	22	7,9	7,50	66,50	10,00
Epidural/Spinal	91	32,5	6,00	72,00	9,00
Test İstatistiği; χ²; p			1,947;0,378	2,691;0,260	3,229;0,199
Bebeğin beslenme şekli					
Anne sütü	202	72,1	5,00	71,00	9,00
Anne sütü-mama	74	26,8	6,00	72,00	9,00
Mama	3	1,1	15,00	58,00	16,00
Test İstatistiği; χ²; p			9,048; 0,011	0,397;0,820	4,617;0,099

*denek yetersizliği sebebiyle test istatistiği verilemez. Mann Whitney U non parametrik test;Kruskal Wallis non parametrik test

Çalışmaya katılan bireylerin gebelik şekli, gebelik sayısı, doğum şekli, doğumda uygulanan anestezi şekli, doğumdan sonra bebeğini ilk bir saat içerisinde emzirme varlığı bazında ASB, ÇBASDÖ. EDSDÖ puanları ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı.

Bebeğin beslenme şekli bazında Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p=0,011$). Bebeğin beslenme şekli bazında anlamlı çıkan değişkenlere ait yapılan ikili karşılaştırma testinde farklılığı yaratan grupların yalnızca anne sütü ve yalnızca mama ile besleyen annelerden olduğu belirlendi ($p=0,018$) (Tablo 6.10).

Çalışmada yer alan kadınlardan gebelik döneminde algılanan sağlık sorunu yaşayanların EDSDÖ puan ortancası 12.00, gebelik döneminde algılanan sağlık sorunu yaşamayan kadınların EDSDÖ ortancası 9.00 olarak belirlendi. Gebelik döneminde sağlık sorunu yaşama durumu bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p=0.012$). Gebelik döneminde algılanan sağlık sorunu yaşayan kadınların diğer kadınlara göre EDSDÖ puanları daha yüksek bulundu (Tablo 6.10).

Araştırmaya Katılan Kadınların Doğum Süreci Özellikleri ile Ölçek Puanları Ortalamasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların doğum süreci özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puanları ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 6.11) incelendi.

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum süreci özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.11’de sunuldu.

Tablo 6.11. Katılımcıların Doğum Süreci Özellikleri ile ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=280)

Özellik	Sayı (n) Ort ± SS	Yüzde (%) Ortanca	ASB Ortanca	ÇBASDÖ Ortanca	EDSDÖ Ortanca
Yapılan uygulamalarda onay alınma durumu					
Evet	219	78,2	6,00	72,00	9,00
Hayır	61	21,8	7,00	68,50	10,00
Test İstatistiği; Z; p			1,775;0,076	1,442;0,149	1,105;0,269
Travay süresince yapılan toplam muayene sayısı					
5 kere ve altı			6,00	71,00	9,00
5 üzeri			7,00	72,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p	6,39 ± 6,19	4,50	0,400;0,689	0,621;0,535	0,590;0,555
Yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılma durumu					
Evet	206	73,6	6,00	71,00	9,00
Hayır	74	26,4	5,50	71,50	8,00
Test İstatistiği; Z; p			0,973;0,330	1,095;0,273	2,086; 0,037
Mahremiyete özen gösterme durumu					
Evet	227	81,1	6,00	72,00	9,00
Hayır	53	18,9	7,00	69,00	10,00
Test İstatistiği; Z; p			1,791;0,073	0,650;0,516	1,357;0,175
Sağlık personeli tarafından saygılı davranma durumu					
Evet	242	86,4	6,00	71,00	9,00
Hayır	38	13,6	7,00	70,00	9,50
Test İstatistiği; Z; p			1,202;0,230	0,760;0,448	0,756;0,450
Doğumdan sonra annede yaşanan sağlık sorunu varlığı					
Evet	4	1,4	9,50	80,50	11,50
Hayır	276	98,6	6,00	71,00	9,00
Test İstatistiği; Z; p			0,889;0,374	1,984; 0,047	0,685;0,493

Mann Whitney U non parametrik test;Kruskal Wallis non parametrik test

Çalışmaya katılan bireylerin yapılan uygulamalarda onay alınma durumu, travay süresince yapılan toplam muayene sayısı, yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılma durumu, mahremiyete özen gösterme durumu, sağlık personeli tarafından saygılı davranma durumu bazında ASB, ÇBASDÖ, EDSDÖ puanları ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6.11).

Doğum sonrası annede yaşanan sağlık sorunu varlığı bazında ÇBASDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p=0,047$), Annede sağlık sorunu görülenlerin ÇBASDÖ puan ortancası 80,50, sağlık sorunu görülmeyenlerin ilgili puan ortancası 71,00 olarak hesaplandı. Annede sağlık sorunu görülenlerin ÇBASDÖ puanları daha yüksek saptandı (Tablo 6.11).

Kadınlara “Yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılma durumu” maddesi yönlendirildiğinde; evet cevabı verenlerin EDSÖ puan ortancası 9.00, hayır cevabı verenlerin 8.00 olarak hesaplandı. “Yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılma durumu” maddesi bazında EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.037$). Kadınlara “Yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılma durumu” maddesi yönlendirildiğinde; evet cevabı verenlerin EDSÖ puanları diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.11).

Katılımcıların Akut Stres, Sosyal Destek ve Depresif Belirti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırmada kullanılan akut stres, depresyon ve sosyal destek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları (Tablo 6.12)’de ve ASB, ÇBASDÖ, EPDSÖ puanlarına ait istatistik sonuçları (Tablo 6.13)’de incelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan akut stres, depresyon ve sosyal destek puanları arasında ki korelasyon analizi sonuçları Tablo 6.12’de sunuldu.

Tablo 6.12. ASB, ÇBASDÖ ve EDSDÖ arası korelasyon analizi

Ölçekler	Spearman Rho İlişki Katsayısı	p
Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği* Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	-0,195	<i>0,001</i>
Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği* Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	0,572	<i><0,001</i>
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği * Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	-0,290	<i><0,001</i>

-Korelasyon analizi

Çalışmada yer alan bireylerin Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları azalırken, Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puanlarının arttığı belirlendi (**p=0,001**, rho:-0,195). (Tablo 6.12).

Kadınların Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puanları ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Kadınların Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puanları artarken, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının arttığı belirlendi ($p<0.001$, rho:0.572) (Tablo 6.12).

Çalışmada yer alan kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bireylerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanları artarken, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının azaldığı belirlendi ($p<0.001$, rho:-0.290) (Tablo 6.12).

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum sonrası 1. Ay da yapılan değerlendirmede; Araştırma kapsamına alınan ASB, ÇBASDÖ, EPDSÖ ölçeği puanlarına ait istatistikler Tablo 6.13’de sunulmuştur.

Tablo 6.13. Katılımcıların Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

Ölçekler	Ort ± SS	Ortanca	Min; Max
Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği	6,87 ± 5,05	6,00	0; 25
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	9,29 ± 5,51	9,00	0;30
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	68,49 ± 12,37	71,00	26; 84
Özel İnsan alt boyutu	25,54 ± 4,16	28,00	4; 28
Aile alt boyutu	24,93 ± 4,75	27,00	4; 28
Arkadaş alt boyutu	18,01 ± 7,87	19,00	4; 28

Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puan ortalaması $6,87 \pm 5,05$, kadınların %45’inin (n=126) ortalamanın üstünde puan aldığı ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalaması $9,29 \pm 5,51$ olduğu, %23,2 (n=65) depresif belirti gösterdiği saptandı. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması $68,49 \pm 12,37$, kadınların %42,1 (n=118) ortalamanın altında puan aldığı; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından olan Özel insan alt boyut puan ortalaması $25,54 \pm 4,16$, Aile alt boyutu puan ortalaması $24,93 \pm 4,75$ ve Arkadaş alt boyutu puan ortalaması $18,01 \pm 7,87$ olduğu saptandı (Tablo 6.13).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü, doğumdan sonra ilk yıllarda görülen psikiyatrik sorunları, anne ölümünün önemli dolaylı bir nedeni olarak sıralamaktadır. Anne sağlığı, gelecek nesillerin sağlıklı yetişmesi ve toplum sağlığının gelişmesi açısından son derece önemlidir. Doğum kadınların yaşamlarındaki en önemli deneyimlerinden biridir ve doğum sonrası dönem psikolojik sağlık açısından en kırılgan dönemlerden biridir. Neredeyse yüz yıl kadar öncesine kadar anneler kanama ve enfeksiyonlardan kaybedilmekteydi. Bilimdeki ilerlemeler sayesinde kanama ve enfeksiyonlar ciddi anlamda önlenerek, doğum sonrası dönemde anne ölüm oranları oldukça azalmıştır. Bilimsel ilerlemelerle günümüzde önlenemeyen önemli bir anne ve bebek kaybı sebebi, doğum sonrası dönemde annelerin yaşadıkları psikiyatrik sorunlar nedeniyle görülen suisid ve infantisidlerdir. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar anne, bebek ve ailesini olumsuz etkilemekte olup, her 5 kadından 1'ini etkilemesi ve bu hastalıklara sahip her 10 kadından 7'sinin tedavi alamaması yönüyle önemli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (Stramrood ve Slade 2017; Kendall-Tackett, 2015). Bu nedenle doğum sonrası dönemde psikolojik sorunların erken dönemde fark edilmesi anne ve bebeğinin hem içinde buldukları dönem hem de gelecek yaşamlarına olan yansımaları nedeniyle oldukça önemlidir. Bu bağlamda bu araştırma, doğum sonrası 1. ayda maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda annelerin çoğunluğunun genç olması ($24,75 \pm 4,75$), eğitim yılının büyük çoğunluğunun ilkökul seviyesinde olması ($8,62 \pm 4,06$) (Aksakallı ve ark., 2012; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Arslantaş ve ark., 2009; Dayan, 2019; Demiröz ve Taştan, 2018; Durukan ve ark., 2011), büyük çoğunluğunun çalışmaması (%86,4) (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Arslantaş ve ark., 2009; Dayan, 2019; Demiröz ve Taştan, 2018; Durukan ve ark., 2011) ve çoğunluğunun çekirdek aileye sahip olması (%62,1) (Aksakallı ve ark., 2012; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Arslantaş ve ark., 2009; Dayan, 2019; Efe ve ark.,

