

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE HEMŞİRELİK
BAKIMININ STRES, PRENATAL UYUM,
KONTRAKSİYON, KORTİZOL VE DOĞUM
HAFTASINA ETKİSİ**

Hülya ÖZBERK

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İzmir-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2014970195

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE HEMŞİRELİK
BAKIMININ STRES, PRENATAL UYUM,
KONTRAKSİYON, KORTİZOL VE DOĞUM
HAFTASINA ETKİSİ**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

Hülya ÖZBERK

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Samiye METE

İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

Bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) 2016146 (2017.KB.SAG.025 no ile) tarafından desteklenmiştir.

TEZ KODU: DEU.HSI. PhD-2014970195

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Hülya ÖZBERK '**Erken Doğum Tehdidinde Hemşirelik Bakımının Stres, Prenatal Uyum, Kontraksiyon, Kortizol ve Doğum Haftasına Etkisi**' konulu Doktora tezini 24.05.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Samiye METE
BAŞKAN
Girne Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof. Dr. Sabahattin ALTUNYURT

ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi)



Prof. Dr. Özgür KARAYURT

ÜYE

(İzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi)



Doç. Dr. Neslihan GÜNOŞEN

ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi)



Dr. Öğr. Üye. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

ÜYE

(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Dr. Öğr. Üye. Dilek BİLGİÇ

YEDEK ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Tülay YAVAN

YEDEK ÜYE

(İzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
TEŞEKKÜR.....	xi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2.Araştırmanın Amacı.....	8
1.2.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı.....	8
1.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı.....	8
1.2.2.1.Araştırmanın Hipotezleri.....	8
2.GENEL BİLGİLER.....	10
2.1. Erken Doğumun Tanımı.....	10
2.2. Erken Doğum Tehdidinin Tanımı.....	10
2.3. Erken Doğum Tehdidi Risk Faktörleri.....	10
2.3.1.Obstetrik Risk Faktörleri.....	10
2.3.1.1.Çoğul Gebelikler.....	11
2.3.1.2.Erken Doğum Öyküsü.....	11
2.3.1.3.Gebelikler Arasında Kısa Süre Olması.....	11
2.3.1.4.Yardımcı Üreme Teknikleri.....	11
2.3.1.5.Uterusun Gerilmesi.....	11
2.3.1.6.Vajinal Kanama.....	12
2.3.1.7.Progesteron Çekilmesi.....	12
2.3.1.8.Erken Membran Ruptürü.....	12
2.3.1.9.Servikal Yetmezlik.....	12
2.3.1.10.Uterus Anomalileri.....	13
2.3.2.Maternal Risk Faktörleri.....	13
2.3.2.1.Yaş.....	13
2.3.2.2.Genetik.....	13

2.3.2.3.Sosyo Ekonomik Durum.....	13
2.3.2.4.Vücut Kitle İndeksi.....	13
2.3.3.Fetal Risk Faktörleri.....	14
2.3.3.1.Konjenital Anomaliler.....	14
2.3.3.2.Erkek Fetal Cinsiyet.....	14
2.3.4.Hastalıklar İle İlgili Risk Faktörleri.....	14
2.3.4.1.Kronik Hastalıklar.....	14
2.3.4.2.Periodontal Hastalık.....	14
2.3.4.3.Enfeksiyonlar.....	15
2.3.5.Diğer Risk Faktörleri.....	15
2.3.5.1.Vitaminler ve Minereller.....	15
2.3.5.2.Sigara.....	15
2.3.5.3.Stres.....	16
2.3.5.4.Koitus.....	16
2.4.Erken Doğum Tehdidi Mekanizması.....	16
2.5.Erken Doğum Tehdidi Belirtileri.....	17
2.6.Erken Doğum Tehdidi Tanılama.....	17
2.6.1.Fetal Fibronektin Testi.....	18
2.6.2.İnsulin-like Growth Factor Binding Protein-1 (IGFBP-1) Testi.....	18
2.6.3.Plasental Alfa mikroglobulin-1 (PAMG-1) Testi.....	18
2.6.4.Transvajinal Ultrasonografi.....	18
2.6.5.Bishop Skoru.....	18
2.6.6.Tokodinamometre.....	19
2.7.Erken Doğum Tehdidinin Tedavisi.....	19
2.7.1.Tokoliz Amacıyla Kullanılan Medikal Ajanlar.....	19
2.7.1.1. β -adrenerjik Agonistler.....	19
2.7.1.2. Kalsiyum Kanal Blokörleri.....	20
2.7.1.3. Prostaglandin Sentetaz İnhibitörleri.....	20
2.7.1.4. Nitrik Oksid Donörleri.....	20
2.7.1.5. Oksitosin Reseptör Antagonistleri.....	20
2.7.1.6. Magnezyum Sülfat.....	21
2.7.1.7. Progesteron.....	21

2.7.1.8.Yatak İstirahati.....	21
2.7.1.9.Hidrasyon.....	21
2.7.1.10.Maternal Steroidler.....	22
2.7.1.11.Antibiyotik.....	22
2.7.1.12.Servikal Serklaj.....	22
2.7.1.13.Servikal Peser.....	22
2.8.Erken Doğum Tehdidinin Anne Sağlığı Üzerine Etkisi.....	23
2.8.1.Fizyolojik Etkiler.....	23
2.8.2.Psikolojik Etkiler.....	23
2.9.Erken Doğumun Yenidoğan Üzerine Etkileri.....	23
2.10.Erken Doğum Tehdidi ve Stres.....	24
2.11. Stres Kavramı.....	24
2.11.1.Stres Belirtileri.....	24
2.11.2. Stresle Başetmede Kullanılabilecek Felsefe ve Modeller.....	25
2.11.2.1. Hypnobirthing Felsefesi.....	25
2.11.2.2. Transaksiyonel Model.....	26
2.11.3. Stres Yönetiminde Kullanılan Teknikler.....	28
2.11.3.1. Bedensel Hareketler.....	28
2.11.3.2. Solunum Egzersizleri.....	28
2.11.3.3. Gevşeme Egzersizleri.....	28
2.11.3.4. Müzik.....	29
2.11.3.5. Yoga.....	29
2.11.3.6. Biyo-Feedback.....	29
2.11.3.7. Beslenme.....	30
2.11.3.8. Masaj.....	30
2.11.3.9. Zaman Yönetimi.....	30
2.11.3.10. Maneviyatı Güçlendirme.....	30
2.11.3.11. Sosyal Destek.....	30
2.11.3.12. Hipnoz.....	30
2.12. Doğum Korkusu, Doğuma Hazır Oluşluk ve Erken Doğum Tehdidi.....	31
2.13.Erken Doğum Tehdidi ve Hemşirelik Bakımı.....	32

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	35
3.3.2.Araştırma Örneklemi.....	35
3.4. Çalışma Materyali.....	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.6. Veri Toplama Araçları.....	36
3.6.1. Verilerin Toplanması.....	37
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	37
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	37
3.8.1.Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği.....	38
3.8.2.Araştırmacının Niteliği.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
3.10. Etik Kurul Onayı.....	39
4.BULGULAR.....	40
4.1.Erken Doğum Tehdidinin Anlamı.....	42
4.2.Erken Doğum Tehdidinin Nedenleri.....	44
4.3.Erken Doğum Tehdidinden Kaynaklanan Sorunlar.....	45
4.4.Baş Etme.....	49
4.5.Beklentiler/Öneriler.....	50
5.TARTIŞMA.....	52
5.1.Erken Doğum Tehdidinin Anlamı.....	52
5.2.Erken Doğum Tehdidinin Nedenleri.....	53
5.3.Erken Doğum Tehdidinden Kaynaklanan Sorunlar.....	54
5.4.Baş Etme.....	57
5.5.Beklentiler/Öneriler.....	59
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
6.1. Sonuç.....	61
6.2. Öneriler.....	62

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

3.1. Araştırmanın Tipi.....	63
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	63
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	63
3.3.1.Örneklem Büyüklüğü.....	64
3.4. Çalışma Materyali.....	69
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	69
3.5.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	69
3.5.2.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	69
3.6. Veri Toplama Araçları.....	69
3.6.1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	69
3.6.1.1.Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu.....	69
3.6.1.2.Obstetrik Durum Değerlendirme İzlem Formu.....	69
2.6.1.3.Gebe Stresörleri Belirleme Formu.....	70
3.6.1.4.Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği.....	70
3.6.1.5.Erken Doğum Tehdidi Bilgi Formu.....	71
3.6.1.6.Günlük Gebe Uyku ve Sıvı Alımı İzlem Formu.....	71
3.6.1.7.Bakımdan Memnuniyet Değerlendirme Formu.....	71
3.6.1.8. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ), Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluk Alt Boyutları.....	72
3.6.1.9.Doğum haftası takip formu.....	72
3.6.2.Veritoplama Süreci.....	72
3.6.2.1. Kortizol Örneklerinin Alınması ve Değerlendirilmesi.....	74
3.6.3. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı.....	75
3.6.4.Araştırmacının Niteliği.....	82
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	83
3.7.1.Araştırmanın Bütçesi.....	84
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	84
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	85
3.10. Etik Kurul Onayı.....	86

4.BULGULAR.....	87
4.1.Girişim ve Kontrol Gruplarının Özellikleri ve Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular.....	87
4.2. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Haftası Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular.....	94
4.3.Girişim ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Bakım Memnuniyeti İle İlgili Bulgular.....	97
5.TARTIŞMA.....	98
5.1.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik sonuçları Üzerine Etkisi.....	98
5.1.1.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Kadınların Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisi.....	98
5.1.2.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Durumluk Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisi.....	99
5.1.3.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Kortizol Düzeyi Üzerine Etkisi.....	102
5.1.4.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Uyku Süresi Üzerine Etkisi.....	103
5.1.5.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Sıvı Alımı Üzerine Etkisi.....	105
5.1.6.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi.....	106
5.2.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik Süresine Etkisi.....	107
5.2.1.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Kontraksiyon Üzerine Etkisi.....	107
5.2.2.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Haftası Üzerine Etkisi.....	109
5.3.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Üzerine Etkisi.....	111
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	114
6.1.Sonuç.....	114
6.2.Öneriler.....	114

7.KAYNAKLAR.....	115
8.EKLER.....	140
EK-I EDT Tanı ve Tedavisi Alan Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri Tanıtıcı Formu.....	140
EK-II Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	142
EK-III Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	143
EK-IV Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni.....	144
EK-V Obstetrik Durum Değerlendirme İzlem Formu.....	145
EK-VI Gebe Stresörleri Belirleme Formu.....	146
EK-VII Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği.....	147
EK-VIII EDT Bilgi Formu.....	149
EK-IX Gebe İzlem Formu.....	151
EK-X Bakımdan Memnuniyet Değerlendirme Formu.....	152
EK-XI Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ), Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluk Alt Boyutları.....	153
EK-XII Doğum Haftası Takip Formu.....	154
EK-XIII Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	155
EK-XIV Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni.....	156
EK-XV Etik Kurul Onayı.....	157
EK-XVI Özgeçmiş.....	158
EK-XVII Tez İle İlişkili Yayınlar.....	161

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Araştırmanın Birinci Aşaması

Tablo 1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler (n=12).....40

Tablo 2. Ana Tema, Tema ve Alt Temalar (n=12).....40

Araştırmanın İkinci Aşaması

Tablo 1. Araştırmanın Güç Analizi Sonuçları (n=66).....65

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n=66).....66

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Çalışma Başlangıcındaki Obstetrik Özellikleri (n=66).....67

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tokolitik Ajan Kullanım Durumu (n=66).....87

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların EMR Gelişim Durumu (n=66).....87

Tablo 6. Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66).....88

Tablo 7. Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66).....88

Tablo 8. Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (n=66).....89

Tablo 9. Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri (n=66).....90

Tablo 10. Kortizol Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (n=66).....91

Tablo 11. Kortizol Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri (n=66).....92

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Uyku Saati ve Sıvı Alım Miktarı Açısından Karşılaştırılması (n:66).....93

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluk Açısından Karşılaştırılması (n=66).....93

Tablo 14. Kontraksiyon Şiddet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66).....94

Tablo 15. Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66)....97

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Erken Doğum Tehdidi Mekanizması.....	17
Şekil 2. Randomizasyon Şeması.....	68
Şekil 3. Veri Toplama Süreci.....	74
Şekil 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Haftalarının Kaplan Meier Eğrisi (n=66).....	95
Şekil 5. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Durumluk Kaygı, Bilgi Düzeyi, Kortizol Düzeyi ve Doğum Haftasına Etkisi (Yapısal Eşitlik Modeli-Yol Analizi).....	96



KISALTMALAR

ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

ED: Erken Doğum

EDT: Erken Doğum Tehdidi

EFM: Elektronik Fetal Monitorisasyon

EMR: Erken Membran Ruptürü

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

NST: Nonstres Test

PKDÖ: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

RDS: Respiratuar Distres Sendromu

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince değerli bilimsel katkıları, destekleyici tutumu ve cesaretlendiren yaklaşımı ile akademik gelişimime katkı sağlayan çok değerli hocam ve danışmanım

Prof. Dr. Sayın Samiye METE' ye,

Tez sürecinde benden yardımını ve zamanını esirgemeyen, değerli hocam ve ikinci tez danışmanım

Doç. Dr. Sayın Murat BEKTAŞ'a,

Tez süresince değerli bilimsel katkılarından dolayı tez jüri üyeleri; **Prof. Dr. Özgül KARAYURT'a, Prof. Dr. Sabahattin ALTUNYURT'a, Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN'e, Dr. Öğr. Üye. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye**

Tez uygulama aşamasında bana destek olan ve çalışma ortamlarını benimle paylaşan değerli klinik hemşirelerine,

Tezime katkı veren tüm gebelere,

İş, eğitim ve akademik hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, hayatım boyunca her zaman yanımda olan anne ve babama, yol arkadaşlarım ve kardeşlerim **Sultan ÖZBERK ve İsmail ÖZBERK'e,**

Sonsuz teşekkür ederim.

Hülya ÖZBERK

ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE HEMŞİRELİK BAKIMININ STRES, PRENATAL UYUM, KONTRAKSİYON, KORTİZOL VE DOĞUM HAFTASINA ETKİSİ

Hülya ÖZBERK

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balçova / İZMİR

hulya.ozberk@deu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Erken doğum tehdidinde hemşirelik bakımının stres, prenatal uyum, kontraksiyon, kortizol ve doğum haftasına etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama, erken doğum tehdidi tanısı ile klinikte yatan kadınların deneyim, duygu ve düşüncelerinin belirlenmesidir. Toplam 12 kişi ile görüşülmüştür. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır ve içerik analizi ile değerlendirilmiştir. İkinci aşama, pre-post ve kontrol gruplu, tek kör, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırma, girişim (n=33) ve kontrol grubu (n=33) olmak üzere toplam 66 erken doğum tehdidi sürecinde olan kadın ile yürütülmüştür. Girişim grubuna gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Veriler girişim öncesinde, erken doğum tehdidi sürecinde ve doğum sonrasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Çok Yönlü Varyans Analizi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Bonferroni Düzeltmeli Bağımlı Gruplarda T-Testi, Bağımsız Gruplarda T-Testi, Bağımlı Gruplarda T-Testi, Kovaryans Analizi (Ancova), Kaplan Meier Sağ Kalım Analizi-Logrank Testi ve Yapısal Eşitlik Modeli-Yol Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: İlk aşamada, beş ana tema belirlenmiştir: Erken doğum tehdidinin anlamı, erken doğum tehdidinin nedenleri, erken doğum tehdidinden kaynaklanan sorunlar, baş etme ve beklentiler/önerilerdir. İkinci aşamada, girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların durumluk kaygı ve kortizol düzeyi puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim grubundaki kadınların bilgi düzeyi, uyku süresi ve aldığı sıvı miktarı, hemşirelik bakım memnuniyeti, doğum haftaları ve ikinci gün kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Erken doğum tehdidi kadınları psikolojik ve fiziksel olarak etkilemektedir. Gevşeme odaklı hemşirelik bakımının kadınların durumluk kaygılarını azalttığı, bilgi düzeyini arttırdığı, kortizol düzeyini düşürdüğü ve bu faktörlerin doğum haftalarının normal sınırlara yaklaşmasına

katkı sağladığı saptanmıştır. Bu nedenle bu programın erken doğum tehdidi sürecinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Erken doğum tehdidi, Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı, Durumluk kaygı, Kortizol düzeyi.



**THE EFFECT OF NURSING CARE ON STRESS, PRENATAL ADAPTATION,
CONTRACTION, CORTISOL AND BIRTH WEEK IN THREAT OF PRETERM
BIRTH**

Hülya ÖZBERK

Dokuz Eylul University Institute of Health Science, Balçova / İZMİR

hulya.ozberk@deu.edu.tr

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine stress, prenatal adaptation, contraction, cortisol and birth week of effect of nursing care in threat of preterm birth.

Method: The study was carried out in two stages. The first stage, determine the experience, feelings and thoughts of the women who are diagnosed with threatened preterm birth in the clinic. A total of 12 individuals were interviewed. The data were collected by semi-structured interview form and evaluated by content analysis. In the second stage, the research was a pre-post single-blind randomized controlled trial. The study was conducted with a total of 66 women in threat of preterm birth process; 33 in the intervention group and 33 in the control group. The intervention group was provided with relaxation oriented based nursing care. The data were collected before the intervention, in threat of preterm birth process and after the birth. In the evaluation of the data; MANOVA, One-Way ANOVA, Bonferroni Adjusted Paired T Test, Independent Sample T Test, Dependent Sample T Test, Covariance Analysis (Ancova), Kaplan Meier Survival Analysis-Logrank Test and Structural Equation Model-Path Analysis were used.

Results: The first stage, five main themes were identified: meaning of the threatened preterm birth, causes of the threatened preterm birth, problems caused by threatened preterm birth, coping and expectations and suggestions. In the second stage, a statistically significant difference was found between the the score averages of the intervention and control groups on both state anxiety and cortisol levels in terms of group, time, and group-time interaction ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found in the intervention group in the level of knowledge, the duration of sleep and the amount of fluid they received, nursing care satisfaction, birth weeks and the severity of contractions at the second day ($p < 0.05$).

Conclusion: Threatened preterm birth influences to women by physically and psychological. Relaxation-oriented nursing care was found to reduce the state anxiety of women, to increase the level of knowledge, to decrease the level of cortisol and these factors contributed to the

normal limits of birth weeks. Therefore, it is recommended to use this program in the process of threat of preterm birth.

Key Words: Threat preterm birth, Relaxation-focused nursing care, State anxiety, Cortisol level.



1.GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Erken doğum tehdidi (EDT) düzenli ve ağırlı uterus kontraksiyonlarına servikal dilatasyon ve efesmanın eşlik ettiği aynı zamanda erken membran rüptürünün (EMR) de gelişebileceği bir durum olarak tanımlanmaktadır (Ville ve ark., 2018). Erken doğumların (ED) %40-45'i spontan EDT'nin başlamasıyla gerçekleşmektedir. Dünyada son yirmi yıl içinde ED sıklığı artma eğilimindedir (Goldenberg ve ark., 2008). Kuzey Avrupa ülkelerinde ED oranı yaklaşık %5 (Blencowe ve ark., 2012), Amerika'da %11.4 (Schoen ve ark., 2015) ve Türkiye'de %12'dir (WHO, 2012). ED oranlarını içeren veriler genellikle gelişmiş ülkelerin özel kurumsal kayıtlarından elde edilmektedir (WHO, 2015). Gelişmiş ülkelerde doğum oranlarındaki azalmaya rağmen ED oranlarının 1990'da 2.0 milyondan, 2010'da yaklaşık 2.2 milyona çıktığı belirtilmektedir (Blencowe ve ark., 2012). Düşük ve orta gelirli ülkelerde veri kayıtları ile ilgili değişiklik olması nedeniyle ED oranlarının karşılaştırılması güçtür (Blencowe ve ark., 2013).

EDT tanısı konulan kadınlar genellikle hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir (Sosa ve ark., 2015). Kadınların EDT sürecinde hastanede kalma süresi belirsiz olmakla birlikte ülkemizde kadınların 2017 yılı için gebeliğe bağlı hastanede kalış süresi ortalama 2.7 gün olarak belirtilmektedir (SB, 2018). Hastanedeki süreçlerinde kadınlarda kas fonksiyonlarında azalma, ödem, ağrı gibi fiziksel (Maloni, 2010) ve stres, korku, endişe, kaygı vb. psikolojik sorunlar (Rodrigues ve ark., 2016; Oliveira ve Mandu, 2015) gelişmektedir. Aynı zamanda hastanede olmak kadınlarda, büyük bir yaşam değişikliği olup, evden ve aileden ayrı olma, evdeki çocuğun bakımı ile ilgilenememe, evdeki sorumluluklarını eşe devretme, kontrol kaybı, yorgunluk, kendisi ve fetüsün sağlık durumu hakkındaki kaygılar nedeniyle stres yaratmaktadır (Janighorban ve ark., 2018). Kadınlar hastanede kalış süresi uzadıkça can sıkıntısından öfkeye, üzüntüden umuda kadar çok çeşitli duygular yaşamaktadırlar (Flávia Conceição ve ark., 2016; Rubarth ve ark., 2012).

Dünyadaki konjenital anomalisi olmayan neonatal ölümlerin %28'inden ED'ler sorumludur (Lawn ve ark., 2010). Erken doğan bebeklerde ölüm riski, termde doğan yenidoğanlara kıyasla daha yüksektir (Howson ve ark., 2013). Yaklaşık 15 milyon canlı ED'lerde yılda yaklaşık bir milyon yenidoğan ölümü görülmektedir (Blencowe ve ark., 2013). Prematüritenin komplikasyonları arasında yenidoğan solunum sistemi (Respiratuar Distres

Sendromu (RDS) ve bronkopulmoner displazi), nekrotizan enterokolit, sepsis, nörolojik rahatsızlıklar, beslenme güçlüğü, görme ve işitme problemleri yer almaktadır (Platt, 2014). Ayrıca ED daha zayıf nörogelişimsel sonuçlar, hastaneye yatış oranlarının artması, çocukluk döneminde davranışsal, sosyal-duygusal ve öğrenme güçlüğü ile ilgili problemlere neden olmaktadır (Johnson ve ark., 2015). Bunların yanı sıra kadınların hastaneye yatışı, ilaç kullanımının ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Maia ve ark., 2019). EDT nedeniyle yatak istirahati ve prematüre yenidoğanlar için yoğun bakım masrafları dünya genelinde yüksek bir ekonomik yük oluşturmaktadır (Coloma ve ark., 2018; Lucovnik ve ark., 2013; Cömert ve ark., 2012; Hodek ve ark., 2011).

EDT tedavisinde öncelik uterus kontraksiyonlarının durdurulması ve bu kontraksiyonlara bağlı servikal dilatasyon ve efesmanın ilerlemesinin engellenmesidir. Bu yaklaşımda amaç, antenatal kortikosteroid uygulaması ve kadını yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan bir merkeze transfer etmek için zaman kazanmaktır (Nour, 2012). EDT'nin önlenmesi için 1940'lardan itibaren serviksin yapısı ve gebelikteki değişimi (Vink ve ark., 2016), 1955'te servikal serklajın tanımlanması (Noori ve ark., 2007), 1960'larda progesteron uygulamasının başlaması, 1964'te tokoliz kavramının kullanılmaya başlaması (Köse, 2015), 1970'lerde peser tiplerinin geliştirilmesi (Saraç Sivrikoz ve Yüksel, 2014), 1971'de fetal akciğer matüritesinin değerlendirilmesi için Lesitin/Sfingomiyelin oranının (L/S) biyokimyasal bir test olarak belirtilmesi (Gluck ve ark., 1971), 1972'de EDT olan kadınlarda fetal akciğer matürasyonu için streroid uygulaması (Liggins ve ark., 1972) ve 1996'da transvajinal ultrason ile ölçülen kısa bir servikal uzunluğun ED'un önemli bir belirleyicisi olduğu (Iams ve ark., 1996) görülmektedir. Günümüzde EDT'nin önlenmesi için geliştirilen bu yöntemlerin etkinliği konusunda tartışmalar vardır. Transvajinal ultrason ile servikal uzunluğun belirlenmesi (Romero ve ark., 2016; Miller ve ark., 2015), antenatal kortikosteroid uygulaması (Roberts ve ark., 2017; ACOG, 2016; WHO, 2015), servikal serklaj (Goya ve ark., 2016) ve progesteron uygulaması (NICE, 2015; FIGO, 2015; Foncesa ve ark., 2003) ile ilgili olumlu görüşler bildirilmiştir. Ancak tokoliz uygulaması (ACOG, 2016; Wagner ve ark., 2016; Hermans ve ark., 2015; Vogel ve ark., 2014), servikal peser (Dugoff ve ark., 2018; Tsikouras ve ark., 2018), hidrasyon (Stan ve ark., 2013) ve yatak istirahati (Sosa ve ark., 2015; Carty-Singleton ve Sciscione, 2014) ile ilgili kanıtlar yetersizdir.

ED oranlarının dünya çapında yüksek oranlarda görülmesi, tedavi seçenekleri ile ilgili kanıtlara ihtiyaç duyulması, yenidoğan yoğun bakım olanaklarının gelişmesine rağmen

yenidoğan mortalitesinin yüksek oranlarda olması ve ekonomik boyutta küresel bir yük oluşturmaları tedavi yaklaşımlarına ek olarak invaziv olmayan yöntemler içeren stratejilere ihtiyaç doğurmaktadır (Wagner ve ark., 2016; Hermans ve ark., 2015). EDT'nin önlenabilir ve azaltılabilir nedenlerinden biri strestir (Hoffman ve ark., 2016; Schetter, 2011; Leight ve ark., 2010; Woods ve ark., 2010; Kinsella ve ark., 2009). Dorn ve arkadaşları (1993) kadınların gebelikte psikososyal faktörler ile nöroendokrin parametreleri (kaygı, depresyon, kortizol) arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Daha sonraki yıllardan günümüze kadar da birçok çalışma maternal kortizol düzeyinin EDT'ye neden olduğunu bulmuştur (García-Blanco ve ark., 2017; Hoffman ve ark., 2016; Ruiz ve ark., 2016; Giurgescu, 2009). Yoshida ve arkadaşlarının (2016) belirttiğine göre, Dünya Sağlık Örgütü, ED'nin 2025 yılına kadar 'ilk on' araştırma önceliği olan konulardan biri olduğunu belirtmektedir. EDT gibi stres ve belirsizliğe neden olan gebelik sorunları, duygusal destek ihtiyacını ve sağlık personeline gerek duyulmasını arttırmaktadır (Davis ve ark., 2003). Kadınlarda EDT nedeniyle hastanede kalış süresinin belirsizliği de stres kaynaklarından biridir (Jallo ve ark., 2017). Bu nedenle hemşireler bu süreçte kadınların duygularını anlamaya çalışmalı ve süreç boyunca kadınları desteklediklerini hissettiren stratejiler kullanmalıdırlar (Flávia Conceição ve ark., 2016). Hemşirelerin EDT sürecinde, kadınların stres düzeylerini değerlendirmesi ve gevşeme egzersizlerini uygulaması önerilmektedir (Jallo ve ark., 2017).

EDT'nin anne, bebek, aile ve toplum açısından her geçen gün artan bir öneme sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu sorunu yaşayan kadınlar için stresin önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Hemşireler, kadınlar gebe kalmadan önce ve gebelik süresince kadınları stres yönünden değerlendirmelidirler. Kadınların bu süreçte yaşadıkları sorunların ve başetme yollarının belirlenmesi hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından önem taşımaktadır. Bir başka önemli nokta da farmakolojik yöntemlerin başarısına ilişkin yeterli kanıt bulunmamasıdır. Bu nedenle EDT konusunda nonfarmakolojik yöntemlerin de çalışılmasına gereksinim bulunmaktadır. Etkili olabilecek girişimlerden biri de gevşeme odaklı hemşirelik bakımı olabilir. Gevşeme odaklı hemşirelik girişimleri, kadınların kaygılarını azaltarak, kortizol düzeylerini düşürebilir ve böylece uterus kontraksiyon şiddetini düşürerek ED'yi önleyebilir. Ayrıca bu tür programların EDT'ye ilişkin bilgi düzeyini, uyku süresi ve sıvı alım miktarını arttıracığı, hemşirelik bakım memnuniyetini arttıracığı ve doğum haftalarını uzatacağı düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerle gevşeme odaklı hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin araştırılmasına gereksinim bulunmaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

1.2.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı

EDT tanısı ile klinikte yatan kadınların deneyim, duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı

Bu aşamada EDT’de hemşirelik bakımının stres, prenatal uyum, kontraksiyon, kortizol ve doğum haftasına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2.2.1.Araştırmanın Hipotezleri

A) Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik sonuçları Üzerine Etkisi.

H1. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların EDT’ye ilişkin **bilgi düzeyleri** rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha yüksektir.

H2. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **kaygı düzeyleri** rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha düşüktür.

H3. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **kortizol düzeyleri** rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha düşüktür.

H4. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **uyku saati** rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha fazladır.

H5. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **sıvı alımı** rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha fazladır.

H6. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **prenatal uyumu:**

H6-a)Doğum korkusu rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha azdır.

H6-b)Doğuma hazır oluşluk rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha iyidir.

B) Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik Süresine Etkisi

H7. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre **uterus kontraksiyonları şiddeti** daha düşüktür.

H8. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **doğum haftaları** rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha büyüktür.

C) Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Üzerine Etkisidir.

H.9 Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı uygulanan kadınların **bakımdan memnuniyeti** rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha yüksektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Erken Doğumun Tanımı

Erken doğum, 20. gebelik haftasıyla 36 hafta 6 gün arasında gerçekleşen doğumlardır (WHO, 2018; Haas ve ark., 2009; Fuchs ve ark., 2004). ED'ler doğumun gerçekleştiği haftalara göre; aşırı erken (<28 hafta), çok erken (28-32 hafta) ve orta ile geç erken doğum (32<37 hafta) olmak üzere üçe ayrılır (WHO, 2018).

Erken doğumlarda yenidoğan doğum ağırlıkları genellikle düşük olmaktadır. Yenidoğan ağırlığına göre sınıflama;

- Düşük doğum ağırlığı: Doğum ağırlığının 2500 g'ın altında olması
- Çok düşük doğum ağırlığı: Doğum ağırlığının 1500 g'ın altında olması
- Aşırı düşük doğum ağırlığı: Doğum ağırlığının 1000 g'ın altında olması şeklindedir (Lawn ve ark., 2010).

2.2. Erken Doğum Tehdidinin Tanımı

EDT düzenli ve ağırlı uterus kontraksiyonlarına servikal dilatasyon ve efesmanın eşlik ettiği aynı zamanda EMR'nin de gelişebileceği bir durum olarak tanımlanmaktadır (Ville ve ark., 2018). EDT tanısı servikal dilatasyon, efesman ya da her ikisindeki değişikliğin eşlik ettiği düzenli uterin kontraksiyonlar ya da dilatasyonun en az 2 cm, efesmanın %80 ve düzenli kontraksiyonların varlığı şeklinde tanımlanır (ACOG, 2012). ED'lerin %60-70'ini geç preterm doğumlar oluştururken orta preterm doğumlar %20, aşırı erken preterm doğumlar ise yaklaşık %15 oranında görülür (Goldenberg ve ark., 2008).

2.3. Erken Doğum Tehdidi Risk Faktörleri

Erken doğuma genellikle uterin irritabiliteyi artıran ya da prostaglandinlerin salınmasını uyaran faktörler neden olmaktadır (Blencowe ve ark., 2013). EDT'de risk faktörleri obstetrik, maternal, fetal, hastalıklar ile ilgili ve diğer risk faktörleri olarak aşağıda yer almaktadır.

2.3.1.Obstetrik Risk Faktörleri

Obstetrik risk faktörleri arasında çoğul gebelikler, erken doğum öyküsü, gebelikler arasında kısa süre olması, yardımcı üreme teknikleri, uterusun gerilmesi, vajinal kanama, progesteron çekilmesi, EMR, servikal yetmezlik ve uterus anomalileri yer almaktadır.

2.3.1.1.Çoğul Gebelikler

Çoğul gebelikler, özellikle son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi ile artış göstermiş olup EDT için bir risk faktörüdür (Arda, 2002). Çoğul gebelikler tüm gebeliklerin %2-3'ünü oluştururken, erken doğumların %15-20'sini oluşturmaktadırlar (Moore, 2003).

2.3.1.2.Erken Doğum Öyküsü

Önceki gebelikte erken doğum öyküsü, EDT için bir risk faktörüdür (Esplin ve ark., 2008). Önceki gebelikte erken doğum yapma gestasyonel haftası ve gebelik sayısına bağlı olarak, erken doğum tekrarlama olasılığı %15-50 arasında değişmektedir (Spong, 2007). İlk iki gebeliğinde EDT tanısı konulan gebelerin, üçte birinden fazlası sonraki gebeliğinde erken doğum yapmaktadır (Cunningham ve ark., 2016).

2.3.1.3.Gebelikler Arasında Kısa Süre Olması

Gebelikler arasındaki sürenin altı aydan kısa olması (Conde-Agudelo ve ark., 2006; Smith ve ark., 2003) ve genel olarak kısa doğum aralığının EDT ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ege ve ark., 2009).

2.3.1.4.Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gerçekleşen gebelikler daha yüksek EDT riski altındadır (Cömert ve ark., 2017; Jackson ve ark., 2004). Bir çalışmada, EDT tanısı konulan gebelerin %30.6'sının yardımcı üreme teknikleri ile gebe kaldığı saptanmıştır (Balkaya ve ark., 2014).

2.3.1.5.Uterusun Gerilmesi

Gebelik süresince progesteron ve nitrik oksit gibi endojen myometrial relaksanların etkisi ile intraamniotik basınç sabit tutulmaktadır ancak uterin gerilmenin (çoğul gebelikler, polihidramnion, myomlar) myometrial kontraktileti arttırdığı, prostaglandin salınımına neden olduğu, gap junction proteinlerini uyardığı ve oksitosin reseptör sayısını arttırdığı belirtilmektedir (Derbent ve Turhan, 2009; Romero ve ark., 2006; Loudon ve ark., 2004).

2.3.1.6.Vajinal Kanama

Gebelikte nedeni bilinmeyen vajinal kanama olması EDT için risk faktörüdür (Juan ve ark., 2004). EDT'ye neden olan plasental faktörler uteroplesantal yetmezlik, plasenta dekolmanı, plasenta previa, diğer plasental anomalilerdir (Villar et al. 2012). Ayrıca plasentanın lokalizasyon olarak alt segmente yerleşmesi de EDT'ye neden olmaktadır (Köroğlu ve ark., 2013).

2.3.1.7.Progesteron Çekilmesi

İnsanlarda serum progesteron konsantrasyonları doğum yaklaştıkça düşmez. Ancak progesteron antagonistleri (RU486 gibi) EDT'yi başlatabilmektedirler. Lokal progesteron konsantrasyonlarında azalmanın veya reseptör sayısında azalmanın, doğum belirtilerinin başlamasına sebep olduğu düşünülmektedir (Sfakianaki ve Norwitz, 2006).

2.3.1.8.Erken Membran Rüptürü (EMR)

EMR, fetal membranların doğum eylemi veya kontraksiyonları başlamadan önce açılmasıdır. Membranlardaki açılma 37. gebelik haftasından önce olursa “Preterm erken membran rüptürü (PEMR)” olarak tanımlanır (ACOG, 2013). EMR tüm gebeliklerin %10'unda görülmekte ve %60-80'i term gebeliklerde, %20-40'ı 37. haftadan küçük gebeliklerde meydana gelmektedir. PEMR tüm doğumların %2-3'ünde görülmekte olup, EDT'nin en sık nedenlerindendir (Ramsey ve ark., 2005). EMR ile ilişkili olarak gelişen riskler, maternal enfeksiyonlar, korioamnionitis ve endometrititistir. Korioamnionitis insidansı, EMR'li olgularda %9, PEMR'de ise, %15-25 arasındadır (Cuninham ve ark., 2016).

2.3.1.9.Servikal Yetmezlik

Servikal yetmezlik, ikinci trimesterde tekrarlayan ve ağrısız servikal dilatasyonu takiben oluşmuş geç ikinci trimester ya da erken üçüncü trimester gebelik kayıpları olarak tanımlanır (Simcox ve Shennan, 2007). Gebelikte transvajinal ultrasonda ölçülen servikal uzunluğun <25 mm altında olması servikal yetmezlik için risk faktörüdür (Romero ve ark., 2016). Proksimal serviksin bağ dokusu göreceli olarak daha azdır. Buna ek olarak servikal bağ dokudaki hiyalüronik asid içeriğindeki su miktarı miad gebelikten önce artarsa serviks yetmezliği oluşmaktadır. Önceki doğumlarda hızlı doğum öyküsü, forseps uygulamaları, konizasyon, derin ‘leep’ uygulamaları servikal yetmezliğe neden olabilir (Conde-Agudelo ve ark., 2013).

2.3.1.10.Uterus Anomalileri

Uterus anomalileri, başlıca “Müllerian anomaliler” olmak üzere servikal faktör veya servikal bariyeri bozdukları için ED insidansında artışa neden olurlar (Arda, 2002).

2.3.2.Maternal Risk Faktörleri

Maternal risk faktörleri arasında yaş, genetik, sosyo ekonomik durum ve vücut kitle indeksi yer almaktadır.

2.3.2.1.Yaş

Erken ve ileri anne yaşı EDT riskini arttırmaktadır. Anne yaşının 18 altı veya 35 yaş üstü olması EDT için risk faktörüdür (Melekoğlu ve ark., 2013; Tucker ve McGuire, 2004).

2.3.2.2.Genetik

Aile öykünde erken doğum öyküsü bulunması kadınlar için bir risk faktörüdür (Bhattacharya ve ark., 2010). Ayrıca aile öykülerinde erken doğum öyküsü olan kadınların akraba evliliği yapmaları da EDT riskini arttırmaktadır (Mumtaz ve ark., 2010).

2.3.2.3.Sosyo Ekonomik Durum

Düşük sosyo-ekonomik durum, gebelikte hijyen ve beslenme özelliklerini etkilemesi nedeniyle, EDT gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (Beeckman ve ark., 2009; Macones ve ark., 2004). Sosyoekonomik durumu düşük kadınlarda EDT riski %50 artmaktadır (Beeckman ve ark., 2009). EDT siyahi ırkta daha yaygın görülmektedir. Bu durumun ekonomik, sosyokültürel faktörler, eğitim, beslenme ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarıyla ilişki olabileceği de düşünülmektedir (Culhane ve Goldenberg, 2011). Ayrıca kadınların çalışma durumu EDT’ye neden olabilmektedir. Çalışılan gün sayının fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, ağır bir işte çalışma (Şen ve Şirin 2013; Gisselman ve Hemström, 2008) ve gece vardiyalı çalışma (Bonzini ve ark., 2011) EDT’yi arttırmaktadır.

2.3.2.4.Vücut Kitle İndeksi

Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme, erken doğum, gestasyonel haftasına göre düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, neonatal ölüm riski ve maternal malnutrisyona neden olmaktadır (Taş ve ark., 2010). Gebelik başlangıcında vücut ağırlığı 50 kg’dan az olan kadınların EDT riski, ağırlığı 57 kg veya üzeri olanlara göre 3 kat fazladır (Schieve ve ark., 2000). Gebelikte

fazla kilo ve obeziteye bağlı gelişen gestasyonel hipertansiyon ve preeklamps, EDT için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Schmatz ve ark., 2010). Fazla kilo ve obezite EDT'yi 1,3 kat arttırmaktadır (McDonald ve ark., 2010).

2.3.3.Fetal Risk Faktörleri

Fetal risk faktörleri arasında konjenital anomaliler ve erkek fetal cinsiyet yer almaktadır.

2.3.3.1.Konjenital Anomaliler

Fetüse ait konjenital anomali varlığı EDT riskini arttırmaktadır (Purisch ve ark., 2008).

2.3.3.2.Erkek Fetal Cinsiyet

Fetüste erkek fetal cinsiyet EDT için bir risk faktörüdür (Zeitlin ve ark., 2004; Ingemarsson, 2003).

2.3.4.Hastalıklar İle İlgili Risk Faktörleri

Hastalıklar ile ilgili risk faktörleri, kronik hastalıklar, periodontal hastalık ve enfeksiyonlar yer almaktadır.

2.3.4.1.Kronik Hastalıklar

Gebelikte hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, astım ve tiroid gibi kronik hastalıkların olması, gebelikte komplikasyon gelişmesine bağlı olarak EDT oranlarını artırmaktadır (Cunningham ve ark., 2016). Ayrıca gebelikte anemi (hemoglobin değerinin 9,5 g/dl altında olması) EDT için bir risk faktörüdür (Dündar ve ark., 2010).

2.3.4.2.Periodontal Hastalık

Periodontal hastalık, dişler ve çevresindeki dokuları etkileyen, dişetini ekstraselüler bağ dokusunda inflamatuvar hücre birikimi ile karakterize bir hastalıktır (Sağlam ve ark., 2014). Periodontal hastalık ile erken doğum ilişkisi; bakteriyel ürünlerin kan dolaşımına yayılması, gebe ve fetüsün ağız içi patojenlerine verdiği immünolojik yanıt, oral bakterilerin kan yoluyla yayılımı olmak üzere üç şekilde açıklanabilir (Xiong ve ark., 2006; Buduneli ve ark., 2005). Yapılan çalışmalarda periodontal hastalık ve EDT arasındaki ilişki için kanıtlar yetersizdir (Iheozor-Ejiofor ve ark., 2017; Wang ve ark., 2013).

2.3.4.3.Enfeksiyonlar

Enfeksiyonların, ED'lerin %40'ından sorumlu olduğu belirtilmektedir (Derbent ve Turhan, 2009). ED ile asemptomatik bakteriürinin yanı sıra grup B streptokoklar, Chlamydia trachomatis, Bakteriyal vajinozis, Neisseria gonorrhea ve Trichomonas vaginalis'i içeren çeşitli genitoüriner enfeksiyonlar arasında bir ilişki olduğunu belirtilmektedir (Valkenburg-van den Berg ve ark., 2009; Klein ve ark., 2004). Bir çalışmada, hastanede yatan gebelerde (439 gebe) servikal kültür sonuçları incelenmiş ve erken doğum yapan grubun (170 gebe) %24.1'inde Escherichia coli, %7.6'sında Candida, %2,4'ünde streptokok agalektiae, %4,1'inde klebsiella varlığı saptanmıştır (Çelen ve ark., 2012).

2.3.5.Diğer Risk Faktörleri

Diğer risk faktörleri arasında vitaminler ve minereller, sigara, stres ve koitus yer almaktadır.

2.3.5.1.Vitaminler ve Minereller

Kollajen yapının temel bileşenlerinden olan C vitamini yetersizliğinde EMR sıklığı artabilir (Aryanti, 2016). Amnion sıvıda antimikrobial ve antiviral rolü bulunan çinko yetersizliğinde, EMR riskinde artış olabileceği belirtilmektedir (Sultana ve ark., 2010). Bakır, birçok enzim sisteminde önemli rol alır. Bakır eksikliğinde kollajen matürasyonu bozulabilir ve elastin yapımı azalarak EMR'ye neden olabilir (Cogswell ve ark., 2003). Ayrıca yüksek düzeydeki D vitamini yetersizliği (<10 ng / ml), EDT riskini arttırabilir (Baczyńska-Strzecha ve ark., 2017).

2.3.5.2.Sigara

Gebelikte sigara içimi EDT ve EMR'ye neden olmaktadır (Janbakhisov ve ark., 2013). Sigara, myometriumdaki oksitosin reseptörü artırarak, myometriumun oksitosine olan kontraktıl yanıtını güçlendirerek EDT'yi artırdığı belirtilmektedir (Egawa ve ark., 2003). Karbonmonoksit gazı da plesantadan hızla geçerek fetal dokularda oksijen miktarını düşürmektedir (Çınar ve ark., 2015). Gebelik döneminde ≥ 10 adet/gün sigara içiminin EDT açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Meis ve ark., 1995).

2.3.5.3.Stres

Maternal psikolojik faktörlerin (stres, anksiyete) erken doğuma neden olduğu bilinmektedir (García-Blanco ve ark., 2017; Ruiz ve ark., 2016; Goldenberg ve ark., 2008). Hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) aksın prematür aktivasyonu EDT'yi başlatabilir. Maternal ve fetal stres plasenta, desidua ve fetal membranlardaki hücrelerden kortikotropin-releasing hormon (CRH) üretilmesini aktive eder. CRH, kontraksiyonları başlatan lokal prostaglandin üretimini arttırmaktadır (Kramer ve ark., 2009; Dole ve ark., 2003).