2009) doğum sonu dönemde ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda bireylerin Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği puan ortalaması $6,87 \pm 5,05$ olduğu ve kadınların %45'inin (n=126) ortalamanın üstünde puan aldığı belirlendi. Literatürde doğum sonrası dönemde annelik hüznü ve doğum sonrası depresyona yönelik sayısız çalışma olduğu (Meltzer-Brody ve ark., 2018; Lorén-Guerrero ve ark., 2018; Yılmaz, 2016; Bell ve Andersson, 2016) travmatik doğum deneyiminin etkilerini inceleyen doğum sonrası 2 aydan itibaren travmatik stresi değerlendirmeye yönelik çalışmalarında artmaya başladığı (Ayers 2017; Dikmen ve ark., 2017a; İşbir ve ark., 2016) görülürken, doğum sonrası erken dönemde akut stres düzeyinin değerlendirildiği sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür. İsviçre'de doğum sonrası maternal akut stres düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada; doğum sonrası 1, 2 ve 3. haftada yapılan değerlendirmelerde, 1. haftada en yüksek olan akut stres düzeyinin 2. haftada daha düşük olduğu, 3. haftada daha da düştüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada 1. haftada akut stres düzeyi yüksek olan kadınların puanlarının daha yavaş düştüğü belirlenmiştir (Stadlmayr ve ark., 2007). Bazı çalışmalarda kadınların üçte biri doğumlarını travmatik olarak değerlendirirken (Olde ve ark., 2006; Frickberg-Middleton, 2015) bazılarında ise kadınların yarıdan fazlası doğumlarını travmatik olarak değerlendirmektedir (Garthus-Niegel ve ark., 2014; Modarres ve ark., 2012). Bu çalışmada kullanılan ASB ölçeği APA tarafından DSM-V'de 2013 yılında yayınlanmış, ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aşçıbaşı ve ark., (2017) tarafından yapılmış yeni bir ölçektir. Bu nedenle çalışmamızla karşılaştırabileceğimiz travmatik doğumun etkilerinden kaynaklanan doğum sonu erken dönemde akut stres belirtilerini değerlendiren yeterli literatür bilgisi olmadığından, travmatik stres düzeyini değerlendiren diğer çalışmalar ile karşılaştırma yapılmıştır. Grekin ve O'Hara (2014) doğum sonrası klinik TSSB oranını %3,1 yüksek riskli grupta %15,7, Dikmen ve ark., (2017c) 6. haftada %4, yüksek riskli grupta ise %18,5, Dekel (2017) %4,6-%6,3, Andersen ve ark., (2012) 1-3 ay arasında %1,3-2,4, De Schepper ve ark., (2016), doğum sonu 6. haftada %13-20 olarak bildirmektedir. Bizim çalışmamız yalnızca öz bildirime dayalı olup, klinik tanı olarak

değerlendirme yapılmamıştır. Çalışmamızda kadınların %45'inin ortalama üzerinde değer aldığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda kadınların %23,6'sının çocukluk döneminde travmatik deneyim yaşadığı, yetişkinlik döneminde ise bu oranın %19,3 olduğu ve travma öykülerinin akut stres düzeyini etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Andersen ve ark., (2012) geçmişte yaşanan travmatik yaşam olayları travmatik strese yatkınlığı arttırdığını, Söderquist ve ark., (2009) yaptığı çalışmada TSSB ve depresyon açısından bireyin daha öncesinde yaşamış olduğu travmatik olay varlığı risk faktörü olduğunu bildirmektedir.

Ülkemizde doğum sonu dönemde sosyal desteğin incelendiği çalışmalarla sosyal destek puan ortalaması Mermer ve ark., (2010) $65,75\pm 14,06$, Timur ve Şahin'in (2010) $64,25\pm 16,69$ olarak bildirmektedir. Bizim çalışma bulgularımızda sosyal destek puan ortalamasının ($68,49\pm 12,37$) benzer olduğu görüldü. Çalışmamıza katılan kadınların %86,4'ü doğumlarında sağlık personelinin kendisine saygılı davrandığını, %81,1 doğumu süresince mahremiyetini özen gösterildiğini belirtmiştir. Sosyal destek, bireyin sağlığını doğrudan olumlu olarak etkilemekte ve stres oluşturacak yaşam olaylarının zararlı etkilerini azaltarak ruh sağlığını korumaktadır (Güleç ve ark., 2014). Bu sonuçlar göstermektedir ki bireylerin geçmişte travma öyküsü olsa dahi, buna karşın algılanan sosyal desteğin ve sağlık personelinin olumlu tavrının travmatik stresten koruyucu olabileceği düşünülmektedir. Ford ve Ayers (2011) ise sosyal desteğin travmatik doğum olaylarına karşı potansiyel olarak tampon görevi gördüğünü bildirirken doğum sırasında verilen desteğin doğum travması riskini azalttığı ve doğum sonu dönemde travmatik stres tepkilerini de azalttığı bildirilmektedir (Ayers, 2017; Ford ve Ayers, 2009). Nitekim bizim ülkemizde kültürel olarak doğum sonrası sosyal destek yaygın olduğundan, sosyal desteğin doğum sonrası erken dönemde travmatik stres açısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde yer alan doğum sonrası 6 ay ve sonrasında yapılan diğer çalışmalarda (De Schepper ve ark., 2016; Zambaldi ve ark., 2011) geniş ailede yaşama ve ekonomik durumun yetersiz olmasının doğum sonrası dönemde kadınların travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Meltzer-Brody ve ark., (2018) yaptığı çalışmada düşük gelirin, genç yaşta anne olmanın, eğitim düzeyinin düşük olmasının doğum sonu dönemde travmatik stres ve doğum sonu depresyonu arttırdığını, Lin ve ark., (2019) düşük gelirin Keser Özcan ve ark., (2017) düşük eğitimin depresif belirti düzeyini artırdığını bildirirken, Durukan ve ark., (2011) yüksek eğitim ve yüksek gelir düzeyinin depresyon açısından korucu olduğu bildirmektedir. Literatürde aksine çıkan sonuçlarda mevcuttur; İşbir ve ark., (2016) sosyo-demografik değişkenlerin travmatik stres ile ilişkilendirilmediğini, Sayın'ın (2016) çalışma durumu ve aile tipinin, yaşın ve eğitimin doğum sonrası depresyon açısından anlamlı fark bulunmadığını yalnızca ekonomik durum yetersizliğinin doğum sonu depresyonu arttırdığı bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışma da travmatik stres gelişimi eğitim düzeyi ve annenin çalışma durumu ile ilişkilendirilmiştir (Çelik, 2018). Bizim çalışmamızda ise çalışma durumu, aile yapısı ve ekonomik durumun, yaş ve eğitim düzeyinin akut stres düzeyini, doğum sonu depresyonu ve sosyal desteği etkilemediği belirlendi. Literatürden farklı olarak belirlenen bu bulgunun, araştırmanın doğum sonu 1. ayda yapılmasından ve bu dönemde henüz anne ve bebek arasındaki ilişkinin duygusal yoğunluğundan dolayı dış stresörlerin ikinci planda hissedilebileceği ile ilintili olabileceği düşünülmektedir.

Doğum sonu depresyon mortalite ve morbitide oranı yüksek olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Tedavisi yapılmadığı durumlarda bireyin yaşam kalitesini düşürmekte kronik ve ilerleyici bir hastalık olarak sorun yaratmaktadır (Efe ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda kadınların depresif belirti düzeyi puan ortalaması $9,29 \pm 5,51$ olduğu ve %23,2 (n=65) depresif belirti gösterdiği saptandı. Yapılan diğer çalışmalarda Keser Özcan ve ark., (2017) %23,8, Efe ve ark., (2009) %23,4, Kolukırık ve ark., (2018) %24,7 ile benzer oranda olduğu görülürken, bu oranın daha yüksek olduğu bildirilen Ege ve ark., (2008) %33,2, Yıldırım ve ark., (2011) %51,3,

Demiröz ve Taştan (2018) %47,3 çalışma sonuçları ile birlikte daha düşük oranların bildirildiği çalışmalarında olduğu; Durukan ve ark., (2011) %15, Gaillard ve ark., (2014) %16,7, Sayın (2016) %6,8 görüldü. Bizim sonuçlarımız literatür de bildirilen çoğu çalışma ile paralellik göstermektedir. Bununla birlikte bizim çalışmamızdan daha yüksek ya da daha düşük oranların olduğu çalışmaların olmasının araştırmaların yürütüldüğü örneklem gruplarının özelliklerinin ve doğum sonrası farklı zaman dilimlerinde yürütülmüş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Doğum, kadınlarda psikiyatrik hastalıkların başlangıcı açısından güçlü bir tetikleyicidir (Meltzer-Brody ve ark., 2017). Doğum sonrası dönemin çoklu psikiyatrik bozukluklar açısından riskin artması ile ilişkili olduğu da vurgulamaktadır (Howard ve ark., 2014; Jones ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda bireylerin akut stres puanları ile depresif belirti puanları arasında pozitif yönlü ve doğrusal, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$). Bireylerin akut stres puanları artarken depresif belirti puanları da arttığı görüldü. Bizim çalışmamızla benzer şekilde doğum sonu 1. ayda yapılan Söderquist ve ark., (2009) travmatik stres ve depresyon arasındaki ilişki sonucunun bizim çalışmamızla benzer olduğu görüldü. Literatürde doğum sonu depresyon ve travmatik stres arasında ki ilişkiyi kanıtlayan diğer çalışmaların da (Parfitt ve Ayers, 2009; Söderquist ve ark., 2009; Iles ve ark., 2011; Howard, 2014; Grekin ve O'Hara, 2014) çalışma sonucumuzla benzer olduğu görüldü.

Çalışmada yer alan kadınların sosyal destek puanları ile depresif belirti puanları arasında negatif yönlü ve doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların sosyal destek puanları azaldıkça depresif belirti puanlarının arttığı belirlendi. Bizim araştırmamıza benzer şekilde literatürde incelendiğinde sosyal desteğin depresyondan koruyucu olduğunu bildiren pek çok çalışma olduğu görüldü (Dayan, 2019; Lin ve ark., 2019, Yıldırım ve ark., 2011; Çalık ve Aktaş, 2011, Şen ve ark., 2012; Sayın, 2016). Doğum sonu dönem oldukça kırılgan bir dönem olduğundan ve kadın açısından desteğe normalden çok daha fazla ihtiyaç duyulan bir dönemdir. Bu dönemde pozitif desteğin varlığı depresyondan koruyucu görev görür.

Çalışmada yer alan bireylerin akut stres puanları ile sosyal destek puanları arasında negatif yönlü ve doğrusal istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bireylerin sosyal destek puanları azaldıkça akut stres puanlarının arttığı belirlendi ($p=0,001$). Vossbeck ve ark., (2014) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak sosyal desteğin travmatik stresi etkilemediğini saptamıştır. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda ise (Güdücü ve ark., 2013; Aydın ve Yıldız, 2018; Andersen ve ark., 2012; Ayers ve ark., 2016; İsbir ve İnci., 2014) bizim çalışmamıza benzer şekilde doğum sonu dönemde sosyal desteğin travmatik stresi azalttığı bildirilmektedir. Gebelik ve doğum sosyal desteğe en çok ihtiyaç duyulan dönemlerden biridir. Doğum anında algılanan sosyal desteği kadın tarafından kontrolü arttırdığı ve ve kaygıyı azalttığı (Ford ve Ayers., 2009) gebelik döneminde alınan sosyal desteğin doğum sonu görülecek travmatik yanıtları da azalttığı, özellikle doğum sonu dönemde yeterli eş desteğinin doğum sonu dönemde travma belirtilerini azalttığı bildirilmektedir (İsbir ve İnci., 2014). Sağlık çalışanlarının da doğumda ve doğum sonu dönemde destek eksikliği doğumla ilgili travmatik stres nedenidir (Dikmen Yıldız ve ark., 2017a). Bu nedenle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınlara en yakın sağlık personeli olan ebelerin, kadınlara sürekli destekleyici tutum sergilemesi ve ayrıca sosyal destek eksikliği olan kadınları daha yakından takip etmesi gerekmektedir.

Bizim çalışmamızda aile içi şiddet yaşayan kadınların akut stres puanlarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,01$). Bizim bu çalışma bulgumuzun literatürde yer alan diğer çalışma (Kendall-Tackett, 2015; O'Donovan ve ark., 2014) bulgularına paralel olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda aile içi şiddet yaşamının depresif belirti puanlarını da istatistiksel olarak anlamlı olarak artırdığı saptandı ($p<0,01$). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Arslantaş ve ark., (2009) yaptığı çalışmada eş şiddetinin doğum sonu depresyon yaşama riskini arttırdığını, Poçan ve ark., (2013) aile içi şiddetin doğum sonu depresyonu riskini arttırdığını, Demir ve ark., (2016) aile içi şiddetin doğum sonu depresyonu 3 kat arttırdığını bildirmektedir. Aile içi şiddetin kadınların depresif belirtilerini artırması beklendik bir durumdur. Kadın yaşamında en eşsiz deneyimlerden biri olan

doğum ve doğum sonu dönemde çoklu travmatik deneyimlerin depresyon gelişimini tetiklemesi kaçınılmazdır.

Bu çalışmada gebelik döneminde sağlık sorunu yaşayan kadınların depresif belirti puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde literatürde (Urizar ve ark., 2019; Lin ve ark., 2019; Fogarty ve ark., 2019) gebelik döneminde yaşanan stresin doğum sonrası dönemde de kadınları olumsuz etkileyemeye devam ettiği bildirilmektedir. Gebelik döneminde sağlık sorunu varlığı durumunda annenin depresif belirtilerinin daha fazla olması beklendiği bir durumdur. Ancak bu annelerin riskli grup olarak doğum sonu dönemde özellikle psikolojik iyilikleri gözetilerek daha yakından izlenmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Gebelik veya doğum sırasında ortaya çıkan obstetrik komplikasyonlar doğum sonu psikiyatrik hastalıklar ile ilişkilendirilmektedir (Meltzer-Brody ve ark., 2017). Dikmen Yıldız ve ark., (2017a) psikolojik ihtiyaçları olan kadınları belirlemek ve sorunların kronikleşmesini önlemek için etkili perinatal tarama yapılmasını tavsiye etmektedir. Bell ve ark., (2016) doğum sonu görülen depresyonun anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilediğini, Abdolhohpour ve ark., (2017) gebelik komplikasyonlarının doğum sonu dönemde travmatik stres ile doğrudan ilgili olduğu bildirmektedir. Literatürde gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunlarının ve doğumda yaşanan obstetrik müdahalelerin TSSB gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (Andrsen ve ark., 2012; Aydın ve Yıldız., 2018; Dikmen Yıldız ve ark., 2017a; Horsch ve ark., 2017; De Schepper ve ark., 2016; Ford ve ark., 2010; Ayers, 2014). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunlarının akut stres düzeyini etkilemediği görüldü. Bu farklılığı araştırmaların yapıldığı örneklem gruplarının özellikleri ve araştırmaların doğum sonu farklı zamanlarda yürütülmüş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelik şekli, gebelik sayısı, doğum şekli ve doğumda uygulanan anestezi şekli ile akut stres puanı, sosyal destek puanı ve depresif

belirti puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Sayın (2016) yaptığı çalışmada doğum şekli, gebelik sayısı, gebe kalma şekli, doğumda uygulanan anestezi yöntemi açısından doğum sonu depresyon arasında ilişki olmadığını bildirmektedir. Hergüner ve ark., (2014) yaptığı çalışmada da doğum şeklinin doğum sonu depresyon ve sosyal destek açısından etkisi olmadığını, Aksakallı ve ark., (2012) ve Öztürk (2014) yaptıkları çalışmalarda sosyal destek ile doğum şekli arasında fark olmadığını saptamıştır. Bizim çalışmamıza yine benzer şekilde Güdücü ve ark., (2013) normal doğum ve sezaryen arasında travmatik stres açısından fark bulunmamıştır. Garthus-Niegel ve ark., (2014) ise sezaryen olmak isteyen ancak normal doğum yapan kadınlarda travmatik stres görülme oranını daha yüksek bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda doğum şekli akut stres düzeyini etkilemediği belirlenmesine rağmen, doğum sürecinde üzülmelerine neden olanlar sorulduğundan en sık gelen yanıtın “acil sezaryen olmak” yanıtı olduğu belirlenmiştir. Bizim bu çalışma bulgumuza benzer şekilde Andersen ve ark., (2012) acil sezaryen olanlarda travmatik stresin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Acil sezaryen olan kadınlarda doğum sonrası dönemde daha fazla travmatik stres düzeyinin daha yüksek olduğu literatürde yer alan diğer çalışmalarda da (Çelik, 2018; Durukan ve ark., 2011; Aydın ve Yıldız, 2018; Ayers ve ark., 2016; Ford ve ark., 2010; Abdollohpour ve ark., 2017) görülmüştür.