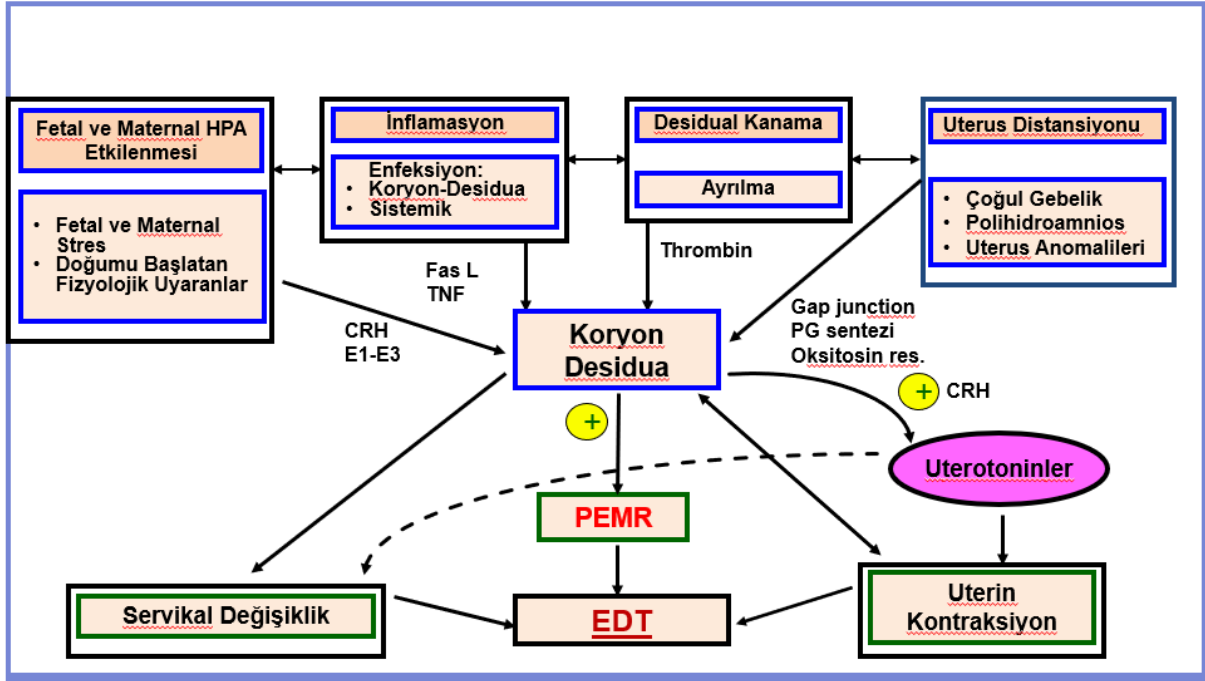
2.3.5.4.Koitus

Kadınların gebelik sırasındaki koitus sıklığı ile EDT arasında bir ilişki saptanmamıştır (Ege ve ark., 2009; Azıken ve ark., 2007).

2.4.Erken Doğum Tehdidi Mekanizması

Uterus kasının kasılmaları, kas hücresindeki kalsiyum geçişinin artması sonucunda, tüm uterus boyunca kas hücrelerinin koordineli bir şekilde kasılması ile oluşur (Aguilar ve Mitchell, 2010). Kas hücreleri gap junctionlar aracılığı ile kalsiyum iyonlarının uterus kas hücrelerine geçmesine izin verirler. Serviksin dilatasyon ve efesmanın sağlanması için hücre dışı matriks proteinlerindeki değişikliklerin yanı sıra epitelyal bariyer ve immün sürveyansda değişiklik başlar. Enflamatuvar sitokinlerin ve kemokinlerin ekspresyonunun artması, proteazların aktivitesinin artması ve fibronektinin çözünmesi, desidual veya membran aktivasyonuna yol açar. Desidual desteğin geri çekilmesi, korioamniyotik membranların desiduadan ayrılmasına ve sonunda membranların yırtılmasına yol açar (Moore ve ark., 2006).

Şekil 1. Erken Doğum Tehdidi Mekanizması



Kaynak: Lockwood CJ, Kuczynski E. Risk stratification and pathological mechanisms in preterm delivery. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2001,15(2),78-89.

2.5. Erken Doğum Tehdidi Belirtileri

EDT belirtileri;

- Vajinal akıntının sulu, kanlı şekilde gelmesi,
- Akıntı miktarının artması,
- Alt abdomen veya pelviste bası hissi,
- Mentrüasyon benzeri kramplar (diyareli veya diyaresiz),
- Ağrılı veya ağrısız, düzenli veya sık kontraksiyonlar,
- Membranların rüptürü (damla damla sızıntıdan fişkirır tarzda değişen şekilde amniyon sıvının gelmesi) olarak kabul edilmektedir (ACOG, 2019).

2.6. Erken Doğum Tehdidi Tanılama

EDT'nin tanılmasında, Fetal fibronektin testi, İnsülin benzeri büyüme faktörü 1(IGFBP-1) testi, Plasental alfa mikroglobulin 1 (PAMG-1) testi, Transvajinal ultrasonografi, Bishop skoru ve Tokodinamometre yer alır (Schleußner, 2013).

2.6.1.Fetal Fibronektin Testi

Fetal fibronektin, amniotik sıvı, plasental doku ve desidua parietalis ile koryon arasındaki aralıktaki bulunur ve amniotik membranın uterusu yapışmasını sağlar. Normalde 15. gestasyonel haftaya kadar servikovajinal bölgede bulunur, 16-20 haftadan sonra ise görülmez (Cunningham ve ark., 2016). Eğer 22. haftadan sonra servikovajinal fibronektin saptanmış ise erken doğum için risk artar ve fetal membranların mekanik ya da inflamasyonuna bağlı hasarını ve desiduada ayrıldığını gösterir (ACOG, 2012).

2.6.2.İnsulin-like Growth Factor Binding Protein-1 (IGFBP-1) Testi

IGFBP-1 daha önceden plasental protein 12 olarak bilinen, desidua tarafından üretilen, 234 aminoasitten oluşan bir proteindir. Tüm gebelik boyunca amniyotik sıvı konsantrasyonu 10-350 µg/L' ye kadar çıkarak maternal kanın 10- 1.000 katına kadar yükselebilir. Normal şartlar altında vajende, servikal mukusta, idrarda ve semende çok düşük oranda bulunur (James ve ark., 2008).

2.6.3.Plasental Alfa mikroglobulin-1 (PAMG-1) Testi

Amniyotik sıvıdaki PAMG-1 konsantrasyonu 2.000-25.000 ng/ ml'dir. Fetal membranlar rüptüre olduğunda, vajinal sekresyonlardaki PAMG-1 miktarı yüksek bir şekilde artmaktadır (James ve ark., 2008).

2.6.4.Transvajinal Ultrasonografi

Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) servikal uzunluk ölçümü, aynı anda internal os, eksternal os, servikal kanal ve endoservikal mukozanın görüntülenebildiği kesitte ve ekranın ¾'ünü kapsayacak şekilde büyütülerek yapılmalıdır. İnternal os ve eksternal os arasındaki uzunluk tek hat üzerinde değilse, lineer bölümler halinde ölçülmeli ve bunlar toplanarak toplam servikal uzunluk bulunmalıdır. Her gebede ölçüm üç kez yapılmalı ve görüntü kalitesi en iyi olan en kısa uzunluk dikkate alınmalıdır (Özdemir ve ark., 2003). Servikal uzunluğun <25 mm altında olması EDT için risk faktörüdür (Romero ve ark., 2016).

2.6.5.Bishop Skoru

Bishop skoru, 1964'te Bishop tarafından tanımlanan bir skora sistemidir. Bishop skoru, serviksin dilatasyonu, efasmanı, kıvamı, pozisyonu ve önde gelen kısmın seviyesini değerlendirir. Bishop skoru 4-8 olan 32-36 hafta EDT'deki gebelerin, %13'ünde gebelik 7

günden fazla devam ederken; skorun 0-3 olduğu gebelerin %89'unda 7 günden fazla devam etmiştir. Servikal kriterler içinde en önemli faktör internal os'un açık olmasıdır (Gherman ve ark., 2001).

2.6.6.Tokodinamometre

Uterin aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Bunun için ya eksternal tokodinamometre ya da intrauterin basınç kateteri kullanılır. Eksternal tokodinamometre gebeliğin herhangi bir zamanında uygulanabilir. Uterus fundus hizasında abdomene dıştan mekanik bir transduser yerleştirilir. Bu transduser abdominal duvardaki değişiklikleri hissederek ve monitöre bir elektrik sinyal yollar ve uterus kontraksiyonları grafiğe çizdirilir. Ancak bu cihaz konuma duyarlıdır ve maternal obezite, maternal duruş ve hareketle büyük değişiklikler gösterebilir. İntrauterin basınç kateterinin uygulanabilmesi için de membranların rüptüre olması ve serviksin 1–2 cm dilate olması gerektiğinden EDT'nin tanısında yeri olmadığı belirtilmektedir (Mungan ve Güney, 2007).

2.7.Erken Doğum Tehdidinin Tedavisi

EDT'nin tedavisinde kontraksiyonların azaltılması ya da durdurulması sağlanarak fetal akciğer matüritesinin sağlanması ve gebenin yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan bir merkeze transfer edilmesi temel stratejidir (Nour, 2012). EDT tedavisinde tokolitik ajanlar, yatak istirahati, hidrasyon, maternal stroidler, antibiyotik, servikal serklaj ve servikal peser yer almaktadır (ACOG, 2019).

2.7.1.Tokoliz Amacıyla Kullanılan Medikal Ajanlar

Tokolitik ajanlar 34. gebelik haftasından önce kullanılmaktadır ve doğumu 48 saate kadar geciktirebilirler (RCOG, 2011). Tokolitik ajanların uzun vadede yenidoğanı hastalık ve ölüm açısından koruduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ayrıca koryoamniyonit açısından da riski arttırmaktadır (Flenady ve ark., 2014; RCOG, 2011; Haas ve ark., 2009). Gebeliğin uzamasına bağlı oluşabilecek maternal/fetal riskler ya da kullanılan ilaçlara bağlı oluşabilecek riskler erken doğuma bağlı risklerden fazlaysa tokolitiklerin kullanımı kontraendikedir (ACOG, 2016).

2.7.1.1. β -adrenerjik Agonistler

β_2 adrenerjik reseptörler uterus düz kasında, kan damarlarında, diafram ve bronşiollerde bulunur. Vazodilatasyon, bronkodilatasyon, glikojenoliz ve uterus düz kaslarında gevşemeden

sorumludur. β -adrenerjik ajanlar uterus düz kasındaki β_2 adrenerjik reseptörlere bağlanarak adenilat siklaz enzimini aktive ederek intrasellüler cAMP düzeyinin artmasına neden olur. Bu sonucunda düşük intrasellüler Ca^{+2} konsantrasyonu sayesinde miyozin hafif zincir kinaz aktivitesi yoluyla direkt fosforilasyon inhibe edilerek düz kas hücrelerinin kontraktilitesi inhibe edilir. Maternal yan etkiler taşikistol, göğüs ağrısı, kalp ritmi ve elektrolit bozuklukları, pulmoner ödem, düşük kan basıncı, titremedir (Younger ve ark., 2017; Robert ve Goldenberg, 2002).

2.7.1.2. Kalsiyum Kanal Blokörleri

Antihipertansif ve antiaritmik olarak kullanılan ilaçlardır. Hücre içi serbest kalsiyum konsantrasyonunu azaltmak ve myometrial gevşemeyi sağlamak için myometrial hücre zarı boyunca kalsiyum iyonu transferini engeller. Maternal yan etkiler mide bulantısı, vücutta kızarıklık, baş ağrısı, baş dönmesi ve çarpıntı, hipotansiyondur (Younger ve ark., 2017; Smith ve ark., 2000).

2.7.1.3. Prostaglandin Sentetaz İnhibitörleri

Prostaglandinler myometrial gap junctionları arttırarak uterus kasılmalarını uyarırlar. Prostaglandin sentetaz inhibitörleri prostaglandine dönüşen araşidonik asit oluşumu için gerekli olan COX-1 ve COX-2 (siklooksijenaz enzimi) yapımını engellemektedir. Böylece prostaglandinlerin servikal olgunlaşmayı sağlayıcı ve uterus kontraksiyonlarını başlatıcı etkilerini bloke ederler. Maternal yan etkileri bulantı, kanama zamanında uzama ve postpartum kanamadır (Younger ve ark., 2017; Demir, 1996).

2.7.1.4. Nitrik Oksid Donörleri

Nitrik oksit damarlarda, bağırsaklarda ve uterusu etki gösteren güçlü endojen bir düz kas gevşeticisidir. Nitrik Oksid Donörleri cGMP'ı düzeylerini arttırarak cGMP-bağımlı protein kinaz'ı aktive eder böylece ekstrasellüler alandan hücreye Ca^{+2} girişini ve intrasellüler depolardan Ca^{+2} salınımını inhibe eder. Maternal yan etkiler hipotansiyon ve baş ağrısıdır (Younger ve ark., 2017).

2.7.1.5. Oksitosin Reseptör Antagonistleri

Oksitosin reseptör antagonistleri miyometrium ve desiduada oksitosin reseptörleri inhibe ederek etki ederler. Bu etkiyi, hücre içi kalsiyum seviyelerini arttırdığı anlaşılan IP3 ve

DAG pro-kontraktıl yolaklarını tetikleyerek yaparlar (Flenady ve ark., 2014). Maternal yan etkiler çarpıntı, hiperglisemi, taşıkardidir (Wafa ve ark., 2006).

2.7.1.6. Magnezyum Sulfat

Magnezyum sulfat tam olarak bilinmemekle beraber, hücre içi plazma zarını hiperpolarize eder, hücre içi kalsiyuma karşı miyosin hafif zincir kinaz aktivitesini inhibe eder. Maternal yan etkiler vücutta kızarıklık, baş ağrısı, magnezyum toksisitesidir (Younger ve ark., 2017). Ayrıca, magnezyum sulfat antenatal dönemde fetal nöroprotektif amaçla kullanılmaktadır (ACOG, 2010). Dünya Sağlık rgt yönergeleri, serebral palsiyi önlemek için 32. gebelik haftasından önce EDT altındaki gebelere magnezyum sulfat uygulanmasını önermektedir (WHO, 2015).

2.7.1.7. Progesteron

Patogenezi çoğunlukla açıklanamasa da progesteron azalması, oksitosin salgılanması ve enflamatuar desidual aktivasyonunun etkisi olabileceği belirtilmektedir (Goldenberg ve ark., 2008). Progesteron etkisini uterotonik prostaglandinlerin üretimini baskılayarak yapmaktadır (Hassan ve ark., 2011; Challis ve ark., 2000).

2.7.2.Yatak İstirahati

Yatak istirahatı üç farklı biçimde uygulanmaktadır. Birinci tip yatak istirahatı hafif ev işleri, yarım gün çalışma, kısa yürüyüş ve gün içinde iki saat dinlenme şeklinde olmaktadır. İkinci tip yatak istirahatı (kısmi) alışmayı bırakma, ev işleri için yardım alma, yürüyüş dhil egzersiz yaşağı, günün büyük bir kısmında dinlenme biçimindedir. nc tip yatak istirahatı (kesin/tam) en az 2 gün hiç yataktan kalkmadan yapılmaktadır (Maloni, 2010). Yapılan çalışmalarda yatak istirahatının erken doğumları azaltmadığı belirtilmektedir (Lorenz, 2014; Grobman ve ark., 2013; ACOG, 2012).

2.7.3.Hidrasyon

Hidrasyonun, uterusu olan kan akımını arttırdığı, desidual lizozomları stabilize ettiği, prostaglandin yapımını ve oksitosin salgılanmasını azalttığı düşünülmektedir (Kamalak ve ark., 2011). Hidrasyonun rutin olarak uygulanmasına rağmen erken doğumun önlenmesinde etkili olduğu gösterilmemiştir (Stan ve ark., 2013; ACOG, 2012; Maloni, 2010).

2.7.4. Maternal Steroidler

Maternal Betamethasone ve Deksamethasone üzerinde en çok çalışılan kortikosteroidler olup, fetal organ matürasyonunu hızlandırmak için kullanılmaktadır. Her ikisinin de neonatal mortaliteyi azalttıkları bilinmektedir. Yirmidört saat ara iki kez 12 mg Betamethasone (IM) ya da 12 saat ara ile toplam 4 kez 6 mg Deksamethasone önerilmektedir (ACOG, 2011). Ayrıca gebe kadınlar için 7 gün içinde EDT varsa 24 ve 34. gebelik haftaları arasında tek bir kortikosteroid dozu önerilmektedir (ACOG, 2016). Cochrane meta-analizde, Betamethasone ile karşılaştırıldığında Deksamethasone'nin daha az intraventriküler kanama ve fetal yoğun bakım ihtiyacı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, 12 saat ara ile yapılacak Betamethasone'nin 24 saat ara ile yapılan uygulama ile aynı etkinlikte olduğu saptanmıştır (Brownfoot ve ark., 2013).

2.7.5. Antibiyotik

EDT'de enfeksiyon bulguları geliştiğinde antibiyotik uygulamasının gebelik süresini uzattığı, maternal/fetal enfeksiyonları azalttığı ve gestasyonel yaşa bağlı morbiditeyi düşürdüğü belirtilmektedir. Ancak optimal bir antibiyotik önerisi bulunmamaktadır (Kenyon ve ark., 2010). Bir Cochrane meta-analizde, antibiyotik kullanımının maternal enfeksiyon sıklığını azalttığı ancak neonatal sonuçları iyileştirmede olduğu belirtilmektedir. EDT nedeniyle başvuran, membran rüptürü olmayan gebelerde belirgin enfeksiyon bulgusu olmadıkça profilaktik kullanımı önerilmemektedir (Flenady ve ark., 2013).

2.7.6. Servikal Serklaj

Servikal yetmezliğin geleneksel tedavi şekli, servikse kapatıcı sütür konmasıdır. Cerrahi olarak anatomik defektin tamiri ile serviks kuvvetlendirilir. Servikal sütürün ilk trimester sonrası planlı olarak yapılmasına profilaktik (primer), servikal değişikliklerin izlenmesinden sonra yapılmasına terapötik (sekonder) ve ilerlemiş dilatasyon, efesman ve prolebe membranlar oluşumundan sonra yapılmasına acil (tersiyer) serklaj denmektedir (Rust ve Roberts, 2005).

2.7.7. Servikal Peser

Peser, servikse yakın olan kısmı dar-yuvarlak ve vajinadan destek alan kısmı düz-geniş ağızlı bir koni şeklindedir. Servikal kanalı komprese ederek destekler ve sakruma doğru rotasyonel bir açı verir. Peser, servikste kaldığı sürece, bu açılanmayı ve komprese edici özelliği sürdürür (Cannie ve ark., 2013).

2.8.Erken Doğum Tehdidinin Anne Sağlığı Üzerine Etkisi

EDT’de kadınlara rutinde uygulanması ile ilgili görüş birliği bulunmamasına rağmen hastanede ya da evde yatak istirahati uygulanmaktadır. Aynı zamanda yatak istirahatinin uygulama süresi belirsizdir (Sosa ve ark., 2015; McCall ve ark., 2013; Bigelow ve Stone, 2011; Sprague ve ark., 2008). Hastanedeki süreçlerinde kadınlarda fiziksel (Maloni, 2010) ve psikolojik sorunlar (Rodrigues ve ark., 2016; Oliveira ve Mandu, 2015) gelişebilmektedir.

2.8.1.Fizyolojik Etkiler

Yatak istirahati kadınlarda kas güçsüzlüğü, hazımsızlık, özofajial reflü, konstipasyon, baş ağrısı, yorgunluk, nazal konjesyon, görme, işitme değişiklikleri gibi birçok fiziksel soruna neden olmaktadır (Sciscione, 2010). Ayrıca elektro fetal monitarizasyon (EFM), ilaç uygulamaları ve aktivitenin kısıtlanması uyku düzeninde bozulmaya neden olmaktadır (Gallo ve Lee, 2008).

2.8.2.Psikolojik Etkiler

EDT tedavisi nedeniyle kadınların hastaneye yatırılarak ailesinden ayrılması büyük bir hastane stresörüdür (Janighorban ve ark., 2018; Flávia Conceição ve ark., 2016; Heamen ve Gupton, 1998; Maloni ve ark., 1993). Hastanede yatan kadınlar, başkalarına bağımlı olma, yatmaktan bıkmak, hapsedilme ve tutsaklık duygusu, can sıkıntısı, stres, depresyon ve yalnızlık, üzüntü ve sıkıntı açısından psikolojik olarak etkilemektedir (Bayrampour ve ark., 2012; Pamuk ve Arslan, 2009; Arslan ve Korkmaz, 2005). Ayrıca bu dönem postpartum dönemde anksiyete, stres ve depresyona neden olmaktadır (Shaw ve ark., 2013; MacKey ve ark., 2000).

2.9.Erken Doğumun Yenidoğan Üzerine Etkileri

Erken doğum yenidoğanda RDS, kronik akciğer hastalığı, gastrointestinal, immünolojik, merkezi sinir sistemi, işitme ve görme problemleri, uzun süreli motor, kardiovasküler sistem hastalıkları, bilişsel, görsel, davranışsal rahatsızlıklara neden olmaktadır (Mwaniki ve ark., 2012; Greenough, 2012; Allen, 2008; O’Connor ve ark., 2007). Erken doğum nöro-gelişimi olumsuz etkilemekte, zihinsel ve/veya fiziksel gelişme geriliği oranını arttırmaktadır (WHO, 2014; Woythaler ve ark., 2011; McGowan ve ark., 2011; Rogers ve ark., 2011).

2.10. Erken Doğum Tehdidi ve Stres

EDT'nin önemli risk faktörlerinden birinin stres olduğu bilinmektedir (Schetter, 2011; Shaikh ve ark., 2011; Leight ve ark., 2010; Woods ve ark., 2010; Kinsella ve ark., 2009; Giurgescu, 2009). Maternal stres durumunda Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) ve CRH salgılanması artar (Makrigiannakis ve ark., 2007). Artan CRH miyometriumda prostaglandin reseptör A uyarır. Uterusun gevşemesini sağlayan prostaglandin reseptör B baskılanarak, progesteron seviyesi düşer. Östrojen reseptör α üretilerek, östrojen seviyesi yükselir. Stres durumunda yükselen diğer bir hormon kortizoldür. Stres hormonu olarak adlandırılan 'kortizol', stres durumunda vücutta salınımı artar. Artan kortizol düzeyi hipotalamusu daha fazla uyarır ve hipofiz bezi tarafından CRH üretimini azaltmak için negatif feedback başlar. Ancak, stresli gebelerde kortizol nedeniyle bu döngü bozulur (Levine ve ark., 2007). Eşzamanlı olarak stres bağışıklık sistemini baskılar ve sitokinlerin üretimini artırır. HPA eksenini ve bağışıklık sistemi arasında negatif bir geri besleme döngüsü vardır. Sitokinler, HPA eksenini uyarır ve aşırı kortizol salgılanmasına yol açar. CRH, ACTH, kortizol ve sitokinlerin salgılanmasının artması, prostaglandin salgılanmasını uyarır, erken doğum ve membran rüptürüne yol açar (Weinstock, 2008; DiPietro ve ark., 2002).

2.11. Stres Kavramı

Stres, bilişsel odaklanmanın, bir insanın hayatındaki olayları düşünmek ve bu olaylarla başa çıkacak kişisel kaynaklara sahip olup olmadığına karar vermek gibi, kişi ve çevre arasındaki özel bir ilişki olarak tanımlanır (Lazarus ve Folkman, 1984). Türkçe’de stres kelimesi Türk Dil Kurumu’nun yayınladığı Ruhsal Terimler Sözlüğünde “zorlanma” kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır (İşıltan ve Gökler, 2012). Tan ve Yip’in (2018) belirttiğine göre, Selye (1907-1982), bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarılara stresör; bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiyi ise stres olarak ifade etmiştir. Stresi “bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki” olarak tanımlamıştır (Tan ve Yip, 2018).

2.11.1. Stres Belirtileri

Stres durumunda kişiler farklı belirtiler göstermektedir ve bunlar:

1. Sinirli, öfkeli bir hal,
2. Bunalım veya aşırı heyecan hali,

3. Kalp çarpıntısı,
4. Ağız kuruluğu,
5. İçgüdüsel davranışlarda artış, duygusal kararsızlıklar,
6. Kendini kapama,
7. Yoğun olarak istenilen ağlama arzusu,
8. İşe ve çevreye yeteri kadar konsantre olamama,
9. Düşünce karışıklığı ve genel uyumsuzluk hali,
10. Kaynağı belirsiz korkular,
11. Ruhsal gerginlik ve tetikte olma hali,
12. Titreme,
13. Sinirsel çeşitli tikler,
14. İrkilme hali,
15. Tiz sesli sinirsel kahkahalar,
16. Konuşma güçlüğü ve kekeleme hali
17. Hiperaktivite halleri,
18. Aşırı terleme,
19. Sık sık idrara çıkma durumu,
20. Mide bulanması,
21. Boyun ve sırt ağrıları,
22. Beslenme düzensizlikleridir (Okutan, 2002).

2.11.2. Stresle Başetmede Kullanılabilecek Felsefe ve Modeller

2.11.2.1. Hypnobirthing Felsefesi

HypnoBirthing kadını fiziksel ve psikolojik olarak doğuma hazırlayan HypnoBirthing Enstitüsü'nün kurucusu Marie F. Mongan tarafından 1987'de geliştirilen bir doğum tekniği ve felsefesidir. Temel ilkesi doğumun kadınlar için normal, doğal ve sağlıklı bir işlev olduğunu savunmasıdır. Doğum öncesi dönemde verilen eğitimle doğumda kadının kendi kendine hipnoz uygulayarak korkularından arınmasını ve gevşemesini sağlamayı hedefler (Mongan, 2012).

Hypnobirthing felsefesi zihin yasalarına dayanır. Bu yasalar; Beden zihni izler: Psiko-Fiziksel Tepki Yasası, Dilin gücü: Uyumlu Çekim Yasası ve Tekrar Yasası, İstedığınız elde ettiğinizdir: Motivasyon Yasası'dır.

- ***Beden Zihni İzler: Psiko-Fiziksel Tepki Yasası***

Beden, zihnin eylem bileşenidir. Bedende yaşanan zihinde belirlenir. Bu nedenle, zihin neyi kabul etmeyi veya gerçek olarak algılamayı seçerse, beden o doğrultuda tepki verir. Zihnin eylem yeteneği yoktur. Dolayısıyla, bedene eylem isteyen mesajlar gönderir. Bunun karşılığında beden düşünceyi dışavurur. Eğer zihinde korku ve olumsuz doğum algısı varsa, beden bilinçsiz olarak savunma durumuna geçer. Böylece vücutta fiziksel tepki gelişerek sempatik sinir sistemi aktive olur ve gerginlik oluşur (Mongan, 2012).

- ***Dilin Gücü: Uyumlu Çekim Yasası ve Tekrar Yasası***

Sözcükler, düşünceler ve hisler yaratır; aynı düşünceleri tekrar tekrar barındırmak duyguları uyandırır. Zamanla bu duygular inançlar haline gelir. O inançlar davranışlarla dışavurulur. Davranışlar deneyimleri şekillendirir. Olumlu davranış olumlu deneyimler yaratır; olumsuz davranış olumsuz deneyimler yaratır. Bu nedenle Hypnobirthing Felsefesi olumlu düşünce ve duygu oluşturmaya amaçlar. Doğuma ilişkin olumlu düşünceler ve duygular doğumla ilgili olumlu davranışların oluşmasını sağlar (Mongan, 2012).

- ***İstedığınız Elde Ettiğinizdir: Motivasyon Yasası***

Motivasyon kişinin niyetine ve kendine dair imgesine sıkı sıkıya bağlıdır. Zihin iyice motive olduğunda beden uygun şekilde tepki verir. Kadınların doğumu nasıl gördüğü ve doğum imgesini nasıl algıladığı doğum sürecini etkileyebilir. Bir kadın doğum sürecini olumlu algılasa olumlu, olumsuz algılasa olumsuz deneyimleyebilir. Bu nedenle kadınların doğum sürecinde olumlu motivasyon geliştirmeleri doğum sürecini olumlu deneyimlemelerine katkı sağlar (Mongan, 2012). Hypnobirthing, kendi kendine hipnoz öğretmeye, yavaş nefes alıp vermeye, kendini bırakmaya ve sakin ve huzurlu bir şekilde zevk alma sanatına, stressiz doğum yöntemini keşfetmeye, olumlu bir beklenti oluşturmaya, doğumun kendiliğindenliğine inanmaya odaklanır (Mongan, 2012).

2.11.2.2. Transaksiyonel Model

Stres, kişi ile etrafındaki çevre arasında yük olarak algıladığı veya başa çıkma kaynaklarının çok ötesine geçen ve sağlığını tehdit eden özel bir ilişkidir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Bu modelde kişi stresör ile karşılaştığında iki tür bilişsel değerlendirme yapar: birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme. Birincil değerlendirme (primary appraisal), kişinin

tehlike olarak algıladığı durumun yargısıdır. Birinci değerlendirme sonucunun olumlu olduğunu düşünürse iyi huylu değerlendirme yapılırken, olumsuz olduğu düşünüldüğünde stresli değerlendirme yapılır. Bunlar zarar/kayıp, tehdit ve meydan okumayı içeren değerlendirme sürecini başlatır. Zarar/kayıp, sevilen birinin kaybını ifade eder; tehdit, zarar veya kayıp beklentisini ifade eder; meydan okuma ise, bir kişinin kazancı iyileştirebileceği veya kazanabileceği olayları ifade eder (Lazarus ve Folkman, 1984).

İkincil değerlendirmede (secondary appraisal) kişi, yarara ilişkin olasılıkları yükseltmek, zararı önlemek veya üstesinden gelmek için yapılabilecek bir şeyler olup olmadığını belirlemek için var olan kaynakları ve durumları değerlendirmektedir. Lazarus (1991) ikincil değerlendirmenin üç ögesinden söz etmektedir: Bunlar; Kişinin kendine veya başkalarına yönelttiği öfke veya güven, başa çıkma gücü, geleceğe yönelik beklentileridir. Kişi bir durumla karşılaştığında bu öğeleri kullanarak değerlendirme yapar. Bunun sonucunda kişinin stresörü nasıl yönettiğine bağlı olarak iki tür baş etme stratejisi gelişir. Problemi çevreyle ilgili sorunla yönetirken veya değiştirirken “Probleme yönelik başa çıkma”, soruna verilen duygusal cevabı düzenlerken de “Duygu odaklı başa çıkma” kullanılır.

Problem odaklı başa çıkma yaklaşımı; stresli durumun kendisini değiştirmeye çalışır. Plan yapmak, stresöre nasıl yaklaşılacağı hakkında bilgi aramak problem odaklı başa çıkma yollarıdır. Duygu odaklı başa çıkma; stresli durumun duygusal etkisini düzenleme çabalarını içermektedir. Örneğin; kaçınma, meditasyon ya da diğer insanlarla problem hakkında duyguları paylaşmayı içerir. Başa çıkma, kişinin iç kaynakları ile dış çevre talepleri arasındaki etkileşimdir. Bu iki baş etme stratejisinde, başa çıkma kaynakları bilişsel değerlendirme yapılarak belirlenir. Bu kaynaklar, stres gidericiden gelen talebi yönetmek için çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal mekanizmaları içerir. Fiziksel sağlık ve enerji, olumlu inançlar (örneğin iç kontrol odağı ile ilgili genel inançlar, varoluşsal inançlar), problem çözme becerileri, sosyal beceriler, sosyal destek ve finansal kaynaklar bir kişinin başa çıkma yollarını kolaylaştırabilir.

Daha sonra Lazarus (1993), başa çıkmayı şöyle özetlemektedir:

1. Başa çıkma karmaşıktır, insanlar her stresli durumda başa çıkmada yer alan temel stratejilerin çoğunu kullanırlar.
2. Başa çıkma durumu herhangi bir şeyin yapılıp yapılmayacağına ilişkin değerlendirmeye bağlıdır. Eğer değerlendirme bir şey yapılabileceğine inanılıyorsa, problem odaklı başa çıkma ön plandadır.

3. Stresli karşılaşmanın türü değişmez öğeler taşıyorsa (sağlık, aile vb.), kadın ve erkekler benzer başa çıkma yöntemlerini kullanırlar.

4. Başa çıkma stratejileri stresörün karmaşıklığına göre değişir.

5. Başa çıkma duygusal tepkileri güçlü bir şekilde yansıtır.

6. Bir başa çıkma yöntemi, stresörün türüne, stresi deneyimleyen kişinin kişiliğine ve stresin sonucuna göre şekillenir.

2.11.3. Stres Yönetiminde Kullanılan Teknikler

Stresle baş etme ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, bir durum veya bir duruma verilen tepkileri değiştirmeye stres yönetimi adı verilir. Bireysel olarak stresle baş etmede, bedensel hareketler, solunum egzersizi, gevşeme (relaksasyon) egzersizleri, müzik, yoga, biyo-feedback, beslenme, masaj, zaman yönetimi, sosyal destek, maneviyatı güçlendirme ve hipnoz gibi teknikler kullanılmaktadır (Altuntuğ ve Ege, 2015; Muzik ve ark., 2012; Abdoli ve ark., 2012).

2.11.3.1. Bedensel Hareketler

Düzenli yapılan bedensel egzersizler, bedensel ve ruhsal sağlığını geliştirerek stres karşısında vücut direncini artırır. Ayrıca bedensel egzersiz, stres yaratan durumlara karşı gösterilen fizyolojik tepkileri düzenler ve vücudun sakin kalmasını sağlar (Gilbert ve Harmon, 2011).

2.11.3.2. Solunum Egzersizleri

Stres altında olan kişinin oksijene olan ihtiyacı artar. Stres altında nefes hızlı alınıp verilirken gevşeme anında bu durum değişiklik göstermektedir. Solunum egzersizinde amaç nefesin hızlı değil yavaş alınıp verilmesini sağlamaktır. Bunun için kişinin nefes alıp vermeye odaklanması sağlanır, çok hızlı ve derin nefes alıp vermemesi için gözlenir. Saniyede bir nefesten fazla almaması, pasif ve gevşek nefes vermesi sağlanır (Özveren, 2011). Solunum egzersizlerinin gevşeme egzersizleri ile birlikte kullanılmasının daha etkili olduğu belirtilmektedir (Yıldırım ve Şahin, 2003).

2.11.3.3. Gevşeme Egzersizleri

Stres durumunda kaslar gerilir, kan basıncı ve kan glikoz düzeyi yükselir, solunum sayısı artar (Özer, 2012). Gevşeme egzersizleri vücudun gevşemesine yardımcı olan parasempatik

sinir sistemine geçişini kolaylaştıran ve fiziksel rahatlamayı sağlayarak zihinsel rahatlamayı kolaylaştıran egzersizlerdir. Gevşeme egzersizleri esnasında kan basıncında normale dönme, oksijen tüketiminde, solunum sayısında ve nabız sayısında azalma, kaslarda gevşeme meydana gelmektedir. Gevşeme egzersizleri oksijenin kana karışmasını ve aktive olmasını sağlar. Oksijenin aktive olması ile birlikte kaslarda laktik asit azalır ve gevşeme meydana gelir (Seers ve ark., 2008; Roykulcharoen ve Good, 2004). Anksiyete azalır ve endorfin salgısı artar (Topcu Yıldızeli ve Fındık Yıldız, 2012).

2.11.3.4. Müzik

Müzik beynin sağ hemisferini etkiler. Limbik sistem üzerinden psikofizyolojik yanıtlar oluşturur ve endorfin salınımını sağlayarak ağrı düzeyini azaltır. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp yavaşlatılarak, kas koordinasyonu ve gerginliği üzerinde, anksiyolitik etki oluşturulabilir. Merkezde nörotransmitterlere baskının artması ve Medulla Oblongata'daki sinirlerin uyarılması ile anksiyete azalmaktadır (Uyar ve Korhan, 2011).

2.11.3.5. Yoga

Yoga, vücut dengesi, fiziksel, mental, emosyonel yönden sağlıklı olma durumuna dayanan eski bir yöntemdir (Rocha ve ark., 2012). Yoga, uygulama olarak birtakım duruşları (asana), istemli nefes kontrolünü (pranayama), istemli olarak düşüncelere odaklanmayı (meditasyon) ve tekrarlanan sözlü ifadeleri içermektedir (Ramacharaka, 2010).

Asanalar; esneme ve dengeye yönelik ayakta yapılan spesifik duruşları ve devamlılığı amaçlayan egzersizleri içerir. Pranayamalar; nefes kontrolü sayesinde vücut farkındalığına odaklanır. Meditasyon; mental bir süreçtir. İstemli olarak düşüncelere yoğunlaşmayı, algı, dikkat durumunda değişiklik yaratmayı amaçlar (Ramacharaka, 2010).

2.11.3.6. Biyo-Feedback

Bu teknikte anksiyeteyi azaltmak ve davranışsal yanıtlarda değişiklik oluşturmak için, kişinin bilinçli olarak anlamadığı, fark edemediği normal ve normal olmayan fizyolojik tepkileri bir cihaz vasıtasıyla bilinçli olarak fark edilebilir duruma getirilir. Biofeedback cihazına bağlı küçük elektrotlar kişinin alnına yapıştırılır. Beyin dalgaları, kas gerilmesi, deri sıcaklığı, kalp hızı ve nabızdaki fizyolojik değişiklikler monitörde izlenebilir. Oluşan değişiklikler görsel ya da işitsel anlamlarla ilişkilendirilir. Kişi ne kadar çok gevşerse, o kadar çok olumlu ses ya da görüntü oluşur (Moore, 2000).

2.11.3.7. Beslenme

Düzenli ve içeriği zengin beslenme, vücut direncinin artmasını sağlayarak kişinin strese dayanma gücünü artırır (Gonza-lez ve Miranda-Massari, 2014).

2.11.3.8. Masaj

Masaj, kan dolaşımının hızlanmasını sağlayarak kas gerginliğini azaltır, kaslarda gevşeme ve rahatlık hissi oluşturur (Simkin, 2002).

2.11.3.9. Zaman Yönetimi

Zaman yönetimi, insanların özel ve iş yaşamlarında amaçlarına etkili ve verimli bir şekilde ulaşabilmesi sağlamak için planlama, organize etme ve kontrol etme gibi yönetim fonksiyonlarını kendi etkinliklerine katma sürecidir (Kocabaş ve Erdem, 2003). Zaman yönetimi, ilk olarak kişinin mevcut zamanını nasıl kullandığı ve yaşamındaki önceliklerin neler olduğunun belirlenmesidir. Önceliklerin belirlenmesinde acil ve önemli olanlar şeklinde bir ayırım yapılır, hedef/hedefler belirlenir. Bu sayede kişi önceliklerine uygun davranış biçimlerine odaklanabilir (Turan ve Aksoy Poyraz, 2015).

2.11.3.10. Maneviyatı Güçlendirme

Maneviyatı güçlendirme, kişinin manevi yönünü besleyen gelenek ya da törensel etkinliklerdir (Como, 2007). Bu etkinlikler kişinin kendisini daha güçlü hissetmesini sağlayarak, olumsuz sağlık durumlarını kabul etme ve gelecek için plan yapmaya yardım ederler. Kişiyi bu açıdan destekleyip, rahatlatmaktadırlar (Özveren, 2011).

2.11.3.11. Sosyal Destek

Sosyal destek, bir ya da daha fazla kişiyle belirli zamanlarda görüşme ve onlardan ihtiyaç duyulan duygusal yardımı alma ve verme ilişkisi içerisinde “yeteneği taşıyan ilişkiler” olarak ifade edilmektedir (Bekçi ve ark., 2007). Sosyal destek, stres vericileri ortadan kaldırmaya bile kişilerin endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, kişilerin kendine güvenini artırmakta ve stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır (Bayraktar, 2011).

2.11.3.12. Hipnoz

Hipnoz, beynin her iki yarıküresinin kortikal ve altkortikal bölgelerde işlevsel değişiklikler meydana getirir (Barabasz ve Barabasz, 2008). Hipnoz sırasında serebral bölgesel

kan akımı inferior frontal giruslar ve oksipital korteksin bazı alanlarında artar. Telkinlerle frontal lobda kan akımının artışı ise hafızanın çalışması, algılama deneyiminin yeniden yorumlanmasını kapsayan değişiklikleri gösterir (Özgök, 2013). Hipnozda, kişinin olumlu şartlanmasını sağlayan bir kelime ya da işaret yardımı ile hipnoza girerek gevşemesi sağlanır (Tekin, 2010).

2.12. Doğum Korkusu, Doğuma Hazır Oluşluk ve Erken Doğum Tehdidi

Gebelikte herhangi bir sorun geliştiğinde kadınlarda en çok fetüs sağlığı hakkında endişeli düşünceler oluşmaktadır (Oliveira ve Mandu, 2015; Bayrampour ve ark., 2012). Bu nedenle fetüsün sağlığı ile ilgili düşünceler kadınların prenatal uyumlarının belirleyici faktörlerinden olan doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluğu etkilemektedir (Beydağ ve Mete, 2008). EDT fetüsün sağlığı ve fetüsü kaybetme ile ilgili endişeye neden olurken (Oliveira ve Mandu, 2015), gebeliğin devamı ve doğum sürecinin belirsizliği de stresi arttırmaktadır (Janighorban ve ark., 2016). Gebelikte stres varlığı ise doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluğu etkilemektedir (Beydağ ve Mete, 2008).

EDT’de kadınlar hastanede yatırılmaktadırlar (Sosa ve ark., 2015; Carty-Singleton ve Sciscione, 2014). EDT gibi doğum eyleminin başlaması kadınlarda stresi arttırmaktadır. Aynı zamanda kadının hastanede, bilmediği bir ortama girmesi, bilmediği tanımadığı bir ekip ile karşılaşması kaygıyı arttıran bir faktör olmaktadır (Mete, 2013). EDT’de diğer önemli faktörler arasında yer alan doğum korkusu (Bayrampour ve ark., 2016) ve doğum zamanının belirsizliği de kaygıyı arttırmaktadır (Nilson ve ark., 2009). Doğum korkusu vücutta stres düzeyini arttırmakta ve katekolaminlerin salınımına neden olarak uterusu giden kan akımını azaltmaktadır. Doğum sürecini bilmemek ve doğum ile ilgili bilgi eksikliğinin olması doğum korkusunu arttırmaya devam etmektedir (Serçekuş ve Okumuş, 2009). Gebelikte yeterli danışmanlık almak, sağlıklı bebeklerin doğumunda etkilidir ve düşük doğum ağırlığı riskini azaltmaktadır (Gharaibeh ve ark., 2005). Eğitimse, doğum öncesi dönemde sağlanan hemşirelik bakımının kilit bir yönüdür (Nichols ve ark., 2007). Yapılan bir çalışmada doğum öncesi ve doğum sonrası uyum üzerine, grup eğitimi alan 40, bireysel eğitim alan 40 ve kontrol 38 kadından oluşan ve antenatal eğitim alan gebe kadınlar değerlendirilmiştir. Gruplar, antenatal eğitimin doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk açısından değerlendirildiğinde, antenatal eğitim girişim gruplarının kontrol grubuna göre doğum korkusunu azaltmış ve doğuma hazır oluşluluğu arttırmıştır (Serçekuş ve Mete, 2010). Bu nedenle gebelere bakım veren sağlık

profesyonellerinin, gebenin fiziksel bakımının yanı sıra doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk gibi prenatal uyumlarını sağlayan faktörlere ilişkin müdahaleler uygulanması önerilmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

2.13. Erken Doğum Tehdidi ve Hemşirelik Bakımı

Antenatal dönem eğitimleri temel olarak; kadının sağlıklı bir yaşam tarzı kazanmasına ve doğumdan önce kronik durumları yönetmesine yardımcı olmaya odaklanır (Atrash ve ark., 2006). Hemşireler antenatal bakım ile kadınların gebelik ve doğumla ilgili bilgi düzeylerini artırırken (Serçekuş ve Mete, 2010), aynı zamanda beslenmenin düzenlenmesi, uygun egzersiz seçimi, risk faktörlerinin ve olumsuz gebelik sonuçlarının azaltılmasında da etkili olmaktadır (Chang ve ark., 2013; Atrash ve ark., 2006).