Aktaş ve Pasinlioğlu (2017) ebeğin empatik yaklaşımının doğum sonu dönemde kadının göstereceği travmatik stres belirtileri ve depresif belirtileri azaltıcı etkisi olduğunu bildirmektedir. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı bulgular olmasının çalışmaya alınan kadınların çoğunluğunun yapılan uygulamalardan önce onay alınması ve sağlık personeli tarafından saygılı davranıldığını belirtmesi, kadının doğum esnasında izlenecek süreç hakkında bilgi sahibi olup onayının alınması, sağlık çalışanlarının olumlu tutumunun etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada yer alan kadınların doğumdan sonra bebeğini emzirme zamanının, akut stres, sosyal destek ve depresif belirti puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı

olarak, Cook ve ark., (2018) annenin bebeğini yeteri kadar emzirmemesi travmatik stresle ilişkili bulunmuştur. Aslan (2016) emzirmenin erken başlatılması ve sürdürülmesi doğum sonu depresyon oluşumunun kontrolünde yardımcı olacağı bildirirken, Akman ve ark., (2007), Annagür, (2013) ve Borra ve ark., (2015) emzirme ile depresyon arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Literatür de bu konu hakkında birbirinden farklı sonuçlar vardır. Bizim çalışmamızda bu bulgunun istatistiksel olarak anlamlı olmaması, çalışmaya doğum sonu yoğun bakıma giden bebeklerin dahil edilmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada bebeğini yalnızca anne sütü ile besleyen kadınların akut stres puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$). Emzirmenin anne ve bebek sağlığı açısından faydaları literatürde sayısız çalışmada kanıtlanmıştır (Wouk ve ark., 2017; Chowdhury ve ark., 2015; Adedinsewo ve ark., 2014). Literatürle uyumlu şekilde bu çalışmada, doğum sonrası dönemde bebeklerini yalnızca anne sütüyle besleyen annelerin diğer annelere göre akut stres puanlarının daha düşük olduğu bulgusu literatürle uyumludur. Ebeler doğum sonu dönemde kadınlara en yakın sağlık personeli olarak, doğum sonu dönemde emzirme konusunda, annelere yalnızca bebeklerinin sağlıkları ve gelişimleri açısından değil, kendi fiziksel ve psikolojik iyiliklerine de katkısı olduğu vurgusu yapılarak, emzirme desteklenmelidir. Emzirmenin özellikle ebeler tarafından desteklenmesiyle, kadınların doğum sonu ve sonraki dönemlerinde ciddi psikiyatrik sorunların gelişiminin önlenmesinde büyük katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada yer alan kadınların doğum süresince yapılan uygulamalar öncesinde onay alınması, travay süresince yapılan toplam muayene sayısı, yapılan muayenelerin birden fazla kişi tarafından yapılması, mahremiyete özen gösterme durumu, sağlık personeli tarafından saygılı davranma durumunun akut stres, sosyal destek ve depresif belirti puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Bizim çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğu (%78,2) yapılan uygulamalar öncesinde onay alındığını, kadınların çoğunluğu (%81) mahremiyetlerine özen gösterildiğini ve kadınların çoğunluğu

(%86,4) sağlık personelinin kendisine saygılı davrandığını belirtmiştir. Doğum esnasında kadınların sağlık çalışanlarından en büyük beklentileri; saygılı davranma, yapılan uygulamalarda bilgi verme ve karar sürecine katmadır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017). Kadın doğumu travmatik olarak algılar ise bu durum doğum sonu dönemde travmatik stres oluşmasına nedendir (Meltzer-Brody ve ark., 2017; Andersen ve ark., 2012). Sağlık çalışanından yeterli destek ve iyi iletişim hali kadında oluşacak travmatik stres düzeyini düşürür (Çelik, 2018). Olumsuz doğum deneyimi, doğum sonu depresyona (Bell ve Andersson, 2016) ve travmatik strese neden olduğu bildirilmektedir (Aydın ve Yıldız, 2018). Aktaş ve Pasinlioğlu (2017) çalışmasında primipar annelerin doğumları ile beklentilerinde doğum sürecinde yapılan uygulamalarda ebelerin kendilerini de karar sürecine katmalarını, onaylarının alınmasını, kendilerine saygılı davranılmasını ve bilgi verilmesi olduğu belirtilmiştir. Balde ve ark., (2017) de yaptıkları çalışmada kadınlar doğum esnasında uygulanan fundal bası hakkında kendilerinin onayının alınmadığını ve bu durum nedeni ile kendilerini fiziksel istimara uğramış ve doğumlarını olumsuz algıladıklarını belirtmişlerdir. Literatürde ayrıca doğum süresince yeterince desteklenmediğini hisseden (De Schepper ve ark., 2016; İşbir ve ark., 2016; Polachek ve ark., 2014), doğum süresince kendilerini yardımsız/çaresiz hisseden, olumsuz tavırlarla karşılaşan kadınların (Kendall-Tackett, 2015) travmatik stres yaşama oranının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Doğum süresince sağlık personelide, doğum sonrası dönemde travmatik stres gelişimini etkileyebilirken (De Schepper ve ark., 2016; Grekin ve O'Hara, 2014; Stramrood ve Slade, 2017), diğer yandan doğumda primer ebe desteği doğum sonrası kadınların iyiliğine katkı sunmaktadır (Thomson ve Downe, 2016). Ayrıca kadınların doğum bakımının algılanmasıyla ilişkili anne doyumunun ölçümünde, insan olarak değerli hissettikleri ve saygılı bakım ve iyi muamele gördüklerinde kadınların kendilerini iyi hissettiği bildirilmektedir (Berkiten ve Kömürcü, 2008; Gönenç, 2013; Üstgörül ve Yanıkkerem, 2017).

Bu çalışmada travay süresince kadınların çoğunluğunun (%73,6) birden fazla kişi tarafından vajinal muayene yapıldığını ve bu durumun depresif belirti puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0,05$). Bu

sonucun yüksek olması çalışmanın bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmasından ve travay da gebeleri takip eden asistan hekim sayısının fazla olmasından kaynaklandığını düşünülmektedir. Biz bu çalışmada maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladık. Bu çalışma esnasında gerek kendi çalışmalarımızdan gerek yapılan literatür taramasından çıkarılan en büyük ortak sonuç doğum sürecinde ekibin yeri ve kadın psikolojisinde ki etkisinin önemidir.

Doğumun travmatik olarak algılanmasının önüne geçilmesi ve olumlu bir deneyim olarak yaşanmasında, doğum sonu depresyonun önlenmesinde ekibin ve bu süreçte verilen sosyal desteğin öneminin vurgulandığı çalışmalar azımsanmayacak kadar çoktur (İşbir ve İnci, 2014; Güdücü ve ark., 2013; Ayers, 2014; Timur ve Hotun Şahin, 2010; Çelik, 2018; Aydın ve Yıldız, 2018; İşbir ve ark., 2016; De Schepper ve ark., 2016; Ayers ve ark., 2016; Ayers, 2017; Ford ve ark., 2010; Seng ve ark., 2011). Doğum her kadının yaşayabileceği aynı zamanda oldukça bireysel ve çok yönlü bir deneyimdir. Kadının doğumunu olumlu bir deneyim olarak yaşaması gelecekteki gebelikleri açısından da önemlidir (Nilsson ve ark., 2013). Doğum deneyimi, kadının doğum sonu dönemde vereceği psikolojik yanıtları etkiler ancak kadına sağlık çalışanlarından ve sosyal çevresinden verilecek desteğin doğum sonu dönemde de devam etmesi kadının ve bebeğinin sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bu aynı zamanda kadında görülecek olası psikiyatrik sorunların önlenmesi, erken dönemde fark edilmesi, ilerlemesinin önüne geçilmesi ve tedavisinin erken dönemde başlatılmasının sağlanması açısından son derece önemli bir faktördür.