EDT’de gebe ve ailesine verilen tedavi ve bakımda hemşire çok önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılında yayınladığı erken doğum sonuçlarını iyileştirmeye yönelik müdahalelere ilişkin önerilerde, maternal ve yenidoğan sağlığının korunması ve geliştirilmesi için verilen bakımda hemşirelerin de hedef sağlık profesyoneli arasında olduğunu belirtmektedir (WHO, 2015). Bu nedenle hemşireler, erken doğumu önlemeye yönelik dünya sağlık örgütü önerilerinin her basamağında görevlidirler (WHO, Born too Soon Report, 2012). Bu önerilerden antenatal dönemde yer alanlar; önceden var olan durumların (örneğin; diyabet, tiroid hastalığı, kalp hastalığı, astım ve diğer kronik durumlar) tanımlanması ve tedavisi, gebelik komplikasyonlarının tanımlanması ve tedavisi (örneğin; preeklampsi, antepartum kanama), çoğul gebeliklerin izlenmesi, gebelik süresini uzatmak için progesteron uygulaması ve yapısal anormalliklerin tanımlanması ve tedavisi (örneğin; servikal serklaj, servikal peser) şeklindedir.

Antenatal dönemde verilen eğitimlerde hemşireler EDT belirti ve bulgularına yer vererek, EDT geliştiğinde kadınların erkenden sağlık kuruluşuna başvurmalarını ve gerekli müdahalenin yapılmasını sağlayabilirler (Stringer ve ark., 2008). Kadınların EDT nedeniyle hastaneye yatırılabilir. Bu süreçte verilen hemşirelik bakımı çok özenli ve dikkatli bir şekilde planlanmalıdır. Çünkü bu süreç gebe ve ailesi için çok stresli bir dönemdir (Hoffman ve ark., 2016; Chuang ve ark., 2012). Hastane sürecinde EDT’de yer alması gereken hemşirelik bakımları; stresi ve anksiyeteyi azaltma, gebe ve fetüsün sağlığını koruma ve geliştirmeye odaklanmalıdır (Jallo ve ark., 2017). Amaç doğum zamanını mümkün olduğunca geciktirmek olmalıdır (Nour, 2012).

EDT’de kontraksiyonları durdurmak için tokolitik ajanlar kullanılmaktadır (Flenady ve ark., 2014; RCOG, 2011). Hassan ve Nasr’in (2017) belirttiğine göre EDT’de tokolitik ajan kullanılan gebelerin bakımında hemşirelik girişimleri; derin tendon reflekslerinin değerlendirilmesi, akciğer ödeminin değerlendirilmesi, günlük kilo takibi, aldığı-çıkardığı takibi, uterus kontraksiyonlarının takibi, yaşam bulguları takibi, ödem takibi, nefes egzersizlerinin öğretilmesi ve uyku süresinin değerlendirilmesi şeklindedir. Dünya Sağlık Örgütü (2012) EDT geliştiğinde tokolitik kullanımı, yenidoğanda mortaliteyi azaltmak için antenatal kortikosteroidler, prematür EMR’de enfeksiyonu önlemek için antibiyotikler ve yenidoğanın nöroprotektif korunması için magnezyum sülfat desteğini önermektedir. Hemşirelerin EDT sürecinde bu önerilerin uygulamasında doğrudan sorumlulukları vardır (WHO, Born too Soon Report, 2012). Ayrıca bu süreçte fetüsün sağlığının ve gebelik sürecinin devamını izlerken; gebeyi sol lateral pozisyonda yatırma, kesin yatak istirahatine alma, kontraksiyon takibi yapma, EDT belirtilerini izleme, gebeyi bilgilendirme, ilaç yan etkilerini izleme, yaşam bulgularının takibini yapma, fetüsü Nonstres test (NST) ile izleme, gebe, enfeksiyon belirtilerini izleme, gebelikteki bakımı hakkında bilgi verme (Hijyenik bakım, fiziksel aktivite ve dinlenme, cinsel ilişki yasağı, tehlike belirtileri vb.) ve tüm bu süreçte gebe ve yakınlarının korku ve kaygılarını azaltma şeklinde özetlenebilir (Mohammed, 2016; Kent ve ark., 2015; Oskay, 2015; McDonald ve ark., 2014; Davis ve ark., 2003).

EDT’de kaygı hem hazırlayıcı faktör hem de tanı sonrası görülen çok önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Romero ve ark., 2014). Kadının kaygılarını anlamak, deneyimlerini paylaşmak ve onlara zaman ayırmak, önemli hemşirelik girişimlerindendir (Oskay, 2015). Kadınların EDT gibi uzun süreli hastanede kalmalarına neden olan riskli gebeliklerde zihinsel ve sosyal desteğe, çevrenin düzenlenmesine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Kent ve ark., 2015). Bu doğrultuda hemşirelerin EDT sürecinde kadınlara destek olarak streslerini azaltmaları olumlu etki sağlayabilir (McDonald ve ark., 2014). Gevşeme egzersizlerinin EDT sürecinde stresi azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Heber ve ark., 2013; Chuang ve ark., 2011). Gevşeme egzersizleri kasların gevşemesini sağlayarak vazodilatasyona ve kortizol düzeyinin düşmesine neden olur (Pawlow ve Jones, 2002). 2011 yılında Cochrane çalışmasında, kadınlara “zihinsel rahatlamayı ve stresli bir olayın algısını değiştirmek için kaygı ile ilgili olumsuz düşüncüyü değiştirmeyi” kendi kendine teşvik etmeleri için zihin-beden müdahaleli yaklaşımların öğretebileceği öne sürülmüştür (Marc ve ark., 2011). Yapılan deneysel bir çalışmada, EDT gevşeme egzersizlerinin kaygıyı azaltmada ve stresle baş etmede

etkili olduğunu belirtilmektedir. Çalışma sonucunda, EDT nedeniyle yatak istirahatinde olan gebelere gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi önerilmektedir (Arıöz Düzgün ve Ege, 2017). Bir diğer yarı deneysel çalışmada, EDT olan kadınlar girişim ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Girişim grubuna gevşeme egzersizleri uygulanmış ve her iki grubun gebelik haftaları takip edilmiştir. Çalışma sonucunda girişim grubunun doğum haftası ortalaması (38.04 hafta), kontrol grubuna (37.41 hafta) göre yaklaşık bir hafta daha ileridedir (Aksu ve Şirin, 2007). Bu nedenle hemşirelerin EDT’de uygulanan bakım kapsamına gevşeme egzersizlerini kullanmaları önerilmektedir (Jallo ve ark., 2017; Heber ve ark., 2013; Chuang ve ark., 2011; Aksu ve Şirin, 2007).

Sonuç olarak EDT tanısı konulan kadınların hemşirelik bakımı; stresle başetmenin geliştirilmesi, gebe ve fetüsün sağlığının korunması ve geliştirilmesi, doğum haftasının uzatılması, hastane ortamında rahatlığın sağlanmasını sağlayacak biçimde uygulanması gerekmektedir.

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

ERKEN DOĞUM TEHDİDİ TANISI İLE KLİNİKTE YATAN KADINLARIN DENEYİM, DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Araştırma fenomenolojik nitelikte kalitatif bir çalışmadır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Nisan 2015’de literatür taraması ile başlamıştır. Araştırmanın verileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde kadın doğum servisinde 01 Mart-31 Ağustos 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma yazım aşaması bitmesi ile Aralık 2016’da tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Fenomenolojide başlangıç noktası kişisel tecrübeler olduğundan, bu tecrübeleri yaşamış ya da yaşamakta olan kişiler oluşturmaktadır (Baş ve Akturan, 2008). Araştırma evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde 01 Mart-31 Ağustos tarihleri arasında EDT tanısı ile yatan kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2.Araştırma Örneklemi

Kalitatif araştırmalarda örneklem sayısına, verilerden oluşan temalarda, doyuma ulaşıncaya kadar çalışmaya devam edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013; Baş ve Akturan, 2008; Kümbetoğlu, 2008). Araştırmanın örneklemi, amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Amaçlı örnekleme yöntemi, küçük bir örneklem ile zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına olanak vermektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Araştırmada amaçlı örneklem yöntemlerinden; benzeşik (homojen) ve ölçüt örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Benzeşik (homojen) örneklemede kadınlara EDT tanısı konulması göz önüne alınmıştır. Ölçüt örnekleme yönteminde de önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan örneklem grubuyla çalışılması esastır. Bu ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulabilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

Araştırmanın örneklemini oluşturulurken dikkate alınan ölçütler:

- EDT tanısı konulmuş olma,
- En az yirmi dört saattir hastanede olma,
- On sekiz yaş üstü olma,
- Türkçe bilme,
- Psikiyatrik hastalık tanısı konulmamış olma,
- Gönüllü katılımdır.

Araştırma örnekleminde dışlanma ölçütleri;

- Kadınların araştırmaya kabul edildikten sonra herhangi bir aşamada araştırmadan çıkmak istemesidir.

3.4.Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama formları kullanılmıştır.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırma niteliksel tasarımda olduğundan çalışmanın değişkenleri bulunmamaktadır.

3.6.Veriler toplama araçları

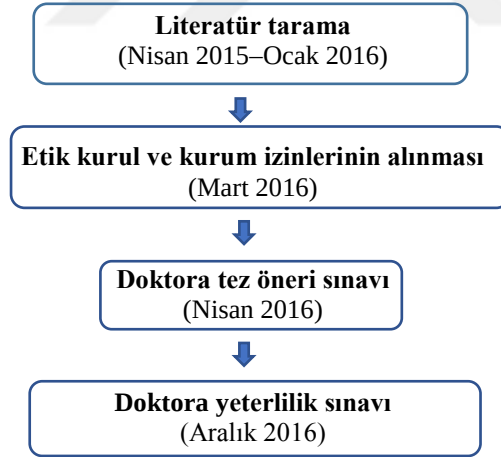
Görüşmeler, sosyo-demografik özellikleri tanıtıcı form (Ek-I), yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek-II) ve ses kayıt cihazı kullanılarak toplanmıştır. Sosyo-demografik özellikleri tanıtıcı form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik verilerin yanı sıra obstetrik özellikleri de içeren sorulardan oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu; literatür doğrultusunda hazırlanmış, açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın ön uygulaması kurum ve etik kurul izni alındıktan sonra üç kadın ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonucunda yapılan değerlendirme ile yarı yapılandırılmış görüşme formunda gerekli olan değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya katılan kadınlar örneklem dışında bırakılmıştır.

3.6.1. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde, servis içerisinde sessiz, rahat ve görüşmenin bölünmeyeceği bir odada derinlemesine görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Görüşmenin etkin bir şekilde yapılabilmesi amacıyla kadınlara;

- Araştırmacının kendisini katılımcıya ve katılımcının da kendisini araştırmacıya tanıtması (güven oluşturma),
- Araştırmanın amacının açıklanması,
- Görüşme ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağının söylenmesi,
- Görüşmenin ses kayıt cihazı ile kayıt edileceğinin söylenilmesi,
- İstediği zaman görüşmenin durdurulabileceği, sonlandırılabilceği, araştırmadan ayrılabilceği ve buna saygı duyulacağının söylenilmesi,
- Yazılı onamın okunması ve imzalanması gerekliliğinin açıklaması yapılmıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Görüşme kayıtları üzerinde hiçbir değişiklik yapılmadan bilgisayar ortamında yazılı döküm haline getirilmiştir. Yazılı dökümlerin anlaşılabilirliğini artırmak için, konuşma dilindeki söylemler yazı diline dönüştürülürken betimleyici işaretler kullanılmıştır. Köşeli parantez ([]) araştırmacı tarafından eklenen kelimeler, yan yana iki nokta (..) konuşmadaki virgöl arasından daha uzun düşünme süreleri, virgöl (,) konuşma durakları, nokta (.) anlatım sonunu ifade etmek

için kullanılmıştır. Görüşmecilerin duygulanımları sonucunda gösterdikleri tepkiler “(())” işaretleri yazılarak metin içinde gösterilmiştir. Yapılan görüşmelerdeki katılımcı bilgisi cümlelerin sonunda “()” işareti içinde gösterilmiştir. Yazılı dokümanların analizinde, kodların ve kategorilerin oluşturulması için Corbin ve Strauss (1990) tarafından önerilen içerik analizi, tümevarımcı kategori oluşturma tekniği kullanılmıştır (Corbin ve Strauss, 1990). Verilere Corbin ve Strauss’un belirttiği gibi (1990) açık, eksenel ve seçici kodlama yapılmıştır. Açık kodlamada; veriler tekrar tekrar okunmuş ve veriler kodlara göre ayrılmıştır. Eksenel kodlama ile oluşturulan kodlar tema ve alt temaları oluşturacak şekilde, aralarındaki bağlantılara göre birbirinden ayrılmıştır. Seçici kodlama ile de; araştırma sorusunu tanımlayan ilişkili temalar oluşturulmuştur (Corbin ve Strauss, 1990).

3.8.1. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliği ve güvenirliliğini sağlamak amacıyla nitel araştırmalarda yer alan inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkelerinden yararlanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

İnandırıcılık: Araştırmacının elde ettiği bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların geçerliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına, verilerin nesnel yaklaşımla toplandığına ve sonuçların da nesnel olarak ortaya konulduğuna ilişkin kanıtlar sunması gereklidir. Bu amaçla beş yöntem (uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi) kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu araştırmada örneklemdeki kadınlarla güven ortamının oluşturulması ve samimi yanıtların alınabilmesi için derinlemesine görüşmeler 20-40 dakika arasında planlanmıştır (uzun süreli etkileşim). Araştırmacı verilerin araştırma sorusuna yanıt verme yeterliğini bulgular kısmında okuyucuya sunmuştur (derinlik odaklı veri toplama). Araştırmada uzman desteği, araştırma deseninden, sonuç yazımına kadar her aşamada alınmıştır. Uzman, araştırmanın her aşamasında geri bildirimde bulunmuştur (uzman incelemesi).

Aktarılabilirlik: Olay ve olguların içinde bulunduğu ortamdan etkilendikleri dikkate alındığı zaman belirli bir örnekleme ait verilerin ve sonuçların benzer diğer örneklemlere doğrudan genellemesi mümkün olmaz (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu araştırmada bulgular genelleme yapılmadan okuyucuya sunulmuştur.

Tutarlılık: Olay ve olguların ortama ve zamana bağlı olarak oluşturdukları ve aynen tekrar edilmesinin mümkün olmadığı varsayımı dikkate alındığında nitel araştırmada tutarlılığı

sağlamak mümkün görünmemektedir. Bu nedenle tutarlılık; veri toplama araçlarının oluşturulması, verilerin toplanması ve analizi aşamalarında kendini göstermelidir (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu araştırmada araştırmacı tüm görüşmelerinde aynı veri toplama formlarını ve aynı ses kayıt cihazını kullanmıştır.

Teyit edilebilirlik: Nitel araştırmacı ulaştığı sonuçları topladığı verilerle sürekli olarak teyit edebilmeli ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunabilmelidir. Dışarıdan bir uzman araştırmada ulaşılan yargıların, yorumların ve önerilerin ham verilerine geri gidildiği zaman teyit edilip edilmediğine ilişkin bir değerlendirme yapar (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu araştırmada tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, ham veriler, analiz sırasında oluşturulan kodlar ve temalar uzman tarafından incelenmiştir. Ayrıca bunların hepsi gerektiğinde incelenmek üzere saklanmaktadır.

3.8.2. Araştırmacının Niteliği

-Araştırmacı Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora dersi ‘Nitel Araştırma Yöntemleri’ni almıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları nitel yöntemin doğasından dolayı genellenebilir değildir.

3.10. Etik Boyut

Bu araştırmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’na başvurularak araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni alınmıştır (Ek-XV). Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak “sözel ve yazılı onam” alınmıştır (Ek-III). Katılımcılara kişisel bilgilerinin ve görüşme kayıtlarının gizli tutulacağı ve hiçbir şekilde paylaşılmayacağı açıklanmıştır. Araştırmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır (Ek-IV).

4.BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.25 ± 5.26 yıl ve gebelik haftası ortalaması 30.33 ± 4.71 haftadır. Kadınların diğer tanıtıcı özellikleri tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler (n:12)

Katılımcı No	Yaş	Eğitim Durumu (Mezuniyet)	Çalışma Durumu	Aile Tipi	Gebelik Haftası	Gebelik Sayısı	Gebelik Tipi	Yaşayan Çocuk Sayısı
1.	32	Lisans	Çalışıyor	Çekirdek	31	4	Tekil	-
2.	23	İlköğretim	Çalışmıyor	Çekirdek	33	2	Tekil	1
3.	23	Lisans	Çalışmıyor	Çekirdek	21	1	Çoğul	-
4.	19	Ortaöğretim	Çalışmıyor	Çekirdek	32	1	Tekil	-
5.	27	Ortaöğretim	Çalışıyor	Çekirdek	32	2	Tekil	-
6.	27	İlköğretim	Çalışmıyor	Çekirdek	34	3	Çoğul	1
7.	27	Ortaöğretim	Çalışmıyor	Geniş	29	1	Çoğul	-
8.	39	İlköğretim	Çalışmıyor	Çekirdek	34	2	Tekil	-
9.	29	Lisans	Çalışmıyor	Çekirdek	34	2	Tekil	-
10.	32	Lisans	Çalışıyor	Çekirdek	27	1	Çoğul	-
11.	29	Lisans	Çalışmıyor	Geniş	22	1	Tekil	-
12.	32	Lisans	Çalışıyor	Geniş	35	3	Tekil	2

Verilerden beş ana tema, on dört tema oluşturulmuştur. Ana temalar, temalar ve alt temalar tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Ana Tema, Tema ve Alt Temalar

ANA TEMALAR	TEMALAR	ALT TEMALAR
EDT’nin anlamı	Psikolojik yük	Stres, korku, kaygı verici bir durum Ani gelişen bir durum Beklenmedik bir durum Sıkıntılı, zor bir süreç Bilinmeyen bir durum
	Yaşam biçimi değişikliği	İş yaşamı değişikliği Sosyal/Güncel yaşamda değişiklik Öz bakımda değişiklik Aile yaşamında değişiklik Hastanede olmayı gerektiren bir değişiklik Yatak istirahatinde olma

EDT'nin nedenleri	Bireysel, davranışsal nedenler	Ağır fiziksel aktivite Stres yaşama Yeterli beslenmeme Eş ile ilişkide bozulma
	Sağlık sorunu yaşama	Önceden EDT yaşama YÜT Çoğul gebelik Amniyosentez İleri yaş Hastalıklar Fetüse ait hastalıklar
EDT'den kaynaklanan sorunlar	Fetüs ile ilgili sorunlar	Bebeği kaybetme korkusu Bebeğin sağlık durumu ile ilgili kaygı Bebekten ayrı olma kaygısı Bebek bakımında yetersizlik korkusu
	Doğum ile ilgili sorunlar	Doğum zamanı ile ilgili belirsizlik Doğum şekli konusunda belirsizlik Doğumda sorun yaşama korkusu
	Aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar	Eşinin ve ailesinin kendisi ve fetüs sağlığı ile ilgili üzüntü yaşaması Eşinden ve ailesinden uzak olma Evdeki çocuğundan ayrı olma Arkadaşlardan uzak olma
	Hastane ortamı ile ilgili sorunlar	Kuvöz sayısının yetersiz olması/olmaması Uyuyamama, düzenli beslenememe <u>Doğumhane ortamında kalmaktan kaynaklanan sorunlar</u> -yalnız olma -doğumlara şahit olma -beklemekten sıkılma -sürekli EFM uygulaması -loş ışık -sedye sesleri -bebek ağlama sesleri Öz bakımı/Temizliği yerine getirememe Odanın havalandırılmaması Odaların kalabalık olması
	Tedavi ile ilgili sorunlar	Uzun sürmesi Sürekli yatmaya bağlı psikolojik sıkıntı Sürekli yatmaya bağlı fiziksel rahatsızlıklar (ayak, bel, sırt ağrısı, ayak şişmesi vb.) Her gün aynı rutin işlemlerden sıkılmak (NST vb.) Yatak istirahati nedeniyle öz bakım yetersizliği
		Kuvözü olan hastaneye yönlendirilmeme EDT ile ilgili karamsar tutum

	Sağlık personeli ile ilgili sorunlar	Tıbbi terimlerin kullanılması Yeterince bilgilendirilmeme
Baş etme	Bilişsel, davranışsal baş etme	Yatak istirahatine uyma İnternet kullanımı, TV izleme, telefonda oyun oynama Kitap, dergi okuma Diğer hastalarla konuşma Uyuma Dinlenme Dua etme Kendine güveni arttırıcı telkinlerde bulunma Sağlık personelinde destek alma
	Aile ve sosyal çevre desteği kullanma	Anne desteği Eş desteği Aile desteği Arkadaş desteği
Beklentiler/Öneriler	Hastane ortamı	Sağlık personeli sayısının arttırılması Odalarındaki hasta sayısının azaltılması Doğum yapan kadınlarla aynı odada kalmama Gebelere özel yemek menüsü Televizyon Duş
	Sağlık personelinin bilgi vermesi	Kuvvözü olan hastaneye yönlendirilme EDT'nin belirtileri EDT'de gebeliğin devamı Bebeğin sağlık durumu Bebeğin erken doğma olasılığı Gebelik başlangıcında EDT hakkında bilgilendirilme Zaman geçirmek için öneri (kitap önerisi vb.) İlgi

4.1. Erken Doğum Tehdidinin Anlamı

Bu araştırmada kadınlar EDT'nin anlamını; psikolojik yük ve yaşam biçimi değişikliği şeklinde ifade etmişlerdir.

Psikolojik yük

Kadınlar psikolojik yükü; stres, korku, kaygı verici bir durum, ani gelişen bir durum, beklenmedik bir durum, sıkıntılı, zor bir süreç ve bilinmeyen bir durum olarak ifade etmişlerdir.

“Erken doğum tabi ki bir anne adayının istemediği bir durum, çok sıkıntılı bir süreç. Her anne adayı bebeğini zamanı gelince, haftası dolunca kucığına almak ister. Fakat bazen değişen

durumlar olabiliyor, anne adayının beklemediği durumlar meydana gelebiliyor ve bu da erken doğum riskini ortaya çıkarıyor. Yani kolay bir süreç değil, zor bir süreç, sıkıntılı bir süreç.” (Ç.B., 23 yaş, 21 hf)

“Çok endişe verici bir durum. Yanı sıra korkutucu bir durum, üzücü bir durum. Her şey bir anda geliyor. Bir anda erken doğum riskinin olduğu söyleniyor, ondan sonra bir anda işlemler başlatılıyor. Bu süreçte doğum ne zaman olacak, olacak mı, hani bir sorun yaratacak mı? Birde pek bildiğimiz bir durum değil. O yüzden hem üzücü hem de yanı sıra korkutucu bir durum.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

“Psikolojik olarak çok kötü bir durum.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

Yaşam biçimi değişikliği

Kadınlar yaşam biçimi değişikliğini; iş yaşamı değişikliği, sosyal/güncel yaşamda değişiklik, öz bakımda değişiklik, aile yaşamında değişiklik, hastanede olmayı gerektiren bir değişiklik ve yatak istirahatinde olma şeklinde ifade etmişlerdir.

“Erken doğum tehdidi öncesi hayatım gerçekten gayet iyi ve rahattı. Çalışıyordum en azından çalıştığım zamanlarda vakit nasıl geçiyor anlamıyordum. Sürekli insanlarla bir diyalogum vardı, bir muhabbetim vardı. Alışveriş yapmayı planlıyorduk bebekle ilgili ben daha alışveriş bile yapamadım.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“Sabaha kadar ağladım çünkü bir oğlum var evde. En çok oğlumu düşündüm açıkçası. İlk defa ayrılmıştım ondan. Bugüne kadar hiç kimse anneme dahi bile bir saat bırakmadım. İlk defa üç gündür ayırınız. O yüzden, oğlum..erken doğma riski bebeklerin ne olacak, ne bitecek bilmiyorum.” (F.Y., 27 yaş, 34 hf)

“Seruma bağlı olduğum için çok rahatsızım. Sürekli refakatçi ile hareket ediyorum yatıp kalkarken. Yattığım için zaten rahatsızım. Bunaldım, değişik bir hal aldım, bedenen de, ruhen de.” (Y.T., 29 yaş, 34 hf)

“Şu an nasıl bir insan kimsesiz olur ya bende kendimi şu an o şekilde hissediyorum. [Ailemin] ne kadar seslerini duysam da yanlarında olamıyorum. Şu anda da kendimi çok yalnız hissediyorum. Yalnızlığında ne demek olduğunu insan bu dönemlerde anlıyor.” (A.G., 23 yaş, 33 hf)

4.2. Erken Doğum Tehdidinin Nedenleri

Kadınlar EDT yaşama nedenlerini; bireysel, davranışsal nedenler ve sağlık sorunu yaşama şeklinde ifade etmişlerdir.

Bireysel, davranışsal nedenler

Kadınlar bireysel, davranışsal nedenleri; ağır fiziksel aktivite, stres yaşama, yeterli beslenmeme ve eş ile ilişkide bozulma olarak ifade etmişlerdir.

“Biz kendi kendimize çok stres yapıyoruz. Otuz ikinci haftaya yaklaştıkça belki kendi kendime stres yarattım. Belki de dediğim gibi ben kendi kendime çağırdım [EDT’yi].” (A.Ö., 32 yaş, 31 hf)

“Ben gerektiği gibi beslenemiyorum. Bu yüzden bu şekilde [EDT] olduğunu düşünüyorum.” (A.G., 23 yaş, 33 hf)

“Çok gezmeme alakalı ((güldü)). Normalde belki altı buçuk ya da yedinci aydan sonra bu kadar gezilmemesi gerekiyor. Çünkü arabada, hani hiç bir şey yapmasanız bile arabanın sarsıntısı bile tetikliyor [EDT’yi], tabi ben ilk bebek olduğu için ne olacak boş ver araba ile gidiyoruz geliyoruz [diye düşündüm].” (E.K., 27 yaş, 32 hf)

“Benim bu konuda çok hatam oldu. Mesela çok yordum kendimi, bebeğe hazırlık yapmak için alışveriş, evin temizliğidir. Bana bir şey olmaz gibi düşündüm. Hani insanların vardır ya bana bir şey olmaz düşüncesi, doğru değilmiş.” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

“...eşimle sıkıntı yaşadım. Ondan dolayı oldu [EDT]. Kendime de iyi bakamadım. Yani karmaşık bir durum.” (Y.T., 29 yaş, 34 hf)

Sağlık Sorunu yaşama

Kadınlar sağlık sorunu yaşama nedenlerini; önceden EDT yaşama, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma (YÜT), çoğul gebelik, amniyosentez, ileri yaş, hastalıklar ve fetüse ait hastalıklar olarak ifade etmişlerdir.

“Bana hep derlerdi. İkizler hep yedi buçuk aylık, yedi aylık doğuyorlar [diye]. Ben artık ikize gebe [kaldığımda], her ikiz gördüğümde gidip sorardım [kadınlara]. Kaç kilo doğdu, ne kadar doğdu diye. Sokakta da görsem [gebe kadınları] gidip sorardım. O yüzden yedi buçuk ay gibi doğar diye hep vardı aklımda.” (F.Y., 27 yaş, 34 hf)

“Bildiğim kadarıyla şeker olabiliyormuş. Bu gebeliğimde şeker çıktı bende. Stresli bir ortam varsa o da neden olabiliyormuş, benim çalıştığım ortam zaten stresli bir yerdi. Muhtemelen o neden olmuş olabilir [EDT’ye] diye düşünüyorum.” (Ş.K., 33 yaş, 34 hf)

“...kötü bir şey beklemiyordum ama yaşıml büyük olduğu için ne olur ne olmaz diye yaptırdım [amniyosentez].” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

“Tiroidim yüksek çıktı benim. Onun da düşük de olsa erken doğuma neden olma riski varmış.” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

“Kansızlığım var, bayağı bir düşük.” (F.Y., 27 yaş, 34 hf)

“...benim erken doğum riskim...amniyosentez yaptırdığımda Trizomi 21 çıktı, bebeğimde.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

“...şu an akciğerleri ile ilgili sıkıntı var, su toplaması var. Ona da bir şey demiyor doktorlar, bebek doğmadan bilemiyor[lar]muş. Araştırılması gerekiyormuş, bilemiyorum.” (Y.T., 29 yaş, 34 hf)

4.3.Erken Doğum Tehdidinden Kaynaklanan Sorunlar

Kadınlar EDT’den kaynaklı sorunlarını; fetüs ile ilgili sorunlar, doğum ile ilgili sorunlar, aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar, hastane ortamı ile ilgili sorunlar, tedavi ile ilgili sorunlar ve sağlık personeli ile ilgili sorunlar şeklinde ifade etmişlerdir.

Fetüs ile ilgili sorunlar

Kadınlar fetüs ile ilgili sorunlarını; bebeği kaybetme korkusu, bebeğin sağlık durumu ile ilgili kaygı, bebekten ayrı olma kaygısı ve bebek bakımında yetersizlik korkusu olarak ifade etmişlerdir.

“Çok istediğiniz bir şeyi kaybetmek kadar kötü bir şey yok hayatta. Hani onu anlatabilecek başka bir kelime de yok.” (A.Ö.,32 yaş, 31 hf)

“Bebeğim haftasından erken doğuyor. Bu nedenle belki de bazı organlarının oluşmaması söz konusu. Küvezde yaşayıp yaşamayacağını ve benim ne gibi durumlarla karşılaşşıp karşılaşmayacağını bilemiyorum.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

“Yanımda olsun istiyorum [bebeğim]. Küvözde kalınca benim yine bir parçam hastanede olacak. Emzirmek isteyeceğim, küvezde bir şey olur mu, bazen televizyonlarda duyduğumuz

küvözde enfeksiyon kapması sonrası bebek ölümleri falan görülüyor. Onlardan korkuyorum.” (Ş.K., 33 yaş, 34 hf)

“Küvezde kalıcaklar [bebekler], bakımları zor [olacak]. Ben acemiym ilk kez anne olacağım, bilgim de yok. Nasıl bakılacağından, nasıl bir durum olacağından bilgim olmadığı için beni çok korkutuyor. Çok küçük olacaklar, bir kilodan fazla olmayacaklar belki ama bakımları daha bir gözüme ağır göründü.” (H.Y., 27 yaş, 29 hf)

“...önceki hastanede de bu hastanede de bana küvez yok dendi. Hadi erken doğum oldu, e ben göremeyecek miyim çocuğumu, başka hastaneye mi gidecek bir sürü telaş.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

Doğum ile ilgili sorunlar

Kadınlar doğum ile ilgili sorunlarını; doğum zamanı ile ilgili belirsizlik, doğum şekli konusunda belirsizlik ve doğumda sorun yaşama korkusu olarak ifade etmişlerdir.

“Erken doğum tehdidinde bebeğin doğum tarihi belli değil. Dışarı çıkamıyordun[m] zaten, dışarı çıksan[m] bile acaba bir şey olacak mı ya da ben dışardayken kasılacak mı[yım], suyun[m] gelecek mi, ani bir şey olacak mı onların hepsi etkiliyor.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“...sezeryandan korkuyorum. Uyanamazsam, çocuğumu hiç göremezsem. Bu tarz şeyler var [aklımda].” (Ş.K., 33 yaş, 34 hf)

“Normal bir doğum beklerken sezaryen doğum...bir anda başka bir şey olabiliyor. O yüzden de [EDT] korkutucu bir durum oluyor.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

Aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar

Kadınlar aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlarını; eşinin ve ailesinin kendisi ve fetüs sağlığı ile ilgili üzüntü yaşaması, eşinden ve ailesinden uzak olma, evdeki çocuğundan ayrı olma ve arkadaşlardan uzak olma olarak ifade etmişlerdir.

“Daha çok psikolojik anlamda etkiledi beni, eşimi, ailemi yani beni tanıyan herkesi, yakın çevremi.” (Ç.B., 23 yaş, 21 hf)

“Hepsi çok endişeli, hepsi arıyor [ailemin]. Eşimin annesi, babası Mardin’de, onlar olsun, benim annem olsun hepsi merak ediyor. Onlar da endişeli tabi, dua ediyorlar.” (F.Y., 27 yaş, 34 hf)

“Eşimi de özliyorum. Aşağı yukarı bir haftadır arabada yatıyor, eve de gitmiyor, aklı burada kalacak diye. İşte arada geliyor ziyaret saatlerinde ya da bir ihtiyaç olunca bırakmaya geliyor.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“Şu an evde bekleyenlerimin olduğunu bildiğim için çok sıkıcı geçiyor benim için [hastanede olmak]. Sürekli aklım evde, acaba çocuğum ne yaptı? Ne yedi? Bunları sürekli düşünmekten zaman geçmiyor burada.” (A.G., 23 yaş, 33 hf)

Hastane ortamı ile ilgili sorunlar

Kadınlar hastane ortamı ile ilgili sorunlarını; kuvöz sayısının yetersiz olması/olmaması, uyuyamama, düzenli beslenememe, doğumhane ortamında kalmaktan kaynaklanan sorunlar (yalnız olma, doğumlara şahit olma, beklemekten sıkılma, sürekli EFM uygulaması, loş ışık, sedye sesleri, bebek ağlama sesleri), öz bakımı/temizliği yerine getirememe, odanın havalandırılmaması ve odaların kalabalık olması olarak ifade etmişlerdir.

“Doğumhanedeydim, böyle odada tektim. Loş bir ışık, sedye sesleri devamlı, bebekler ağlıyor. Odamın önünden sedye geçtiği zaman beni doğuma götürecekler zannediyorum. Devamlı NST’ye bağlıyım, sancım yüksek çıkıyor devamlı. Şimdi gelip [doğuma] götürecekler, şimdi gelip götürecekler diye.” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

“Bir anda direkt doğumhaneye alınıyorsunuz, bazı işlemler yapılıyor. Konuşamıyorsunuz, ailenizle görüşemiyorsunuz. Bir anda, her şey bir anda gerçekleşmeye başlıyor. Belki o esnada doğum bile yapabilirsiniz, açılmanız olduğunda bir şey olduğunda doğum bile yapabilirsiniz ve bunu sadece siz yaşıyorsunuz, yanınızda bir destekçiniz yok.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

“Bence erken doğum tehdidi olan bir hastayla, yeni doğum yapmış bir hastanın aynı odaya konulmaması gerekiyor. Sonuçta orda bir kaygı üzüntü, diğeri de sevinç yaşıyor. Ağlama sesleri, çocuk sesleri, sürekli girip çıkanlar, onlar bir sevinç yaşarken sen bir kaygı üzüntü [yaşıyorsun]. Sen de acaba doğum yapacak mısın, kucağına alacak mısın..her şeyi düşünüyorsun.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“...benim en büyük kaygım şu anda idrar yolu enfeksiyonu. Günde bir kere temizleniyor[tuvalet]. Temizliğin dışında diyet yemekler çok kötü ((güldü)).” (Ş.K., 33 yaş, 34 hf)

“...hastanede kalıyorsunuz ama orasının çok iyi havalandırılmış olması, temizliğinin çok iyi olmuş olması gerekiyor ki anne etkilenmesin bu durumdan, bebek de aynı şekilde etkilenmesin.”
(D.G., 19 yaş, 32 hf)

Tedavi ile ilgili sorunlar

Kadınlar tedavi ile ilgili sorunlarını; uzun sürmesi, sürekli yatmaya bağlı psikolojik sıkıntı, sürekli yatmaya bağlı fiziksel rahatsızlıklar (ayak, bel, sırt ağrısı, ayak şişmesi vb.) ve her gün aynı rutin işlemlerden sıkılmak (NST vb.) olarak ifade etmişlerdir.

“Erken doğum tehdidi hep böyle mi devam edecek. Bir şeylerin sonuçlanmasını istiyorum. Ya var, ya yok. Tehdit, tehdit, tehdit nereye kadar? Tehdidin adı bile kötü ((sinirlendi)).” (Ş.K., 33 yaş, 34 hf)

“Sürekli aynı şeyleri düşünmekten, aynı şekilde yatmaktan, daha farklı ağrılarım çıktı. Televizyon dışında hiçbir şeyden haber alamıyorum. Çıkıp dolaşamıyorum.” (Y.T., 29 yaş, 34 hf)

“Yirmi dört saatin kemen hemen yirmi iki saati yatarak geçiyor. Bazen izin verilince, doktorlarımdan izin aldığım sürece çıkıp biraz dolaşıyorum. Kendimi yormamak şartıyla çünkü ayaklarım da ağrıyor, yatınca ayak ağrısı da oluşuyor. Ondan sonra, zaten sürekli serum takviyesi yapılıyor o yüzden pek hareket edemiyorum.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

“Yatmaya bağlı ağrılarım çoğaldı, sırt bel ağrılarım çoğaldı. Ruhen de bir bakımsızlık [hissi] oluşuyor, rahat rahat banyoya giremiyorum. Kıyafet konusunda da öyle, her şey kısıtlanıyor.”
(Y.T., 29 yaş, 34 hf)

Sağlık personeli ile ilgili sorunlar

Kadınlar sağlık personeli ile ilgili sorunlarını; kuvvözü olan hastaneye yönlendirilmeme, EDT ile ilgili karamsar tutum, tıbbi terimlerin kullanılması ve yeterince bilgilendirilmeme olarak ifade etmişlerdir.

“...ultrasona gittiğimde ordaki doktorun konuşmaları hep en kötüsüne hazırlar gibi, insanı rahatsız ediyor.” (Ç.B., 23 yaş, 21 hf)

“Şimdi tamamen ağız alışkanlığı olarak doktorlar tıbbi olarak konuşuyorlar. Mesela biz hastalar da bunu bilmiyoruz ve ayrıntılı olarak sormak ve öğrenmek istiyoruz açıkçası ama onların da dediğim gibi tamamen alışkanlık. İstem dışı konuşabiliyorlar tek sıkıntı o. Hastalara

daha ayrıntılı olarak anlatırlarsa bizim anlayacağımız [şekilde], o zaman daha güzel olur.” (E.K., 27 yaş, 32 hf)

“Bence hangi durumlarda bize haber vereceksin ya da kasılma nasıl başlar, nasıl biter, ne kadar sürer onlar hakkında bilgi verilmesi lazım. Hem hasta tedirgin olmaz hem de çalışan personel de sürekli hastanın yanına gelmez.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“Çok dikkat ederdim bilгим olsaydı. Doğum yolu açıklığı olur ikizlerde, riskli deselerdi [doktorlar] muhakkak yani yatardım yine [evde de] ama işte hiç bilgi vermediler [doktorlar].” (S.Ç., 29 yaş, 22 hf)

4.4.Baş Etme

Kadınlar EDT sürecinde baş etme yollarını; bilişsel ve davranışsal baş etme ve aile ve sosyal çevre desteği kullanma şeklinde ifade etmişlerdir.

Bilişsel ve davranışsal baş etme

Kadınlar bilişsel ve duygusal baş etme yollarını; yatak istirahatine uyma, internet kullanımı, TV izleme, telefonda oyun oynama, kitap ve dergi okuma, diğer hastalarla konuşma, uyuma, dinlenme, dua etme, kendine güveni artırıcı telkinlerde bulunma ve sağlık personelinde destek alma olarak ifade etmişlerdir.

“Bebek de zayıfmış doktorların söylediğine göre, inşallah biraz daha kilo alır, haftasında doğururum diye tahmin ediyorum. Bunun için de bol bol dua ediyorum. Her şey Allah'tan olacağı varsa olur. Olmayacaksa olmaz zaten. Tabi insan[ın] ümidini kesmemesi lazım ilk başta. İcini ferah tutacaksın.” (A.G., 23 yaş, 33 hf)

“...sonra fark ettim ki ben böyle düşündükçe doğum ağrılarım yükseliyor. Sonra kendimi telkin etmeye çalıştım, bebeğimle konuştum. Zaten tek başıma bir odadaydım [doğumhanede]. O bana iyi geldi motivasyon olarak. Sancıların psikolojik olan kısmı hafifledi.” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

“Servise geçtiğim zamandan beri en azından birileriyle muhabbet etmek, konuşmak ya da televizyon izlemek bile moralimi düzeltmeye yetiyor.” (E.K., 27 yaş, 32 hf)

“Bir şeyler okuyorum internetten, bir şeyler izlemeye çalışıyorum videolar falan. Böyle vakit dolduruyorum.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“Bur[a]da doktorlar olsun, hemşireler olsun, staj[y]erler olsun hepsi çok iyi. Hepsi çok ilgileniyor, bilgilendiriyorlar, iyiler. İyi hissediyorum kendimi.” (F.Y., 27 yaş, 34 hf)

“Hemşirelik hizmetleri gayet iyi. Çalışan hemşireler gayet güler yüzlü, bir sıkıntımın [olup] olmadığını saat başı gelip soruyorlar. Onun dışında burada çalışan, stajyerlik yapan hemşireler de her gün, gün içerisinde ilgileniyorlar.” (Ç.B., 23 yaş, 21 hf)

“Doktorlar beni çok rahatlattı, ben çok endişeliydim. Onların benimle konuşması, sen ve bebeğin her şeyden önemlisin, o şekilde düşün, kafana bir şey takma diye. Ben söyledim [doktorlara] stres yapıyorum, o da sancılarımı yükseltiyor diye. Mesela bir gün önce düşük çıkıyor [sancılarım], kafama bir şey taktığım zaman yükseliyor, bunu onlarla paylaştım. Beni dinlediler, tavsiyelerde bulundular.” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

Aile ve sosyal çevre desteği kullanma

Kadınlar aile ve sosyal çevre desteği kullanmayı; anne desteği, eş desteği, aile desteği ve arkadaş desteği olarak ifade etmişlerdir.

“Kayınvalidem. Birlikte yaşıyoruz sağ olsun o yardım ediyor. Eşim temizlikte yardımcı oluyor. Eltim var o yardımcı oluyor. Hastane ortamında kendi annem yanımda kalıyor.” (Ş.K., 33 yaş, 34 hf)

“Ailem gidip geliyor yanıma, eşim geliyor gidiyor sürekli o şekilde kafamı dağıtıyorum.” (Ç.B., 23 yaş, 21 hf)

“Televizyon izliyorum, oyun oynuyorum telefonda, ziyaretçilerim geliyor, arkadaşlarım geliyor sağ olsunlar o şekilde vakit geçiyor.” (E.K., 27 yaş, 32 hf)

4.5.Beklentiler/Öneriler

Kadınlar EDT sürecinde beklentilerini; hastane ortamı ve sağlık personelinin bilgi vermesi olarak ifade etmişlerdir.

Hastane ortamı

Kadınlar hastane ortamı ile ilgili önerileri; sağlık personeli sayısının arttırılması, odalardaki hasta sayısının azaltılması, doğum yapan kadınlarla aynı odada kalmama, gebelere özel yemek menüsü, televizyon ve duş olarak ifade etmişlerdir.

“...bir lavaboya girdiğinizde, elinizi değdirdiğiniz her yerde mikrop var. Bu anneyi etkilediğinde, bebeği de etkiliyor. O yüzden temizliğinin çok iyi olması gerektiğini düşünüyorum.” (D.G., 19 yaş, 32 hf)

“...televizyon olsa, her şey var, televizyon eksik.” (S.Ç., 29 yaş, 22 hf)

“...bu koşuşturma içinde dikkatlerini de veremiyorlar, muhakkak ki dağılıyorlar, bölünüyorlar [hemşireler]. Aynı şekilde doktorlar için de geçerli. Çok yoğunlar, bence biraz yüklerinin hafifletilmesi lazım, daha fazla ilgilenebilsinler [bizimle] diye.” (N.B.E., 39 yaş, 34 hf)

“...odada duş olabilir. Herkesin olduğu yerde [banyo] yapmak benim için sıkıntılı oluyor. Odada bir tane duş olsa daha iyi olabilir.” (Y.T., 29 yaş, 34 hf)

Sağlık personelinin bilgi vermesi

Kadınlar sağlık personeli ile ilgili beklentilerini; kuvözü olan hastaneye yönlendirilme, EDT’nin belirtileri, EDT’de gebeliğin devamı, bebeğin sağlık durumu, bebeğin erken doğma olasılığı, gebelik başlangıcında EDT hakkında bilgilendirilme, zaman geçirmek için öneri (kitap önerisi vb.) ve ilgi olarak ifade etmişlerdir.