Araştırma sonuçları:

- Çalışmamızın sonucunda araştırma kapsamına alınan kadınların akut stres puan ortalaması $6,87 \pm 5,05$, kadınların %45'inin (n=126) ortalamanın üstünde puan aldığı ve depresif belirti puan ortalaması $9,29 \pm 5,51$ olduğu, %23,2 (n=65) depresif belirti gösterdiği saptandı. Sosyal destek puan ortalaması $68,49 \pm 12,37$, kadınların %42,1 (n=118) ortalamanın altında puan aldığı saptandı.

- Çalışmaya katılan kadınlardan aile içi şiddet yaşayan, bebeğinin mama ile besleyen kadınların akut stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.
- Akut stres puanları ile depresif belirti puanları arasında pozitif yönlü, akut stres puanları ile sosyal destek puanları arasında negatif yönlü ilişki saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık personeli tarafından önlenemeyen nedenler arasında yer alan aile içi şiddet deneyimi olan kadınların doğum sonrası dönemde daha yakından izlenmelidir.
- Anne sütü ile beslenmenin desteklenerek, anne bebek bağlanması başta olmak üzere hem bebeğin hem de annenin emzirmenin fiziksel ve psikolojik katkılarından yararlanmaları desteklenmelidir. Anne sütü ile beslenemeyen bebeklerin daha yakından izlendiği gibi, emziremeyen annelerinde psikolojik iyilikleri daha yakından takip edilmelidir.
- Gebelik döneminde verilecek doğuma hazırlık eğitimleri kapsamında, kadınlar karşılaşabilecekleri doğum komplikasyonları hakkında bilgilendirilerek, gerektiğinde sezaryen ameliyatı olduklarında hayal kırıklığı yaşamaları önlenmeli ve doğum sonrası dönemde bu durumu normalize etmeleri desteklenmelidir.
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadınların psikolojik iyilikleri açısından en kırılgan dönemler arasında yer aldığından, özellikle doğum sonrası dönemde kadınların ve bebeklerinin yalnızca fiziksel durumları değil, psikolojik iyilik durumlarında, rutin olarak izlenmelidir. Risk grubunda yer alan kadınlara ev ziyaretleri yapılarak daha sık izlenmesi sağlanıp, gerektiğinde profesyonel destek almaları sağlanmalıdır.
- Özellikle doğum sonrasında kadınlar hastaneden taburcu olmadan, doğum deneyiminin nasıl olduğu hakkında doğum değerlendirmesi mutlaka yapılmalıdır. Sağlık personeli açısından tüm sürecin yolunda gittiği, komplikasyonsuz bir doğum, kadın açısından farklı nedenlerden ötürü travmatik olarak algılanmış olabilir. Beklentisinden farklı doğum deneyimi yaşadığını düşünen kadınların deneyimleri hakkında konuşması ve yeniden

anlamlandırması sağlanmalıdır. Bir diğer deyişle kadınların doğum sonrasında doğumlarıyla ilgili duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.

- Doğum sonrası dönemde kadınların kendileri ile benzer sorunları yaşayan diğer kadınlar ile bir araya gelerek destek gruplarının oluşturulması (örneğin; emzirme grupları, anne destek grupları) ya da sosyal ağlar üzerinden gruplar oluşturulması sağlanabilir.

8.KAYNAKLAR

Abdollahpour S, Mousavi SA, Motaghi Z, Keramat A, Khosravi A. Prevalance and risk factors for developing trumatic childbirth in Iran. *Journal of Public Health.* (2017); 25(3):275-280.

Adedinsewo DA, Fleming AS, Steiner M, Meaney MJ, Girard AW. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *J Hum Lact.* (2014); 30(1):102–109. doi: 10.1177/0890334413504244.

Akman C, Uğuz F, Kaya N. Postpartum-onset majör depression is associated with personality disorders. *Comprehensive psychiatry.* (2007); 48:343-347.

Aksakallı M, Çapık A, Ejder Apay S, Pasinlioğlu T, Bayram S. Loğusalarmın Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* (2012); 3(3):129-135. doi:10.5505/phd.2012.57441.

Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonataloji Tıp Dergisi.* (2017); 14(2):60-65.

Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GC. A prospective longitudinal study of the prevalance of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine.* (2010); 40:1849-1859. doi:10.1017/S0033291709992224.

Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği., Ankara; 2013.

Andersen LB, Melvaer LB, Vıdebech P, Lamont RF, Joergensen JJ. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* (2012); 91:1261-1271. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x.

Annagür A, Annagür B, Şahin A, Örs R, Kara F. Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeeding Medicine*. (2013); 8:53-57. doi: 10.1089/bfm.2012.0036.

Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *ADU Tıp Fakültesi Dergisi*. (2009); 10(3):13-22.

Aslan Y. Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Depresyon Riski İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Konya (Danışman: Prof. Dr. Ege E).

Aşçıbaşı K, Çökmüş Poyraz F, Aydemir Ö. DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formunu geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. (2017); 18(ek sayı.2):38-44. doi: 10.5455/apd.237985.

Aydın N, Yıldız H. Travmatik Doğum Deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*. (2018); 15(1):604-618. doi: 10.14687/jhs.v15i1.5175

Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*. (2014); 30:145-148.

Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth a meta-analysis and framework. *Psychological Medicine*. (2016); 46:1121-1134.

Ayers S. Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. (2017); 35(5):427-430.

Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezlerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (2006); 17 (4):243-251.

Balde MD, Bangoura A, Sall O, Soumalı AM, Vogel JP, Bohren MA. Perceptions and experiences of the mistreatment of woman during childbirth in health facilities in Guinea: A qualitative study with woman and service providers. *Reproductive Health*. (2017); 14(1)3.

Baysak E. Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve ilişkili etkenler. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Kaya B).

Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. (2016); 39:12-23.

Berkiten Ergin, A, Kömürcü N. Doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. 1. Basım. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti; 2008, p:57-115.

Bilgiç S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu İle Uyum Bozukluğunun Klinik Açıdan Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. Kaptanoğlu C).

Borra C, Lacocou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*. (2015); 19(4):897-907.

Calhoun F, Warren K. Fetal alcohol syndrome: historical perspectives. *Neurosci Biobehav Rev*. (2007); 31(2):168-171.

Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Martines J. Breastfeeding and Maternal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Paediatrica*. (2015); 104:96–113. doi: 10.1111/apa.13102.

Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. (2018); 225:18-31.

Cox JL, Holden JM. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry*. (1987); 150:782-786.

Çalık Yeşilçiçek K, Aktaş S. Depression in pregnancy: Prevalence, risk factors and treatment. *Current Approaches in Psychiatry*. (2011); 3(1):142-162. doi:10.1097/01.AOG.0000119222.40241.fb.

Çam O, Engin E. Anksiyete Bozuklukları. Engin E, eds. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, p: 275-92.

Çelik G. Doğum Şekline Göre Annelerde Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtileri Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Yücel Ç).

Dağ Karataş R. Cinsel Saldırı Mağdurlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. Eşsizoglu A).

Dayan G. Postpartum Depresyonda Maternal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Lefkoşa (Danışman: Prof. Dr. Çakıcı E).

De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn, Y, Raes F, Franck E, Care P. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*. (2016); 32: 87-92.

Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Med Bull Haseki*. (2016); 54:83-89. doi: 10.4274/haseki.2856.

Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol* (2017); Apr 11; 8:560. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00560.

Demiröz HP, Taştan K. The effects of perceived social support on postpartum depression. *J Surg Med*. (2018); 2(3):298-302. doi: 10.28982/josam.433898.

Dikmen Yıldız P, Ayers S, Phillips L. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*. (2017a); 55:29-37.

Dikmen Yıldız P, Ayers S, Philips L. Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4–6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*. (2017b); 221:238-245.

Dikmen Yıldız P, Ayers S, Philips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. (2017c); 208: 634-645.

Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Sefer A. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Med J*. (2011); 28:385-393. doi: 10.5174/tutfd.2010.04117.3.

Efe YŞ, Taşkın L. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc*. (2009); 10:14-20.

Ege E, Timır S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. (2008); 34(4):585-593.

Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Türk Psikologlar Dergisi*. (1995); 10(34):45-55.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (2001); 12(1):17-25.

Fogarty S, McInerney C, Stuart C, Hay P. The side effects and mother or child related physical harm from massage during pregnancy and the postpartum period: An observational study. *Complementary Therapies in Medicine*. (2019); February: (42):89-94.

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. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.07.009.

Ford E, Ayers S, Bradley R. Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *J Anxiety Disord*. (2010); 24(3):353–9. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.008.

Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with trauma history and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*. (2011); 26:1553–1570. doi: 10.1080/08870446.2010.533770.

Frickberg- Middleton EJ. Without country or kin: how a fragile existence influences birth trauma perception and responses in Mexican immigrant mothers. University Of California, Doktora Tezi, 2015, San Francisco.

Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*. (2014); 28(2):341-346.

Garthus Niegel S, Soest TS, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. (2014); 14:191.

Gönenç İM. Doğum Ağrısının Yönteminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Terzioğlu F).

Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. (2014); 34:389-401.

Güçlü OG, Arslan Ö, Erkıran M, Gedikbaşı A. Fetal Anomali Nedeniyle Terminasyon Uygulanan Kadınlarda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Travma Donrası Stres Bozukluğu İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. (2013); 50(XX). doi: 10.4274/npa.y6377.

Güdücü N, Kayan BÖ, İşçi H, Başgül Yiğiter A, Dünder İ. Sezeryan ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Posttravmatik Stres Bozukluğu. *JOPP Derg*. (2013); 5(3):114-117. doi: 10.5222/JOPP.2013.114.

Güleç D, Öztürk S, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. (2014); 24 (1):36-41.

Gürber S, Baumeler L, Grob A, Surbek D, Stadlmayr W. Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* (2017); Aug; 215:68-74.

Hall MF. How to help women at risk for acute stress disorder after childbirth. *Nurs Womens Health.* (2014); Dec;18(6):49-54.

Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* (2014); 27:15-20. doi: 10.5350/DAJPN2014270102.

Herman JL. *Travma ve İyileşme.* İstanbul: Literatür Yayınları 4. Baskı; 2016.

Horsch A, Vial Y, Favrod C, Harari MM, E Blackwell S, Watson P, Iyadurai L, B Bonsall M, A Holmes E. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proff-of-principle randomized controlled study. (2017); 94:36-47.

Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgram J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* (2014); 384:1775-1788.

Iles J, Slade P, Spiby H. Postpartum stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders.* (2011); 25:520-530. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.12.006.

Imsiragić AS, Begić D, Martić-Biocina S. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery--observational, comparative study. *Coll Antropol.* (2009); Jun; 33(2):521-7.

İşbir GG, İnci F. Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *KASHED.* (2014); 1(1):29-40.

İşbir GG, İnci F, Bektas M, Dikmen Yıldız P, Ayers S. Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery.* (2016); 41:96-103. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.016.

Jones LS, Chandra P, Dazzan P, M Howard L. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Perinatal mental health* 2. (2014); 384:1789-1799. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.

Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*. (2007); 21:164-175.

Keltner NL, Hilyard Schwecke L, Bostrom, CE. Anxiety-Related, Somatoform, and Dissociative Disorders. Carol E, H. Schwecke L, eds. *Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby; 2007, s:412-441).

Kendall-Tackett K. Birth Trauma: The Causes and Consequences of Childbirth-Related Trauma and PTSD. Barnes D, eds. *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. Springer Publishing., Switzerland. (2015).

Keser Özcan N, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. (2017); 31:420-428. doi: 10.1016/j.apnu.2017.04.006.

Koçak DY. Büyükkayacı Duman N. Postpartum Depresyon ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Literatür Sempozyum*. (2016); 9:21-26.

Kolukırcık Ü, Şimşek H, Ergör A. Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. (2018); 33(1)1-8. doi: 10.5505/deutfd.2019.30092.

Köroğlu, E. *Klinik Psikiyatri*, 2 Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2015.

Lin PY, Chiu TH, Ho M, Chang JPC, Su KP. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. (2019); 27 March:1-9.

Lorén-Guerrero L, Gascón-Catalán A, Pasierb D, Romero-Cardiel MA. Assessment of significant psychological distress at the end of pregnancy and associated factors. *Archives Womens Mental Health*. (2018); 21(3):313-321. doi: 10.1007/s00737-017-0795-9.

Meral BF, Cavkaytar A. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin Otizmlı Çocuk Aileleri Üzerinden İncelenmesi. e-international journal of educational research. (2012); 3(4):20-32.

Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, Guintivano J, Florio AD, Miller WC, Sullivan PF, Munk-Olsen T. Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. *Depress Anxiety*. (2018); 35(2):160-167.

Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, Miller WC, Sullivan P, Munk-Olsen T. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychol Med*. (2017); Jun; 47(8):1427-41. doi: 10.1017/S0033291716003020.

Mermer G, Bilge A, Yücel Ü, Çeber E. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. (2010); 1(2):71-76.

Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*. (2012); 12:88.

Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engman CM. 'They treat you like are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. (2013); 30(2): 262-268.

Nilsson L, Thorsell T, Hertfeltwahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*. (2013); Article ID 349124:1-6.

O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*. (2014); 30: 935-941. doi: 10.1016/j.midw.2014.03.011.

Olde E, Van Der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, (2006). 26:1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.002.

Özen Y. Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal of Social Science*. (2017); 1(2):104-117.

Özmenler KN. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu. Koroğlu E, Güleç C, eds. *PSİYATRİ TEMEL KİTABI: Hekimler Yayın Birliği*; Ankara; 2007, p:353-59.

Öztürk S. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Özkan H).

Parfitt Y, Ayers S. The effect of postnatal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. (2009); 27(2):127-142. doi: 10.1080/02646830802350831.

Poçan GA, Aki ÖE, Parlakgümüş AH, Dolgun AB. The Incidence of and Risk Factors for Postpartum Depression at an Urban Maternity Clinic in Turkey. (2013); 46(2):179-194. doi: 10.2190/PM.46.2.e.

Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum posttraumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *IMAJ*. (2012); 14: 347-353.

Ruppert F. Ruhtaki Bölünmeler, Aile Diziminden Travma Konstelasyonlarına Çeviren: Zengib F. *Kaknus Psychology*., İstanbul; (2014).

Saxbe D, Horton KT, Tsai AB. The Birth Experiences Questionnaire: A brief measure assessing psychosocial dimensions of childbirth. *J Fam Psychol*. (2018); 32(2):262-268. doi: 10.1037/fam0000365.

Sayın AA. Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Konya (Danışman: Prof. Dr. Güler Ö).

Seng J, Low L, Sperlich M, Ronis D, Liberzon I. Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG*. (2011); 118:1329-1339. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03071.x.

Shaw RJ, Bernard RS, De Blois 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):131-37. doi: 10.1176/appl.psy.50.2.131.

Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. (2009); 116(5):672-680.

Stadlmayr W, Bitzer J, Amsler F, Simoni H, Alder J, Surbek D, Bürgin D. Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. (2007); Nov; 135(1):65-72. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.11.016.

Stramrood C, Slade PA Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. Paarlberg KM, Van de Wiel HBM, eds. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. Switzerland., Springer; 2017, s. 33-47.

Şen S, Cetişli NE, Saruhan A. The relationship between migration and depression, anxiety level and social support in pregnancy. *International Journal of Human Sciences*. (2012); 9(2):1-1.

Tharpe NL, Farley CL, Jordan RG. Clinical Practice Guidelines for Care of the Infant and Mother After Birth. *MIDWIFERY & WOMAN'S HEALTH FIFTH EDITION*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2017, p:253-303.

Thomson G, Downe S. Emotions and support needs following a distressing birth: Scoping study with pregnant multigravida women in North-West England. *Midwifery*. (2016); 40:32-39. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.010.

Timur Ş, Hotun Şahin N. Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme*. (2010); 1:29-40.

Türk Dil Kurumu [TDK]. (1932). <http://tdk.gov.tr/> adresinden alındı

Türkoğlu N, Çelik A, Pasinlioğlu T. Annelerin Doğum Sonrası Sosyal Destek İhtiyaçlarının ve Alian Desteğin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. (2014); 11(1):18-24.

Urizar GG, Yim IS, Rodriguez A, Dunkel Schetter C. The SMART Moms Program: A Randomized Trial of the Impact of Stress Management on Perceived Stress and Cortisol in Low-Income Pregnant Women. *Psychoneuroendocrinology*. (2019); 104:174-184.

Üstgörül S, Yanikkerem E. Postpartum Dönemde Kadınların Psikososyal Durumları ve Etkileyen Risk Faktörleri, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN. 2017;3(Ek sayı): 61-68.

Vossbeck-Elsebusch A, Freisfeld C, Ehring T. Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*. (2014); Jull 16; 14:200. doi: 10.1186/1471-244X-14-200.

Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health*. (2016); Mar;62(2):196-203. doi: 10.1111/jmwh.12499.

Wouk K, Stuebe A, Meltzer-Brody S. Postpartum Mental Health and Breastfeeding Practices: An Analysis Using the 2010–2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern Child Health J*. (2017); 21(3): 636–647. doi: 10.1007/s10995-016-2150-6.

Yalnız H, Canan F, Etki Genç R, Kuloğlu MM, Geçici Ö. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Turk med j*. (2016); 8(3):81-88.

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. (2011); 8(1):31-46.

Yılmaz S. (2016). Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkisi Bozukluklar. Gürhan N, eds. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, p:815-40.

Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Arch Womens Ment Health*. (2011); 14(5): 435-439. doi: 10.1007/s00737-011-0224-4.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. (1988); 52:30-41.