“...gittiğiniz yerde de doğru bilgiyi almazsanız, otomatikman daha çok strese giriyorsunuz. O stresten kurtulmak zor oluyor. Elinizde bilgi alabileceğiniz veya daha öncesinde böyle şeyler olabildiğinde bilgiyi bulabileceğiniz yönlendirme yapan [kimse] da yok. Bilgi veren bir şey olsa açıp oraya bakacaksınız.” (A.Ö., 32 yaş, 31 hf)

“Kaldığım süreç zaten sıkıntılı bir durum. Bu süreç içerisinde kafamızın biraz dağılması gerekiyor. O yüzden bir kitap önerisi olabilir, okunabilir burada [hastanede].” (.B., 23 yaş, 21 hf)

“...hastanedeki personelin erken doğum tehdidi ile ilgili hastaya bilgi vermesi gerekiyor.” (N.K., 32 yaş, 26 hf)

“Bilmeden geliyoruz. Zaten stresliyiz. İnsan bilgilendirilmek istiyor.” (Y.T., 29 yaş, 34 hf)

5.TARTIŞMA

Bu araştırma kadınların EDT sürecinde deneyim, duygu ve düşüncelerini belirlemeye yönelik olarak yapılmıştır. Bu bölümde araştırma bulgularını oluşturan EDT'nin anlamı, EDT'nin nedenleri, EDT'den kaynaklanan sorunlar, baş etme ve beklentiler/öneriler temaları altında beş bölüm olarak tartışılmıştır.

5.1.Erken Doğum Tehdidinin Anlamı

Bu ana tema altında iki tema belirlenmiştir. Bunlar 'psikolojik yük' ve 'yaşam biçimi değişikliği' dir.

Kadınlar EDT'yi stres, korku, kaygı verici bir durum, ani gelişen bir durum, beklenmedik bir durum, sıkıntılı, zor bir süreç ve bilinmeyen bir durum olarak tanımlamaktadır. Kadınlar için fetüsü kaybetme riski ve fetüsün sağlık durumu ile ilgili endişe psikolojik yük temasının ana nedenidir. Simmons ve Goldenberg (2011) riskli gebelikler nedeniyle fetüs kaybı yaşayan yedi kadınla yaptığı görüşme sonucunda; kadınlar tarafından 'yüksek riskli' gebelik etiketindeki 'risk' fetüsün kaybı olarak tanımlanmaktadır (Simmons ve Goldenberg, 2011). Aynı zamanda kadınlar için gebelikteki bir riske bağlı acil bir şekilde hastaneye yatırılmak, fetüs sağlığı açısından korkutucu bir durum olarak tanımlanmaktadır (Rodrigues ve ark., 2016). Nelson (2003), kadınlarda EDT'nin fetüs kaybı riskine bağlı olarak anksiyete, korku, endişeye neden olabileceğini belirtmektedir (Nelson, 2003). Yapılan bir çalışmada ED yapan kadınlar, doğumlarının üstünden altı yıl geçmesine rağmen EDT'ne bağlı 'bebeğini kaybetme endişesi'ni halen çözümleyemedikleri bir travma olarak nitelendirmişlerdir (Brisch ve ark., 2003). EDT gibi gebelikteki riskli durumlar kadınlar için bir stres kaynağıdır. Kadınlar gebeliklerinde bir risk oluştuğunda stres yaşamakta ve gebelikteki bu risk devam ettiğinde stres düzeyleri artmaktadır (Stahl ve Hundley, 2003). Çünkü kadınlar için 'risk' kelimesi stres arttıran bir etiketleme olmaktadır (Simmons ve Goldenberg, 2011). Ayrıca yapılan bir diğer çalışmada da kadınlar EDT'yi; uzun bir süreç, izole edilme hissi, sıkılma olarak tanımlamışlardır (Thornburg, 2002).

Kadınlar için EDT psikolojik bir 'kriz' dönemidir. Kriz; çeşitli duygusal zorlanmalar karşısında oluşan akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur (Aydoğdu ve ark., 2012). EDT ani ve beklenmedik bir zamanda meydana geldiği için travmatik stres sonucu olan kriz tanımına uymaktadır. Travmatik stres sonucu olan kriz; söz konusu olan stresörler ağır, dış stresörlerdir ve beklenmedik, kontrolsüz ve duygusal olarak çökertici bir şekilde ortaya çıkabilir (Özden,

1987). Bu araştırmanın sonucu kadınların fetüs kaybı riskini bir kriz olarak algıladıklarını göstermektedir. Bu nedenle hemşireler EDT sorunu ile kliniğe yatan kadınlar açısından EDT'nin anlamını saptayarak bakımlarını planlamalıdır. Hemşirelik bakımı içerisinde krize yönelik; fetüs kaybı riski, beklenen kayba yönelik; EDT'nin belirsizliğine karşı, anksiyete ve izole edilme hissi için, sosyal destek sistemlerini harekete geçirmeye yönelik müdahaleler planlanmalıdır. Bu yaklaşım kadınların EDT sürecini anlamlandırma ve süreçle baş etmelerini kolaylaştırabilir.

Bu ana temanın altında yer alan ikinci tema ise yaşam biçimi değişikliğidir. Bu alanda kadınlar iş yaşamı değişikliği, sosyal/güncel yaşamda değişiklik, öz bakımda değişiklik, aile yaşamında değişiklik, hastanede olmayı gerektiren bir değişiklik ve yatak istirahatinde olma olarak belirtmişlerdir. Kadınların EDT nedeniyle yatak istirahatine alınması temel yaşam değişikliği nedenidir. Literatürde kadınların hastaneye yatmaya bağlı olarak çocuğundan ayrılma, aileden ayrılma, eş/partner ile ilgili sorunlar gibi yaşam değişikliklerine uğradığı belirtilmektedir (Janighorban ve ark., 2018; Pamuk ve Arslan, 2009; Arslan ve Korkmaz, 2005; Heaman ve Gupton, 1998). Ayrıca hastanede kalma, kadınların zaman kavramını değiştirmektedir. Kadınlar yatakta saatleri doldurmanın korkutucu bir durum olduğunu, zamanın hiç geçmediğini belirtmişlerdir. Zaman ifadelerinde gün ve saatler yerine dakika ve saniyeleri ifade etmektedirler (Gupton ve ark., 1997). Bu çalışmada da kadınlar hastanede zamanın geçmediğini; saatleri hatta dakikaları saydıklarını ifade etmiştir. Bu nedenle kadınların EDT sürecinde baş etme yollarının geliştirilmesinde yaşam değişikliğinin hangi yönlerde olduğunun belirlenmesi yararlı olabilir. Hemşireler kadınların baş etme yollarını belirlerken; kadın ve ailesi arasında iletişimin sağlanması, kadının hastane ortamına ve yatak istirahatine uyum sağlaması ve hastanın öz bakım gereksinimlerine yönelik ihtiyaçların saptanması ve giderilmesi gereklidir.

5.2.Erken Doğum Tehdidinin Nedenleri

Bu ana tema altında iki tema belirlenmiştir. Bunlar 'bireysel, davranışsal nedenler' ve 'sağlık sorunu yaşama'dır.

Kadınlar EDT yaşama nedenlerini çoğunlukla tam olarak bilemediklerini, bunun yanı sıra gebeliğe ve kendilerine bağlı nedenler sebebiyle EDT yaşamış olabileceklerini düşünmektedir. Bunlar; ağır fiziksel aktivite, stres yaşama, yeterli beslenmeme ve eş ile ilişkide bozulmadır. Kadınlar çoğul gebeliğin mutlaka erken doğumla sonuçlanacağına inanmakta ve EDT'nin onlar

için beklendik bir sonuç olduğunu ifade etmektedirler. Kadınların çoğu ağır fiziksel aktivite yaptıkları için EDT tanısı konulduğunu düşünmekte ve bunun için suçluluk duyduklarını ifade etmektedirler. Kadınların bazıları ise yaşadıkları stresin (eş ile ilişkide bozulma, iş, çocuk sahibi olma isteği vb.) EDT'ye neden olduğunu ve bu nedenle EDT tanısı konulduğuna üzüldüklerini; eğer yaşadıkları stresle baş etmiş olsalardı, EDT tanısı konulmamış olabileceğini vurgulamışlardır. Literatürde kadınların EDT tanısı konulmasında, kendilerine yönelik düşündüğü nedenlerle ilgili nitel çalışmalara ulaşılamamıştır. Yapılan nicel çalışmalarda çoğul gebelik, stres ve fiziksel aktivitenin EDT'ye neden olduğu belirtilmektedir (WHO, 2014; Christopher ve ark., 2011; Schetter, 2011; Leight ve ark., 2010). Literatürde EDT'ye neden olan diğer faktörler; uterin travma ve anomaliler, düşük beden kitle indeksi (BKİ), sigara ve alkol kullanımı, enfeksiyon, çoğul gebelik, genetik, çevresel faktörler, önceden erken doğum yapma, serviks yetersizliği, gebelikler arası sürenin kısa olması, serviks veya uterusu geçirilmiş operasyonlardır (ACOG, 2019; WHO, 2014; Heinonen ve ark., 2010). Kadınların EDT'ye kendilerinin neden olduğunu düşünmesi, EDT süreci ile baş etmesini etkileyebilir. Çünkü bu durum kadının stres düzeyini yükseltebilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda annenin stresinin, anne kanındaki CRH seviyesini ve EDT riskini arttırdığı bulunmuştur (Makrigiannakis ve ark., 2007; Sandman ve ark., 2006). Bu nedenle erken doğumu önlemek için kadınların stresinin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimleri tedavi sürecini olumlu etkileyebilir.

5.3.Erken Doğum Tehdidinden Kaynaklanan Sorunlar

Bu ana tema altında altı tema belirlenmiştir. Bunlar 'fetüs ile ilgili sorunlar', 'doğum ile ilgili sorunlar', 'aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar', 'hastane ortamı ile ilgili sorunlar', 'tedavi ile ilgili sorunlar' ve 'sağlık personeli ile ilgili sorunlar'dır.

Araştırmamızda kadınlar için EDT tanısı, fetüsün kaybı ya da fetüsün sağlıklı doğma ihtimali eş anlama gelmektedir. Bu nedenle EDT büyük bir sorun olarak ifade edilmektedir. Literatürde kadınlar gebelikte herhangi bir sorun geliştiğinde en çok fetüs sağlığı ile ilgili endişe etmektedir (Oliveira ve Mandu, 2015; Bayrampour ve ark., 2012). Bu araştırmada kadınlar erken doğum durumunda fetüsün kuvözde kalması ile ilgili endişeye sahiptirler. Kadınlar için kuvöz; bebeğinden ayrı kalmak, bebeğin yaşaması için tek seçenek olmasının yanı sıra kuvöze bağlı enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından da bir stres faktörüdür. Ayrıca fetüsün yenidoğan yoğun bakımda kalma süresi belirsizdir. Yapılan bir kesitsel çalışmada 489 yenidoğanın yaklaşık %28,5'i erken doğum nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde

kalmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalma süresi 1-54 gün arasında değişmektedir (Afrasiabi ve ark., 2014). Fetüsün yenidoğan yoğun bakımda kalma süresinin belirsiz olması bir stresördür. Lindberg ve Ohrling'in (2008) erken doğum nedeniyle bebekleri yenidoğan yoğun bakımda kalan altı kadınla yaptığı görüşmeler sonucunda; kadınlar erken doğum nedeniyle bebek için hazırlık yapamadıklarını, kendilerini başlangıçta anne gibi hissetmede zorlandıklarını, bebeğin sağlığı ile ilgili endişe duyduklarını, bebekten ayrı olmanın stres yarattığını belirtmişlerdir. Bu nedenle EDT olan kadınların, EDT sürecinde fetüsün sağlık durumu ve yenidoğan yoğun bakım koşulları hakkında bilgilendirilmesi, kadınların fetüs ile ilgili stresörlerini azaltabilir. Ayrıca sosyal destek sistemleri kullanılarak yenidoğan ile ilgili hazırlık yapmaları sağlanabilir.

Kadınlar EDT'nin devam edip etmeyeceği, doğum zamanı belirsizliği ve doğumda sorun yaşama korkusu gibi doğumla ilgili sorunlar yaşamaktadırlar. Yapılan bir çalışmaya göre doğum korkusu ve doğumun şekli, doğum deneyimini etkilemektedir. Kadınların müdahaleli normal doğum veya plansız sezaryen durumunda doğum korkusu artmaktadır (Elvander ve ark., 2013; Saisto ve ark., 2001). Gebelikte doğum korkusu gibi duygusal sorunlar doğum zamanını etkileyebilir. Yapılan bir prospektif çalışmada gebelikte duygusal sorunlar gebelik süresini yaklaşık 2-3 gün arasında kısaltmıştır (Lukasse ve ark., 2014). Bu sonuçlar doğrultusunda EDT'de kadınların doğum ile ilgili bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve giderilmesi doğum zamanını olumlu etkileyebilir.

Kadınlar aile ve sosyal destek gruplarından ayrı oldukları için streslidirler. Kadınlar için eş/partner, arkadaş ve aile üyeleri sosyal destektir. Yapılan çalışmalar sosyal desteği düşük olan gebe kadınların, sosyal desteği yüksek olanlara göre daha stresli olduğunu belirtmektedir (Breen ve ark., 2006; Glazier ve ark., 2004). Gebelikte sosyal destek azlığı EDT için risk oluşturur (McDonald ve ark., 2014). Bu araştırmada, kadınlar EDT sürecinde yeterli sosyal destek alamayınca yalnızlık hissettiklerini ve korktuklarını ifade etmişlerdir. Sosyal desteği yüksek olan kadınların doğum süreci ile ilgili korkuları azalır (Rubertsson ve ark., 2014; Laursen ve ark., 2009). Önceki çalışmaların aksine Hetherington ve ark. (2015) erken doğum ve sosyal destek arasında doğrudan bir ilişki olduğuna dair kanıt bulunmadığını belirtmektedir (Hetherington ve ark., 2015). Bu nedenle EDT'de sosyal destek gruplarının tedavi sürecine dahil edilmesi ile elde edilecek araştırma sonuçlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Hemşireler EDT olan kadınların sosyal gereksinimi olup olmadığını belirleyip, kendisi için sosyal destek sağlayacak kişilerden sosyal destek almalarını sağlamalıdır.

Kadınlar hastane odasının kalabalık olması, temizliğin yetersiz olması ve hastane yemeklerini yiyememe, doğum yapan kadınlarla aynı odada olma ve sağlık personelinin sayıca yetersiz olması gibi hastane ortamı ile ilgili nedenlere yönelik stres yaşamaktadırlar. Hastanede yatma kadınlar için; konforsuzluk, uyumsuz oda arkadaşı, yabancı bir yatakta uyuma, test sonuçlarını bekleme ve hastanede kalış süresi ile ilgili hastane ortamına bağlı stres nedenleridir (Flávia Conceição ve ark., 2016; Pamuk ve Arslan, 2009; Arslan ve Korkmaz, 2005; Heaman ve Gupton, 1998). Doyle ve arkadaşları (2004) riskli gebelerle yaptıkları görüşmeler sonucunda; kadınların tamamı yalnız uyuma, can sıkıntısı ve hastane yemeklerini yiyememe konusunda hastane ortamından kaynaklı sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan bir prospektif çalışmada da 272 EDT'li kadının hastaneye bağlı idrar yolu enfeksiyon oranı %35,6 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucunda EDT'ye bağlı yatak istirahatinin idrar yolu enfeksiyonunu arttırdığı sonucuna varılmıştır (Acosta-Terriquez ve ark., 2014). Verilerimiz önceki çalışma sonuçları ile uyumludur. Kadınlar hastane ortamına bağlı stres yaşamaktadır. Bu stres uzun süre hastanede yatmaya bağlıdır. Kadınlar için hastanede hijyen yetersizliği, yemek yiyememe, kalabalık oda koşulları, idrar yolu enfeksiyonu riski gibi sorunlar giderek daha büyük sorunlar haline gelmektedir. Hemşire, kadınlar için sorun olan durumları belirleyip, hastane koşulları içinde kadınla birlikte çözümler üretmelidir.

Kadınlar tedavi sürecinde yatak istirahati nedeniyle sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. EDT'de yatak istirahati; uterus perfüzyonu, fetal kan dolaşımını arttırmak ve serviks üzerine basıncı azaltmasına yardımcı olması açısından rutin olarak uygulanmaktadır (Sosa ve ark., 2015; McCall ve ark., 2013; Oskay ve Şahin, 2003; Maloni ve ark., 1993). Yatak istirahatinin uygulama süresi belirsizdir. Bu nedenle kadınları hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilemektedir. Yost ve arkadaşları (2005), EDT olan 24-33 gebelik haftasındaki 101 kadını randomize olarak ikiye ayırmıştır. Birinci grup evde takip edilmiş, ikinci grup ise hastanede yatak istirahatinde takip edilmiştir. Hastanede kalan kadınlar yaklaşık 3-39 gün arasında kalmıştır. Her iki grup arasında da doğum yapma haftası açısından bir fark bulunamamıştır. Yatak istirahatinin rutinde bir tedavi basamağı olması ile ilgili görüş birliği bulunmamaktadır (Sosa ve ark., 2015; McCall ve ark., 2013; Bigelow ve Stone, 2011; Sprague ve ark., 2008). Kadınlar ise yatak istirahatinin; fetüsün sağlık ve gelişimi için katlanılacak bir yük olarak görmektedirler (Lederman ve ark., 2013). Yatak istirahati kadınları; başkalarına bağımlı olma, yatmaktan bıkmak, hapsedilme ve tutsaklık duygusu, can sıkıntısı, stres, depresyon ve yalnızlık, üzüntü ve sıkıntı açısından psikolojik olarak etkilemektedir (Bayrampour ve ark., 2012; Pamuk

ve Arslan, 2009; Arslan ve Korkmaz, 2005; MacKey ve ark., 2000; Heaman ve Gupton, 1998). Bu araştırmada kadınlar ailesinden (özellikle evdeki çocuklar) ve evinden uzak olduğu için ayrılık duygusu yaşadıklarını, yatak istirahatine bağlı olarak kısıtlanmış, refakatçiye bağımlı, sıkılmış, bunalmış, endişeli, stresli ve üzgün hissettiklerini belirtmişlerdir. Kadınlar yatak istirahatine bağlı sırt ve bel ağrısı, ödem, konstipasyon gibi fiziksel sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Maloni'de (2010) yatak istirahatinin; kas fonksiyonlarında azalma, maternal ağırlık kaybı, ödem, kemik kaybı, tromboz, antepartum ve postpartum komplikasyonlar gibi fizyolojik olarak etkilere sahip olduğunu belirtmektedir. Ayrıca EFM, ilaç uygulamaları ve aktivitenin kısıtlanması uyku düzeninde bozulmaya neden olmaktadır (Gallo ve Lee, 2008). Uyku düzeninde bozulma fiziksel, duygusal ve hormonal değişimlerin yanı sıra hastanede kalış süresinin uzun sürebilmesi açısından da önemlidir (Beebe ve Lee, 2007). Bu nedenle EDT olan kadınların yatak istirahatine uyumlarını sağlayacak hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Kadınlar sağlık personeli tarafından yeterince bilgi ve yönlendirme alamayınca stres yaşamaktadırlar. Pozzo ve arkadaşlarının (2010) elli iki yüksek riskli gebe ve on yedi sağlık personeli dahil ettiği araştırmalarında, yüksek riskli gebeler ve sağlık personeli ile olan ilişkide; kadınlar sağlık personeline güven duymasına rağmen, iletişim gereksiniminin tam olarak karşılanması için sağlık personelinin biraz daha açıklayıcı olması gerektiği görülmüştür. Kadınların EDT sürecinde sağlık personeli ile iyi bir iletişim kurması, soru sormayı kolaylaştırması önemlidir. Bu durum EDT süreci ile baş etmeyi kolaylaştırabilir.

5.4.Baş Etme

Bu ana tema altında iki tema belirlenmiştir. Bunlar 'bilişsel, davranışsal baş etme', 'aile ve sosyal çevre desteği kullanma'dır.

Bu araştırma ile uyumlu olarak Arzani ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, EDT sürecinde kadınların en çok olumlu düşünme ve hayal kurma gücü, dini inanışlar, ailevi, sağlık personeli ve sosyal çevreden yardım alarak baş ettiğini belirtmişlerdir. Bu araştırmada kadınlar dua etme, olumlu düşünme, kendini motive ederek stresi azaltmaya çalışmaktadır. Yüksek riskli gebeliği olan kadınların dini inanç ve uygulamalarını ortaya çıkarmak için yapılan bir nitel çalışmada; gebelikteki riski kabullenme, manevi dil kullanımı ve kendine güven duyma temaları çıkmıştır. Çalışma sonucuna göre kadınlar dini inançları iyileşmenin bir anahtarı olarak görmektedir (Price ve ark., 2007). Sağlık çalışanlarının kadınların dini inançlarını göz önüne alarak yaklaşımda bulunmaları, stresi azaltabilir (Breen ve ark., 2006). Ayrıca erken

doğum ile ilgili stres ve belirsizlik, duygusal destek ihtiyacını ve sağlık personeline gerek duyulmayı arttırabilir (Davis ve ark., 2003). Bu nedenle EDT sırasında kadınlar genellikle stres içerisinde olduğu için sağlık personelinin sakin bir tutum sergileyerek durumu kontrol altına alması ve yönetmesi, kadınların baş etmelerine yardımcı olabilir (Goodman ve ark., 2004). Ayrıca hemşireler kadınların stresini azaltmak için kullandığı yöntemleri yarar zarar açısından değerlendirmeli, gebe ve fetus açısından zararı olmayan yöntemleri desteklemelidir. Örneğin stresi azaltmak için dua etme, olumlu düşünme, kendini motive etme gibi yöntemler desteklenebilir. Ayrıca hemşireler baş etmede yetersiz kalan kadınlara yeni yöntemlerle destek olmalıdır. Bunlardan biri gevşeme yöntemleri olabilir. Hemşirelerin bu konularda kendini geliştirmesi gerekir.

Kadınlar EDT ile ilgili sorunlarla baş etmek için uyuma, internette zaman geçirme, TV izleme, telefonda oyun oynama, kitap, dergi okuma, diğer hastalarla konuşma ve dinlenmeyi kullanmaktadırlar. Yapılan bir çalışmada kadınların çoğu yatak istirahatinde zamanlarını oda arkadaşları ile iletişime girerek ve sohbet ederek geçirmektelerdir (Hediye ve Korkmaz, 2005). Ayrıca kadınlar ultrasonda fetüslerini görerek, aile ile zaman geçirerek, televizyon izleyerek, internette zaman geçirerek ve sağlık personelinden bilgi alarak rahatladıklarını belirtmektedirler (Doyle ve ark., 2004). Baş etme sürecinde sağlık personelinin profesyonel tutum sergilemesi hem kadınların EDT sürecine hem de bakım memnuniyetine etki etmektedir. Araştırmamızda kadınlar sağlık personelinden en çok bilgi ve yönlendirme beklediklerini, bakım olarak sağlık personelinden memnun olduklarını ama biraz daha fazla bilgilendirilme istediklerini belirtmektedirler. Sawyer ve arkadaşları çalışmasında (2013), EDT sürecinde kadınların deneyimleri ve aldıkları bakımdan memnuniyetin yüksek olmasını; sağlık personelinin bilgi ve açıklamada bulunması, kriz anını yönetebilmesi, kendine güvenli ve kontrollü olması bakım memnuniyeti açısından olumlu olarak belirtilmiştir. Sağlık personelinin kadını dinlememesinin kadını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınlar sağlık personelinin kendilerini dinledikleri için çok memnun olduklarını ve kendilerini bu nedenle iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Kadınlardan bazıları ise biraz daha fazla dinlenilmek istediğini ve bu şekilde daha da rahatlayacağını belirtmişlerdir. Çünkü sağlık personelinin yeterince bilgi vermemesi durumunda sağlık personeline olan güvensizlik artabilir (Oliveira ve Mandu, 2015). Ayrıca kadınlar baş etme yöntemleriyle rahatladıklarını belirtmişlerdir. Verilerimizde kadınların rahatlamaya yönelik olarak sağlık personelinden sadece bilgi ve yönlendirme bekledikleri ortaya çıkmıştır. Kadınların sağlık personelinden rahatlamaya yönelik diğer

girişimler (gevşeme, masaj vb.) ile ilgili herhangi bir isteği bulunmamaktadır. Kadınlar bu tür yöntemler konusunda hemşirelerin bilgisi olmadığını ya da sorumluluğu olmadığını düşünüyor olabilirler. Ayrıca kadınlar hemşirelerin çok yoğun olduklarını ifade etmektedirler. Bu nedenle de hemşirelerden beklentileri olmayabilir. EDT olan kadınların hemşirelik bakımında gevşemeye yönelik girişimlerin yer alması, EDT sürecine faydalı olabilir.

Kadınlar en çok anne, eş ve arkadaş desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Gebeliklerdeki riskli durumlar sadece kadını değil, kadının ailesini de etkilemektedir (Sittner ve ark., 2005). Araştırmamızda kadınlar için aile ve sosyal destek baş etme araçlarından biridir. Kadınlar EDT sürecini aile ve sosyal çevreden destek alarak rahatlamaktadırlar. Richter ve arkadaşlarının (2007) belirttiğine göre; kadınlar ailenin de tedavi sürecine dahil edilmesini ve aile üyeleri için özel ziyaret planlamalarının yapılmasını istemektedirler. Hemşire ailenin ve sosyal çevrenin EDT sürecine dahil edilmesini sağlamalıdır. Böylece kadınların stresi azaltılarak gebelik süresi uzayabilir.

5.5.Beklentiler/Öneriler

Bu ana tema altında iki tema belirlenmiştir. Bunlar ‘hastane ortamı’ ve ‘sağlık personelinin bilgi vermesi’dir.

Bu araştırmada kadınlar hastane ortamı ve sağlık personelinin beklentileri olduğunu; bu beklentilerin çoğunlukla daha uygun bir hastane ortamı ve daha fazla bilgilendirici sağlık personeli tutumu olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar, hastane odasında; televizyon ve duş bulunması, oda temizliğinin artırılması ve hastane yemeklerinin daha zengin bir menü olarak hazırlanması, odaların iki kişi olmasının ve kendileri gibi EDT tanısı olan hastalarla kalmanın kendilerini rahatlatacaklarını ifade etmişlerdir. Bu veriler doğrultusunda kadınlar hastane odalarını kendileri ve fetus sağlığı açısından yetersiz bulmakta ve fiziki ortamın psikolojileri üzerine etkileri olduğunu belirtmektedirler. Kadınlar EDT belirtileri ve EDT saptandığında uygun hastanelere sağlık personeli tarafından yönlendirilmek istemektedirler (Levinson ve ark., 2014). Bu araştırmada kadınlar özellikle kuvözü olan hastanelere yönlendirilmek istemektedirler. Kadınların tamamı için EDT’de en önemli baş etme unsuru hastanede kuvöz bulunmasıdır. Kadınlar, kuvöz varlığı ile fetusun yaşama şansının yükseldiğine ve fetus sağlığının korunacağına inanmaktadırlar. Sağlık personelinin de doğum zamanı ve fetus sağlığı ile ilgili daha fazla bilgilendirilme istediklerini belirtmişlerdir. Sawyer ve arkadaşları (2013) EDT’de kadınların sağlık personelinin; doğumun nasıl olacağı, bebek doğunca

kendilerini nelerin beklediği ile ilgili bilgi istediklerini belirtmektedirler. Bu araştırmada bir diğer bilgilendirilme isteği EDT'nin belirtilerinin anlatılmasıdır. Kadınların çoğu EDT belirtilerini anlamadığını belirtmişlerdir. Levinson ve arkadaşları (2014) EDT'nin önlenmesi için uygun eğitimlerin verilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Elde edilen veriler doğrultusunda EDT tanısında kadınlar, sağlık personeli tarafından kendileri ve fetus sağlığı hakkında sık sık bilgilendirilme beklentisi içerisindeyler. Kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanması, kadınların rahatlamasına ve EDT ile baş etmelerine yardımcı olabilir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kadınların EDT sürecinde deneyim, duygu ve düşüncelerinin belirlemesine yönelik olarak yapılan bu araştırma sonucunda;

- Beş ana tema belirlenmiştir. Bunlar; EDT'nin anlamı, EDT'nin nedenleri, EDT'den kaynaklanan sorunlar, baş etme ve beklentiler/önerilerdir.
- EDT'nin anlamı teması iki alt temadan oluşmaktadır; psikolojik yük ve yaşam değişikliğidir.
- EDT'nin nedenleri teması iki alt temadan oluşmaktadır; bireysel, davranışsal nedenler ve sağlık sorunu yaşamadır.
- EDT'den kaynaklanan sorunlar teması altı alt temadan oluşmaktadır; fetüs ile ilgili sorunlar, doğum ile ilgili sorunlar, aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunlar, hastane ortamı ile ilgili sorunlar, tedavi ile ilgili sorunlar ve sağlık personeli ile ilgili sorunlardır.
- Baş etme teması iki alt temadan oluşmaktadır; bilişsel, davranışsal baş etme ve aile ve sosyal çevre desteği kullanmadır.
- Beklentiler/öneriler teması iki alt temadan oluşmaktadır; hastane ortamı ve sağlık personelinin bilgi vermesidir.

Sonuç olarak; EDT kadınlar tarafından çok fazla bilinmeyen olan riskli bir durumdur. EDT'nin kesin ve tam bir tedavisinin olmamasından dolayı kadınlar uzun bir süre bu durumu yaşayabilirler. Kadınların yaşamı değişir ve daha önceden deneyimlenmeyen bir süreç başlar. Bu nedenle EDT kadınların fetüs sağlığı başta olmak üzere doğum, tedavi süreci, hastane ortamı, sağlık personeli, aile ve sosyal destek sistemleri ile ilgili sorunlar yaşamasına neden olan büyük bir gebelik riskidir. Kadınlar bu sorunlar ile baş etmede çeşitli yöntemler ifade etse de, çoğunlukla baş etmede yetersizlik yaşamaktadırlar. Kadınlar EDT sürecinde baş etme düzeylerini geliştirmek için özellikle sağlık personelinin bilgilendirilme ve destek beklemektedirler.

6.2. Öneriler

Araştırma verileri sonucunda;

- EDT'ye yönelik hemşirelik bakımında:
 - Kriz yönetiminin yapılması,
 - Potansiyel kayıp riskinin değerlendirilmesi ve müdahale edilmesi,
 - Anksiyete, stres, korkunun azaltılması için gevşeme egzersizleri ve çeşitli yöntemlerin uygulanması,
 - Yatak istirahatine uyumlandırma,
 - Öz bakım gereksinimlerinin karşılanması,
 - Aile ve sosyal çevre desteğinin belirlenmesi,
 - Bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve giderilmesi önerilmektedir.
- Araştırmacılara yönelik öneriler:
 - Hemşirenin bu sorunları belirlemesine yardımcı olacak geçerli ve güvenilir ölçüm araçları geliştirilmesi,
 - Hemşirenin EDT önlemeye yönelik etkisini belirleyecek deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE HEMŞİRELİK BAKIMININ STRES, PRENATAL UYUM, KONTRAKSİYON, KORTİZOL VE DOĞUM HAFTASINA ETKİSİ

3.GEREC VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, pre-post ve kontrol gruplu, tek kör, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Nisan 2015’de literatür taraması ile başlamıştır. Araştırmanın verileri, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır. Araştırma verileri 08 Ağustos 2017- 30 Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma yazım aşamasının bitmesi ile Mayıs 2019’da tamamlanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine EDT tanısı ile yatışı yapılan kadınlar oluşturmuştur. Örneklem grubunu, örnekleme dahil etme kriterlerine uyan 66 kadın oluşturmuştur. Araştırma 33 girişim ve 33 kontrol grubunda olmak üzere 66 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırma örneklemine dahil edilme kriterleri;

- Erken doğum tehdidi tanısı konulmuş olma,
- 18 yaş üstü olma,
- Türkçe bilme,
- Araştırmaya katılmayı kabul etme.

Araştırma örnekleminden dışlanma kriterleri;

- EMR tanısı konulmuş olma,
- Çoğul gebeliği olma,
- Vajinal kanama şikâyeti ile hastaneye başvurmuş olma,
- Psikiyatrik, kronik ve gebeliğe bağlı gelişen hastalığı olma,

- Araştırmaya katılmayı kabul edildikten sonra herhangi bir aşamada araştırmadan çıkmak isteme,
- Araştırmaya kabul edildikten sonra veri toplama süreci tamamlanmadan herhangi bir aşamada doğumun gerçekleşmesi.

3.3.1.Örneklem Büyüklüğü

Araştırma başlangıcında G-Power Data Analysis (3.0.1.) programı ile Ayten Arıöz'ün (2014) "Preterm eylem tanısı almış primipar gebelerde gevşeme egzersizlerinin stresle basa çıkma tarzı ve kaygı düzeyine etkisi" isimli tez çalışmasında durumluk kaygı puanları kullanılarak %95 güç, 0.05 anlamlılık düzeyi ve bu tez çalışmasındaki etki büyüklüğü olan 7.88 baz alınarak gerekli olan örneklem büyüklüğü 6 kişi olarak saptanmıştır. Ancak araştırmanın veri toplama sürecinde %10 kayıp düşünülerek parametrik test varsayımlarını yerine getirebilmek ve örneklem büyüklüğü için önceden yapılmış araştırmalarda bulunmayan değişkenler düşünülerek örneklem daha büyük olmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak iki grupta 33'er kişiye ulaşılarak 66 kişi ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmanın sonunda, araştırma değişkenleri ile güç analizi yapılarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Durumluk kaygıya göre etki büyüklüğü 1.81, gücü 0.99 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 9'ar kişi olarak belirlenmiştir. Kortizol düzeyine göre etki büyüklüğü 0.44, gücü 0.83 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 32'şer kişi olarak belirlenmiştir. Uterus kontraksiyon şiddetine göre etki büyüklüğü 1.36, gücü 0.95 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 13'er kişi olarak belirlenmiştir. Doğum haftasına göre etki büyüklüğü 0.37, gücü 0.80 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 88'er kişi olarak belirlenmiştir. Bilgi düzeyine göre etki büyüklüğü 2.58, gücü 0.98 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 5'er kişi olarak belirlenmiştir. Uyku süresine göre etki büyüklüğü 2.58, gücü 0.98 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 5'er kişi olarak belirlenmiştir. Alınan sıvı miktarına göre etki büyüklüğü 2.58, gücü 0.98 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 5'er kişi olarak belirlenmiştir. Hemşirelik bakım memnuniyetine göre etki büyüklüğü 2.02, gücü 0.97 alındığında örneklem büyüklüğü her iki grup için 7'şer kişi olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın Güç Analizi Sonuçları

Güç Analizinde Kullanılan Değişken	Örneklem Sayısı (n)	Etki Büyüklüğü	α Yanılma Payı	Güç Analizi
Durumluk Kaygı	9	1.81	0.05	0.99
Kortizol Düzeyi	32	0.44		0.83
Uterus Kontraksiyon Şiddeti	13	1.36		0.95
Doğum Haftası	88	0.37		0.80
Bilgi Düzeyi	5	2.58		0.98
Uyku Süresi	5	2.58		0.98
Alınan Sıvı Miktarı	5	2.58		0.98
Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	7	2.02		0.97

Örnekleme EDT tanısı konulan kadınlar oluşturacağından bir havuz oluşturulamamıştır. Dahil etme kriterlerine uygun olan ve örnekleme alınacak olan kadınlar için, yedekler dahil olarak 140 kişiyi içeren basit randomizasyon uygulanmıştır. Örneklemin randomizasyonu “rastgele sayı üretme programı (Research Randomizer (<https://www.randomizer.org/>))” kullanılarak yapılmıştır. Randomizasyon işlemi araştırmaya dahil olmayan tarafsız bir araştırmacı tarafından yapılmış, girişim ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Örneklem sayısı için girişim ve kontrol gruplarında 30’ar kadın olmasına karar verilmiştir. Araştırma veri toplama sürecinde her iki grupta 33’er kişiye ulaşılarak 66 kişi ile araştırma tamamlanmıştır (randomizasyon yapılan ilk 66 kişi ile araştırma yapıldığı için yedek olarak belirlenen kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir). Kadınlara yer aldıkları gruplar hakkında bilgi verilmemiştir. Ancak araştırmacı tarafından kadınların grupları bilinmektedir. Böylelikle araştırmada tek taraflı körlük sağlanmıştır.

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n:66)

Tanıtıcı Özellikler	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$		Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$		t	p
	n	%	n	%		
Yaş					0.175	0.368
Eğitim Durumu					χ^2	p
İlköğretim mezunu	10	30.3	12	36.4	0.303	0.859
Ortaöğretim mezunu	17	51.5	16	48.4		
Lisans mezunu	6	18.2	5	15.2		
Çalışma Durumu						
Evet	5	15.2	3	9.1	0.574*	0.449
Hayır	28	84.8	30	90.9		
Aile Tipi						
Çekirdek aile	21	63.6	24	72.7	0.629	0.428
Geniş aile	12	36.4	9	27.3		
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	5	15.2	8	24.2	0.868	0.351
Gelir gidere denk	28	84.8	25	75.8		
İkametgâh Yeri						
İl merkezi	16	48.5	20	60.6	1.111	0.574
İlçe	14	42.4	10	30.3		
Köy	3	9.1	3	9.1		
Eş Eğitim Durumu						
İlköğretim mezunu	10	30.3	7	21.2	3.072	0.215
Ortaöğretim mezunu	14	42.4	21	63.6		
Lisans mezunu	9	27.3	5	15.2		
Eş Çalışma Durumu						
Evet	33	100	33	100		

*Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması 28 ± 5.71 yıl, %51.5'i ortaöğretim mezunu, %84.82'si çalışmamakta, %63.6'sı çekirdek ailede yaşamakta, %84.8'inin gelir ve gideri denk, %48.5'i il merkezinde yaşamaktadır. Girişim grubundaki kadınların eşlerinin %42.4'ü ortaöğretim mezunudur. Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 27.7 ± 6.89 yıl, %48.4'ü ortaöğretim mezunu, %90.9'u çalışmamakta, %72.7'si çekirdek ailede yaşamakta, %75.8'inin gelir ve gideri denk, %60.6'sı il merkezinde yaşamaktadır. Kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %63.6'sı ortaöğretim mezunudur. Her iki grupta da gebelerin eşlerinin tamamı çalışmaktadır. Girişim ve kontrol grubunun homojenitesinin belirlenmesi amacıyla

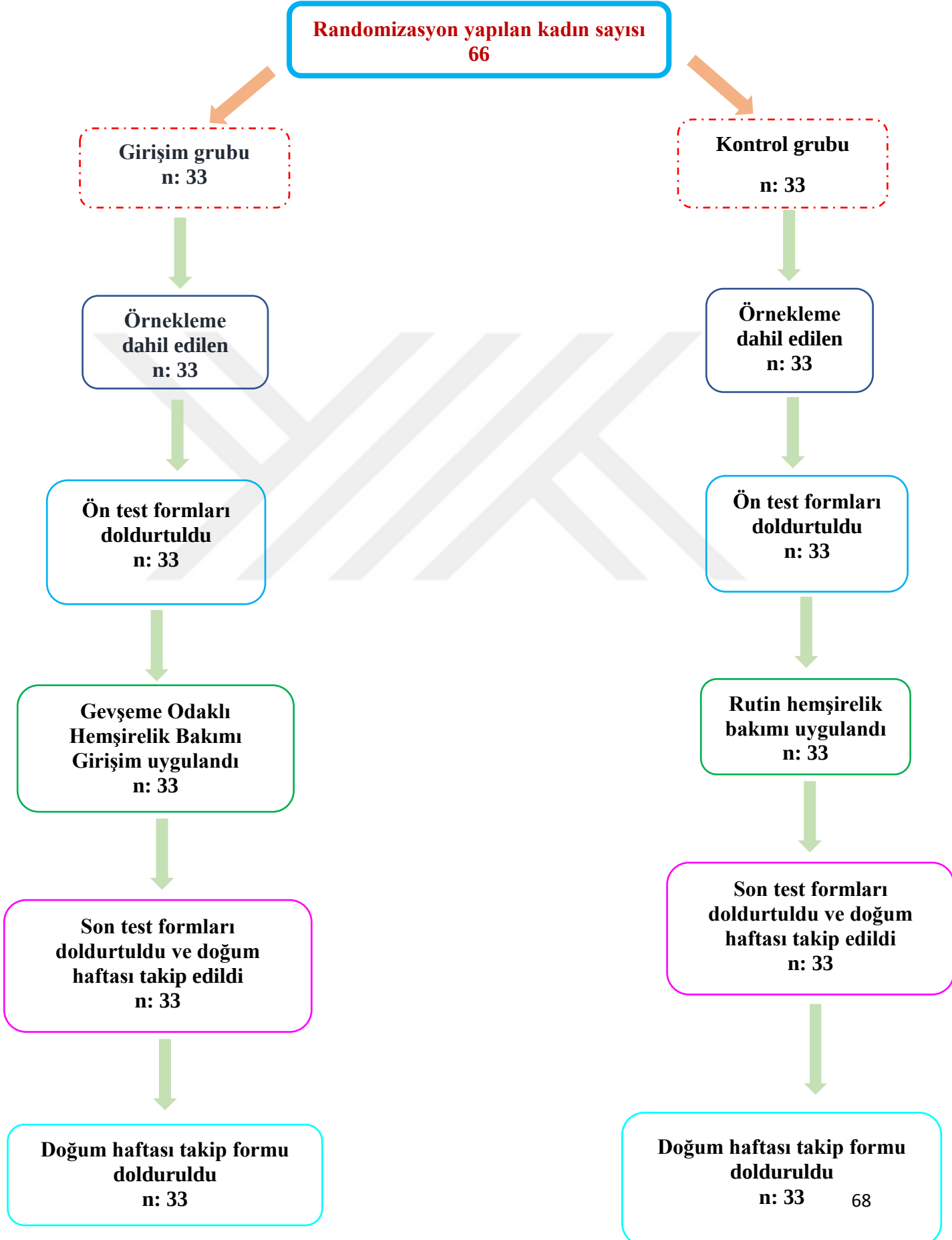
yapılan analizlerin sonucunda iki grup arasında sosyo-demografik özellikler açısından fark olmadığı ($p>0.05$) ve grupların homojen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Çalışma Başlangıcındaki Obstetrik Özellikleri (n:66)

Obstetrik Özellikler	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Gebelik Haftası	29.27±4.10	30.39±4.22	1.094	0.278
Gebelik Sayısı	2.18±1.30	1.81±1.21	1.171	0.246
Doğum Sayısı	1.93±1.03	1.33±0.77	1.667	0.108
Çocuk Sayısı	1.85±0.94	1.18±0.40	1.027	0.185

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Girişim grubundaki kadınların gebelik haftası ortalaması 29.27±4.10, gebelik sayısı ortalaması 2.18±1.30, doğum sayısı ortalaması 1.93±1.03 ve çocuk sayısı ortalaması 1.85±0.94’tür. Kontrol grubundaki kadınların gebelik haftası ortalaması 30.39±4.22, gebelik sayısı ortalaması 1.81±1.21, doğum sayısı ortalaması 1.33±0.77 ve çocuk sayısı ortalaması 1.18±0.40’dır. Girişim ve kontrol grubunun homojenitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan analizlerin sonucunda iki grup arasında obstetrik özellikler açısından fark olmadığı ($p>0.05$) ve grupların homojen olduğu belirlenmiştir.

Şekil 2. Randomizasyon Şeması



3.4.Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak, formlar, ölçekler ve tükürük örnekleri kullanılmıştır.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri "kaygı düzeyi, kortizol düzeyi, kontraksiyon şiddeti, doğum haftası, EDT'ye ilişkin bilgi düzeyi, uyku süresi, sıvı alımı, doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk ve bakımdan memnuniyet"dir.

3.5.2.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni "Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı"dır.

3.6.Veri Toplama Araçları

3.6.1.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

- Gebelerin tanıtıcı özellikleri formu (Ek-I)
- Obstetrik durum değerlendirme izlem formu (Ek-V),
- Gebe stresörleri belirleme formu (Ek-VI),
- Sürekli ve durumluk kaygı ölçeği (Ek-VII),
- EDT bilgi formu (Ek-VIII),
- Gebe izlem formu (Ek-IX),
- Bakımdan memnuniyet değerlendirme formu (Ek-X),
- Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ), Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluk Alt Boyutları (Ek-XI),
- Doğum haftası takip formu (Ek-XII)

3.6.1.1.Gebelerin tanıtıcı özellikleri formu: Kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, medeni durum, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, eş meslek, aile tipi, aylık ortalama gelir durumu, sosyal güvence durumu ve ikamet), obstetrik özelliklerini (gebelik haftası, fetüs sayısı, gebelik sayısı, doğum sayısı ve çocuk sayısı) içermektedir.

3.6.1.2.Obstetrik durum değerlendirme izlem formu: Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanmasında izlenecek olan parametreleri (kontraksiyon şiddeti, amniyon sıvı takibi, gestasyonel yaş takibi ve günlük kortizol ölçümü) içermektedir. Obstetrik durum değerlendirme izlem formuna tükürük kortizolü alma saatleri günlük olarak kaydedilmiştir.

Girişim grubunda referans kortizol seviyesini ölçmek için kadın ile ilk görüşme anında (birinci gün 08:30) kortizol örneği alınmış ve gevşeme odaklı hemşirelik bakımının etkisini belirlemek amacıyla birinci gün (15:00-15:20), ikinci gün sabah (08:00-08:20) ve ikinci gün öğleden sonra (15:00-15:20) gevşeme egzersizi uygulanmıştır. Egzersiz sonrası ortalama 10 dk sonrasında tükürük kortizol örneği alınmıştır.

Kontrol grubunda kortizol düzeyi girişim grubuyla paralel saatlerde (birinci ve ikinci günlerde sabah (08:30) ve öğleden sonra (15:30)) tükürük kortizol örneği alınmıştır.

Tükürük kortizol yöntemini seçme nedenleri; kadınlara invaziv girişim yapılmayacak olması, uygulama kolaylığı, tükürük örneklerinin yedi güne kadar oda sıcaklığında bekletilebilmesidir. Tükürük örneklerinin 5 gün kadar dışarıda (oda sıcaklığı, posta ile gönderme koşulları vb.) kaldıktan sonra bile hormon düzeylerinin etkilenmediği belirtilmektedir (Clements ve Parker, 1998).

3.6.1.3. Gebe stresörleri belirleme formu: Kadınların stresörlerini ve EDT’de bilgi eksikliği ve baş etme yollarını belirlemeye yönelik yirmi beş sorudan oluşan, açık uçlu veri formudur.

3.6.1.4. Sürekli ve Durumluk kaygı ölçeği: Spielberger (1966) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1983) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Özen Kutanis ve Tunç, 2013).

Sürekli Kaygı Ölçeği; (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler denilir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 ‘e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklindedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise

tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Puanların yorumlanması; her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

Güvenirliliği: test tekrar test güvenirliği yöntemiyle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu hesaplanmış sürekli kaygı ölçeği için .71 ile .86, durumluk kaygı ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. İç tutarlılık ve test homojenliği Kuder Richardson 20 formülüyle hesaplanmış, durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .87, sürekli kaygı ölçeği için .94 ile .96 arasında bulunmuştur.

Geçerliliği: Yapı geçerliliği ve ölçüt bağımlı geçerlik yöntemleriyle araştırılmış. Sürekli kaygı ölçeği ile diğer kaygı ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları kız öğrenciler için 0.52 ile 0.80; erkek öğrenciler için .58 ile .79 bulunmuştur.

Bu araştırmada sürekli kaygı ölçeği Cronbach's α iç tutarlık katsayısı 0.83, durumluk kaygı ölçeği Cronbach's α iç tutarlık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur.

3.6.1.5.EDT bilgi formu: Form kadınların EDT bilgi düzeyini belirlemeye yönelik olarak literatür doğrultusunda hazırlanmış ve üç uzman görüşü alınarak oluşturulmuştur. Kapalı uçlu on sorudan oluşmaktadır. Formdan alınacak en az puan 0, en fazla puan 40'tır.

3.6.1.6.Günlük gebe uyku ve sıvı alımı izlem formu: Kadınların günlük uyku saati ve alınan sıvı miktarının saatlik kaydedilmesini sağlamak üzere açık uçlu izlem formudur.

3.6.1.7.Bakımdan memnuniyet değerlendirme formu: Kadınların bakım memnuniyetini belirlemek için sözel değerlendirme kullanılmıştır. Bakımdan memnuniyet durumunu değerlendirmek için "Size verilen hemşirelik bakımını nasıl değerlendirirsiniz? "0" hiç

memnun değilim, “10” çok memnunum olacak şekilde 0’dan 10’a kadar bir puan verir misiniz?” şeklinde soru yöneltmiştir.

3.6.1.8. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ), Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluk Alt Boyutları: Ölçek, 1979’da Lederman ve arkadaşları tarafından gebelik ve doğuma ilişkin uyumu değerlendirmek için geliştirilmiştir. 79 maddeden oluşan 4’lü likert tipi bir ölçektir (1=çok fazla tanımlıyor, 2=kısmen tanımlıyor, 3=biraz tanımlıyor, 4=hiç tanımlamıyor). Ölçekte 47 madde ters yönlüdür ve bu maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmalıdır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Kendi ve Bebeğinin sağlığı ile düşünceleri, gebeliğin kabulü, annelik rolünün tanımlanması, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve eşi ile ilişkisinin durumu olmak üzere yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 316, en düşük ise 79’dur. Düşük puan annenin uyumunun iyi olduğunu gösterir (Beydağ ve Mete, 2008).

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik araştırması Beydağ ve Mete tarafından 2008’da yapılmış olup Cronbach’s α iç tutarlık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test güvenirlik katsayısı 0,84’ tür. Bu çalışmada ölçeğin yalnızca “Doğuma Hazır Oluş” ve “Doğum Korkusu” alt ölçekleri kullanılmıştır. “Doğuma Hazır Oluş” alt ölçeğin Cronbach’s α katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur. “Doğuma Hazır Oluş Alt Ölçek” 10 madde içermekte olup (7,13,24,25,26,38,47,48,56,72), alınacak en yüksek puan 40, en düşük puan ise 10’dur. “Doğuma Hazır Oluş” alt ölçeğin Cronbach’s α katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur. “Doğum Korkusu Alt Ölçek” 10 madde içermekte olup (8,11,15,18,27,39,49,52,53,64), alınacak en yüksek puan 40, en düşük puan ise 10’dur. “Doğum Korkusu” alt ölçeğin Cronbach’s α katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (Beydağ ve Mete, 2008). Ölçeğin bu çalışmada bulunan Cronbach’s α iç tutarlık katsayısı 0.62’dir. Bu ölçek bu çalışmada kadınların doğuma hazır oluş ve doğum korkusu düzeylerini belirlemek ve gebeliğe uyumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.6.1.9. Doğum haftası takip formu: Kadınların doğum haftalarını, hafta ve gün olarak belirlemede kullanılmıştır. Form, yirminci haftadan kırkinci haftaya kadar günlük takip yapılmıştır. Kadınların doğum haftaları, hafta ve gün olarak kaydedilmiştir.

3.6.2. Veri Toplama Süreci

EDT tanısı ile kliniğe kabul edilen ve örneklem özelliğine uyan kadınlar randomizasyon şemasındaki sıraya göre girişim ya da kontrol gruplarına alınmıştır.

Girişim grubu;

Girişim grubundaki kadınlara araştırma başlangıcında bilgilendirilmiş onam formu, gebelerin tanıtıcı özellikleri formu, sürekli kaygı ölçeği ve EDT bilgi formu doldurtulmuştur. Araştırmanın yapıldığı iki gün boyunca (3.6.3. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı kapsamında) dört kez gevşeme egzersizi uygulanmış, EDT ile ilgi eğitim verilmiş ve stresörleri belirlenmiştir. Gevşeme egzersizleri uygulama saatleri hastane kliniğinin uygunluk durumuna göre belirlenmiştir. Gevşeme egzersizleri için odanın fiziki koşulları düzenlenmiş ve sessizlik sağlanmıştır. Kadınlara nefes egzersizleri öğretilerek, supin pozisyonda, sözsüz ve akıcı, en fazla (odanın sessizlik durumuna göre) 60 desibel şiddetinde müzikler eşliğinde gevşeme metinleri okunmuştur (Nilsson, 2008) ve endorfin masajı uygulanmıştır. Gevşeme egzersizleri öncesi birinci günde (pretest 08:30), gevşeme egzersizleri sonrası birinci günde (posttest-1: 15:30) ve ikinci günde (posttest-2: 08:30 ve posttest-3:15:30) durumluk kaygı ölçeği doldurtulmuştur. Aynı zamanda gevşeme egzersizleri sonrası eş zamanlı olarak dört kez tükürük kortizol örneği alınmıştır. Araştırmanın ikinci gününün sonunda EDT bilgi formu ve bakımdan memnuniyet değerlendirme formu uygulanmıştır. Kadınlar doğum yapıncaya kadar gevşeme egzersizi yapmaları konusunda desteklenmeleri ve doğum haftası takip formu için haftalık WhatsApp ve/veya telefon görüşmeleri ile izlenmiştir.

Kontrol grubu;

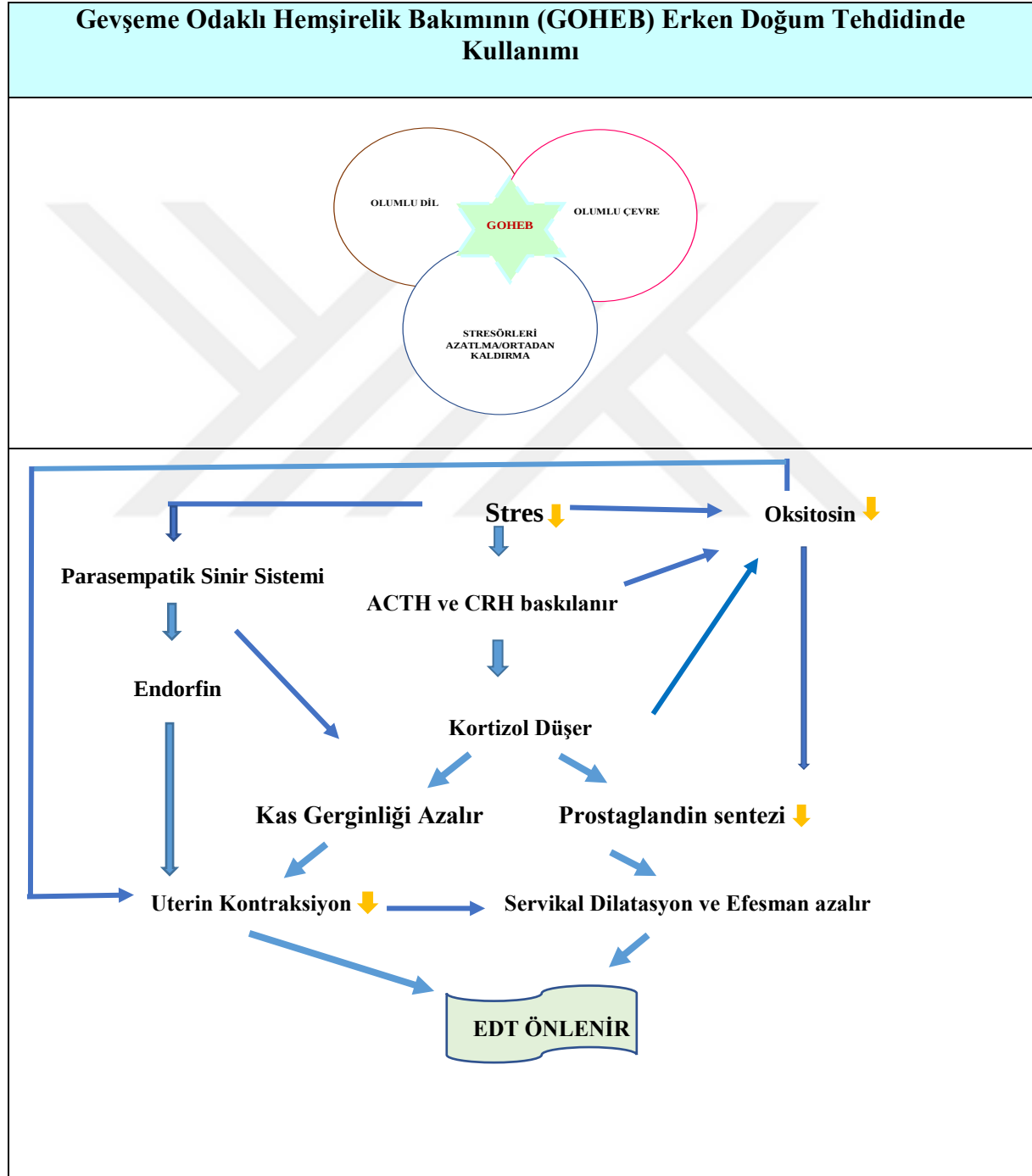
Kontrol grubundaki kadınlara araştırma başlangıcında bilgilendirilmiş onam formu, gebelerin tanıtıcı özellikleri formu, sürekli kaygı ölçeği ve EDT bilgi formu doldurtulmuştur. Araştırmanın yapıldığı iki gün boyunca rutin hemşirelik bakımı almışlardır. Bu bakım kapsamında kadınlar yaşam bulgularının izlenmesi, NST uygulanması, ilaç uygulamaları ve komplikasyonların izlenmesi açısından takip edilmişlerdir. Girişim grubu ile eş zamanlı gevşeme egzersizleri öncesi birinci günde (pretest 08:30), gevşeme egzersizleri sonrası birinci günde (posttest-1: 15:30) ve ikinci günde (posttest-2: 08:30 ve posttest-3:15:30) durumluk kaygı ölçeği doldurtulmuştur ve dört kez tükürük kortizol örneği alınmıştır. Araştırmanın ikinci gününün sonunda EDT bilgi formu ve bakımdan memnuniyet değerlendirme formu uygulanmıştır. Kadınlar doğum yapıncaya kadar doğum haftası takibi için haftalık WhatsApp ve/veya telefon görüşmeleri ile izlenmiştir.

3.6.2.1. Kortizol Örneklerinin Alınması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada, kortizol düzeylerinin belirlenmesi için girişim ve kontrol grubundaki kadınlardan her ölçümde 2 mililitre tükürük örneği alınmıştır ve soğuk zincire bırakılmıştır. Tükürük örnekleri polipropilen maddeden üretilen, sızdırmazlık özel kapağa sahip, 100 ml hacminde, steril ve üzerine etiket yapıştırılabilen özel bir alanı olan numune kaplarıyla toplanmıştır ve -20⁰C’de analiz yapılncaya kadar saklanmıştır. Tükürük örnekleri aynı taşıma çantasında taşınmıştır ve aynı derin dondurucuda muhafaza edilmiştir. Tükürük örneklerinin değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi aracılığıyla hizmet alımı yapılan bir laboratuvar (Ankara’da bulunan) tarafından sağlanmıştır. Tükürük örnekleri laboratuvara yirmişer gruplar halinde, soğuk zincirde, öncelikli kargo şeklinde gönderilmiştir.

3.6.3. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı

“Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı” HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model’den oluşturulmuştur. Hypnobirthing Felsefesi zihin yasalarına dayanır ve olumlu düşünce ve duygu oluşturmayı amaçlar (Mongan, 2012). Transaksiyonel Model de stresi kişi ve çevre arasında özel bir ilişki olarak tanımlar (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu nedenle Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımı; olumlu dil, olumlu çevre ve stresörleri azaltma olarak üç bileşenden oluşturulmuştur.



Amaç		Dayandığı Felsefe	Hemşirelik Girişimi	Sonuç Çıktıları
GÜVEN VERİCİ BİR İLETİŞİM KURMAK (1.gün)	Olumlu iletişimi başlatma (20 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model (Problem ve Duygu Odaklı Yaklaşım)	-Kendini tanıtırma -Hekim ve hemşireleri tanıştırmak -Sakin, kendine güvenli ses tonu ile konuşma -Kısa cümleler kurma -Gebeye ismiyle hitap etme -Gerektiğinde ve gebenin tepkilerine göre uygun zaman ve süre ile dokunmayı kullanma	1. Sakin olma 2. Huzurlu yüz ifadesi 3. Soru sorma 4. Sorulara yanıt verebilme 5. Kendisini iyi hissettiğini ifade etme 6. Hemşirenin yaklaşımından olumlu etkilendiğini ifade etme 7. Sağlık ekibi ile olumlu iletişim kurma 8. Hemşire ile görüşme saatlerine birlikte karar verme 9. Yakınları ile görüşme (telefon) saatlerini belirleme 10.Öğünlerin alınması 11.Günlük 2-2,5 lt sıvı alma 12.Kendini iyi hissettiğini ifade etme
	Gebenin kendini güvende hissetmesini sağlama (20 dk)		-EDT süresince kendisi ile birlikte olacağını ve ona destek olacağını söyleme -Kendini ifade etmesini sağlama -Tüm sorularını rahatlıkla sorabileceğini ifade etme -Yapılan her şeyi açıklama	
	Olumlu hastane ortamı yaratma Bakım ilkelerinin gebeye açıklanması (20 dk)		-Çalışanlara nasıl ulaşabileceği konusunda bilgi verme -Gebenin kullanacak olduğu hastane bölümlerini tanıtırma -Gebenin gördüğü ve kendisine kullanılacak olan malzemeleri tanıtırma -Ara öğün, sıvı alımı ve dinlenmesinin planlanması -Gebe ile birlikte programın planlanması (görüşme saatlerinin, gevşeme egzersizlerinin, aile yakınları ile iletişimim (telefon görüşmesi) zamanlarının planlanması) -İletişim bilgilerinin verilmesi (telefon ve whatsapp)	
STRESİN AZALTILMASI (1.gün)	Stresörlerin belirlenmesi ve öncelikli	HypnoBirthing ve	1.Gebenin ilk karşılaşmadan itibaren sözlü yazılı kaynakları ve gözlem yoluyla stresörlerini belirleme	1.Stresörleri ifade etme 2.Stresörleri değerlendirme

	stresörlerin ele alınması (30 dk)	Transaksiyonel Model (Duygu ve Sorun Odaklı Yaklaşım)	2.Stresörleri önem sırasına koyma ve önem sırasına göre müdahale yöntemini belirleme 3.EDT'ye bağlı stresörlerin azaltılması EDT nedir? EDT'ye neler neden olur? EDT'nin belirtileri nelerdir? EDT'de tanı nasıl konulur? EDT nasıl tedavi edilir? EDT'de alınan ilaçların etkileri nelerdir? EDT'de hastanede kalma süresi ne kadardır? EDT'de doğum şekli nedir? EDT'de bebeğin sağlığı nasıl izlenir?	3.Değiştirilebilecek olan düşünce tarzını ifade etme
	Nefes egzersizleri ve endorfin masajının uygulanması (15 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model (Duygu Odaklı Yaklaşım)	Nefes egzersizleri -Gebeye kasılmaların yoğunluğu ve şiddeti artmadan önce nefes egzersizi tekniklerini öğretme -Öğretilen teknikleri birlikte uygulama -Daha sonra varsa kasılmalar arasında nefes egzersizini kendisinin yapması sağlama Endorfin masajı -Oda ve yatak düzenini sağlama -Sessizliği sağlama -Ortam ısınısını ayarlama -Endorfin masajının etkisini açıklama -Endorfin masajı için izin alma -Endorfin masajı uygulama -Varsa refakatçisine endorfin masajını öğretme ve uygulatma	1.Sakin olma 2.Rahat gözükmeye 3.Nefes egzersizlerini etkin yapabilmek 4.Yalnız başına nefes egzersizi yapma 5.Endorfin masajı ile ilgili olumlu geribildirim verme
	Olumlu düşünce, duygu ve davranış oluşturmak (20 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model (Duygu Odaklı Yaklaşım)	1.Olumlu dil kullanımı Gebenin algısını olumsuz yönde etkileyebilecek tüm kelimeleri kullanmaktan kaçınma. Olumlu kelimeler seçme; Ağrı kelimesi yerine gerilme ya da baskı kelimelerinin kullanılması Sancı yerine doğum dalgaları ya da kasılmaların kullanılması 2. Uygun olan en kısa zamanda olumlu dil kullanmanın önemini anlatma	1.Soru sorma 2.İstekte bulunma 3.Sorulara yanıt verebilme 4.İletişim kurma 5.Hemşirenin yaklaşımından olumlu etkilendiğini ifade etme 6.Olumsuz sözcükler yerine olumlu sözcüklerle kendini ifade etme

		Örneğin: Bebeğinin kalp seslerini normal ve ne güzel duyuyor musun? 3. Cesaretlendirici ve motive edici cümleler kurma Bugün kasılmaların sayısı azaldı 4. Gebeden olumlu dil kullanmasını isteme 5. Kendisini ifade etmesi için destekleme 6. Ekip ile konuşularak gebeye ortak mesajlar verilmesini sağlama 7. Soru sorması konusunda cesaretlendirme	
Psikolojik ve fizyolojik gevşemeyi sağlamak (20 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model (Duygu Odaklı Yaklaşım)	Gevşeme egzersizi -Oda ve yatak düzenini sağlama -Sessizliği sağlama -Ortam ısınısını ayarlama -Gebeye gevşeme tekniklerinden biri olan hayal kurma egzersizini öğretme -Dikkati odaklama -Hayal kurma tekniğinin ne olduğu anlatma -Bu yöntemin gebeyi gevşeteceği ve rahatlatacağını açıklama -Gebeye öğretilen gevşeme nefesini kullanmasını sağlama -Gebeye önceden hazırlanmış olan gevşeme metni okunarak birlikte bu egzersizi yapmasını sağlama -Gevşeme bittikten sonra gebenin geribildirimini alma -Geribildirimleri doğrultusunda tekrar gevşeme egzersizi yaptırma -Daha sonra gebeye zaman verilerek bu egzersizi kendisinin yapmasını bekleme -Cesaretlendirici ve motive edici cümleler kurma. Örneğin; gevşeme egzersizlerini uyguladıkça kendini daha gevşemiş hissediyorsun. Bunlara devam edelim. -Gebeden olumlu dil kullanmasını isteme	1.Sakin olma 2.Rahat gözükmeye 3.Olumlu dil kullanmaya başlama 4.Kendi kendini cesaretlendirici cümleler kurma 5.EDT sürecine ilişkin olumlu cümleler kurma 6.Bebeği ile olumlu iletişim kurma 7.Nefes egzersizlerini etkin yapabilme 8.Yalnız başına nefes egzersizi yapma 9.Gevşeme egzersizi ile rahatladığını ifade etme 10.Gevşeme egzersizini kendi kendine yapma 11.Rahatladığını ifade etme

GÜVEN VERİCİ İLETİŞİMİN VE STRESİ AZALTMA GİRİŞİMLERİNİN DEVAM ETTİRMESİ (2. gün)	Olumlu iletişimi devam ettirme (20 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model (Duygu ve Sorun Odaklı Yaklaşım)	-Sakin, kendine güvenli ses tonu ile konuşma -Kısa cümleler kurma -İstediği her an iletişimde olunacağı ile ilgili bilgi verme (telefon ve whatsapp yoluyla) -Soru sorması konusunda cesaretlendirme	1. Sakin olma 2. Huzurlu yüz ifadesi 3. Soru sormaya istekli olma 5. Sorulara yanıt verebilme 6. Kendisini iyi hissettiğini ifade etme 7. Hemşirenin yaklaşımından olumlu etkilendiğini ifade etme
	Gevşeme egzersizinin uygulanması (20 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model (Duygu Odaklı Yaklaşım)	Gevşeme egzersizi -Oda ve yatak düzenini sağlama -Sessizliği sağlama -Ortam ısını ayarlama -Gebeye gevşeme tekniklerinden biri olan aşamalı gevşeme egzersizini öğretme -Gebeye önceden hazırlanmış olan gevşeme metni okunarak birlikte bu egzersizi yapmasını sağlama -Gevşeme bittikten sonra gebenin geribildirimini alma -Daha sonra gebeye zaman verilerek bu egzersizi kendisinin yapmasını bekleme -Cesaretlendirici ve motive edici cümleler kurma.	1.Sakin olma 2.Rahat gözükme 3.Olumlu dil kullanma 4.Kendi kendini cesaretlendirici cümleler kurma 5.Olumlu cümleler kurma 6.Bebeği ile olumlu iletişim kurma 7.Gevşeme egzersizi ile rahatladığını ifade etme 8. Gevşeme egzersizini kendi kendine yapma 9.Rahatladığını ifade etme
	Mevcut stresörlerin belirlemesi ve bir önceki günden devam eden stresörlerin ele alınması (45 dk)	HypnoBirthing ve Transaksiyonel Model	1.EDT’de stresörleri azaltma EDT sürecinde stresimi nasıl azaltabilirim? EDT sürecinde sosyal desteğim/desteklerimle aramızdaki ilişki nasıl olmalıdır? Hastane ortamına nasıl uyum sağlarım?	1.Stresörlere yönelik baş etme kaynaklarını ifade etme 2.Hemşireden beklediği baş etme yolları konusunda öğrenmeye istekli olma

		(Duygu ve Sorun Odaklı Yaklaşım)	Sağlık çalışanları ile ilgili beklentilerim nelerdir? Beslenmemde nelere dikkat etmeliyim? Hijyenimi nasıl sağlayabilirim? EDT’de taburculuk olur mu, olursa nelere dikkat edilmelidir? Doğum erken olursa bebeğim ne kadar kuvözde kalır? Doğum erken olursa bebeğimi emzirebilir miyim? Doğum erken olursa bebeğimin bakımında nelere dikkat etmeliyim? Tekrar gebe kalmak istersem EDT açısından bir sonraki gebeliğimde nelere dikkat etmeliyim? 2.Stresör ortadan kaldırılıbiliyorsa ortadan kaldırma 3.Gebe kendisinin stresörü azaltması/ortadan kaldırması için destekleme 4.Gebenin kendisinin yapamayacağı stresörü gebenin adına hemşirenin azaltması/ortadan kaldırması 5.Stresör ortadan kaldırılamıyorsa etkisinin azaltılması. Bunun için ya doğrudan stresöre müdahale edilmesi ya da stresörün etkisini azaltacak dolaylı yollar kullanılması (gevşeme egzersizleri vb.) 6.Eğer stresör ortadan kaldırılamıyor ise bu stresör ile baş etmesi konusunda gebenin güçlendirilmesi. 7.Stresörü kabullenmesi ve onunla yaşamasının öğretmesi (doğum gerçekleşene kadar sosyal destek sağlanması vb.)	
	Gevşeme egzersizinin uygulanması (20 dk)	HypnoBirthing ve	Gevşeme egzersizi -Oda ve yatak düzenini sağlama -Sessizliği sağlama -Ortam ısını ayarlama	1.Sakin olma 2.Rahat gözükmek 3.Olumlu dil kullanma 4.Kendi kendini cesaretlendirici cümleler kurma

		Transaksiyonel Model (Duygu Odaklı Yaklaşım)	-Gebeye gevşeme tekniklerinden biri olan EDT’de gevşeme egzersizini öğretme -Gebeye önceden hazırlanmış olan gevşeme metni okunarak birlikte bu egzersizi yapmasını sağlama -Gebenin kendisinin bu egzersizi yapması için destekleme -Cesaretlendirici ve motive edici cümleler kurma.	5.Olumlu cümleler kurma 6.Bebeği ile olumlu iletişim kurma 7.Yalnız başına nefes egzersizi yapma 8.Rahatladığını ifade etme
--	--	--	---	--



3.6.4.Araştırmacının Niteliği

-Araştırmacı Dokuz Eylül Üniversitesi Doğuma Hazırlık Kursu'nda uygulanan gevşeme egzersizlerini iki yıl süre ile gözlemlemiş ve uygulamaya katılmıştır.

-Araştırmacı gevşeme egzersizleri ve gebe eğitimi konusunda gelişimini sağlamak için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde 05-06 Aralık 2015 tarihinde yapılan Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursuna katılmıştır.

-Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde yürütülmekte olan Stresle Baş Etme Dersini almıştır.

-Araştırmacı Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora dersi 'Nitel Araştırma Yöntemleri'ni almıştır.

- Araştırmacı Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezinde 02-03 Nisan 2016 tarihinde "Sağlıkta Uygulamalı Hipnoz Eğitimi"ne katılmıştır.

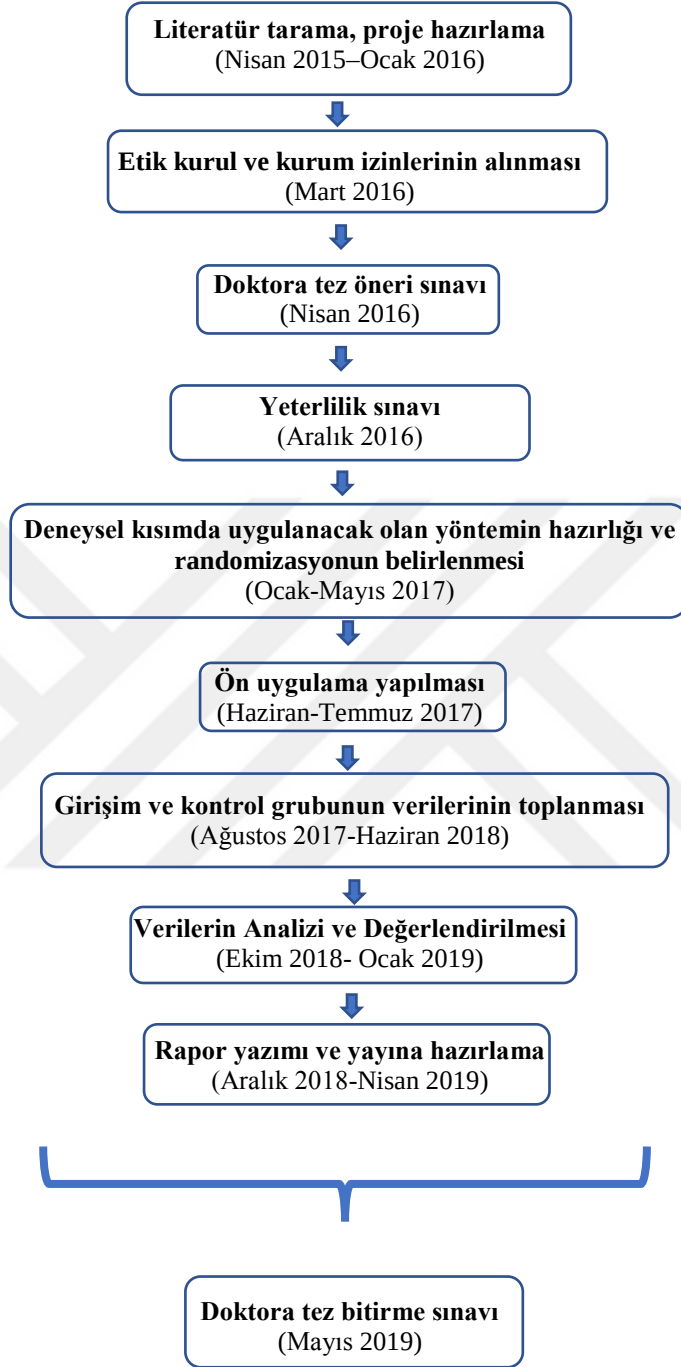
-Araştırmacı 04 Mayıs 2016 tarihinde "2. Ege Gebelik ve Doğum Kongresi"nin düzenlediği 'Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursu'na katılmıştır.

- Araştırmacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından 01 Temmuz 2016 tarihinde düzenlenen "Gebelikte ve Doğum Eyleminde Elektronik Fetal İzlem Kursu"na katılmıştır.

-Araştırmacı 08-09 Nisan 2017 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından düzenlenen "16. Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi Kursu"nda düzenleyici olarak görev almıştır.

-Araştırmacı 20 Nisan 2017 tarihinde I. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi tarafından düzenlenen "Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu"na katılmıştır.

3.7.Araştırma Planı ve Takvimi



3.7.1.Araştırmanın Bütçesi

Mali destek, Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) 2016146 (2017.KB.SAG.025 no ile) tarafından sağlanmıştır.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (22.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler;

- Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi, ki-kare testi ile diklik ve çarpıklıkla değerlendirilmiştir. Analiz testlerinin significance değerinin 0.05 ten büyük olduğu, diklik ve çarpıklık değerinin -1 ile +1 arasında olduğu, verilerin normal dağıldığı saptanmıştır (Coşansu, 2015). Bu nedenle analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Girişim ve kontrol gruplarında yalnızca bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında bilgi düzeyi puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Kovaryans Analizi (Ancova)”** kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimine göre karşılaştırılmasında **“Tekrarlı Ölçümlerde Çok Yönlü Varyans Analizi”**,
- Girişim ve kontrol gruplarında durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın ileri analizinde, grupların puan ortalamalarını kendi içinde karşılaştırmak için **“Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi”**, ölçümleri birbiri ile karşılaştırmak için **“Bonferroni Düzeltmeli Bağımlı Gruplarda T-Testi”** kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında kortizol düzeyi puan ortalamalarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimine göre karşılaştırılmasında **“Tekrarlı Ölçümlerde Çok Yönlü Varyans Analizi”**,
- Girişim ve kontrol gruplarında kortizol düzeyi puan ortalamaları arasındaki farkın ileri analizinde, grupların puan ortalamalarını kendi içinde karşılaştırmak için **“Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi”**, ölçümleri birbiri ile karşılaştırmak için **“Bonferroni Düzeltmeli Bağımlı Gruplarda T-Testi”** kullanılmıştır.

- Girişim ve kontrol gruplarında sürekli kaygı ölçeği, uyku süresi ve alınan sıvı miktarı puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Bağımsız Gruplarda T-Testi”** kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında PKDÖ doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt ölçekleri ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Bağımsız Gruplarda T-Testi”** kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında Kontraksiyon Şiddet Puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Bağımsız Gruplarda T-Testi”**, kontraksiyon şiddet puan ortalamalarının grupların kendi arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Bağımlı Gruplarda T-Testi”** kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında doğum haftası puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Kaplan Meier Sağ kalım analizi-Logrank Testi”** kullanılmıştır.
- Gevşeme odaklı hemşirelik bakımının durumluk kaygı, bilgi düzeyi, kortizol düzeyi ve doğum haftasına etkisini belirlemek amacıyla **“Yapısal Eşitlik Modeli-Yol Analizi”** kullanılmıştır.
- Girişim ve kontrol gruplarında hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla **“Bağımsız Gruplarda T-Testi”** kullanılmıştır.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada örneklem grubunun bulunduğu hastanede verilerin toplandığı sürede (Ağustos 2017-Haziran 2018) riskli gebeler kliniği (perinatoloji servisi) araştırmanın başlamasını takip eden dördüncü aydan, araştırmanın devam ettiği dokuzuncu aya kadar kapatılmıştır. Araştırmanın son üç ayında riskli gebeler kliniği tekrar açılmıştır. Ancak riskli gebeler kliniğinin kapatıldığı sürede örneklem grubu diğer kadın doğum kliniklerinde karma odalarda kalmıştır. Bu kliniklerde jinekoloji ve obstetri hastaları aynı odalarda kalabilmektedir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastanede hasta odaları dört kişiliktir. Bu nedenlerle araştırma süresince gevşeme egzersizlerinin uygulama aşamasında ortam sessizliğini sağlama konusunda zorluklar yaşanmıştır. Ayrıca doğum haftası için örneklem güç analizinde girişim ve kontrol grupları için belirlenen 88’er kişiye riskli gebeler kliniğinin kapatılması nedeniyle ulaşılamamıştır. Ülkemizde düzenli hasta izlem protokolleri olmaması nedeniyle de taburculuk sonrası kadınların takipleri araştırmacının bireysel çabaları ile sağlanmıştır.

3.10.Etik Kurul Onayı

Araştırmanın amacı çalışmaya katılan kadınlara yazılı ve sözlü olarak açıklanmıştır. Girişim ve kontrol grubu kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-XIII). Araştırmada İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek-XIV). Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından 2016/08-35 karar numarası ile 24.03.2016 tarihinde etik kurul onayı verilmiştir (Ek-XV).



4.BULGULAR

Araştırmanın bulgular bölümü üç ana başlık altında aşağıda sunulmuştur.

4.1.Girişim ve Kontrol Gruplarının Özellikleri ve Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarının özellikleri (tokolitik kullanımı ve EMR gelişimi) ile ilgili bulgular ve EDT’de uygulanan gevşeme odaklı hemşirelik bakımının bilgi düzeyi, kaygı düzeyi, kortizol düzeyi, uyku süresi, sıvı alımı ve PKDÖ doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt ölçekleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tokolitik Ajan Kullanım Durumu (n=66)

Tokoliz Uygulaması	Girişim Grubu (n:33)		Kontrol Grubu (n:33)		x ²	p
	n	%	n	%		
Tokolitik Alımı						
Evet	22	66.7	26	78.8	1.222	0.269
Hayır	11	33.3	7	21.2		
Tokolitik* Türü						
Nidilat	15	68.2	16	61.5	1.454**	0.535
Adalat	4	18.2	3	11.5		
MgSO4	3	13.6	7	27.0		

*Tokolitik ajanlar 48 saat süresince uygulanmıştır. **Fisher’s Exact Test

Grupların tokolitik ajan kullanım oranları incelendiğinde, girişim grubunda 22, kontrol grubunda 26 kadın tokolitik ajan kullanmıştır. Literatürde tokolitik ajanların 48 saat süre ile kullanımı önerilmekte olup, hekim görüşü ile tokolitik ajan kullanım süreleri 48 saati aşabilmektedir. Bu sürelerin belirlenmesinde hekim fetüs ve anne sağlığı açısından yarar-zarar ilişkisi doğrultusunda tokolitik kullanım süresini uzatmakta ya da kısaltmaktadır.

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların EMR Gelişim Durumu (n=66)

	1.gün				2.gün				x ²	p
	Girişim Grubu (n:33)		Kontrol Grubu (n:33)		Girişim Grubu (n:33)		Kontrol Grubu (n:33)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
EMR Gelişimi										
Evet	-	-	-	-	5	15.2	9	27.3	1.451	0.228
Hayır	33	100	33	100	28	84.8	24	72.7		

Kadınların iki günlük sürede EMR gelişimi izlenmiştir. Girişim ve kontrol gruplarında birinci günde EMR gelişimi görülmezken, ikinci günde girişim grubunda 5 (%15.2), kontrol grubunda 9 (%27.3) kadında EMR gelişmiştir.

Tablo 6. Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66)

Grup \ Zaman	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	F*	p
Pretest (Girişim öncesi, 1.gün)	12.48+8.86	6.42+7.19	24.977	0.000
Posttest (Girişim sonrası, 2.gün)	28.45+6.97	15.69+9.55		
Fark ($\bar{x} \pm SS$)	15.96+4.55	9.27+5.20		

* Kovaryans Analizi (Ancova)

Kadınların bilgi düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda pretest (girişim öncesi) 12.48+8.86, Posttest (girişim sonrası) 28.45+6.97; kontrol grubunda pretest (girişim öncesi) 6.42+7.19, Posttest (girişim sonrası) 15.69+9.55 olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7. Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66)

	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sürekli Kaygı Ölçeği (Pretest, 1.gün)	44.63±9.44	45.21±8.54	0.260	0.796

Kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda 44.63±9.44, kontrol grubunda 45.21±8.54 olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında sürekli kaygı puan ortalamaları açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (n=66)

Zaman	Grup	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	F	p
Pretest (Girişim öncesi, 1.gün 08:30)		44.30± 9.58	44.72±6.96		
Posttest-1 (Girişim sonrası, 1.gün 15:30)		45.60±7.56	46.27±6.70		
Posttest-2 (Girişim sonrası, 2.gün 08:30)		33.12±3.92	49.72±3.19		
Posttest-3 (Girişim sonrası, 2.gün 15:30)		26.18±2.42	49.51±3.25		
	Grup			152.185	0.000
	Zaman			26.407	0.000
	Grup*Zaman			68.290	0.000

Kadınların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunda pretest (girişim öncesi, 1.gün 08:30) 44.30± 9.58, posttest-1’de (girişim sonrası, 1.gün 15:30) 45,60±7.56, posttest-2’de (girişim sonrası, 2.gün 08:30) 33.12±3.92 ve posttest-3’de (girişim sonrası, 2.gün 15:30) 26.18±2.42 olarak; kontrol grubunda pretest (girişim öncesi, 1.gün 08:30) 44.72±6.96, posttest-1’de (girişim sonrası, 1.gün 15:30) 46.27±6.70, posttest-2’de (girişim sonrası, 2.gün 08:30) 49.72±3.19 ve posttest-3’de (girişim sonrası, 2.gün 15:30) 49.51±3.25 olduğu saptanmıştır.

Grupların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F: 152.185, p: 0.000), zaman (F: 26.407, p: 0.000) ve grup*zaman (F: 68.290, p: 0.000) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 9. Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri (n=66)

Zaman	Grup	Girişim Grubu (n:33)	Kontrol Grubu (n:33)	t	p
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Pretest (Girişim öncesi, 1.gün 08:30)		44.30± 9.58	44.72±6.96	0.206	0.838
Posttest-1 (Girişim sonrası, 1.gün 15:30)		45,60±7.56	46.27±6.70	0.379	0.706
Posttest-2 (Girişim sonrası, 2.gün 08:30)		33.12±3.92	49.72±3.19	18.844	0.000
Posttest-3 (Girişim sonrası, 2.gün 15:30)		26.18±2.42	49.51±3.25	33.025	0.000
	F	65.768	9.495		
	p	0.000	0.000		

Zamana göre gruplar arasındaki fark Bonferroni düzeltmeli iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda grupların girişim öncesi (t: 0.206, p: 0.838) ve posttest-1(girişim sonrası, 1.gün 15:30) (t: 0.379, p: 0.706) durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubunda posttest-2 (girişim sonrası, 2.gün 08:30) (t: 18.844, p: 0.000) ve posttest-3'de (girişim sonrası, 2.gün 15:30) (t: 33.025, p: 0.000) durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında uygulanan girişim açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Grupların kendi içinde puan ortalamalarının farklı olup olmadığı ise tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirmiştir. Analiz sonucunda girişim (F= 65.768, P=0.000) ve kontrol (F= 9.495, p= 0.000) grubunun ölçüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde altı çift karşılaştırma yer aldığından yeni anlamlılık düzeyini belirlemek için kabul edilen anlamlılık düzeyi (p= 0.05) altıya bölünür. Yeni anlamlılık düzeyi .05/6=0.008'dir. Test sonucunda girişim grubunda pretest ve posttest-1 (t: 0.617, p: 0.541) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Girişim grubunda pretest ve posttest-2 (t: 5.949, p: 0.000), pretest ve posttest-3 (t: 10.547, p: 0.000), posttest-1 ve posttest-2 (t: 9.432, p: 0.000), posttest-1 ve posttest-3 (t: 12.589, p: 0.000), posttest-2 ve posttest-3 (t: 8.393, p: 0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Kontrol grubunda pretest ve posttest-1 (t:1.579, p: 0.124), posttest-1 ve posttest-2 (t: 2.569, p: 0.015), posttest-1 ve posttest-3 (t: 2.782, p: 0.009), posttest-2 ve posttest-3 (t: 0.295, p: 0.770) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda pretest ve posttest-2 (t: 3.706, p: 0.001), pretest ve posttest-3 (t: 4.363, p: 0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Tablo 10. Kortizol Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (n=66)

Zaman \ Grup	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	F	p
Pretest (Girişim öncesi, 1.gün 08:30)	58.77±44.21	61.06±30.84		
Posttest-1 (Girişim sonrası, 1.gün 15:30)	25.42±14.13	55.67±29.92		
Posttest-2 (Girişim sonrası, 2.gün 08:30)	41.24±23.97	56.08±32.02		
Posttest-3 (Girişim sonrası, 2.gün 15:30)	23.80±14.18	49.18±31.14		
	Grup		12.425	0.001
	Zaman		12.978	0.000
	Grup*Zaman		4.671	0.004

Kadınların kortizol düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunda pretest (girişim öncesi, 1.gün 08:30) 58.77±44.21, posttest-1'de (girişim sonrası, 1.gün 15:30) 25.42±14.13, posttest-2'de (girişim sonrası, 2.gün 08:30) 41.24±23.97 ve posttest-3'de (girişim sonrası, 2.gün 15:30) 23.80±14.18 olarak; kontrol grubunda pretest (girişim öncesi, 1.gün 08:30) 61.06±30.84, posttest-1'de (girişim sonrası, 1.gün 15:30) 55.67±29.92, posttest-2'de (girişim sonrası, 2.gün 08:30) 56.08±32.02 ve posttest-3'de (girişim sonrası, 2.gün 15:30) 49.18±31.14 olduğu saptanmıştır.