9. EKLER

EK 1 Etik Kurul Onayı



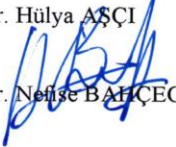
T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu


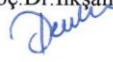
PROJENİN ADI : Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Fadime BİNGÖL
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Dilan CÖMERT
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 05.02.2018-39

Sayın ; Yrd.Doç.Dr. Fadime BİNGÖL

39 protokol nolu "Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.


Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

Prof.Dr. Hülya AŞCI

Prof.Dr. Nezihe BAĞÇECİK

Doç.Dr. Oya ORUN

Doç.Dr. İlksan DEMİRBÜKEN

Doç.Dr. Betül OKUYAN


Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı


Prof. Dr. Düşad ŞAVE

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY 

Prof.Dr. Hakkı ARIKAN


Doç.Dr. Gürkan SERT

Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Av. Funda IŞIK ÖZCAN




Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23


saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Süleyman
TÜRKMEÑOĞLU

EK 2 İl Sağlık Müdürlüğü İzni


T.C. Sağlık Bakanlığı
İSTANBUL
SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN ÖZELİSTİRELMEŞİ BİRİMİ
13/04/2018 09:16 - 16867222 - 604.01.01 - E.1180

00067070335

Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Dilan CÖMERT'in
Araştırma İzni

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 22/02/2018 tarihli ve 71211201-1800060928 sayılı yazı
b) 11/04/2018 tarihli ve 74839299-604.01.01-5820 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Marmara Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Dilan CÖMERT'in, Yrd. Doç. Dr. Fadime BİNGÖL danışmanlığında yürütülen; "Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını; Hastanenize bağlı Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, ilgi b) sayılı yazınızda geçen uygun görüşleriniz ile Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

EK 3 Genel Bilgi Formu

GENEL BİLGİ FORMU

Doğum sonrası dönemde annelerin akut stres düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürüttüğümüz çalışmaya katıldığınız ve formu dikkatle, eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız:

2. Eğitim durumunuz:

3. Çalışma durumunuz:

Hayır Evet

4. Gelir durumu?

- Gelir giderimden az
 Gelir giderime denk
 Gelir giderimden fazla

5. Aile yapınız?

- Çekirdek aile
 Geniş aile

6. Çocukluğunuzda zor durumlar (anne-baba ayrılığı, anne-baba ciddi hastalığı, madde bağımlılığı vb.) karşılaştınız mı?

Hayır Evet (ise)

7. Yaşamınızda çok korktuğunuz, üzüldüğünüz ve etkisinde kaldığımız bir olay oldu mu?

Hayır Evet

8. Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

Hayır Evet (ise)

9. Aile içi şiddet yaşama durumu?

Hayır Evet (ise)

10. Gebelik şekli:

- Normal gebelik Tedavi gebeliği

11. Gebelik döneminde sağlık sorunu yaşadınız mı?

Hayır Evet (ise)

12. Gebelik sayısı:

13. Küretaj sayısı:

14. Düşük sayısı:

15. Ölü doğum sayısı:

16. Doğum Şekli: Normal doğum Planlı sezaryen

Acil sezaryen

17. Doğumda uygulanan anestezi şekli?

- Yok
 Genel
 Spinal/ Epidural

18. Sezaryen nedeni:

19. Kaç haftalık gebeyken doğum yaptınız?.....

20. İlk sancınız başladıktan sonra evde kaç saat geçirdiniz?.....

21. İlk sancınız başladıktan sonra hastanede doğuma kadar kaç saat geçirdiniz?.....

22. Doğumhanede yapılan müdahaleler nelerdi?

- Lavman
 İdrar sondası takılması
 Oksitosin uygulaması (Suni sancı)
 Su kesesinin açılması
 Fundal bası uygulaması
 Vakum/Forseps
 Epizyotomi açılması
 Sürekli monitorizasyon
 Aralıklı monitorizasyon

23. Size yapılan uygulamaların her birinde bilgi verilip, onayınız alındı mı?

Hayır Evet

24. Travay süresince toplam vajinal muayene sayısı?.....

25. Farklı kişiler vajinal muayene yaptı mı?

Hayır Evet

26. Doğumunuz süresince sağlık personelleri mahremiyetinize özen gösterdi mi?

Hayır Evet

27. Doğumunuz süresince sağlık personelleri tarafından size saygılı davranıldı mı?

Hayır Evet

28. Doğumunuzdan hemen sonra sizinle ilgili bir sağlık sorunu yaşandı mı?

Hayır Evet (ise.....)

29. Doğumunuzdan hemen sonra bebeğinizle ilgili bir sağlık sorunu yaşandı mı?

Hayır Evet (ise.....)

30. Yenidoğanın özel bakıma ihtiyacı oldu mu?

Hayır Evet (ise.....)

31. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirdiniz?.....

32. Sizi doğumunuzda en çok üzün, rahatsız eden şey nedir?

33. Bebeği 1. Ve 5. dakika Apgar skoru?

1: 5:

34. Bebeğin doğum kilosu: Bebeğin 4. hafta kilosu:

35. Bebeğinizin beslenme şekli?.....

36. Doğumdan bu yana sizin ve bebeğinizin ciddi sorunu oldu mu?

Hayır Evet (ise)

EK 4 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği

Akut Stres Belirti Şiddeti

İnsanlar bazen stresli olaylardan veya deneyimlerden sonra sorunlar yaşarlar. SON YEDİ (7) GÜN boyunca aşırı stresli bir olay veya deneyim sonrası oluşan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki problemler sizi ne kadar rahatsız etti? **Lütfen her satırdaki soruyu bir kutucuğu işaretleyerek cevaplayınız.**

		Hiç	Biraz	Orta	Olduğ a çok	Aşırı
1.	Geçmişteki stresli bir deneyimi her şey tekrardan oluyormuş gibi davrandığınız ya da yaşadığınız (örneğin, stresli deneyimin kısımlarını görerek, işiterek, kokusunu alarak veya deneyimin kısımlarını fiziksel olarak hissederek yeniden deneyimleme gibi), geçmişe dönüşler(flashback) oluyor mu?					
2.	Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak çok üzgün hisseder misiniz?					
3.	Kendinizden, bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan uzaklaşmış ya da ayrılmış hisseder misiniz?					
4.	Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda, düşüncelerinizden, duygularınızdan veya fiziksel duyularınızdan kaçınmaya çabalar mısınız?					
5.	Aşırı tetikte, savunmada olur musunuz? Ya da tehlikeyi sürekli kollarsınız?					
6.	Beklemediğiniz bir ses duyduğunuzda yerinizden sıçrarsınız ya da kolaylıkla irkilir misiniz?					
7.	Başka insanlara bağırarak, onlarla kavga edecek ya da eşyalara zarar verecek kadar tahammülsüz veya aşırı öfkeli olur musunuz?					

EK 5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek ■ Gelen Kutusu x 📄 🖨

 **Fadime Bayri** <fadimebayri@gmail.com> 10.12.2017 ☆ ↶
Alıcı: kadirascibasi1 ▾

Kadir Bey,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formu" nu planladığımız bir çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği ve nasıl değerlendirildiğini paylaşır mısınız?

Saygılarımla.

Yard.Doç.Dr.Fadime BİNGÖL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İstanbul

 **kadir ascibasi** <kadirascibasi1@hotmail.com> 📧 11.12.2017 ☆ ↶
Alıcı: bana ▾

Fadime Hanım,

Ekte ölçeği gönderiyorum. Sizden ricam yayın aşamasına geldiğinizde kaynaklarda ölçeği belirtirken belli bir şablona göre yazmanız(apa6 gibi). Kolay gelsin.

Samsung Galaxy akıllı telefonundan gönderildi.

----- Orijinal mesaj -----

Başlangıç tarihi: Fadime Bayri <fadimebayri@gmail.com>
Tarih: 11.12.2017 00:15 (GMT+03:00)
Alıcı: kadirascibasi1@hotmail.com
Konu: Ölçek

...