Grupların kortizol düzeyi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F: 12.425, p: 0.001), zaman (F: 12.978, p: 0.000) ve grup*zaman (F: 4.671, p: 0.004) etkileşimi açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 11. Kortizol Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri (n=66)

Zaman \ Grup	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Pretest (Girişim öncesi, 1.gün 08:30)	58.77±44.21	61.06±30.84	0.244	0.808
Posttest-1 (Girişim sonrası, 1.gün 15:30)	25.42±14.13	55.67±29.92	5.250	0.000
Posttest-2 (Girişim sonrası, 2.gün 08:30)	41.24±23.97	56.08±32.02	2.131	0.037
Posttest-3 (Girişim sonrası, 2.gün 15:30)	23.80±14.18	49.18±31.14	4.261	0.000
F	14.467	1.640		
p	0.000	0.185		

Zamana göre gruplar arasındaki fark Bonferroni düzeltmeli iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda grupların pretest (girişim öncesi) (t: 0.244, p: 0.808) puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Grupların posttest-1(girişim sonrası, 1.gün 15:30) (t: 5.250, p: 0.000), posttest-2 (girişim sonrası, 2.gün 08:30) (t: 2.131, p: 0.037) ve posttest-3’de (girişim sonrası, 2.gün 15:30) (t: 4.261, p: 0.000) kortizol düzeyi puan ortalamaları arasında uygulanan girişim açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Grupların kendi içinde puan ortalamalarının farklı olup olmadığı ise tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirmiştir. Analiz sonucunda girişim (F= 14.467, P=0.000) grubunun ölçüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Analizde altı çift karşılaştırma yer aldığından yeni anlamlılık düzeyini belirlemek için kabul edilen anlamlılık düzeyi (p= 0.05) altıya bölünür. Yeni anlamlılık düzeyi .05/6= 0.008’dir. Test sonucunda girişim grubunda, pretest ve posttest-1 (t: 4.911, p: 0.000), pretest ve posttest-3 (t: 4.513, p: 0.000), posttest-1 ve posttest-2 (t: 3.792, p: 0.001), posttest-2 ve posttest-3 (t: 3.748, p: 0.001) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.008). Pretest ve posttest-2 (t: 2.145, p: 0.040), posttest-1 ve posttest-3 (t: 0.537, p: 0.595) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.008). Kontrol grubunda ölçümler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (F= 1.640, p= 0.185).

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Uyku Saati ve Sıvı Alım Miktarı Açısından Karşılaştırılması (n:66)

Takip Değerleri	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Uyku Süresi (saat/gün)				
1.gün	7.35±1.50	6.8±1.70	1.305	0.197
2.gün	8.04±0.97	7.22±1.53	2.586	0.012
Aldığı Sıvı Miktarı (Litre/Gün)				
1.gün	1.96±0.54	1.65±0.64	2.170	0.034
2.gün	2.31±0.52	1.74±0.68	3.822	0.000

Girişim grubunda birinci gün uyku süresi 7.35±1.5, ikinci gün 8.04±0.97 saat olarak; kontrol grubunda birinci gün 6.8±1.7, ikinci gün 7.22±1.53 saat olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol gruplarının uyku süreleri incelendiğinde girişim ve kontrol grupları arasında ikinci günde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubunda sıvı alımı birinci gün 1.96±0.54, ikinci gün 2.31±0.52 litre olarak; kontrol grubunda sıvı alımı birinci gün 1.65±0.64, ikinci gün 1.74±0.68 litre olarak bulunmuştur. Gruplar arasında iki günlük sıvı alımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluk Açısından Karşılaştırılması (n=66)

PKDÖ	Girişim Öncesi				Girişim Sonrası			
	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Doğuma Hazır Oluş (4.Alt Boyut)	25.66±4.55	25.54±3.10	4.573	0.900	25.15±2.67	26.15±2.45	0.541	0.118
Doğum Korkusu (5.Alt Boyut)	25.93±4.40	25.39±3.33	1.949	0.573	25.87±1.84	26.12±3.03	6.735	0.563
Ölçek Toplam Puanı	51.60±7.56	50.93±4.62	12.399	0.667	52.75±2.73	52.45±4.29	6.246	0.734

Gruplar arasında girişim öncesi (birinci gün) PKDÖ doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt boyut ve toplam puanları incelendiğinde girişim grubunda, doğuma hazır oluş 25.66±4.55, doğum korkusu 25.93±4.40 ve ölçek toplam puanı 51.60±7.56 olarak; kontrol

grubunda, doğuma hazır oluş 25.54 ± 3.10 , doğum korkusu 25.39 ± 3.33 ve ölçek toplam puanı 50.93 ± 4.62 olarak saptanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt boyut puan ortalamaları açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Gruplar arasında PKDÖ doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt boyut ve toplam puanlarının ikinci gün (girişim sonrası) incelendiğinde girişim grubunda, doğuma hazır oluş 25.15 ± 2.67 , doğum korkusu 25.87 ± 1.84 ve ölçek toplam puanı 52.75 ± 2.73 olarak; kontrol grubunda, doğuma hazır oluş 26.15 ± 2.45 , doğum korkusu 26.12 ± 3.03 ve ölçek toplam puanı 52.45 ± 4.29 olarak saptanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında doğuma hazır oluş, doğum korkusu ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.005$).

4.2. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Haftası Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular

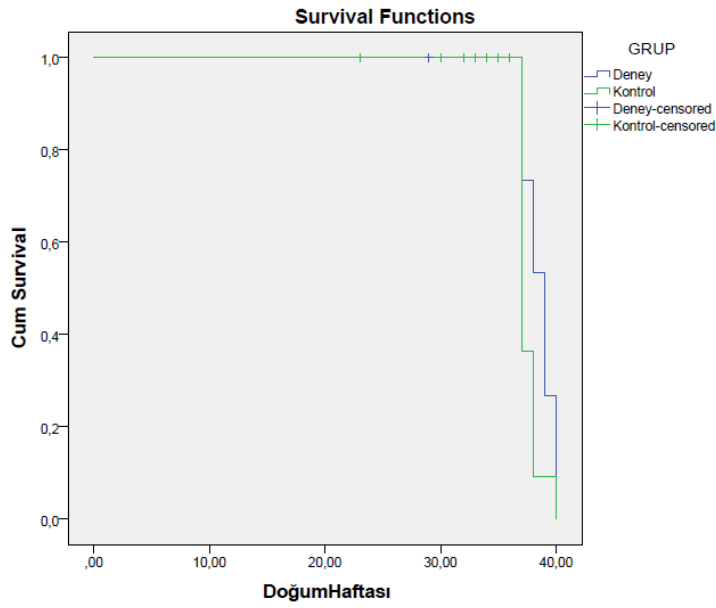
Bu bölümde EDT’de uygulanan gevşeme odaklı hemşirelik bakımının gebelik süresi (kontraksiyon şiddeti ve doğum haftası) üzerine etkisini inceleyen bulgular verilmiştir.

Tablo 14. Kontraksiyon Şiddet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66)

Zaman \ Grup	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
1.gün ortalamaları	30.51 ± 11.76	35.75 ± 14.03	1.644	0.105
2.gün ortalamaları	17.24 ± 5.83	22.87 ± 9.20	2.971	0.004
t	7.743	6.623		
p	0.000	0.000		

Kadınların birinci gün kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda 30.51 ± 11.76 , kontrol grubunda 35.75 ± 14.03 olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Kadınların ikinci gün kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda 17.24 ± 5.83 , kontrol grubunda 22.87 ± 9.20 olduğu saptanmıştır. Kadınların ikinci gün kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Grupların birinci ve ikinci gün (girişim sonrası) kendi içlerinde kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda (t: 7.743, p: 0.000) ve kontrol grubunda (t: 6.623, p: 0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

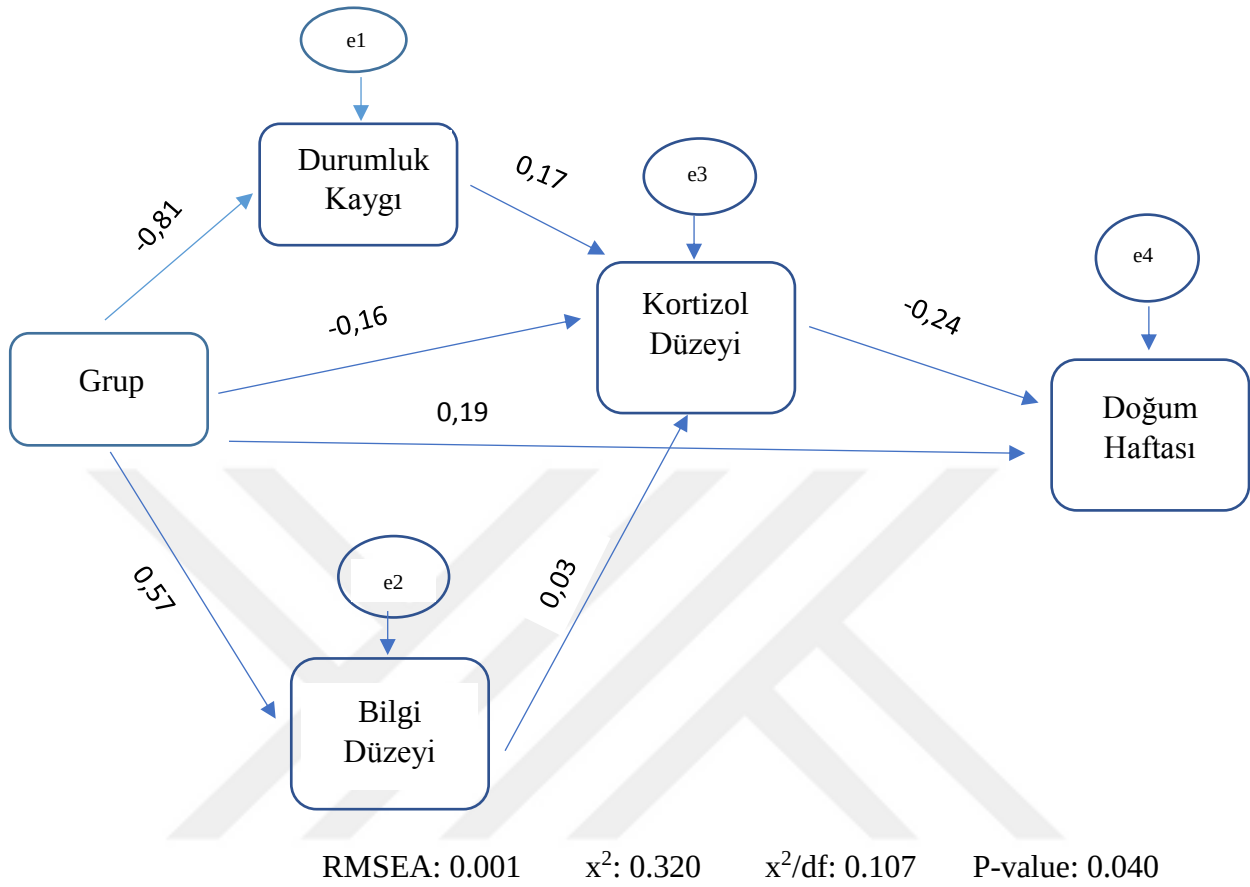
Şekil 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Haftalarının Kaplan Meier Eğrisi (n=66)



Logrank X^2 : 4.173, p: 0.041

Şekil 4’de girişim ve kontrol grubundaki kadınların doğum haftaları Kaplan Meier eğrisi incelendiğinde girişim grubundaki kadınların kontrol grubuna göre daha ileriki haftalarda doğum yaptığı görülmektedir ($p<0.05$). Girişim grubundaki kadınların doğum haftası başlangıcı 29 hafta, ortalama 36 (SS:2.6), kontrol grubundaki kadınların doğum haftası başlangıcı 23 hafta, ortalama 35’dir (SS:2.9).

Şekil 5. Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Durumluk Kaygı, Bilgi Düzeyi, Kortizol Düzeyi ve Doğum Haftasına Etkisi (Yapısal Eşitlik Modeli-Yol Analizi)



Yapısal eşitlik modelinde, girişim grubunda olma ile durumluluk kaygı arasında ters yönde 0.81 düzeyinde çok güçlü bir ilişki, girişim grubunda olma ile bilgi düzeyi arasında 0.57 düzeyinde orta düzeyde güçlü bir ilişki, girişim grubunda olma ile kortizol düzeyi arasında ters yönde 0.16 düzeyde çok zayıf bir ilişki, girişim grubunda olma ile doğum haftası arasında 0.19 düzeyde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Durumluk kaygı ile kortizol düzeyi arasında 0.17 çok zayıf bir ilişki, kortizol düzeyi ile doğum haftası arasında ters yönde 0.24 düzeyde zayıf bir ilişki ve bilgi düzeyi ile kortizol düzeyi arasında 0.03 düzeyde çok zayıf bir ilişki saptanmıştır. Oluşturulan teorik modelin uyum indeksleri değerlendirilmiş olup ($\chi^2=0.32$; $df=0.10$; goodness of fit index (GFI)= 0.99; comparative fit index (CFI)= 1.00; relative fit index (RFI)= 0.99; root mean square error of approximation (RMSEA)= 0.001), uyum indekslerinin Schermelleh-Engel ve arkadaşlarının (2003) belirlediği, model kabul edilebilirlik sınırları içinde olduğu saptanmıştır.

4.3.Girişim ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Bakım Memnuniyeti İle İlgili Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarının hemşirelik bakım memnuniyeti üzerine etkisini inceleyen bulgular verilmiştir.

Tablo 15. Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=66)

	Girişim Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n:33) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Puan Ortalaması	8.69+1.10	5.87+1.63	8.208	0.000

Kadınların hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda 8.69+1.10, kontrol grubunda 5.87+1.63 olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

5.TARTIŞMA

EDT sürecindeki kadınlara gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, ikametgâh yeri, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı ve çocuk sayısı açısından birbirlerinden farklı olmadığı ve grupların homojen olduğu saptanmıştır (Tablo 2, 3). Bu araştırmanın hipotezleri olarak EDT sürecindeki kadınlara uygulanan gevşeme odaklı hemşirelik bakımının kadınların bilgi düzeyi, kaygı düzeyi, kortizol düzeyi, uyku saati, sıvı alımı, doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk, uterus kontraksiyon şiddeti, doğum haftaları ve bakımdan memnuniyete etkisi irdelenmiştir. Tartışma bölümü üç ana başlık altında aşağıda sunulmuştur. Bunlar;

1. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi,
2. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Haftası Üzerine Etkisi,
3. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Üzerine Etkisidir.

5.1.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik sonuçları Üzerine Etkisi

Bu başlık altında EDT’de gevşeme odaklı hemşirelik bakımının; kadınların bilgi düzeyi, durumluk kaygı ölçeği puanları, tükürük kortizol düzeyleri, uyku süresi, günlük sıvı alımı, doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluğa etkisi tartışılmıştır.

5.1.1.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Kadınların Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisi

Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı öncesinde, girişim grubu ve kontrol grubundaki kadınların bilgi puanları arasında fark bulunmamıştır. Ancak girişim sonrasında girişim grubunun bilgi puanı kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Bunun sonucunda “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların EDT’ye ilişkin bilgi düzeyleri rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha yüksektir” **H1 hipotezi** kabul edilmiştir.

Gebelikte riski olmayan kadınlarda yapılan antenatal eğitimler kadınların bilgi düzeyinde artış sağlamasına rağmen (Akkuş ve ark., 2018; Serçekuş ve Mete, 2010) yapılan birçok çalışmada gebelikte riski olan kadınların gebelik süreci ve bu süreçte risk faktörlerine ilişkin

bilgi gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir (Er Güneri ve ark., 2017; Esposito ve ark., 2015). EDT tanısı konulan kadınlarda durumları ile ilgili bilgi düzeylerinin ne olduğuna yönelik çalışmaya ulaşamamıştır. Ancak EDT tanısı konulmuş kadınların kaygı ve stresleri ilgili yapılan çalışmalarda durumları ile ilgili belirsizlik ve bilgisizliğin stres, kaygıya neden olduğu belirtilmektedir (Pamuk ve Arslan, 2009; Arslan ve Korkmaz, 2005; Davis ve ark., 2003). Sawyer ve arkadaşları (2014) EDT’de kadınların sağlık personelinin EDT belirtilerinin anlatılması, doğumun nasıl olacağı, bebek doğunca kendilerini nelerin beklediği ile ilgili bilgi istediklerini belirtmektedirler. Levinson ve arkadaşları da (2014) erken doğumun önlenmesi için uygun eğitimlerin verilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Bununla birlikte kadınların EDT sürecinde sağlık personelinin bilgi olarak rahatladıkları belirtilmektedir (Doyle ve ark., 2004). Doğrudan ilişkili olmamakla birlikte bir çalışmada kadınların preeklampsi ve prematürite ile ilişkili bilgi eksikliği incelenmiştir. Yirmisekiz kadınla yapılan odak görüşmede öne çıkan temalar yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebek bakımının zorluğu, annelik rolü, sağlık çalışanları ile iletişim olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda kadınları zorlayan etmenlerin bilgi düzeylerinin eksikliği veya yetersizliği nedeniyle fazlalaştığı belirtilmiştir (Lima de SouzaI ve ark., 2007). Sağlıklı İnsanlar 2020 stratejisine göre, kadınların gebelik risk faktörleri hakkındaki bilgisinin artmasının, gebelik ve doğumdaki olumsuz olayları azaltarak, kadınların ve çocukların sağlığına uzun vadede faydaları olacağını belirtmektedir (HPS 2020, 2019). Bu nedenle EDT tanısı konulan kadınların hangi bilgilere gereksinimi olduğunun belirlenmesine ve bu gereksinimlerin karşılanmasına gereksinim olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada uygulanan bu programın kadınların gereksinimlerinin karşılanmasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.1.2.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Durumluk Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup* zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bunun üzerine yapılan ileri analizde durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarında zamana göre gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubuna uygulanan gevşeme odaklı hemşirelik bakımının durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

Girişim grubunun kendi içerisinde yapılan analizde durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının birinci gün girişim öncesi ve girişim sonrası anlamsız olduğu bunun dışında diğer tüm ölçümlerde anlamlı düzeyde düşüş olduğu görülmüştür ($p= 0.000$). Bu sonuç gevşeme odaklı hemşirelik bakımının etkili olduğunu ve durumluk kaygının girişim yapıldıktan sonra ikinci günde azaldığını göstermektedir. Kontrol grubunun kendi içerisinde yapılan analizde durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının birinci gün girişim öncesi ve girişim sonrası, ikinci gün girişim öncesi ve girişim sonrası üçüncü ölçüm arasında anlamlı düzeyde artış olduğu, diğer ölçümlerde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p= 0.000$). Sonuç olarak girişim grubunda kaygı azalırken, kontrol grubunda kaygılarının arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların kaygı düzeyleri rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha düşüktür” **H2 hipotezi** kabul edilmiştir.

Gebeler için hastaneye yatmak bir stres, kaygı kaynağıdır (Bozkurt ve Sevil, 2008) çünkü kadınlar gebelikteki bir risk nedeniyle akut bir şekilde hastaneye yatmayı, fetus sağlığı açısından korkutucu bir durum olarak tanımlamaktadırlar (Rodrigues ve ark., 2016). Gebeler için ‘risk’ kelimesi bir stresördür (Simmons ve Goldenberg, 2011). Stresör; insan vücudunda stres hormonlarının salınımına neden olan herhangi bir uyarıcı olarak tanımlanmıştır (CSHS, 2017). Tan ve Yip’in (2018) belirttiğine göre, Selye (1907-1982), bireyde bir dizi tepki oluşturan çevresel uyarılara stresör; bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiyi de stres olarak ifade etmiştir. Stresi bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki olarak tanımlanmıştır. Gebelikte kadınlara destekleyici ve eğitici programlar yapmanın stresi ve stresörleri azalttığı belirtilmektedir (Janighorban ve ark., 2018). Araştırmamızda gebelerin EDT sürecinde stresörlerinin belirlenmesi ve streslerinin azaltılması amacıyla EDT stresörlerin belirlenmesi formu (Ek- VI) kullanılarak, stresörleri tanımlanmış ve bu stresörlere yönelik öncelikleri belirlenerek hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Bu uygulama ile kadınların bilgi gereksinimleri karşılanarak stres düzeylerinin düşürülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca gebelerin bazı stresörleri ortadan kaldırılarak örneğin ailesi ile iletişim kurmaları sağlanarak ya da odanın havalandırılması sağlanarak stres, kaygı düzeyleri azaltılmıştır.

EDT tanısı konulduğunda kadınlara yatak istirahati uygulanmaktadır ve rutinde bir tedavi olması ile ilgili görüş birliği bulunmamaktadır (Sosa ve ark., 2015; Carty-Singleton ve Sciscione, 2014; McCall ve ark., 2013). Aynı zamanda kadınlarda EDT nedeniyle hastanede kalış süresinin belirsizliği de stres kaynaklarından biridir (Jallo ve ark., 2017, Jallo ve ark., 2013). Bu süreçte kadınlar hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel ortam değişikliği,

gebenin kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, yatak istirahati nedeniyle aktivitelerinin kısıtlanması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma ve belirsizlik bu gebelerde fiziksel ve psikososyal birçok soruna da yol açmaktadır (Aydemir ve Hazar, 2014). Aynı zamanda kadınların psikolojik ve duygusal problemleri fetal sağlığı etkilemektedir (Maloni, 2011). Bu nedenle araştırmamızda girişim grubundaki kadınların streslerini azaltmak için whatsapp uygulaması ve telefon görüşmeleri (katılımcıların tümünde whatsapp özelliği bulunan telefon mevcuttu) ile doğum gerçekleşene kadar destek sağlanmışır. Günümüzde whatsapp uygulaması dünya çapında en sık kullanılan üçüncü uygulamadır (GD, 2018). Bu şekilde telefon uygulamaları ile zaman, mekân ve gruptan bağımsız (bireysel) bakım verme ve alma bir avantaj sağlamaktadır (Heber ve ark., 2013). Ancak erken doğumu önlemeye yönelik sınırlı sayıda hemşirelik çalışması bulunmaktadır. Hemşireler bu süreçte kadınların duygularını anlamaya çalışmalı ve süreç boyunca kadınları desteklediklerini hissettiren stratejiler kullanmalıdırlar (Flávia Conceição ve ark., 2016). Bu nedenle araştırmamızda kadınların durumları ile ilgili duygularını ifade etmeleri sağlanmış ve bilgi gereksinimleri belirlenerek karşılanmıştır. Kadınlar ile whatsapp uygulaması aracılığı ile araştırmacıya ulaşarak istedikleri zaman iletişime geçme ve soru sorma şansı verilmiştir. Ayrıca gevşeme egzersizi uygulanarak rahatlamaları sağlanmıştır.

Gevşeme egzersizleri, psikolojik ve fizyolojik gevşemeyi ve parasempatik sinir sisteminin uyarılmasını sağlayan egzersizlerdir (Astin ve ark., 2003). Gevşeme egzersizlerinin psikolojik stresi azalttığı ve kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Dipietro ve ark., 2012). Gevşeme egzersizi ile kişi kendini daha iyi hisseder, gerginlik ve kaygı duygusu azalır, bedeni ve yaşamı üzerinde kontrol duygusu artar (Urech ve ark., 2010). Araştırmamızda kadınlar gevşeme egzersizlerinden sonra olumlu sözel geri bildirimler vermişlerdir. Gevşeme egzersizi sonrasında geri bildirimlerinde çoğunlukla kendilerini deniz kenarı, orman, güneşli açık hava, çocuk oyun parkı, kendi evi vb. olmak üzere çeşitli mekanlarda hayal ettiklerini, kucaklarında bebeklerini doğmuş ve etraflarında çiçeklerin (mavi gül, papatya, hanımeli çiçeği, kırmızı gül vb.) olduğunu belirtmişlerdir. Bu ifadelerde kadınların yüzlerinde gülümseme ve mutlu bir yüz ifadesi olduğu gözlemlenmiştir. Bu araştırmada kadınların bilgilendirme ve gevşeme egzersizleri ile hem fizyolojik hem de psikolojik rahatlamalarını sağlayan hemşirelik bakımının kaygı üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

5.1.3. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Kortizol Düzeyi Üzerine Etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda kortizol puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde kortizol puan ortalamalarında zamana göre gruplar arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubuna uygulanan gevşeme odaklı hemşirelik bakımının kortizol puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda girişim öncesi ve girişim sonrası ikinci ölçüm, girişim sonrası birinci ve girişim sonrası üçüncü ölçümlerde kortizol düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşme bulunamamıştır ($p>0.008$) ancak diğer tüm ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş bulunmuştur ($p<0.008$). Kontrol grubunda ölçümler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlara göre “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların kortizol düzeyleri rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha düşüktür” **H3 hipotezi** kabul edilmiştir.

Gebelerin stres yaşamaları durumunda EDT gelişebildiği ve EDT tanısı ile hastaneye yatmaları nedeniyle de stres yaşadıkları bilinmektedir (Schetter, 2011). Stres durumunda CRH, ACTH, kortizol ve sitokinlerin salgılanması artmakta, düz kasın kasılmasından ve gevşemesinden sorumlu prostaglandinlerin salgılanmasının artmasıyla EDT belirtileri başlamakta ve membran rüptürüne yol açabilmektedir (Ruiz ve ark., 2016; Shaikh ve ark., 2013; Giurgescu, 2009). Stres devam ettikçe negatif geri bildirim ile CRH üretimi, dolayısıyla kortizol üretimi artmaya devam etmektedir (Holzman ve ark., 2009). Kortizol düzeyi serum, kan, tükürük veya idrardan toplanabilir ve hem akut hem de kronik stresin bir belirtecidir (El-Farhan ve ark., 2017). Gebelikte kortizol düzeyi ile EDT arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (García-Blanco ve ark., 2017; Karakash ve ark., 2016; Diego ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada 3596 gebe kadın doğum yaptıkları haftalarda kandan kortizol örneği alınarak, 7-23., 27-37. ve 37-43. haftalar arasında doğum yaptıkları haftalar açısından gruplandırılmıştır. Çalışmada 27-37. haftalar arasında doğum yapan kadınların ortalama kortizol düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Erickson ve ark., 2001). García-Blanco ve arkadaşları (2017) stres biyo-belirteçlerinin doğumuna kadar geçen zamandaki etkisini araştırmıştır. EDT tanısı konulan (24-31 haftalar arası) 166 kadının tükürük örneğinden kortizol ve a-amilaz değerleri incelenmiştir. Çalışmada kadınların %70.5’i 37. haftadan önce doğum yapmıştır. Erken doğum grubunun ortalama kortizol düzeyi kontrol grubundan 3.4 kat fazladır.

Erken doğum grubunun ortalama a-amilaz düzeyi kontrol grubundan 1.6 kat fazladır. Çalışma sonucuna göre EDT tanısında yüksek kortizol önemli bir öngörü belirteci olabilir.

Kramer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 24-26. haftalar arasında çalışmaya alınan ve doğum haftası sonuçlarına göre 207 vaka (erken doğum yapan), 444 kontrol olarak gruplandırılan kadınların postpartum süreçte saç telinden kortizol bakılmıştır. Çalışmada vaka grubunda ortalama kortizol düzeyi 148.6, kontrol grubunda 190.6 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre saç kortizol düzeyi EDT açısından anlamlı bulunmamıştır. Aksine Karakash ve arkadaşları (2016), erken doğum yapan 29 kadına göre, termde doğum yapan 29 kadında, saç kortizol düzeyinde farklılık saptamışlardır. Termde doğum yapan kadınlarda saç kortizol düzeyi daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bir diğer çalışmada da 40 depresif, 40 depresif olmayan gebe kadın idrar kortizol örneği alınarak değerlendirilmiştir. İdrar kortizol örnekleri gebeliğin 18-20. haftaları arasında alınmıştır. Depresif kadınlarda erken doğum oranı depresif olmayan kadınlara göre %13 daha fazla ve kortizol düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Diego ve ark., 2009). Literatürde kortizol seviyesinin en yüksek sabah, en düşük gece olduğu belirtilmektedir (Levine ve ark., 2007). Kortizol, çevreden gelen uyarılara da hızlı cevap verir ve tek bir ölçüm (kan, tükürük, idrar veya saç yolu ile) ile belirlenmesi doğru değerlendirme için yetersiz kalır. Bu nedenle doğru bir değerlendirme için ardışık ve çoklu örnekler alınması gereklidir (Yokokawa ve ark., 2012). Gebelikte kortizol değerlendirmesi için net bir test zamanı önerisi bulunmamaktadır (Kramer ve ark., 2013). Araştırmamızda bu nedenle iki gün boyunca günde iki defa girişim ve kontrol grubunda aynı saatlerde tükürük kortizol örneği alınmıştır. Araştırmamızda girişim grubunda tüm ölçümlerde kortizol düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde bulunmuştur. Gevşeme egzersizleri sonrası alınan tükürük kortizol düzeyi sonuçları uyguladığımız gevşeme odaklı hemşirelik bakımının etkili olduğunu göstermektedir.

5.1.4. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Uyku Süresi Üzerine Etkisi

Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı alan kadınların uyku süresinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 12). Bunun sonucunda “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların uyku saati rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha fazladır” **H4 hipotezi** kabul edilmiştir.

Kadınlar gebeliğin devamı ile ilgili belirsizlik, fetüs sağlığı ile ilgili riskler, sezaryen olasılığı ve doğum ağrısı nedeniyle stres yaşayabilir (Talley, 2013). Kadınlarda EDT nedeniyle

hastanede kalış süresinin belirsizliği de stres kaynaklarından biridir (Jallo ve ark., 2017). Stresin kas gerginliği, uykusuzluk, taşikardi ve artan kaygı düzeyleri ile gebelik sonuçlarını olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (McEwen, 2006). Ayrıca EDT nedeniyle hastanede bulunma süreci uyku süresi ve kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (Gallo ve Lee, 2008). Uyku kalitesinin yetersizliği erken doğum ve sezaryen doğum riski ile ilişkilendirilirken (Hung ve ark., 2014), günde beş saatten daha az uyuyan kadınlarda EDT riskinin arttığı belirtilmektedir (Micheli ve ark., 2011). Kadınlar EDT gibi fetüsü veya kendi sağlığını tehdit eden bir risk varlığı nedeniyle hastaneye yatırıldığında (Maloni ve Kutil, 2000) stres, kaygı ve korku uykusuzluğa neden olmaktadır. Aynı zamanda hastane ortamı yabancı bir ortam olup, gece ışık ve gürültü, EFM ve ilaç uygulamaları uyku düzeninde bozulmaya neden olmaktadır (Gallo ve Lee, 2008). Uyku düzeninde bozulma fiziksel, duygusal ve hormonal değişimlerin yanı sıra hastanede kalış süresinin uzun sürebilmesi açısından da risk oluşturmaktadır (Beebe ve Lee, 2007). Lee ve Gay'in çalışmasında (2017) hastaneye yatırılan yüksek riskli gebelerde uykuyu iyileştirmede hastane temelli protokolün uygulanabilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek için altı bileşenden oluşan bir müdahale programı uygulanmıştır. Bu program bileşenlerini çevrenin düzenlenmesi, egzersiz, gerginliğin azaltılması, yatakta kalma süresinin belirlenmesi, beslenme düzeni ve uyku ritmi oluşturmaktadır. Çalışma gebelik haftası yirmi hafta ve üzeri olan girişim grubunda on dört ve kontrol grubunda on bir gebe ile yapılmıştır. Uyku kayıtlarına bakıldığında her iki grupta da benzer uyku süresi belirlenmiştir (7 saat). Ancak girişim grubunun uyku bozukluğu semptomları daha az ve uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda kadınların günlük uyku süresine bakıldığında girişim ve kontrol grubunda farklılık olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda uyku süresi ortalaması birinci gün 7.35 saat, ikinci gün 8.04 saat; kontrol grubumuzda birinci gün 6.8 saat, ikinci gün 7.22 saat şeklindedir. Girişim grubunun uyku süresinin arttığı belirlenmiştir. Araştırmamızda girişim grubundaki kadınlar öğrendikleri ve gece uyguladıkları gevşeme egzersizi ile Lee ve Gay'in çalışmasında (2017) olduğu gibi olumlu geri bildirimde bulunmuşlardır. Bu sonuç kadınların streslerinin azalması ile uyku sürelerinin artmış olabileceğini göstermektedir.

Kadınların EDT sürecinde tedaviye uyum sağlamaları için güven verici bir sağlık personeli hizmeti almaları gerekmektedir. Kadınlarla etkileşimi ve kaliteli bir bakım sürecini oluşturmak için kültürlerini bilmek kolaylaştırıcı bir unsurdur (Chang ve ark., 2016). Girişim programı hazırlanırken, kadınların uyku kalitesini ve süresini arttırmak için de bu ilkeler doğrultusunda bir içerik hazırlanmıştır. Örneğin; veri toplama süreci içerisinde dini bayramlar,

kendisi ve çocuklarının doğum günü gibi bireysel ya da kültürel önemli günlerde kadınların hastanede olmaktan dolayı çok üzüldükleri ve uykularının etkilendiği belirlenmiştir. Bu konuda kadın ile yüz yüze ve whatsapp ve telefon görüşmeleri yoluyla iletişim sürdürülerek rahatlamalarına yardım edilmiştir. Ayrıca kadınlar araştırmacı tarafından gündüz uygulanan gevşeme egzersizlerini geceleri ya da stresli durumlarda tekrarlamaları konusunda desteklenmişlerdir. Dolayısıyla tüm bu uygulamaların olumlu sonucu olarak girişim grubundaki kadınların uyku sürelerinin arttığı düşünülmektedir.

5.1.5.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Sıvı Alımı Üzerine Etkisi

Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı alan kadınların sıvı alım düzeylerinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 12). Bunun sonucunda “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların sıvı alımı rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha fazladır” **H5 hipotezi** kabul edilmiştir.

Araştırmada girişim grubundaki kadınların sıvı alımı kontrol grubundaki kadınlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızın verilerinin alındığı hastanede kadınlara rutinde hidrasyon uygulanmamaktadır. Kadınlara sıvı alımı önerisi ile sıvı desteği sağlamanın EDT’yi durdurmadaki etkinliği ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Yapılan bir çalışmada 188 EDT ve 261 diğer riskli gebeliği olan kadınlar sıvı kaybı açısından ultrasonografi ve idrar analizi yapılarak değerlendirilmiştir. EDT olan kadınlarda sıvı kaybı %39 iken, diğer riskli gebeliği olan kadınlarda %46 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucu her iki grup arasında benzer oranlar olduğunu ve hidrasyon için yeterli kanıtların olmadığını belirtmektedir (Aziz ve ark., 2014). Sıvı desteğinin sadece sıvı kaybı olan kadınlarda faydalı olabileceği düşünülse de (Stan ve ark., 2013) bir insanda gün içinde sıvı ihtiyacı alımı 2.5 ile 3.0 litre arasında değişmektedir (Ritz ve ark., 2005). Gebelikte ise yeterli sıvı alımı günlük 3.0 litre olarak belirtilmektedir (Bardosono ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada gebe ve emziren yetişkin bir kadının günlük sıvı tüketimini tanımlanmıştır. Toplam 153 gebe ve 155 emziren kadın arka arkaya yedi gün boyunca toplam sıvı alımlarını kaydetmiştir. Çalışmada gebe kadınlar için günlük 2.3 litre sıvı temel alınmıştır. Gebe kadınlar ortalama 2.62 litre sıvı almışlardır ve %41’i önerilen ortalama değerden daha az sıvı almıştır (Martinez, 2014). Araştırma başlangıcımızda, hastane koşulları (ortak tuvalet kullanımı) ve günlük sıvı alımının önemini hakkında bilgi eksikliği nedeniyle yeterli sıvı alımının olmadığı görülmüştür. Girişim grubundaki kadınlara verilen eğitim içeriğinde sıvı alımı ve hijyen konularında bilgi verilmiştir. Kadınların araştırmacının olmadığı

zaman diliminde aldıkları sıvı miktarını kaydetmeleri istenmiştir. Bu uygulamalar ile kadınlar kendi bakım sürecine dahil edilmiş ve sonuç olarak girişim grubundaki kadınların sıvı alım miktarlarının arttığı düşünülmektedir.

5.1.6. Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda PKDÖ doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ölçekten alınacak düşük puan kadının uyumunun daha iyi olduğunu gösterir (Beydağ ve Mete, 2008). Bu sonuçlara göre “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların doğum korkusu rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha azdır” ve “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların doğuma hazır oluşluğu rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha iyidir” **H6 hipotezi** red edilmiştir.

Gebelik normal bir fizyolojik olay olmasına rağmen, bir kadının hayatındaki önemli değişiklikleri işaret eder ve bu değişikliklere uyum sağlamasını gerektirir (Abbaszadeh ve ark., 2013). Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik göstermektedir. Birçok kadın toplumsal öğrenme yoluyla doğumu, olumsuz olarak algılamaktadırlar (Mete, 2013). Doğum korkusu ve doğuma hazır oluşluk gibi faktörler gebeliğe uyumun temel faktörlerindendir (Beydağ ve Mete, 2008). EDT fetüsün sağlığı ve fetüsü kaybetme ile ilgili endişeye (Oliveira ve Mandu, 2015), gebeliğin devamı ve doğum sürecinin belirsizliği ile ilgili de doğum korkusunu arttırarak, doğuma hazır oluşluğun azalmasına neden olmaktadır (Janighorban ve ark., 2016). Kadınların bebekleri ve kendileri ile ilgili doğumda problemler olabileceğini düşünmeleri doğum korkusunu arttırmaktadır (Fenwick ve ark., 2010; Stoll ve ark. 2009). Doğum korkusunun azaltılmasında doğumun doğal bir süreç olduğu ve olumlu bir olay olarak algılanması önemlidir. Oysa EDT normal bir süreç değildir. Ayrıca doğumun olması değil olmaması istenen bir durumdur. Bu nedenle kadınların gebeliğe uyumu ve doğuma hazıroluşluğu sağlanamamış olabilir.

5.2.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Gebelik Süresine Etkisi

Bu başlık altında EDT’de gevşeme odaklı hemşirelik bakımının uterus kontraksiyonları ve doğum haftası üzerine etkisi ilgili tartışma bölümleri yer almaktadır.

5.2.1.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Kontraksiyon Üzerine Etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Grupların birinci ve ikinci gün (girişim sonrası) kendi içlerinde kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunda ($\bar{x}$: 17.24) ve kontrol grubunda ($\bar{x}$: 22.87) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun sonucunda “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların kontraksiyon şiddeti puan ortalamaları rutin hemşirelik bakımı uygulananlara göre daha düşüktür” **H7 hipotezi** kabul edilmiştir.

Uterus kontraksiyonları, gebelik boyunca ikinci trimesterin başından itibaren genellikle doğuma kadar saatte 1-3 kez meydana gelir (Morison ve ark., 2012). EDT’de, gebeliğin 37.haftasından önce başlar (Haas ve ark., 2009) ve sağlam membranlı kadınlarda servikal dilatasyon ve efesmanla eşzamanlı olarak düzenli ve ağrılı uterus kasılmalarının (10 dakikalık bir sürede en az iki kasılma) varlığı olarak tanımlanır (Maia ve ark., 2019). Uterus kontraksiyonlarının şiddeti 20 mmHg’dan düşük ise palpasyonla ya da gebe tarafından hissedilmez. 20-30 mmHg arasındaki kontraksiyonlar palpasyonla hissedilir fakat ağrısızdır. Genellikle 30 mmHg’ı aşan kontraksiyonlar ağrı tarzında hissedilir (Mungan ve Güney, 2007). EDT’de tokolitik başlama kriterleri arasında gebeliğin 22 ila 33 hafta +6 günlük haftalarda olması, düzenli kontraksiyonlar (20 dakikada 4’ten az olmamak üzere) ve servikte dilatasyon ve efesmanın başlamış olması gerekmektedir (RCOG, 2011). Ancak kontraksiyonları kadınların algılaması veya tokodinamometre ile saptanması EDT açısından anlamlı değildir (Iams ve ark., 1996). EDT’de uterus kontraksiyonlarının önceden belirlenmesi ile ilgili bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Literatürde birkaç çalışmada EDT öngörüsü için sağlıklı ya da riski bulunan gebelerde evde uterus kontraksiyonları takip edilmiştir. Ancak evde uterus kontraksiyon takibi yapılan kadınların uterus kontraksiyonlarını değerlendiremediği, hastanede düzenli aralıklarla çektilerilecek tokografinin de EDT’yi saptayamadığı belirtilmektedir (Pandey ve Arora, 2012). Ambulatuvar Uterin Monitörizasyonda, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

tarafından (U.S. Food and Drug Administration) 1985’de onayladıktan sonra klinikte yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra ACOG (1995), pahalı, hantal ve zaman alıcı olarak değerlendirdiği sistemin erken doğum oranını azaltmadığı sonucuna varmış, 2012’de evde uterin aktivite monitörizasyonunu önermemiştir (Cunningham ve ark., 2016). Dyson ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında EDT açısından risk faktörleri belirlenen 2422 kadın üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruptaki kadınlar hemşireler ile haftada bir görüşme, ikinci gruptaki kadınlar hemşireler ile günlük görüşme ve üçüncü gruptaki kadınlar hemşireler ile günlük görüşme ve evde uterus kontraksiyon tabiki yapılarak, EDT sürecinde hemşirelik bakımı ve evde uterus kontraksiyon takibinin EDT üzerine etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda üç grupta doğum haftaları (<35 hafta) açısından fark bulunamamıştır. Ayrıca evde uterus kontraksiyon takibi yapılan grubun diğer gruplardan gebelik sonuçları açısından farklılık olmadığı belirtilmiştir. Verdenik ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında EDT ile hastaneye başvuran kırk yedi gebenin (gebelik haftası 25-35) uterus kontraksiyonları izlenmiştir. Bu gebelerden on yedisi erken doğum yapmıştır. Çalışma sonucunda uterus kontraksiyon şiddetinin EDT’yi öngörmek açısından önerildiği görülmektedir. Ancak bu çalışma grubunda kadınların vücut ağırlığının yüksek olmasının da sonuçlar açısından etkileyici bir faktör olduğu belirtilmektedir.

Araştırmamızın yapıldığı hastanede de uterus kontraksiyon takibi EDT’nin ilerleme durumunu takip etmek için kullanılmaktadır. Düzenli olarak sabah, öğle ve akşam olmak üzere günde üç kez kontraksiyon takibi monitör aracılığıyla yapılmaktadır. Bu araştırmada monitörün araştırma için kullanımı sadece öğlen saatlerinde uygun olduğu için kontraksiyon takibi saat 13:30-14:30 arasında yapılmıştır. Girişim programında gevşeme egzersizleri öğleden sonraları yapılmıştır. Bu nedenle gevşeme egzersizi sonrası değerlendirme yapılamamıştır. Öğleden sonra yapılan değerlendirme programın genel etkinliğini değerlendirmek açısından doğru bir zaman olmakla beraber, programın sonucunu ve gevşeme egzersizlerinin hemen sonrasındaki etkinliğini değerlendirmek açısından bir sınırlılıktır. Sonuç olarak kadınlara uygulanan bireyselleşmiş bakım ile gereksinimleri belirlenmiş ve karşılanmış ayrıca gevşeme egzersizleri yoluyla rahatlamaları sağlanmıştır. Bunun sonucu olarak stresi azaltılarak sempatik sinir sistemini uyarımının azalması sonucunda tüm vücuttaki düz kaslarda gevşeme sağlanmıştır. Düz kas özelliğinde olan utrus kaslarında da gevşeme sağlanarak kontraksiyonların azaltıldığı düşünülmektedir.

5.2.2.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Doğum Haftası Üzerine Etkisi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda doğum haftaları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Şekil 4). Girişim grubundaki kadınların doğum haftası $\bar{x}$:36 (min:29, max:40), kontrol grubundaki kadınların doğum haftası $\bar{x}$:35 (min:23, max:40) olarak saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınlar kontrol grubundaki kadınlara göre ortalama bir hafta sonra doğum yapmıştır. Bu sonuçlara göre “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların doğum haftası rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha büyüktür” **H8 hipotezi** kabul edilmiştir.

Gebelik öncesi ve sırasındaki stres ve stresin olumsuz etkisinin, gebeliğin kısalttığı, erken doğumuna neden olduğu (Wadhwa ve ark., 2011) ve fetüsün düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya gelmesine neden olduğu (Schappin ve ark., 2013) belirtilmektedir. Hastaneye yatırılan riskli gebelerin üçte biri EDT’dir (Gazmararian ve ark., 2002). Ülkemizde tek merkez yapılmış bir çalışmada hastaneye yatırılan kadınlar incelendiğinde, kadınların %32.3’ünün EDT nedeniyle hastaneye yatırıldığı saptanmıştır (Soğukpınar ve ark., 2018). Erken doğumlar yenidoğan mortalitesi açısından çok önemlidir. Chang’in (2013) raporuna göre, yaklaşık 1.1 milyon yenidoğan erken doğum komplikasyonları nedeniyle ölmektedir. Ayrıca, hayatta kalan prematüre bebekler, büyük ölçüde nörogelişimsel bozulma, yüksek tıbbi bakım giderleri, rehabilitasyon ve özel eğitim nedeniyle, daha düşük bir yaşam kalitesi yaşarlar. İleriki yaşamlarında da, davranışsal ve bilişsel bozulma nedeniyle akran grupları içinde, sosyal yeterliliklerinde zorluklar yaşabilmektedirler (Hack ve ark., 2004). Ülke ekonomileri açısından da yenidoğan yoğun bakım masrafları pahalıdır ve prematüre yenidoğanın ailesi açısından da birçok sosyal sonucu vardır (Gilchrist ve ark., 2011). Kanada’da, yaşamın ilk 10 yılında doğan yenidoğan başına maliyetin, tüm prematüre bebekler için yarım milyar dolardan fazla olduğu tahmin edilmektedir (Johnston ve ark., 2014). Cömert ve arkadaşları (2012), 12 aylık dönemde yoğun bakım ünitesine kabul edilen 211 preterm bebeğin hastane maliyetlerini değerlendirdiği çalışmada, tüm prematüre bebeklerin yıllık maliyetleri 1.076.150 TL olarak bulunmuştur. Bir prematüre bebek için ortalama toplam yatış maliyeti 5.099 TL ve günlük maliyeti 369.00 TL olarak bulunmuştur (Cömert ve ark., 2012). Bu nedenle EDT’nin erken dönemde belirlenmesi ve önlenmeye çalışılması başta gebe kadın ve ailesi olmak üzere toplum ve global olarak önem taşımaktadır.

EDT'nin tedavisinde kullanılan ilaçlar gebeliği terme ulaştırmak için hala yetersizdir (Haram ve ark., 2015; Vogel ve ark., 2014). ACOG (2016), tokolitik ajanların gebeliği anlamlı şekilde uzatmadığını, fakat bazı gebelerde doğumu en azından 48 saat geciktirebileceği sonucuna varmıştır (Cunningham ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nde (2015) tokolitik tedavinin etkisiz olduğu bildirilirken, 34. haftadan önce tehdit altında olan kadınlarda 48 saat boyunca doğumda gecikmenin sağlanarak kortikosteroid tedavisinin uygulanması ve gebe kadının yenidoğan yoğun bakımı bulunan bir merkeze transfer edilmesinin planlanması için önermektedir. Ancak yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin gelişmiş olmasına rağmen, hala preterm yenidoğanlarda RDS önemli bir sorun olarak devam etmektedir (Been ve ark., 2014). Bu nedenle erken doğumların önlenmesi için EDT'ye neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hoffman ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, 18-45 yaşları arasındaki 90 gebe kadın ikinci trimesterin başında çalışmaya dahil edilmiştir. Kadınlardan 16, 22, 28, 34 ve 40. haftalarda saç kortizolü için örnek alınmıştır. Ayrıca algılanan stres ve depresyon açısından ölçekler doldurtulmuştur. Kadınlardan on biri erken doğum yapmıştır. Çalışma sonucunda termde doğum yapan kadınların ortalama doğum haftası 39.5 hafta, erken doğum grubunda 32.6 hafta olarak bulunmuştur. Erken doğum grubunda kortizol düzeyleri ikinci trimesterde daha yüksek bulunmuştur (term: 2.0; erken doğum: 2.7). Ayrıca algılanan stres her iki grupta en yüksek 16. haftada ölçülmüştür. Çalışma sonucunda gebeliğin 16. haftasında (ikinci trimesterin başı) algılanan stresin hem ikinci trimester kortizol düzeyini yükselttiği hem de doğumdaki gebelik haftasını düşürdüğü bulunmuştur. Chuang ve arkadaşları (2012) EDT olan kadınlara akut ve uzun süreli stresi azaltmak için gevşeme egzersizi uygulamış ve uygulanmayan grup ile sonuçları karşılaştırılmıştır. Gevşeme egzersizleri sonrasında birinci haftanın sonunda girişim grubunda %16, kontrol grubunda %30, ikinci haftanın sonunda girişim grubunda %7, kontrol grubunda %19 kadın erken doğum yapmıştır. EDT'de doğumun gerçekleştiği haftayı düşüren ve prematüreye neden olan önemli bir diğer neden EMR gelişmesidir. EMR tüm gebeliklerin %3'ünde görülmekte ve erken doğumların yaklaşık %25-30'undan sorumlu tutulmaktadır (Mercer, 2005). EMR, perinatal morbidite ve mortalitede artışa sebep olan enfeksiyonlara neden olmaktadır (ACOG, 2007). Araştırmamızda girişim grubunda beş, kontrol grubunda dokuz kadında EMR gelişmiştir. Term doğumlarda, EMR'yi takiben 24 saat içinde %90 oranında doğum başlarken, 28-34. gebelik haftasında ise bir hafta içerisinde başlamaktadır (Oskay, 2016). EDT'de, EMR olan kadınların doğum haftasını ileriki haftalara götürmek fetüs sağlığı açısından çok önemlidir çünkü EMR'ye bağlı gelişebilecek enfeksiyonlar nedeniyle

sitokinlerin salgılanmasının artması prostaglandinlerin salgılanmasına neden olur, bu durum da erken doğuma neden olabilir (Ruiz ve ark., 2016). Derbent ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, EDT nedeniyle hastaneye başvuran 149 kadından 53'ü EMR ve 96'sı EDT'dir. Kadınların gebelik haftası ilk hastaneye başvuruda EMR grubunda 35, EDT grubunda 34'tür. Ancak doğum haftaları EMR 35 hafta, EDT 36 haftadır. Çalışmanın sonucunda EMR kaynaklı EDT'nin, spontan EDT'ye göre daha küçük haftada doğum gerçekleştiği görülmektedir. Araştırmamızda gruplar arasında doğum haftası açısından farkın olması gevşeme egzersizlerinin, EDT'de doğum haftaları üzerine etkili olabileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda girişim grubundaki kadınlar kontrol grubuna göre bir hafta sonra doğum yapmışlardır. Fetüsün uterusda gelişimini devam ettirebilmesi için bir günlük süre bile çok önemlidir. Girişim grubumuzdaki doğum haftalarındaki artışın, uyguladığımız hemşirelik girişimleri ile stresi azalttığı ve doğum yapma haftalarının ilerleyen haftalarda gerçekleşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda gevşeme odaklı hemşirelik bakımının durumluk kaygı düzeyi, kortizol düzeyi, bilgi düzeyi ve doğum haftasına etkisini belirlemek amacıyla modelleme kullanılmış ve yapısal eşitlik modeli-yol analizi kullanılmıştır (Şekil 5). Modelin uyum indeksleri teorik olarak kurulan ilişkilerin gerçek yaşamda var olan ilişkilerini doğrulayarak, gevşeme odaklı hemşirelik bakımının durumluk kaygıyı azalttığı, bilgi düzeyini arttırdığı, kortizol düzeyini düşürdüğü ve bu faktörlerin doğum haftalarının normal sınırlara yaklaşmasına katkı sağladığı görülmektedir.

5.3.Erken Doğum Tehdidinde Gevşeme Odaklı Hemşirelik Bakımının Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Bu başlık altında EDT'de gevşeme odaklı hemşirelik bakımının, bakım memnuniyeti ile ilgili tartışma bölümü yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 16). Girişim grubu $\bar{x}$: 8.69 (min: 6, max: 10), kontrol grubu $\bar{x}$: 5.87 (min: 3, max: 9) olarak saptanmıştır. Bunun sonucunda “Gevşeme odaklı hemşirelik bakımı uygulanan kadınların hemşirelik bakım memnuniyeti rutin hemşirelik bakımı alanlara göre daha yüksektir” **H9 hipotezi** kabul edilmiştir.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerden hasta memnuniyeti, verilen hizmetin niteliğinin bir ölçüsü olarak geniş kabul görmüştür (Weissman ve ark., 2008). Hemşireler hastane ortamındaki tüm hastalık kategorileri için destek sağlar, dolayısıyla hemşirelik uygulamalarının sonuçları hasta memnuniyeti kavramı içerisinde önemli bir yere sahiptir (Eegunranti ve ark., 2015). Hemşirelik bakım memnuniyetini belirleyen faktörler arasında kaygı (Carruth ve ark., 1997), gebelik ve doğum sürecinin yer aldığı belirtilmektedir (Zeidan ve ark., 2011). Ancak EDT gibi gebelik sorunlarında doğum korkusu, doğumla ilgili komplikasyonlar ve yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacının oluşması kadınlarda memnuniyetini azaltmaktadır (Dzomeku, 2001). Bu nedenle EDT gibi stres ve belirsizliğe neden olan gebelik sorunları, duygusal destek ihtiyacını ve sağlık personeline duyulan gereksinimi arttırmaktadır (Davis ve ark., 2003). Bir çalışmada kadınların doğum sürecinde memnuniyetleri incelenmiştir. Çalışmada memnuniyeti etkileyen faktörlerin hemşirelik bakımı, ortamın özellikleri, hemşirelerin kadınları tanıyarak bakım vermeleri olduğu bulunmuştur (Mohammed, 2016). Diğer bir çalışmada doğum ünitesinde hemşirelik bakımının, hasta memnuniyetini ve benlik saygısı ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Doğumdan altı hafta sonra 100 kadın ile görüşülmüştür. Çalışma sonucunda kadınların bakım memnuniyetini belirleyen faktörlerin yüksek eğitim düzeyi, birden fazla çocuk sahibi olma, gelirin yüksek olması ve hastanede kalış süresinin fazla olması ile arttığı belirlenmiştir (Eegunranti ve ark., 2015). Çalışma sonucu özellikle kadınlarla iletişimin devamlı sürdürüldüğü hemşirelik bakımının, uzun süreli hastanede kalış durumlarında bakım memnuniyetinin önemli bir belirteci olduğu belirtilmektedir.

Girişim grubumuzda bakım memnuniyeti puanı ortalaması yüksek iken kontrol grubumuzda daha düşüktür. Bu sonuçlara göre hemşirelik bakımımız yalnızca stresi azaltma ve bilgi gereksinimlerinin karşılanması değil aynı zamanda ortamın düzenlenmesi, olumlu ve güler yüzlü iletişim, bireye yönelik girişimlerin uygulanması açısından da kadınların memnuniyet düzeyine katkıda bulunmuştur. Örneğin, araştırma süresince kadınların genellikle sağlık personeline soru sormaya çekindiği gözlemlenmiştir. Bu noktada kadınlar soru sormaları için cesaretlendirilmiştir. Girişim grubundaki kadınlar ile ihtiyaç duydukları her an whatsapp ve telefon görüşmesi yoluyla iletişime geçilmiştir ve desteklenmişlerdir. Buna benzer hemşirelik uygulamalarının bakım memnuniyetini geliştirmenin güçlü bir bileşeni olduğu düşünülmektedir. Bu sayede kadınlar kendilerini rahat ve güvende hissettikçe hem kendi sağlıkları hem de fetüsün sağlığı açısından yarar sağlamış olacaklardır. Araştırmamızda rutin hemşirelik bakımına ilave olarak gevşeme odaklı hemşirelik bakımımız uygulanmıştır. Girişim

grubundaki kadınlar hem gevşeme odaklı hemşirelik bakımını hem de rutin hemşirelik bakımını birlikte değerlendirmişlerdir. Ancak bu değerlendirme araştırmanın bir sınırlılığıdır. Bu nedenle sadece gevşeme odaklı hemşirelik bakımını uygulamasının ve sonuçlarının değerlendirilmesine gereksinim bulunmaktadır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler yer almaktadır.

6.1.Sonuç

Yapılan girişimler sonucunda, girişim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre; EDT'ye ilişkin bilgi düzeylerinin, uyku sürelerinin, alınan sıvı miktarının, hemşirelik bakım memnuyetinin ve doğum haftalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Girişim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre; kaygı düzeylerinin, kortizol düzeylerinin, uterus kontraksiyon şiddetlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Uygulayıcılar için Öneriler

- Gevşeme odaklı hemşirelik bakımının, EDT sürecinde kadınların bilgi düzeylerini, uyku sürelerini, alınan sıvı miktarını, hemşirelik bakım memnuyetini ve doğum haftalarını yükseltmek için uygulanması önerilir.
- Gevşeme odaklı hemşirelik bakımının, EDT sürecinde kadınların kaygı düzeylerini, kortizol düzeylerini, uterus kontraksiyon şiddetlerini düşürmek için uygulanması önerilir.

Araştırmacılar için Öneriler

- EDT sürecinde kadınların stresörlerini belirleyecek ölçeklerin geliştirilmesi,
- EDT sürecinde gevşeme odaklı hemşirelik bakımının maliyet üzerine etkisinin çalışılması,
- EDT sürecinde gevşeme odaklı hemşirelik bakımının etkinliğinin farklı gruplarda tekrarlanarak etkinliğinin test edilmesi önerilir.

7.KAYNAKLAR

Abdoli S, Rahzani K, Safaie M, Sattari A. A randomized control trial: The effect of guided imagery with tape and perceived happy memory on chronic tension type headache. Scand J Caring Sci, 2012;26(2),254-261.

Abbaszadeh F, Kafei Atrian M, Masoudi Alavi N, Bagheri A, Sadat Z, Karimian Z. Relationship between quality of life and depression in pregnant women. Nurs Midwifery Stud, 2013; 2(2),193–7.

Altuntuğ K, Ege E. Zihin beden Temelli Uygulamalar. In. Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar. Editörler: Mürüvvet Başer, Sultan Taşçı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletin No. 80: Premature rupture of membranes. Obstet Gynecol, 2007;109(4),1007-19.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 455: Magnesium Sulfate Before Anticipated Preterm Birth for Neuroprotection. Obstet Gynecol, 2010; 115:669-71.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 475: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Obstet Gynecol, 2011,117(2),422-4.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol, 2012;119(6),1308-17.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Practice bulletins No. 139: Premature rupture of membranes. Obstet Gynecol, 2013;122(4),918-30.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol, 2016;128:155–64.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Preterm labor and birth. 2019. <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Labor-and-Birth?IsMobileSet=false> (ET: 02.01.2019)

Acosta-Terriquez JE, Ramos-Martínez MA, Zamora-Aguilar LM, Murillo-Llanes J. Prevalence of urinary tract infection in hospitalized patients with preterm labor. Ginecol Obstet Mex, 2014; 82(11):737-43.

Afrasiabi N, Mohagheghi P, Kalani M, Mohades G, Farahani Z. The effect of high risk pregnancy on duration of neonatal stay in neonatal intensive care unit. *Iran J Pediatr*, 2014; 24(4):423-8.

Aguilar HN, Mitchell BF. Physiological pathways and molecular mechanisms regulating uterine contractility. *Hum Reprod Update*, 2010;16(6),725-44.

Akkuş İH, Kaya F, Eren S, Pirinçci E, Bulut İ, Nayır T, Atılgan RB. Elazığ ilindeki gebelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg*, 2018;25(2),100-107.

Aksu H, Şirin A. Preterm eylem tanısı konmuş gebelerde solunum ve progressif egzersizlerin gebelik süresine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2007;17:368-375.

Arda L. Prematüritenin sonuçları ve epidemiyolojisi. *Perinatoloji Dergisi*, 2002;10(2),81-7.

Arıöz A. Preterm eylem tanısı almış primipar gebelerde gevseme egzersizlerinin stresle başa çıkma tarzı ve kaygı düzeyine etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, Kayseri*, 2014.

Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Dergisi*, 2005;13(2),350-350.

Aryanti C. Is vitamin C able to prevent premature rupture of membranes? *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 2016; 5(1),13-16.

Arzani A, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Mohammadi E. Mothers' strategies in handling the prematurely born infant: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 2015;4(1),13-24.

Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003;16,131–147.

Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: The time to act. *Maternal Child Health Journal*, 2006;10,3-11.

Aydemir A, Hazar HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 3(2),815-33.

Aydoğdu A, Kocaman Yıldırım N, Özkan M, Özkan S. Gelişimsel ve durumsal krize müdahale: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012;3(2):92-97.

Arıöz Düzgün A, Ege E. Effects of relaxation exercises on the ways of coping with stress and anxiety level in primiparous pregnant women diagnosed with preterm labor. *Journal of Human Sciences*, 2017;14(4),3158-3166.

Aziken ME, Orhue AA, Okpere EE, Akhiwu W. Sexual intercourse and preterm delivery: Any correlation? J Turkish-German Gynecol Assoc, 2007;8(2);177- 183.

Aziz MM, Kulkarni A, Tunde-Agbede O, Benito CW, Oyelese Y. Are women with threatened preterm labor more dehydrated than women without it? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2018;47(5):602-607.

Baczyńska-Strzecha M, Kalinka J. Assessment of correlation between vitamin D level and prevalence of preterm births in the population of pregnant women in Poland. Int J Occup Med Environ Health, 2017;30(6):933-941.

Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014;3(1),6-16.

Barabasz A, Barabasz M. Hypnosis and the brain. 2008. <https://www.researchgate.net/publication/287253629> (ET: 02.02.2019)

Bardosono S, Prasmusinto D, Hadiati DR, Purwaka BT, Morin C, Pohan R, Sunardi D, Chandra DN, Guelinckx IS. Fluid intake of pregnant and breastfeeding women in Indonesia: A cross-sectional survey with a seven-day fluid specific record. Nutrients, 2016;8(11),651 (1-11).

Baş T, Akturan U. Nitel araştırma yöntemleri: NVivo 7.0 ile nitel veri analizi. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2008, s: 83-110.

Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth, 2012;12,100.

Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough S. Pregnancy related anxiety: A concept analysis. Int J Nurs Stud, 2016; 55,115-30.

Bayraktar Ö. Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeyleri ile duygusal zekâları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Konya, 2011.

Beebe K, Lee K. Sleep disturbance in late pregnancy and early labor. Journal of Perinatal Neonatal Nursing, 2007;23(2):103–108.

Beeckman K, Van De Putte S, Putman K, Louckx F. Predictive social factors in a metropolitan region. Acta Obstet Gynecol Scand, 2009;88(7),787-792.

Been JV, Lugtenberg MJ, Smets E, van Schayck CP, Kramer BW, Mommers M, Sheikh A. Preterm birth and childhood wheezing disorders: a systematic review and metaanalysis. PLoS Med, 2014; 11(1),1001596.

Bekçi İ, Ömürbek V, Tekşen Ö. Muhasebe meslek mensuplarında stres kaynağının belirlenmesine yönelik bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2007;12 (1),145-161.

Beydağ KD, Mete S. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(1),16-24.

Bhattacharya S, Raja EA, Mirazo ER, Campbell DM, Lee AJ, Norman JE, Bhattacharya S. Inherited predisposition to spontaneous preterm delivery. Obstet Gynecol, 2010;115(6):1125-33.

Bigelow C, Stone J. Bed rest in pregnancy. Mt Sinai J Med, 2011;78(2):291-302.

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. Lancet, 2012; 379(9832),2162-72.

Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, Kinney M, Lawn J. Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. Reprod Health, 2013;10(1),1-14.

Bonzini M, Palmer KT, Coggon D, Carugno M, Cromi A, Ferrario MM. Shift work and pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis of currently available epidemiological studies. BJOG, 2011; 118(12):1429-37.

Bozkurt ÖD, Sevil Ü. İkizden ikize transfüzyon sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2008; 1:60-68.

Breen GV, Price S, Lake M. Spirituality and high-risk pregnancy: Another aspect of patient care. AWHONN Lifelines, 2006; 10(6):466-73.

Brisch KH, Bechinger D, Betzler S, Heinemann H. Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. Attach Hum Dev, 2003; 5(2):120-35.

Brownfoot FC, Gagliardi DI, Bain E, Middleton P, Crowther CA. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev, 2013; 29;(8):CD006764.

Buduneli N, Baylas H, Buduneli E, Türkoğlu O, Köse T, Dahlen G. Periodontal infections and pre-term low birth weight: A case-control study. J Clin Periodontol, 2005; 32,174-181.

Cannie MM, Dobrescu O, Gucciardo L, Strizek B, Ziane S, Sakkas E, Schoonjans F, Divano L, Jani JC. Arabin cervical pessary in women at high risk of preterm birth: A magnetic

resonance imaging observational follow-up study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2013; 42(4):426-33.

Carruth AK, Tate US, Moffat BS, Hill K. Reciprocity, emotional well-being, and family functioning as determinants of family satisfaction in caregivers of elderly patients. *Nursing Research*, 1997; 46(2), 93-100.

Carty-Singleton S, Sciscione AC. Maternal activity restriction in pregnancy and the prevention of preterm birth: An evidence-based review. *Clin Obstet Gynecol*, 2014; 57(3):616±27.

Centre for the Studies of Human Stressors (CHHS). Stressors. 2017. <http://humanstress.ca/stress/what-is-stress/stressors/> (ET: 03.03.2019)

Challis JRG, Matthews SG, Gibb W, Lye SJ. Endocrine and paracrine regulation of birth at term and preterm. *Endocr Rev*, 2000; 21(5):514-50.

Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S, Lackritz EM, Lee SK, Mason E, Serazin AC, Walani S, Simpson JL, Lawn JE. Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*, 2013; 19;381(9862):223-34.

Christopher D, Robinson BK, Peaceman AM. An evidence-based approach to determining route of delivery for twin gestations. *Rev Obstet Gynecol*, 2011; 4(3-4):109-16.

Chuang LL, Lin LC, Cheng PJ, Chen CH, Wu SC, Chang CL. Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *J Adv Nurs*, 2012; 68(1):170-80.

Clements AD, Parker CR. The relationship between salivary cortisol concentrations in frozen versus mailed samples. *Psychoneuroendocrinology*, 1998; 23(6),613-6.

Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*, 2003; 78:773-81.

Coloma M, Kang F, Vallejo-Torres L, Díaz P, Méndez Y, Álvarez de la Rosa M. Economic consequences of over-diagnosis of threatened preterm labor. *Int J Gynaecol Obstet*, 2018; 141(2):200-205.

Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract*, 2007; 21:224-36.

Conde-Agudelo A, Romero R, Nicolaides K, Chaiworapongsa T, O'Brien JM, Cetingoz E, Fonseca E, Creasy G, Soma-Pillay P, Fusey S, Cam C, Alfirevic Z, Hassan SS. Vaginal progesterone versus cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: A systematic review and indirect comparison metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2013; 208(1),42.e1–42.e18.

Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: A meta-analysis. *Jama*, 2006; 295:1809-23.

Coşansu G. Verilerin analizi ve yorumlanması. İçinde: Hemşirelikte araştırma, süreç, uygulama ve kritik. Ed: Erdoğan S, Nahcivan N ve Esin MN. Nobel Tıp Kitabevleri,2015:2.Baskı, İstanbul.

Corbin J, Strauss A. Grounded Theory Research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 1990; 13(1),3-21.

Cömert E, Çetin MT, Çetin C, Sucu M, Özsürmeli M, Khatib G. Histeroskopik Uterin Septum Cerrahisinin Gebelik Oranlarına Etkisi. *Türk Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi*, 2017;1(2):82-86.

Cömert S, Ağzıkuru T, Akın Y, Telatar B, Demirci Tan P, Gökçe Ergen S, Dervişoğlu P. The cost analysis of preterm infants from a nicu of a state hospital in Istanbul. *Iran J Pediatr*, 2012; 22(2):185-90.

Crowther CA, Han S. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; (7):CD000110.

Culhane JF, Goldenberg RL. Racial disparities in preterm birth. *Semin Perinatol*, 2011; 35(4),234-39.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Preterm eylem. In: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A, editors. Williams Obstetrik. 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2016, p:829-861.

Çelen Ş, Özcan Temizkan R, Yapar Eyi EG, Seçkin T, Saygan S, Özkan MŞ. Comparison of the cervical culture results in preterm labor and premature rupture of membranes. *Erciyes Med J*, 2012; 34(4): 174-7.

Çınar N, Topal S, Altınkaynak S. Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. *Journal of Human Rhythm*, 2015; 1(2),52-57.

Çoban A. Riskli gebelikler, İn: Şirin A, Kavlak O, editörler. Kadın sağlığı. 2. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016, s: 343-346.

Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev*, 2003; 73,61–70.

Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014; 4(4),200-206.

Derbent AU, Simavlı SA, Kafalı H, Turhan N. A comparison of subgroups of spontaneous preterm delivery: preterm labor with intact membranes and preterm premature rupture of membranes. *Anatolian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2012; 1:1.

Derbent A, Turhan N. Erken doğum riski ve tahmini. *The New Journal Of Medicine*, 2009; 26(3):139-44.

Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development*, 2009; 85:65–70.

Dipietro JA, Mendelson T, Williams EL, Kathleen A, Costigan KA. Physiological blunting during pregnancy extends to induced relaxation. *Biological Psychology*, 2012; 89,14-20.

DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M, Costigan KA, Pressman EK. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol*, 2002; 38(5):659-68.

Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol*, 2003; 157,14-24.

Dorn LD, Susman EJ, Petersen AC. Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: A longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 1993; 18:219-239.

Doyle NM, Monga M, Kerr M, Hollier LM. Maternal stressors during prolonged antepartum hospitalization following transfer for maternal-fetal indications. *Am J Perinatol*, 2004;21(1):27-30.

Dugoff L, Berghella V, Sehdev H, Mackeen AD, Goetzl L, Ludmir J. Prevention of preterm birth with pessary in singletons (PoPPS): Randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2018; 51,573–579.

Dündar Ö, Çiftınar T, Tütüncü L, Ergür AR, Atay MV, Müngen E, Yergök YZ. İkinci trimester maternal hemoglobin seviyesinin doğum ağırlığı ve haftasına etkisi. *Trakya Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 27(2),156-160.

Dyson DC, Danbe KH, Bamber JA, Crites YM, Field DR, Maier JA, Newman LA, Ray DA, Walton DL, Armstrong MA. Monitoring women at risk for preterm labor. *N Engl J Med*, 1998;338,15-9.

Dzomeku MV. Maternal Satisfaction with care during labour: A case study of Mampong-Ashanti district hospital maternity unit in Ghana. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2001; 3(3),30-34.

Eegunranti AB, Akinsulore A, Ibigbami OI, Olowookere SA, Ibigbami A. Department of community health patients satisfaction with nursing care in a maternity unit in South-Western Nigeria: Relationship with self esteem. *African Journals Online*, 2015; 23(1),176-183.

- Egawa M, Yasuda K, Nakajima T, Okada H, Yoshimura T, Yuri T, Yasuhara M, Nakamoto T, Nagata F, Kanzaki H. Smoking enhances oxytocin-induced rhythmic myometrial contraction. *Biol Reprod*, 2003; 68 (6),2274-80.
- Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2009; 6(3),197- 205.
- El-Farhan N, Rees DA, Evans C. Measuring cortisol in serum, urine and saliva—Are our assays good enough? *Annals of Clinical Biochemistry*, 2017; 54,308–322.
- Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth*, 2013; 40(4):289-96.
- Er Guneri S, Sen S, Gulec Satir D, Ozturk R, Egelioglu Cetisli N and Sirin A. Knowledge, attitudes and behaviors of pregnant women about food safety: A cross sectional survey. *International Journal of Caring Sciences*, 2017; 10(2),704.
- Erickson K, Thorsen P, Chrousos G, Grigoriadis DE, Khongsaly ON, McGregor J, Schulkin J. Preterm birth: Associated neuro- endocrine, medical, and behavioral risk factors. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2001; 86(6):2544-52.
- Esplin MS, O'Brien E, Fraser A, Kerber RA, Clark E, Simonsen SE, Holmgren C, Mineau GP, Varner MW. Estimating recurrence of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol*, 2008; 112(3):516-23.
- Esposito G, Ambrosio R, Napolitano F, Di Giuseppe G. Women's knowledge, attitudes and behavior about maternal risk factors in pregnancy. *Plos One*, 2015; 10(12),0145873.
- Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK ve ark. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 2010; 26(4); 394–400.
- Flávia Conceição P, Nalú Pereira da Costa K, Jackeline da Silva V, Vanessa Franco de C, Carolina Coutinho C, Catharine Silva de S. Premature birth: approaches presents in national and international scientific production. *Enfermeria Global*, 2016; 42,410.
- Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DNM, Stock OM, Murray L, Jardine LA, Carbonne B. Calcium channel block-ers for inhibiting preterm labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014; 6,CD002255.
- Fuchs IB, Henrich W, Osthues K, Dudenhausen JW. Sonographic cervical length in singleton pregnancies with intact membranes presenting with threatened preterm labor. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004; 24(5):554-7.
- Gallo AM, Lee KA. Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2008; 37(6):715-21.

García-Blanco A, Diago V, Serrano De La Cruz V, Hervás D, Cháfer-Pericás C, Vento M. Can stress biomarkers predict preterm birth in women with threatened preterm labor? *Psychoneuroendocrinology*, 2017; 83:19-24.

Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, Franks AL. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol*, 2002; 100,94–100.

Gharaibeh M, AL-Ma'aitah R, AL Jada N. Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. *International Nursing Review*, 2005; 52,92–100.

Gherman RB, Browning J, O'Boyle A, Goodwin TM. Oral misoprostol vs. intravaginal prostaglandin E2 for preinduction cervical ripening. A randomized trial. *J Reprod Med*, 2001; 46(7),641-6.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek riskli gebelik ve doğum. 2. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık, 2011.

Gilchrist J, Frize M, Ennett CM, Bariciak E. Neonatal mortality prediction using real-time medical measurements. The Institute of Electrical and Electronics Engineers International Workshop on, 2011; 65-70. <https://ieeexplore.ieee.org/xpl/mostRecentIssue.jsp?punumber=5958194> (ET: 23.01.2019)

Gisselmann MD, Hemström O. The contribution of maternal working conditions to socio-economic inequalities in birth outcome. *Soc Sci Med*, 2008; 66(6),1297-309.

Giurgescu, C. Are maternal cortisol levels related to preterm birth? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2009; 38,377-390.

Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2004; 25(3-4),247-55.

Global Digital (GD). <https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018> (ET: 01.02.2019)

Gluck L, Kulovich MV, Borer RC Jr, Brenner PH, Anderson GG, Spellacy WN. Diagnosis of the respiratory distress syndrome by amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol*, 1971; 109(3),440-5.

Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 2008; 371(9606),75-84.

Gonzalez MJ, Miranda-Massari JR. Diet and stress. *Psychiatr Clin N Am*, 2014; 37,579-589.

Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 2004; 46,212–19.

Greenough A. Long term respiratory outcomes of very premature birth (<32 weeks). *Semin Fetal Neonatal Med*, 2012; 17,73-76.

Grobman WA, Gilbert SA, Iams JD, Spong CY, Saade G, Mercer BM, Tita AT, Rouse DJ, Sorokin Y, Leveno KJ, Tolosa JE, Thorp JM, Caritis SN, Van Dorsten JP. Activity Restriction Among Women With a Short Cervix. *Obstet Gynecol*, 2013; 121(6),1181-1186.

Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1997; 26(4),423-430.

Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, Klein RW, Zollinger TW, Golichowski AM. Tocolytic therapy: A meta-analysis and decision analysis. *Obstet Gynecol*, 2009; 113,585-594.

Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, Klein N, Borawski E. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*, 2004; 114(4),932-40.

Haram K, Mortensen JHS, Morrison JC. Tocolysis for acute preterm labor: Does anything? *J Maternal-Fetal Neonatal Med*, 2015; 28,371-378.

Hassan HE, Nasr EH. Improving nurses' knowledge and skills regarding tocolytics for inhibiting preterm labor. *Clinical Nursing Studies*, 2017; 5(1), 1-12.

Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, Vijayaraghavan J, Trivedi Y, Soma-Pillay P, Sambarey P, Dayal A, Potapov V, O'Brien J, Astakhov V, Yuzko O, Kinzler W, Dattel B, Sehdev H, Mazheika L, Manchulenko D, Gervasi MT, Sullivan L, Conde-Agudelo A, Phillips JA, Creasy GW. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2011; 38,18-31.

Healthy people strategy 2020 (HPS). <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/maternal-infant-and-child-health>. (ET:03.02.2019)

Heaman M, Gupton A. Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth*, 1998; 25(4),252-8.

Heber E, Ebert DD, Lehr D, Nobis S, Berking M, Riper H. Efficacy and cost-effectiveness of a web-based and mobile stress-management intervention for employees: Design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2013; 13,655.

Hediye A, Korkmaz N. The Physical and psychological problems of hospitalized high-risk pregnant women in partial bed rest. *Perinatal Journal*, 2005; 13(2),91-100.

Heinonen A, Gissler M, Riska A, Paavonen J, Tapper AM, Jakobsson M. Loop electrosurgical excision procedure and the risk for preterm delivery. *Obstet Gynecol*, 2013; 121(5),1063-8.

Hermans FJR, Bruijn MMC, Vis JY, Wilms FF, Oudijk MA, Porath MM, Scheepers HCJ, Bloemenkamp KWM, Bax CJ, Cornette JMJ, Nij Bijvanck BWA, Franssen MTM, Vandenbussche FPHA, Kok M, Grobman WA, Van Der Post JAM, Bossuyt PMM, Opmeer BC, Mol BWJ, Schuit E, Van Baaren GJ. Risk stratification with cervical length and fetal fibronectin in women with threatened preterm labor before 34 weeks and not delivering within 7 days. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2015; 94,(7),715–721.

Hetherington E, Doktorchik C, Premji SS, McDonald SW, Tough SC, Sauve RS. Preterm birth and social support during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2015; 29(6),523-35.

Hodek JM, von der Schulenburg JM, Mittendorf T. Measuring economic consequences of preterm birth – Methodological recommendations for the evaluation of personal burden on children and their caregivers. *Health Econ Rev*, 2011;1,6.

Hoffman MC, Mazzone SE, Wagner BD, Laudenslager ML, Ross RG. Measures of maternal stress and mood in relation to preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, 2016; 127,545–552.

Holzman C, Patricia S, Tian Y, Bullen B, DeVos E, Leece C, Zanella A, Fink G, Rahbar MH, Sapkal A. Maternal catecholamine in midpregnancy and risk of pre- term. *American Journal of Epidemiology*, 2009; 170(8),1014-1024.

Howson CP, KinneyMV, McDougall L, Lawn JE, Action BTSPB. Born too soon: Preterm birth matters. *Reprod Health*, 2013;10(1),1.

Hung HM, Ko SH, Chen CH. The association between prenatal sleep quality and obstetric outcome. *J Nurs Res*, 2014; 22(3),147–154.

Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, Thom E, McNellis D, Copper RL, Johnson F, Roberts JM. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med*, 1996; 29,334(9),567-72.

Iheozor- Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017; 12;6:CD005297.

Ingemarsson I. Gender aspects of preterm birth. *BJOG*, 2003;110,20,34-38.

İşıltan İ, Gökler R. Modern çağın hastalığı; stres ve etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 2012; 1(3),154-168.

Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2004; 103,551-63.

Jallo N, Thacker LR, Menzies V, Stojanovic P, Svikis DS. A stress coping app for hospitalized pregnant women at risk for preterm birth. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2017; 42(5),257-262.

- Jallo N, Cozens R, Smith MW, Simpson RI. Effects of a guided imagery intervention on stress in hospitalized pregnant women: A pilot study. *Holistic Nursing Practice*, 2013; 27(3),129-139.
- James KJ, Steer JP, Weiner PC, Gonik B. Yüksek Riskli Gebelikler. İn: Güner H, editör. Yönetim Seçenekleri. 3. baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.
- Janbakhisov T, Emekçi Ö, Çağlıyan E, Özay A, Acet F, Altınyurt S. The effect of maternal smoking during pregnancy on doppler parameters. *Perinatal Journal*, 2013;21(4),119-123.
- Janighorban M, Allahdadian M, Mohammadi F, Dadkhah A, Eslami AA. Need for consultation and training during bed rest in women with high risk pregnancy experience: A qualitative study. *Int J Pediatr*, 2016, 4(5); 1705-1714.
- Janighorban M, Heidari Z, Dadkhah A, Mohammadi F. Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study. *J Midwifery Reprod Health*, 2018; 6(3),1327-1335.
- Johnson S, Evans TA, Draper ES, Field DJ, Manktelow BN, Marlow N, Matthews R, Petrou S, Seaton SE, Smith LK, Boyle EM. Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: A population-based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2015; 100(4),F301-8.
- Johnston KM, Gooch K, Korol E, Vo P, Eyawo O, Bradt P, Levy A. The economic burden of prematurity in Canada. *BMC Pediatr*, 2014; 5,14,93.
- Juan Y, Katherine E, David A, Amy H. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. *Am J Epidemiol*, 2004; 160(2),118-25.
- Kamalak Z, Simavlı S, Duvan Cİ, Öztürk Turhan N. Preterm eylem yönetimi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2011; 28, 13-16.
- Karakash SD, Tschankoshvili N, Weedon J, Schwartz RM, Kirschbaum C, Minkoff H. Hypocortisolism and preterm birth. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2016; 9,333–339.
- Kent RA, Yazbek M, Heyns T, Coetzee I. The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalisation. *Midwifery*, 2015; 31(1),164-169.
- Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; 4(8):CD001058.
- Kinsella MT, Monk C. Impact of maternal stress, depression, and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clin Obstet Gynecol*, 2009; 52,425–440.
- Klein LL, Gibbs RS. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 190,1493-502.

Kocabaş İ, Erdem R. Yönetici adayı öğretmenlerinin kişisel zaman yönetimi davranışları. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2003; 13(2),192.

Koroğlu N, Sudolmuş S, Ölmez H, Fendal Tunca A, Gülkılık A, Yetkin Yıldırım G. İkinci trimester plasenta lokalizasyonunun gebelik sonuçlarına etkisi. Jinekoloji Obstetri Pediatri ve Pediyatrik Cerrahi Dergisi, 2013; 5(2),70-75.

Köse O. Tokolitik tedavide güncel yaklaşımlar. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2015; 15(2),29-35.

Kramer MS, Lydon J, Séguin L, Goulet L, Kahn SR, McNamara H, Genest J, Dassa C, Chen MF, Sharma S, Meaney MJ, Thomson S, Van Uum S, Koren G, Dahhou M, Lamoureux J, Platt RW. Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. American Journal of Epidemiology, 2009; 169(11),1319-26.

Kramer MS, Lydon J, Goulet L, Kahn S, Dahhou M, Platt RW, Sharma S, Meaney MJ, Séguin L. Maternal stress/distress, hormonal pathways and spontaneous preterm birth. Am J Epidemiol, 2013; 169(11):1319-26.

Kümbetoğlu B. Niteliksel araştırmalarda analiz ve yorumlama, sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırması. 1. baskı, İstanbul, Bağlam Yayıncılık, 2008, s:151-84.

Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG, 2009;116(10),1350-5.

Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton E. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): Definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC Pregnancy and Childbirth, 2010; 23,10(1),S1.

Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. Psychosom Med, 1993; 55(3),234-47.

Lazarus RS. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. Am Psychol, 1991; 46(8),819-34.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.

Lederman R, Boyd E, Pitts K, Roberts-Gray C, Hutchinson M, Blackwell S. Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. Sexual & Reproductive Healthcare, 2013; 4,133-138.

Lee KA, Gay CL. Improving sleep for hospitalized antepartum patients: A non-randomized controlled pilot study. Journal of Clinical Sleep Medicine, 2017; 13(12),1445–1453.

- Leight KL, Fitelson EM, Weston CA, Wisner KL. Childbirth and mental disorders. *Int Rev Psychiatry*, 2010; 22(5),453-71.
- Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R, Lewis JG, Weller A. Measuring cortisol in human psychobiological studies. *Physiology and Behavior*, 2007; 90,43-53.
- Levison J, Nanthuru D, Chiudzu G, Kazembe PN, Phiri H, Ramin SM, Aagaard KM. Qualitative assessment of attitudes and knowledge on preterm birth in Malawi and within country framework of care. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014; 2,14,123.
- Liggins GC, Howie RN. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. *Pediatrics*, 1972; 50(4),515–25.
- Lima de Souza N, Fernandes Araújo AC, Dantas de Azevedo G, Bezerra Jerônimo SM, Barbosa Lde M, Lima de Sousa NM. Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy. *Revista de Saúde Pública*, 2007; 41(5),1-6.
- Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health*, 2008;67(5),461-71.
- Lorenz RP. What Is New in Bed Rest in Pregnancy? *Obstet Gynecol*, 2014; 124,377–8.
- Loudon JA, Sooranna SR, Bennett PR, Johnson MR. Mechanical stretch of human uterine smooth muscle cells increases IL-8 mRNA expression and peptide synthesis. *Mol Hum Reprod*, 2004; 10(12),895-9.
- Lucovnik M, Chambliss LR, Garfield RE. Costs of unnecessary admissions and treatments for "threatened preterm labor". *Am J Obstet Gynecol*, 2013; 209(3),217,e1-3.
- Lukasse M, Helbig A, Benth JŠ, Eberhard-Gran M. Antenatal maternal emotional distress and duration of pregnancy. *PLoS One*, 2014; 9(7),101682.
- MacKey MC, Williams CA, Tiller CM. Stress, pre-term labour and birth outcomes. *J Adv Nurs*, 2000; 32(3),666-74.
- Macones GA, Parry S, Elkousy M, Clothier B, Ural SH, Strauss JF. A polymorphism in the promoter region of TNF and bacterial vaginosis: preliminary evidence of geneenvironment interaction in the etiology of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 190(6),1504-1508.
- Maia MC, Nomura R, Mendonça F, Rios L, Moron A. Is cervical length evaluated by transvaginal ultrasonography helpful in detecting true preterm labor? *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2019; 22:1-7.

- Makrigiannakis A, Semmler M, Briese V, Eckerle H, Minas V, Mylonas I, Friese K, Jeschke U. Maternal serum corticotropin-releasing hormone and ACTH levels as predictive markers of premature labor. *Int J Gynaecol Obstet*, 2007; 97(2),115-9.
- Maloni JA, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2000; 25(4),204–210.
- Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2011; 6(4),385-393.
- Maloni JA, Chance B, Zhang C, Cohen AW, Betts D, Gange SJ. Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. *Nurs Res*, 1993; 42(4),197-203.
- Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 2010; 12(2),106-124.
- Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett E, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011; 6(7):CD007559.
- Martinez H. Fluid consumption by mexican women during pregnancy and first semester of lactation. *BioMed Research International*, 2014; 603282.
- McCall CA, Grimes DA, Lyerly AD. "Therapeutic" bed rest in pregnancy: Unethical and unsupported by data. *Obstet Gynecol*, 2013; 121(6),1305-8.
- McDonald SD, Han Z, Mulla S, Beyene J. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and metaanalyses. *BMJ*, 2010; 341,3428.
- McDonald SW, Kingston D, Bayrampour H, Dolan SM, Tough SC. Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Arch Womens Ment Health*, 2014; 17(6),559-68.
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: Central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2006; 8(4),367-381.
- McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early childhood development of late-preterm infants: A systematic review. *Pediatrics*, 2011; 127,1111–1124.
- Meis PJ, Michielutte R, Peters TJ. Factors associated with preterm birth in cardiff, wales: Indicated and spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 1995;173(2),597-603.
- Melekoğlu R, Evrücke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, Büyükkurt S, Özgünen FT. Adölasan gebeliklerin perinatal sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2013; 10(4),213-9.

Mete S. Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2013; 6(2),93-98.

Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: Current approaches to evaluation and management. Obstet Gynecol Clin North Am, 2005; 32(3),411-28.

Micheli K, Komninos I, Bagkeris E, Roumeliotaki T, Koutis A, Kogevinas M, Chatzi L. Sleep patterns in late pregnancy and risk of preterm birth and fetal growth restriction. Epidemiology, 2011; 22(5):738-44.

Mohammed AK. Maternal satisfaction regarding quality of nursing care during labor and delivery in Sulaimani teaching hospital. International Journal of Nursing and Midwifery, 2016; 8(3),18-27.

Mongan MF. HypnoBirthing, Mongan yöntemi. 2. baskı, Gün Yayıncılık, İstanbul, 2012, s:33-232.

Moore ML. Preterm labor and birth: What have we learned in the past two decades? JOGNN, 2003; 32(5),638-649.

Moore NC. A review of EEG biofeedback treatment of anxiety disorders. Clin Electroencephalogr, 2000; 31(1),1-6.

Moore RM, Mansour JM, Redline RW, Mercer BM, Moore JJ. The physiology of fetal membrane rupture: insight gained from the determination of physical properties. Placenta, 2006; 27(11-12),1037-51.

Morrison JC, Elliott JP and Jones S. Uterine Contraction Monitoring, Maintenance Tocolysis, and Preterm Birth. 2012. https://www.researchgate.net/publication/221923331_Uterine_Contraction_Monitoring_Maintenance_Tocolysis_and_Preterm_Birth (ET:03.02.2019)

Mumtaz G, Nassar A, Mahfoud Z, Abdallah A, Khalid Y. Consanguinity, a risk factor for preterm birth at less than 33 weeks' Gestation. Am J Epidemiol, 2010; 172(12),1424-30.

Mungan T, Güney M. Preterm eylem: Tanı ve yönetim. İn: Çiçek N, Mungan T, editörler. Klinikte obstetrik ve jinekoloji. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007, s: 433-450.

Nour NM. Premature delivery and the millennium development goal. Rev Obstet Gynecol, 2012; 5,100-105.