EK 6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplar işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız **bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz**. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan (doktor, hemşire, akraba, vb.) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir (doktor, hemşire, akraba, vb.) insan var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

3. Ailem gerçekten bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan (doktor, hemşire, akraba, vb.) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan (doktor, hemşire, akraba, vb.) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

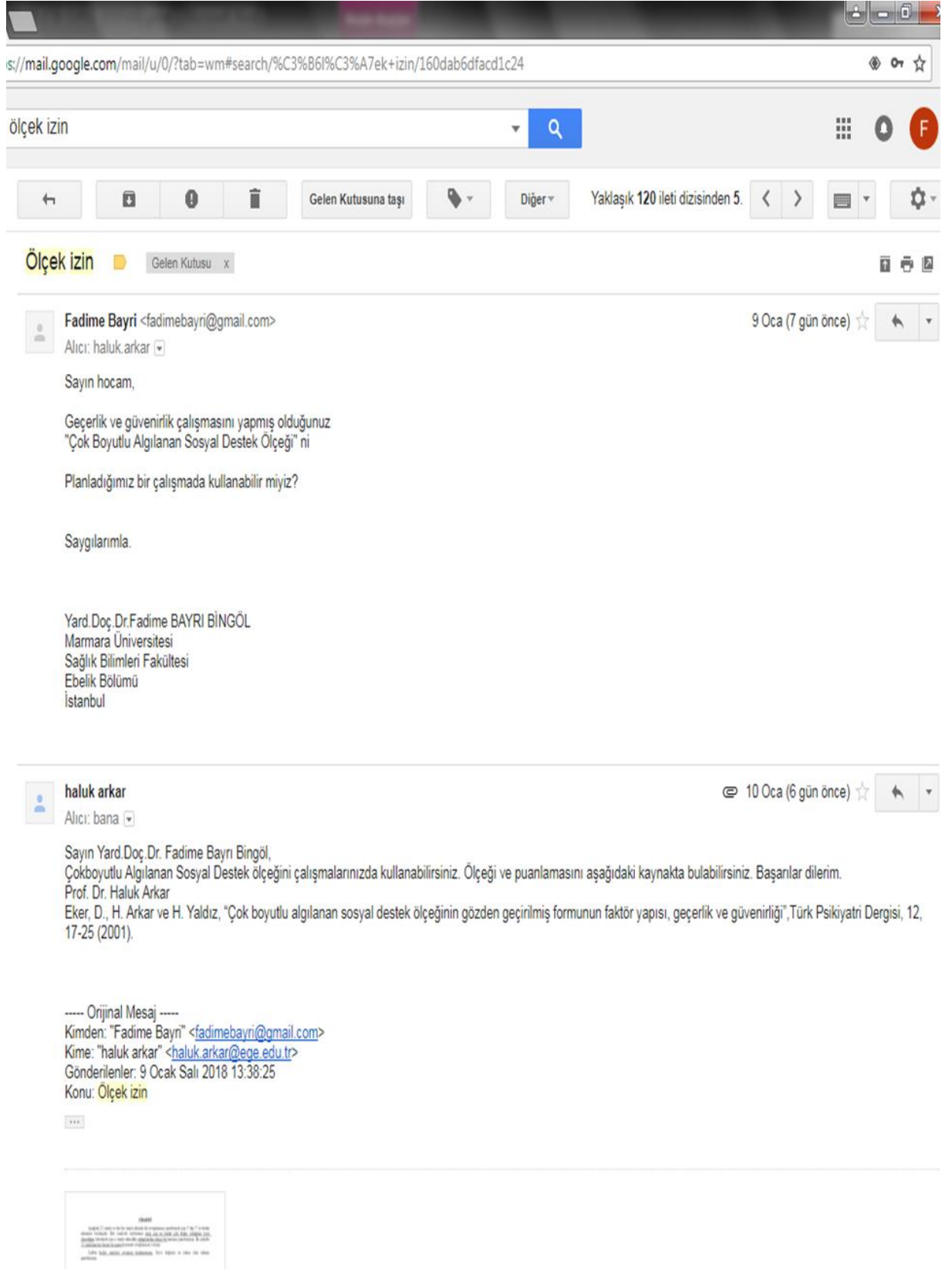
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla görüşebilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

EK 7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni



The screenshot shows a Gmail email interface. The address bar displays the URL: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#search/%C3%B6l%C3%A7ek+izin/160dab6dfacd1c24>. The search bar contains the text "ölçek izin". The email list shows two messages. The first message is from Fadime Bayri <fadimebayri@gmail.com> to Haluk Arkar, dated 9 Oct (7 days ago). The second message is from Haluk Arkar to Fadime Bayri, dated 10 Oct (6 days ago).

Ölçek izin Gelen Kutusu x

Fadime Bayri <fadimebayri@gmail.com> 9 Oca (7 gün önce) ☆

Alıcı: haluk.arkar

Sayın hocam,

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ni

Planladığımız bir çalışmada kullanabilir miyiz?

Saygılarımla.

Yard.Doç.Dr.Fadime BAYRI BİNGÖL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü
İstanbul

haluk arkar 10 Oca (6 gün önce) ☆

Alıcı: bana

Sayın Yard.Doç.Dr. Fadime Bayri Bingöl,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynaktan bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

----- Orijinal Mesaj -----
Kimden: "Fadime Bayri" <fadimebayri@gmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 9 Ocak Salı 2018 13:38:25
Konu: Ölçek izin

EK 8 Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EDINBURGH 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.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

EK 9 Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

ölçek izin - fadimebayri X

Güvenli | <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#search/%C3%B6l%C3%A7ek+izin/160daceae278aa778>

Google

ölçek izin

Gmail

← → ! 🗑️ Gelen Kutusuna taşı Diğer Ya

E-POSTA YAZ

ölçek izin Gelen Kutusu x

Gelen Kutusu
Önemli
Gönderilmiş Postalar
Taslaklar
Çöp Kutusu

► Kategoriler

Junk
Kişisel
Notes

Fadime ▾ +

Fadime Bayri <fadimebayri@gmail.com>
Alıcı: nengindeniz ▾

Sayın hocam,

Yapmayı planladığımız bir çalışmada "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"ni kullanabilir miyiz?

Saygılarımla,

Yard.Doç.Dr.Fadime BAYRI BİNGÖL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü
İstanbul

Nur Engindeniz
Alıcı: bana ▾

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur.
Kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Dr.Nur Engindeniz
> 9 Oca 2018 tarihinde 14:00 saatinde, Fadime Bayri <fadimebayri@gmail.com> şunları yazdı:

...

EK 10 Katılımcı Bilgilendirme Formu

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi DİLAN CÖMERT tarafından yürütülen “Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız 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 hakkında sahibsiniz. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmayla İlgili Bilgi:

a. Araştırmanın Amacı: Doğum sonrası Post-travmatik Stres Bozukluğu ile ilgili sınırlı çalışma olmasına rağmen, maternal akut stres düzeyi ile ilgili hiç çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle literatüre katkı sağlamak amacıyla; Doğum Sonrası Dönemde Maternal Akut Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi adlı çalışma planlanmıştır.

b. Araştırmanın İçeriği: Çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerine uyan ve 1 ay sonra kontrole gelen annelere Genel Bilgi Formu, Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği uygulanacaktır. Toplanan veriler ile doğum sonrası dönemde maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörler belirlenecektir.

c. Araştırmanın Nedeni: Bu bir tez çalışmasıdır ve çalışma doğum sonrası dönemde maternal akut stres düzeyi ve etkileyen faktörler belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: Araştırma Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında planlanmıştır.

e. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı istemek

Türkçe konuşup anlayabilmek

Okur yazar olmak

Primipar olmak

Doğum sonrası 4.haftada olmak

18-45 yaşları arasında olmak

Tekil gebeliği olmak

36. gebelik haftasını doldurmuş ve 42. gebelik haftasını geçmemiş olmak

Daha önce psikiyatrik bir tanı ve tedavi almamış olmak

Eşiyle birlikte yaşıyor olmak

f. Araştırmanın Yapılacağı Yer: İstanbul ili Zeytinburnu ilçesinde bulunan Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastanesi

g. Araştırmada izlenecek yol: Katılımcılara kullanılacak olan Genel Bilgi Formu, Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği yüzyüze görüşülerek tamamlanacaktır.

Araştırmacı iletişim bilgileri: Tel.(Cep): 0545 490 28 00 Mail: slm_young@hotmail.com

EK 11 Katılımcı Onam Formu

KATILIMCI ONAM FORMU

1. Katılımcı bilgilendirme formunu okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.
2. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.
3. Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.
4. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
5. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
6. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
7. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
8. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
9. Araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Katılımcı Bilgilendirme Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.
10. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı.
11. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.
12. Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Dilan	Soyadı	CÖMERT
Doğum Yeri	Bakırköy	Doğum Tarihi	27.06.1993
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	545 490 28 00
E-mail	slm_young@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü	2015
Lise	Kadri Yörükoğlu Lisesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Ebe	Acıbadem İnternatiol Hastanesi	Temmuz-2015/Kasım-2015
Ebe	Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kasım2015/Ağustos-2016
Ebe	Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ağustos-2016/...

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

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

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,28925	71,21316	64,24059
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office Programları	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

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

- 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, 2019, Sivas
- Ebeler İçin Güncel Yaklaşımlarla Doğuma Bakış Eğitimi, 2017, İstanbul
- Acil Obstetrik Bakım Eğitimi, 2017, İstanbul
- Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, 2016, İstanbul
- 6. Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi, 2015, İstanbul
- Gebe Eğitici Eğitimi, 2015, İstanbul