Muzik M, Hamilton SE, Rosenblum KL, Waxler E, Hadi Z. Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: preliminary results from a pilot feasibility study. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2012; 18,235-40.

Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: A systematic review. Lancet, 2012; 379,445-452.

Nelson AM. Transition to motherhood. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2003; 32 (4),465-77.

Nichols M, Roux G, Harris N. Primigravid and multigravid women: Prenatal perspectives. *Journal of Perinatal Education*, 2007; 16(2),21–32.

Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 2009; 25(2),1-9.

Nilsson U. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *AORN Journal* 2008; 87(4),780-807.

Noori M, Helmig RB, Hein M, Steer PJ. Could a cervical occlusion suture be effective at improving perinatal outcome. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 2007;114,532–536.

O'Connor AR, Wilson CM, Fielder AR. Ophthalmological problems associated with preterm birth. *Eye (Lond)*, 2007; 21,1254-1260.

Okutan M, Tengilimoğlu D. İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2002; 4(3),15-42.

Oliveira DC, Mandu ENT. Women with high-risk pregnancy: Experiences and perceptions of needs and care. *Escola Anna Nery*, 2015; 19(1),93-101.

Oskay Ü. Gebelik komplikasyonu sonucu gelişen riskli durumlar ve hemşirelik yaklaşımı. İn: Kızılkaya Beji N, editör. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. 2. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015, s: 454,467-470.

Oskay ÜY, Şahin NH. Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan stresörler. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2003; 6,33-39.

Özdemir İ, Demirci F, Yücel O. Düşük riskli tekil gebelerde 20-24. haftalarda transvaginal servikal uzunluk ölçümü ve servikal hunileşme ile preterm doğumun öngörülmesi. *Ultrasonografi Obstetrik ve Jinekoloji Dergisi*, 2003; 7(1-2),15-19.

Özden A. Krize müdahalenin psikiyatrideki yeri. *Kriz Dergisi*, 1987; 1(3),158-165.

Özer MA. Çalışanlar için verimlilik anahtarı: Stres yönetimi. *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 2012; 24,45-66.

Özen Kutanis R, Tunç T. Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. "İŞ, GÜÇ" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2013;15(02),1-15.

Özgök A. Hipnoz ve Anestezi. *Anestezi Dergisi*, 2013; 21(1),11-16.

Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011;83-92.

Ritz P, Berrut G. The importance of good hydration for day-to-day health. *Nutrition Reviews*, 2005; 63(6 Pt 2),S6-13.

Pamuk S, Arslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(2),23-32.

Pandey U, Arora M. Uterine Factors in Preterm Labor. *World Clin Obstet Gynecol*, 2012;2(1),62-73.

Ramsey PS, Lieman JM, Brumfield CG, Carlo W. Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *AJOG*, 2005; 192(4),1162-6.

Pawlow LA, Jones GE. The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, 2002; 60,1-16.

Platt MJ. Outcomes in preterm infants. *Public Health*, 2014; 128(5),399-403.

Pozzo ML, Brusati V, Cetin I. Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in "high-risk" pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010; 149(2),136-42.

Price S, Lake M, Breen G, Carson G, Quinn C, O'Connor T. The spiritual experience of high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2007; 36(1),63-70.

Purisch SE, DeFranco EA, Muglia LJ, Odibo AO, Stamilio DM. Preterm birth in pregnancies complicated by major congenital malformations: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 2008; 199,287,1-8.

Ramacharaka Y. *Hatha Yoga: The Yogi philosophy of physical wellbeing* (1904). Oak Park, IL: The Yogi Publication Society. 2010. <http://www.yogebooks.com/english/atkinson/1904-08hathayoga.pdf> (ET:03.03.2019)

Richter MS, Parkes C, Chaw-Kant J. Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patient. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2007; 36(4),313-8.

Robert L, Goldenberg MD. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol*, 2002; 100(5),1020-37.

Roberts D, Brown J, Medley N, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017; 3,CD004454.

Rocha KKF, Ribeiro AM, Rocha KC, Sousa MB, Albuquerque FS, Ribeiro S, Silva RH. Improvement in physiological and psychological parameters after 6 months of Yoga practice. *Conscious Cogn*, 2012; 21(2),843-50.

Rodrigues PB, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends Psychiatry Psychother*, 2016; 38(3),136-140.

Rogers LK, Velten, M. Maternal inflammation, growth retardation, and preterm birth: Insights into adult cardiovascular disease. *Life Sciences*, 2011; 89(13-14),417-421.

Romero R, Espinoza J, Kusanovic J, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Chaiworapongsa T, Mazor M. The preterm parturition syndrome. *BJOG*, 2006; 113:17-42.

Romero R, Nicolaides KH, Conde-Agudelo A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E, Creasy GW, Hassan SS. Vaginal progesterone decreases preterm birth ≤ 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2016; 48,308–317.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Tocolysis for women in preterm labour: Green-top Guideline No. 18, 2011. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/consultation-documents/preterm-prelabour-rupture-of-membranes-draft-peer-review.pdf> (ET: 15.03.2019)

Roykulcharoen V, Good M. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 48(2):140-8.

Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high- risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2012; 41(3),398-407.

Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*; 2014; 17(3),221-8.

Ruiz RJ, Gennaro S, O'Connor C, Dwivedi A, Gibeau A, Keshinover T, Welsh T. CRH as a predictor of preterm birth in minority women. *Biological Research for Nursing*, 2016; 18(3),316–321.

Rust OA, Roberts WE. Does cerclage prevent preterm birth? *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2005; 32(3),441-56.

Sağlam E, Saruhan N, Çanakçı CF. Hamilelik ve peridontal hastalık. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 4(4),261-267.

Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80(1),39-45.

Sandman CA, Glynn L, Schetter CD, Wadhwa P, Garite T, Chic-DeMet A, Hobel C. Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): Priming the placental clock. *Peptides*, 2006; 27(6):1457-63.

Saraç Sivrikoz T, Yüksel A. Preterm doğumun önlenmesi. Türkiye Klinikleri, 2014; 7(1),33-43.

Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: A qualitative study. BJOG, 2013; 120,637–643.

Sağlık Bakanlığı (SB). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. Ankara 2018. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> (ET: 02.02.2019)

Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema MM, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. PLOS ONE, 2013; 8(2),54992.

Schetter Dunkel C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol, 2011; 62,531-58.

Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Methods of Psychological Research Online, 2003; 8(2),23-74.

Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon SK, Perry G, Ferre MS, Blackmore-Prince C, Yu SM, Rosenberg D. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. Obstet Gynecol, 2000; 96(2),194-200.

Schleußner E. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. Dtsch Arztebl Int, 2013; 110(13),227-35.

Schmatz M, Madan J, Marino T, Davis J. Maternal obesity: the interplay between inflammation, mother and fetus. Journal of Perinatology, 2010; 30,441–446

Schoen CN, Tabbah S, Iams JD, Caughey AB, Berghella V. Why the United States preterm birth rate is declining. Am J Obstet Gynecol, 2015;213(2),175-80.

Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. Am J Obstet Gynecol, 2010; 202(3),232-235.

Seers K, Crichton N, Tutton L, Smith L, Saunders T. Effectiveness of relaxation for postoperative pain and anxiety: Randomized controlled trial, Journal of Advanced Nursing, 2008; 681-688.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery, 2009; 25(2),155-62.

Serçekuş P, Mete M. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. J Adv Nurs, 2010; 66(5),999-1010.

Sfakianaki AK, Norwitz ER. Mechanisms of progesterone action in inhibiting prematurity. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2006; 19(12),763-772.

- Shaikh K, Premji SS, Rose MS, Kazi A, Khowaja S, Tough S. The association between parity, infant gender, higher level of paternal education and preterm birth in Pakistan: A cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2011; 2;11:88.
- Shaikh K, Premji S, Khowaja K, Tough S, Kazi A, Khowaja S. The Relationship between Prenatal Stress, Depression, Cortisol and Preterm Birth: A Review. *Open Journal of Depression*, 2013; 2(3),24-31.
- Shaw RJ, Sweester CJ, St John N, Lilo E, Corcoran JB, Jo B, Howell SH, Benitz WE, Feinstein N, Melnyk B, Horwitz SM. Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: Manual development and evaluation. *Issues Ment Health Nurs*, 2013; 34(8),578-86.
- Shennan A. Cervical cerclage: A review. *Int J Surg*, 2007; 5(3),205-209.
- Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 186,131–159.
- Simmons HA, Goldberg LS. 'High-risk' pregnancy after perinatal loss: Understanding the label. *Midwifery*, 2011; 27(4),452-7.
- Sittner BJ, DeFrain J, Hudson DB. Effects of high-risk pregnancies on families. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2005; 30(2),121-6.
- Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: Retrospective cohort study. *BMJ*, 2003; 327,313,1-6.
- Smith P, Anthony J, Johanson R. Nifedipine in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 2000; 107,299-307.
- Soğukpınar N, Baykal Akmeşe Z, Hadımlı A, Balçık M, Akın B. Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2018; 4(1),37-44.
- Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015; 30(3):CD003581.
- Spong CY. (2007). Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol*, 2007; 110(2Pt1), 405-15.
- Sprague AE, O'Brien B, Newburn-Cook C, Heaman M, Nimrod C. Bed rest and activity restriction for women at risk for preterm birth: A survey of Canadian prenatal care providers. *J Obstet Gynaecol Can*, 2008; 30(4),317-26.
- Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy – do we scare because we care? *Midwifery*, 2003; 19,298-309.

Stan CM, Boulvain M, Pfister R, Hirsbrunner-Almagbaly P. Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013; 11: CD003096.

Stoll K, Fairbrother N, Carty E, Jordan N, Miceli C, Vostreil Y, Willihnganz L. “It's all the rage these days”: university students' attitudes toward vaginal and cesarean birth. *Birth*, 2009; 36(2),133-40.

Stringer M, Gennaro S, Deatrick JA, Founds S. Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2008; 37,196-202.

Sultana M, Jahan N, Sultana N, Quraishi SB, Chowdhury TB. Preterm delivery: Role of zinc. *J Bangladesh Soc Physiol*, 2010; 5(1),27-33.

Şen E, Şirin A. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2013; 19(3),159-163.

Talley L. Stress management in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 2013; 28,43-5.

Tan YS, Yip A. Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Med J*, 2018; 59(4), 170-171.

Taş EE, Üstüner I, Özdemir H, Dikeç A, Avşar AF. Gebe kadınların beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*; 2010; 2(1):7-12.

Tekin GO. Çalışma yaşamında stres kaynakları ve kamu kurumlarında çalışanlar üzerine etkileri: Edirne örneği. *Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2010.

Thornburg P. ‘Waiting’ as experienced by women hospitalized during the antepartum period. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2002; 27(4),245-8.

Topcu Yıldızeli S, Fındık Yıldız U. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Manag Nurs*, 2012; 13(1):11-7.

Tsikouras P, Anastasopoulos G, Maroulis V, Bothou A, Chalkidou A, Deuteraiou D, Anthoulaki X, Tsatsaris G, Bourazan AH, Iatrakis G, Zervoudis S, Galazios G, Inagamova LK, Csorba R, Teichmann AT. Comparative evaluation of arabin pessary and cervical cerclage for the prevention of preterm labor in asymptomatic women with high risk factors. *Int J Environ Res Public Health*, 2018; 18,15(4).

Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. *BMJ*, 2004; 329,675-78.

Turan Ş, Aksoy Poyraz C. Günlük yaşam stresiyle baş etmek için kullanılan psikoterapi yöntemleri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2015, 3,133-140.

Urech C, Fink NS, Hoesli İ, Wilhelm FH, Bitzer J, Alder J. Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 2010; 35,1348-55.

Uyar M, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, 2011; 23(4),139-146.

Valkenburg-van den Berg AW, Sprij AJ, Dekker FW, Dorr PJ, Kanhai HH. Association between colonization with Group B Streptococcus and preterm delivery: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2009; 88,958-67.

Verdenik I, Pajntar M, Leskosšek B. Uterine electrical activity as predictor of preterm birth in women with preterm contractions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2001; 95(2),149-53.

Villar J, Papageorgiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA, Kramer M, Culhane JF, Barros FC, Conde-Agudelo A, Bhutta ZA, Goldenberg RL. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol*, 2012; 206(2),119-23.

Ville Y, Rozenberg P. Predictors of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2018; 52,23-32.

Vink JY, Qin S, Brock CO, Zork NM, Feltovich HM, Chen X, Urie P, Myers KM, Hall TJ, Wapner R, Kitajewski JK, Shawber CJ, Gallos G. A new paradigm for the role of smooth muscle cells in the human cervix. *Am J Obstet Gynecol*, 2016; 215(4), 478.e1e478.e11.

Vogel JP, Nardin JM, Dowswell T, West HM, Oladapo OT. Combination of tocolytic agents for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;7:CD00616.

Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: Issues and considerations. *Clin Perinatol*, 2011; 38(3),351–384.

Wafa R, Al-Omari, Haider B, Enas M. Atosiban and nifedipine in acute tocolysis: A comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2006; 128,129-34.

Wagner P, Sonek J, Heidemeyer M, Schmid M, Abele H, Hoopmann M, Kagan KO. Repeat measurement of cervical length in women with threatened preterm labor. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2016; 76(7): 779–784.

Wang YL, Liou JD, Pan WL. Association between maternal periodontal disease and preterm delivery and low birth weight. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013; 52(1),71-76.

Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev*, 2008; 32(6),1073-86.

Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelman S, Annas CL, Ridley N, Kirle L, Gatsonis C. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: Do patients know something that hospitals do not? *Annals of Internal Medicine*, 2008; 149(2),100-108.

Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *AJOG*, 2010; 202(1):61.e1-7.

World Health Organization (WHO). 2018.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> (ET: 15/01/2019)

World Health Organization (WHO). Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth. 2012 http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf (ET: 21/02/2019)

World Health Organization (WHO). Preterm birth.2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> (E.T. 25.01.2019)

World Health Organization (WHO). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/ (E.T. 25.01.2019)

Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics*, 2011; 127,e622–e629.

Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG*, 2006; 113:135-43.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 9. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2013.

Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003; 14-20.

Yokokawa A, Takasaka T, Shibasaki H, Kasuya Y. The effect of water loading on the urinary ratio of cortisone to cortisol in healthy subjects and a new approach to the evaluation of the ratio as an index for in vivo human 11beta-hydroxysteroid dehydrogenase 2 activity. *Steroids*, 2012; 77:1291–7.

Yoshida S, Martinez J, Lawn JE, Wall S, Souza JP, Rudan I, Cousens S, Aaby P, Adam I, et al. Setting research priorities to improve global newborn health and prevent stillbirths by 2025. *J Global Health*, 2016; 6(1):010508.

Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Hospitalization for women with arrested preterm labor: A randomized trial. *Obstet Gynecol*, 2005; 106(1),14-8.

Younger JD, Reitman E and Gallos G. Tocolysis: Present and future treatment options. *Seminars in Perinatology*, 2017; 41,493-504.

Zeidan ZA, Idris AM, Bhairy NM. Satisfaction among pregnant women towards antenatal care in public and private care clinics in Khartoum. *Khartoum Medical Journal*, 2011; 4(2),590-595.

Zeitlin J, Ancel PY, Larroque B, Kaminski M. Fetal sex and indicated very preterm birth: Results of the EPIPAGE study. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 190,1322-5.



8.EKLER

EK-I EDT TANI VE TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ TANITICI FORMU

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Bilgiler

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) İlkokul mezunu

c) Yüksekokul/Fakülte mezunu

e) Doktora mezunu

b) Ortaöğretim mezunu

d) Yüksek Lisans mezunu

3.Çalışıyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

4. Mesleğiniz nedir?.....

5. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli

b)Bekar

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) İlkokul mezunu

c) Yüksekokul/Fakülte mezunu

e) Doktora mezunu

b) Ortaöğretim mezunu

d) Yüksek Lisans mezunu

7.Eşiniz çalışıyor mu?

a)Evet

b)Hayır

8. Eşinizin mesleği nedir?.....

9. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile

b) Geniş aile

10. Aylık ortalama gelir durumunuz?

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere eşit

c) Gelir giderden fazla

11. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet (Bağ-kur, Sigorta, Emekli Sandığı)

b) Hayır

12. İkamet ettiğiniz yerleşim yeri neresidir?

a) İl

b) İlçe

c) Belde

d) Köy

Tablo 2. EDT Tanı ve Tedavisi Alan Kadınların Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler

- 1.Kaçıncı gebelik haftasındasınız?.....
- 2.Gebelik sayınız kaçtır?.....
- 3.Doğum sayısınız kaçtır?.....
- 4.Çocuk sayınız kaçtır?.....

EK-II YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

- Erken doğum tehdidi sizce nasıl bir durum?/ Doğumun erken başlaması sizce nasıl bir durum?
- Sizce doğumun erkenden başlamasına neden olan nedir?
- Yaşadığınız herhangi bir olayla ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?
-Evet ise bunlar nelerdir?
- Erken doğum tehdidi tanısı konulduktan sonra yaşamınızda neler değişti?
-Bu konudaki duygularınızı paylaşır mısınız?
- Hastanede ki bu süreciniz nasıl geçiyor?
-Bu süreç sizi nasıl etkiliyor?
-Neler düşünüyorsunuz?
- Burada kaldığınız sürede sağlık çalışanlarından, hemşirelerden beklentileriniz neler?

EK-III BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın

Ben Hülya Özberk Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisiyim. Hastanede kaldığınız süre içerisinde deneyim, duygu ve düşüncelerinizi belirlemek amacıyla sizinle bir görüşme yapmak istiyorum. Bu görüşmenin yaklaşık 20-40 dakika arasında sürmesini beklemekteyim. Görüşmeleri ses kayıt cihazı kullanarak kayıt etmem gerekiyor. Bu araştırmanın yapılabilmesi için bulunduğunuz hastaneden de izin alınmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların, erken doğum tehdidi olan kadınların bakımlarına beklentileri, hemşirelik uygulamalarına yön vererek daha iyi bir bakım almalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu araştırmada sizden para talep edilmeyecek ve size para ödenmeyecektir. Masraflar bağlı bulunduğunuz kuruma veya size ödetilmeyecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler DEÜ Etik Komitesi'ne açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve değerlendirilecektir. Çalışma verileri doktora tez yayınlarında ve raporlarda kullanılırken bu yayında kesinlikle isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek kesinlikle size ulaşılmayacaktır.

Ben, ... katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-IV DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



BİRİM/BÖLÜM KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
SAYI: 84081863/ 109
KONU: Tıp Bebek

17.02.2016
İZMİR

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İLGİ: 09.02.2016 tarih ve 134 - 1748 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza istinaden; Araş.Gör.Hülya Özberk'in doktora tezine ilişkin incelemeler yapılmıştır. Gebe ve doğumhane ünitelerinde yürütülmesinde sakınca yoktur. Gereğinin yapılmasını bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Barış ACAR
Kadın Hast. Ve Doğum AD. Bşk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİ. HST.
18.02.2016 15.15 - 2079
HASTANE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜR

EK-V OBSTETRİK DURUM DEĞERLENDİRME İZLEM FORMU

OBSTETRİK DURUM DEĞERLENDİRME FORMU		
	1.gün	2.gün
Kontraksiyon (NST)		
Şiddeti (mmHg)		
Amniyon sıvı Poş açık (PA) Poş kapalı (PK)		
Doğum Haftası Takibi (Gebelik devam etme durumu)		
Ediyor (+) Etmiyor (-)		
Kortizol Ölçümü (Günlük)		
• Uygulama: 08:30 • Uygulama: 15:30		

EK-VI GEBE STRESÖRLERİ BELİRLEME FORMU

EDT Stresörleri Belirleme Formu			
	Evet	Hayır	Sıralama
A. EDT İle İlgili Bilgi Eksikliği/Belirsizlik			
1. EDT nedir?			
2. EDT'ye neler neden olur?			
3. EDT'nin belirtileri nelerdir?			
4. EDT'de tanı nasıl konulur?			
5. EDT nasıl tedavi edilir?			
6. EDT'de hastanede kalma süresi ne kadardır?			
7. EDT'de alınan ilaçların etkileri nelerdir?			
8. EDT'de bebeğin sağlığı nasıl izlenir?			
9. ED'de bebek kuvözde kalır mı?			
10. EDT'de doğum normal yolla mı yoksa sezaryen ile mi olur?			
11. EDT'de taburculuk olur mu, olursa nelere dikkat edilmelidir?			
12. ED olursa bebeğin izlemi nasıl yapılır?			
13. EDT açısından bir sonraki gebelikte nelere dikkat edilmelidir?			
14. ED olursa bebek emzirebilir mi?			
15. ED olursa bebeğin bakımında nelere dikkat edilmelidir?			
16. Diğer.....			
B. EDT İle Baş Etme			
1. Stres nasıl azaltılır?			
3. EDT sürecinde sosyal destek/desteklerle aramızdaki ilişki nasıl olmalıdır?			
4. Hastane ortamına nasıl uyum sağlanır?			
5. Sağlık çalışanları ile ilgili beklentiler nelerdir?			
6. Beslenmede nelere dikkat edilmelidir?			
8. Hastanede hijyen nasıl sağlanır?			
9. Diğer.....			

EK-VII SÜREKLİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Spielberger Sürekli Anksiyete Ölçeği

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger Durumluk Anksiyete Ölçeği

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-VIII EDT BİLGİ FORMU

(Her soru için birden fazla seçenek işaretlenebilir. Formdan alınacak en az sıfır puan, en fazla 40 puandır)

1. Erken doğum tehdidi nedir?
 - a) Ağrıların 37.haftadan önce başlaması
 - b) Rahim ağzının 37.haftadan önce açılması
 - c) Suyun 37.haftadan önce gelmesi
 - d) Kanamanın başlaması
2. Erken doğum tehdidine ne neden olur?
 - a) Enfeksiyon
 - b) Stres
 - c) Çoğul gebelik
 - d) Bebek ve annedeki hastalıklar
3. Erken doğum tehdidinin belirtileri nelerdir?
 - a) Belde ve kasıklarda adet sancısına benzer ağrılar hissedilir
 - b) Herhangi bir ağrı hissedilmeyebilir
 - c) Akıntı miktarı artabilir
 - d) Karında sertleşme olabilir
4. Erken doğum tehdidinde tanı nasıl konulur?
 - a) Ultrason
 - b) Vajinal muayene
 - c) NST
 - d) Su gelişinin varlığı
5. Erken doğum tehdidi nasıl tedavi edilir?
 - a) İlaçlarla
 - b) Serumlarla
 - c) Yatak istirahati ile
 - d) Bol sıvı alma
6. Erken doğum tehdidi belirtileri olduğunda ne yapmak gerekir?
 - a) İstirahat etme
 - b) Sol yan tarafa yatma
 - c) 2-3 bardak sıvı içme
 - d) 1 saat içinde geçmezse doktora gitme
7. Erken doğum tehdidinde bebeğin sağlığı için yapılması gereken nedir?
 - a) Bebek mümkün olduğunca anne karnında kalır
 - b) Bebek doğunca gerekirse kuvöze konulur
 - c) Bebeğin akciğer gelişimi için anneye ilaç yapılır
 - d) Bebeğin kalp sesleri izlenir

8. Erken doğum tehdidinde doğum gerçekleştiğinde bebeğin sağlık durumu nasıl olur?
- a) Bebek için hayati risk olabilir
 - b) Bebeğin organları tam olabilir
 - c) Bebeğin yaşama şansı vardır
9. Erken doğum tehdidini önlemek için neler yapılmalı?
- a) Yeterli/bol sıvı alma
 - b) Enfeksiyonlardan korunma
 - c) İyi beslenme
 - d) Stresten uzak durma
 - e) Ağır egzersiz/çalışma vb. yapmama
10. Erken doğum tehdidi tedavisinden sonra taburcu olduğunda, gebeliğin devamı için nelere dikkat edilmelidir?
- a) Vajinal duş yapılmamalı
 - b) Bebeğin günlük hareketleri sayılmalı
 - c) Hijyen davranışları devam ettirilmeli
 - d) Erken doğum tehdidi belirtilerine dikkat edilmeli

EK-IX GEBE İZLEM FORMU

Günlük Gebe Uyku ve Sıvı Alımı İzlem Formu		
<u>Saat</u>	<u>Uyku saati</u>	<u>Sıvı miktarı</u>
01:00		
02:00		
03:00		
04:00		
05:00		
06:00		
07:00		
08:00	ARAŞTIRMACI HEMŞİRE TARAFINDAN İZLENMİŞTİR.	
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

EK-X BAKIMDAN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME FORMU

VAS Memnuniyet Formu

Memnuniyet değerlendirme sorusu:

‘Size verilen hemşirelik bakımını nasıl değerlendirirsiniz? Buna 0'dan-10'a kadar bir puan verir misiniz?’

1 10

Hiç memnun değilim Çok memnunum

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-XI PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PKDÖ)

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin. (Doğuma Hazır Oluş” ve “Doğum Korkusu” alt ölçekleri)

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
2. Ağrı ile baş edebilirim.				
3. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
4. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
5. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
6. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
7. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
8. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
9. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
10. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
11. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
12. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
13. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				
14. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
15. Doğum zamanı geldiğinde, ağrılı olsa bile tüm gücümle ıkmabilirim.				
16. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
17. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
18. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
19. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
20. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				

EK-XII DOĞUM HAFTASI TAKİP FORMU

Doğum Haftası Takip Formu										
Hafta (hf)			Gün						Doğum yapma durumu	
hf	Evet	Hayır	1	2	3	4	5	6	Evet	Hayır
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										
32.										
33.										
34.										
35.										
36.										
37.										
38.										
39.										
40.										

EK-XIII BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın

Ben Hülya Özberk Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisiyim. Bu araştırmayı hastanede kaldığınız süre içerisinde size vereceğim hemşirelik bakımının stresinize, durumunuza uyumunuza, kasılmanızın olup olmadığına, gerginlik durumunda artan hormonlarınıza, bilgi gereksiniminize ve doğum haftanıza etkisini incelemek amacıyla yapacağım. Araştırmaya dahil olmanız durumunda; gebeliğinizin gidişatını izleyip not edeceğim ve sizden hastanede bulunduğunuz birinci ve ikinci günlerde iki kez tükürük örneği alacağım. Ayrıca size değerlendirme formları uygulayacağım. Bu formları araştırmanın başlangıcında ve hastanede bulunduğunuz sürede belirli aralıklarla dolduracağım. Bu araştırmanın yapılabilmesi için bulunduğunuz hastaneden de izin alınmıştır. Masraflar bağlı bulunduğunuz kuruma veya size ödetilmeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler DEÜ Etik Komitesi'ne açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve değerlendirilecektir. Çalışma verileri doktora tez yayınlarında ve raporlarda kullanılırken bu yayında kesinlikle isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek kesinlikle size ulaşılmayacaktır.

Ben, ... katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-XIV TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZNİ



Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ KUZEV BÖLGE Sİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZEV
BÖLGE Sİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ
23.05.2017 15:29 - 93796732 - 604.02 - B.2555
2804174219

Sayı : 93796732/604.02
Konu : Hülya ÖZBERK' in Doktora Tezi
Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi Hülya ÖZBERK' in Emekli Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Samiye METE' nin danışmalığında "**Erken Doğum Tehdidinde Hemşirelik Bakımının Stres, Prenatal Uyum, Kontraksiyon, Kortizol ve Doğum Haftasına Etkisi**" konulu Doktora Tezi araştırmasını **Haziran 2017- Haziran 2018** tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı S.B.Ü. Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniklerinde uygulamak istemektedir. Çalışma Araştırma / Tez Başvuru Komisyonu tarafından incelenerek uygun bulunmuş olup;

Tensiplerinize arz ederim.

OLUR

.../.../2017

Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter

Sömer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Faks No:02322469084

e-Posta:derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Tel:4443501-1204 Fax:2469084

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02324443501

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5568685e-1f45-481f-a5b2-5b2d45ef9c72 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-XV ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/08-35	Tarih:24.03.2016				
	Prof.Dr.Samiye METE'nin sorumlusu olduğu "Erken Doğum Tehdidinde Hemşirelik Bakımının Stres, Prenatal Uyum, Kontraksiyon, Kortizol ve Doğum Haftasına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinc ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-XVI ÖZGEÇMİŞ



HÜLYA ÖZBERK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	20039528986
Doğum Tarihi	25/09/1988
İletişim Adresi	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YERLEŞKESİ İNCİRALTI/İZMİR
Telafon	(232) 412 47 51
E-posta	hulya.ozberk@ideu.edu.tr
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Mart 2015 - Şu Anda (4 yıl 2 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
(DR)

01 Eylül 2012 - 14 Ocak 2015 (2 yıl 5 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
(YL) (TEZLİ)
Tez Başlığı: 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Vajinal Akıntıyı Algılama Durumu Ve Vajinal
Akıntıya Yönelik Geleneksel Uygulamalar
Tez Konusu: Kadın Hastalıkları-jinekoloji
Tarih: 05 Ocak 2015
null

01 Eylül 2007 - 03 Haziran 2011 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ,
TÜRKİYE
KAHRAMANMARAŞ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mart 2015 - Şu Anda (4 yıl 2 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

01 Şubat 2013 - 01 Şubat 2015 (2 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Malakalar

S. ZEYNELOĞLU, S. KISA, H. ÖZBERK & A. BADEM, Predictors And Measurement Of Satisfaction With Postpartumcare In A Government Hospital, Nursing and Health Sciences, 2017, 1442-2018, 19, 2, 1987203.

S. METE, B. BAHITLI & H. ÖZBERK, Serviks Kanseri Tanısı Alan Kadının Cinselliğe İlişkin Hemşirelik Bakımı, Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing, 2017, 2149-598X, 3, 1, 50-55.

S. DÖNMEZ, S. KISA & H. ÖZBERK, Investigation Of Fear Of Childbirth, Attitude And State Anxiety Among Primigravid Women, Kamlar-Raj, 2016, 0973-5070, 10, 4, 489-497.

Bildiriler

H. ÖZBERK & S. METE, Erken Doğum Tehdidi Tanısı İle Klinikte Yatan Kadınların Stratejileri, Sözlü Sunum, 3. Uluslararası Kuru Gebelik, Lohusalık Ve Doğum Kongresi, 14 Şubat 2019, 17 Şubat 2019.

H. OKUMUŞ, M. ALUŞ TOKAT, D. BİLGİÇ, H. YAĞCAN, S. FATA, H. ÖZBERK, B. GÜLER & N. N. AYPAR, Doğuma Hazırlık Sınıf Eğitiminin Gebelerin Doğum Tutumları Üzerine Etkisi, Sözlü Sunum, 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Eğiticiliği Kongresi, 18 Ekim 2018, 21 Ekim 2018.

H. ÖZBERK & S. METE, Erken Doğum Tehdidi Tanısı İle Klinikte Yatan Kadınların Deneyim, Duygu Ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Sözlü Sunum, I. Uluslararası Ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23 Mart 2018, 24 Mart 2018.

H. ÖZBERK & Ö. ÇİÇEK, Erken Membran Ruptürüne Bağlı Komplikasyonların Önlenmesinde Havuç Suyu Etkili Olabilir Mi?, Poster Sunumu, I. Uluslararası Ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23 Mart 2018, 24 Mart 2018.

S. METE, S. FATA & H. ÖZBERK, Riskli Ve Riskli Olmayan Gebelerde Stres Düzeyinin Karşılaştırılması, Sözlü Sunum, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran 2017, 01 Temmuz 2017.

H. OKUMUŞ, M. ALUŞ TOKAT, Ö. ÇİÇEK, S. FATA, H. ÖZBERK, D. BİLGİÇ, H. DAĞ & M. I. KÜLAHÇIOĞLU, Vajinal Doğum Oranlarını Artırmak İçin Multidisipliner Eylem Planı Bir Üniversite Hastanesi Örneği, Sözlü Sunum, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran 2017, 01 Temmuz 2017.

M. TIRAŞ, M. A. TOKAT, H. ÖZBERK, S. SAVRAN & B. ERENBİLGE, Hemşirelik Bakımında Kavram Haritası Kullanımına Dayalı: Fatal Perfüzyonda Bozulma Tanısına Yönelik Hemşirelik Girişimleri, Poster Sunumu, Önder Uluslararası İv. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, 13 Nisan 2017, 16 Nisan 2017.

H. ÖZBERK, ERKEN DOĞUMU ÖNLEMEDE STRESİ AZALTMAIYI AMAÇLAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ETKİLİ OLABİLİR Mİ?, Poster Sunumu, 2. EGE GEBELİK VE DOĞUM KONGRESİ, 04 Mayıs 2016, 04 Mayıs 2016.

H. ÖZBERK, TÜRKİYE'DE ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE TEDAVİ YAKLAŞIMI, Poster Sunumu, 2. EGE GEBELİK VE DOĞUM KONGRESİ, 04 Mayıs 2016, 04 Mayıs 2016.

H. ÖZBERK, TÜRKİYE'DE PRİMİPAR GEBELERİN DOĞUMA İLİŞKİN TUTUM VE KAYGI DURUMLARININ İNCELENMESİ, Sözlü Sunum, II. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ VE EĞİTİCİLİĞİ KONGRESİ, 05 Kasım 2015, 05 Kasım 2015.

H. ÖZBERK, İZMİR İLİNDE ÇİFTLER DOĞUMA HAZIRLIK SINIFI EĞİTİMİ DUYURULARINA WEB ORTAMINDA ULAŞABİLİYOR MU, NELERLE KARŞILAŞIYOR?, Sözlü Sunum, II. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ VE EĞİTİCİLİĞİ KONGRESİ, 05 Kasım 2015, 05 Kasım 2015.

H. ÖZBERK, 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA VAJİNAL AKINTIYI ALGILAMA DURUMU VE VAJİNAL AKINTIYA YÖNELİK GELENEKSEL UYGULAMALAR, Poster Sunumu, I. ULUSAL KADIN HASTALIKLARI VE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI KONGRESİ, 18 Aralık 2014, 18 Aralık 2014.

Projeler

KURUMSAL (BAP V.B.), ARAŞTIRMACI, Erken Doğum Tehdidinde Hemşirelik Bakımının Stres, Prenatal Uyum, Kontraksiyon, Kortizol Ve Doğum Haftasına Etkisi, Yürütülen Kuruluş: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Sistemde kayıtlı olmayan kuruluş), Destek Alınan Kuruluş: Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) (Sistemde kayıtlı olmayan kuruluş) (Yurt İçi) (Devam ediyor) -

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0



EK-XVII TEZ İLE İLİŞKİLİ YAYINLAR

1- Investigation of Fear of Childbirth, Attitude and State Anxiety among Primigravid Women



Studies on Ethno-Medicine



ISSN: 0973-5070 (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/rsen20>

Investigation of Fear of Childbirth, Attitude and State Anxiety among Primigravid Women

Sevgül Dönmez, Sezer Kisa & Hülya Özberk

To cite this article: Sevgül Dönmez, Sezer Kisa & Hülya Özberk (2016) Investigation of Fear of Childbirth, Attitude and State Anxiety among Primigravid Women, Studies on Ethno-Medicine, 10:4, 488-497, DOI: [10.1080/09735070.2016.11905522](https://doi.org/10.1080/09735070.2016.11905522)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/09735070.2016.11905522>



Published online: 02 Oct 2017.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 19



View Crossmark data [↗](#)

Investigation of Fear of Childbirth, Attitude and State Anxiety among Primigravid Women

Sevgül Dönmez^{1*}, Sezer Kisa² and Hülya Özberk³

^{1*}Gaziantep University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Gaziantep, Turkey
Telephone: +90 342 3606060; E-mail: donmezsevgul@gmail.com

²Independent Researcher Nursing, Oslo-Norway
E-mail: sezerkisa@hotmail.com

Telephone: +903423606060; E-mail: sezer@gaazi.edu.tr
³Dokuz Eylül University, Faculty of Nursing, İzmir, Turkey
Telephone: +90 342 3606060; E-mail: hulyaozberk1@gmail.com

KEYWORDS Anxiety. Birth. Fear. Nursing. Pregnancy

ABSTRACT This paper was done as a descriptive to determine the fear and anxiety of 509 primigravid women related to birth. The data was collected from government hospital in Gaziantep. A Survey Form, Birth Attitude Scale and Spielberger State Anxiety Inventory were used as the data collection tools. The average total score they received from birth attitudes scale was found to be 39.90±11.36. When pregnant women's status of fear was examined according to the fear birth attitude scale, majority of pregnant women had fear about birth due to the possibility of injury to their infant during birth, many of them stated fear about having painful contractions and had fear about delivery. The mean anxiety score was 43.89±8.04, majority of the pregnant women had high state anxiety. It was found that the majority of pregnant women suffer from a high state anxiety and there was a relationship between state anxiety and fear of birth.

INTRODUCTION

Pregnancy is a period in life where there are physical and psychological changes, with a high risk of exposure to factors which cause anxiety, stress and morbidity and mortality for both mother and baby (Dönmez et al. 2014; Takegata et al. 2014; Ibrahim et al. 2014; Gert et al. 2016; Koss et al. 2016). This period can also create a crisis that requires compliance difficulties to adapt to new roles (Gözüyesil et al. 2008). These concerns and compliance issues encountered related to pregnancy and childbirth when combined with such a negative attitude to create a heavy burden on pregnant women and family. In the literature, it was determined that one in five women suffer from moderate fear of birth and after the 28th week of pregnancy, the fear of childbirth increase the state and trait anxiety (Poikkeus et al. 2006; Alipour et al. 2011; Hildingsson 2014; Gao et al. 2015;

Hamama-Raz et al. 2016). The factors affecting the state anxiety in pregnancy included pain during childbirth, negative thoughts about babies and their health, infant care concerns (Hall et al. 2009; Arslan et al. 2011), economic status, family relationships, mandatory cesarean delivery, death, episiotomy, feeling helpless at birth, mistrusting staff about birth, the idea of losing control at birth, attitudes and beliefs about birth, such as staying alone at birth (Sahin et al. 2009; Duran and Atan 2011; Haines et al. 2012; Lukasse et al. 2014; Raisanen et al. 2014; Gao et al. 2015). In the literature, it is reported that primigravid women experience more anxiety and fear of birth than multigravid women (Rouhe et al. 2009; Tekgöz et al. 2009).

Some levels of fear and anxiety about childbirth are expected especially for primigravid women. However, problems arise when these feelings negatively impact pregnant woman's decisions and attitudes about childbirth. In the literature it is indicated that anxiety in the prenatal period increases postnatal depression which adversely affects maternal and child health during pregnancy, at birth and postnatal period (Fairbrother and Woody 2007; Skouteris et al. 2009; Coelho et al. 2011; Alipour et al. 2012; Gosselin

*Address for correspondence:

Sevgül Dönmez
Gaziantep University, Faculty of Health Sciences,
Gynecology and Obstetrics Nursing Department,
Gaziantep, Turkey
Telephone: +90 506 684 02 70
Fax: +90 03423608795
E-mail: donmezsevgul@gmail.com

et al. 2016). Fear and attitudes related to pregnancy and childbirth are seen as the most important reason for the increase in the rate of cesarean section which is considered to be a serious problem in terms of burden to the national economy and mother and baby's health in developed and developing countries (Sahin et al. 2009; Nieminen et al. 2009; Gourounti et al. 2015). Besides, they are among the risk factors which would increase the risk of severe affective disorders in the postpartum period (Haines et al. 2012; Salomonsson et al. 2013; Lobel et al. 2008; Maliszewska et al. 2016). Therefore, determination of women's attitudes and beliefs about childbirth and fulfilling their needs have become a major focus of the policies related to international maternal health during pregnancy. Healthcare professionals are not competent enough in the assessment of the women's fear and anxiety about birth and may ignore the pregnant women's fear because they think that the infant's and mother's health-related problems during pregnancy and birth are of priority (Plested and Kirkham 2016).

However, it is thought that determination of women's attitudes and beliefs about childbirth and timely consultation and intervention on the concerns will help pregnant women to cope with fear and anxiety which would have positive contributions on childbirth. Therefore, determination of women's attitudes and beliefs about childbirth and fulfilling their needs, have become a major focus of the policies related to international maternal health during pregnancy.

Objective of the Study

This study was primarily aimed to determine the attitudes, fear and state anxiety of primigravida women related to birth. Research questions are:

1. Is there a relationship between the childbirth fear score of women and some demographic data?
2. Is there a relationship between state anxiety score of women and some demographic data?
3. Is there a relationship between state anxiety and childbirth fear score of women?

MATERIAL AND METHODS

This study was done as a descriptive to determine the attitudes, fear and anxiety of primi-

gravida women related to birth. Five hundred and nine primigravida pregnant women between 28 and 38 gestational weeks who were admitted to the Obstetrics Clinic for the Women's Hospital in Gaziantep, which is a state hospital, selected by random sampling method were included in the study. The data was collected between February 2015 and June 2015. This hospital is the largest women's hospital in the region, which has 188 bed capacity. It delivers a full range of secondary care services (inpatient and outpatient). The hospital is particularly focused on the health care of women and infants. The obstetrics clinic accepts 40 to 60 women per day. The inclusion criteria for the study were being primigravida, gestational age between 28-38 weeks (third trimester) and the lack of high-risk pregnancy. A Survey Form, Birth Attitude Scale and Spielberger State Anxiety Inventory were used as the data collection tools. After explaining the aim of the study, the sampled women were asked to fill out the Survey Form, Birth Attitude Scale and Spielberger State Anxiety Inventory. The implementation of the data collection tools took about 15-20 minutes for each participant.

Survey Form

The survey form that was developed by the researchers included nine questions related to socio-demographic information such as age, educational level, employment status etc., and information about childbirth (Poikkeus et al. 2006; Sahin et al. 2009; Alipour et al. 2011; Dönmez et al. 2014).

Childbirth Attitudes Questionnaire-CAQ

Childbirth Attitudes Questionnaire was developed by Lowe (2000) and still continues to be a widely used tool to measure fear of birth (Lowe 2000). The validity and reliability of the Turkish version was tested by Dönmez et al. in 2014. The childbirth attitudes questionnaire (CAQ) consisted of 14 Likert-type items, scored on a 4-point scale, ranging from never (1) to very often (4), therefore, the scores ranged from 14 to 64. High scores indicated high fear and the scores of over 28 were considered as fear of childbirth. Cronbach's alpha coefficient was .83, Cronbach's alpha coefficient for the Turkish version was 0.82 (1, 22). Cronbach alpha internal consistency coefficient was found to be 0.89 in this study.

Spielberger State Anxiety Inventory

The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory is a well-known 40-item instrument which was developed by Spielberg et al. in 1964 to measure state and trait anxiety based on a person's answers. State of anxiety that evaluates the intensity of current feelings was measured by using the 20-item on the scale. All items are rated on a 4-point scale (1 = not at all, 2 = somewhat, 3 = moderately so, 4 = very much so). Scores range from 20 to 80, with higher scores correlating with greater anxiety. Lower than 36 indicate no anxiety, 37-42 indicate a mild form of anxiety whereas high scores (over 42) indicate a severe form of anxiety (23). The validity and reliability of the Turkish version were adapted by Öner and Le Compte in 1983 (Öner and Lecompte 1983). It is a kind of self-evaluation scale consisting of short words. Cronbach alpha internal consistency coefficient was found to be 0.90 in this study.

The study was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Permissions required to conduct the research were obtained from the hospital management. This study was approved by Gaziantep University Research Ethical Committee (Protocol no. 425). Verbal and written permission were collected from the participants by explaining women not to write any personal identification information on the questionnaire and participate in the study was voluntary. A permission to use the scale was also obtained.

The data were input in the Statistical Package for Social Sciences (version 22) for analysis. To determine the normality of the continuous variables Shapiro Wilk test was applied and found that data doesn't follow the normal distribution. Current state of anxiety and fear of birth was evaluated as independent measures. The mean, percentage numbers, correlation, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test was used to evaluate data. Findings were reported to be significant at a level less than 05.

RESULTS

In the study, 36.7 percent of pregnant women were between 24-29 years of age, 52.5 percent of primary school graduates, 89 percent of them were unemployed, 53 percent of them stated that their income was equivalent to their ex-

penses, 80.2 percent of them were willing to conceive, 66.6 percent had chosen to give vaginal birth, 77.6 percent had regular prenatal visits during pregnancy. The characteristics related to pregnant women are shown in Table 1. The mean age of the women was 25.65 ± 4.89 (min = 18, max = 35) and the mean of the women's pregnancy week was 33.81 ± 3.39 (min = 28, max = 38).

Table 1: Distribution of socio-demographic and obstetrics characteristics of the pregnant women (n = 509)

Variables	N	%
Age		
18-23 years	187	36.7
24-29 years	187	36.7
30-35 years	135	26.6
Educational Status		
Elementary school	267	52.5
Secondary school	127	25.0
High School	79	15.5
University or higher degree	36	7.0
Occupation		
Employee	19	3.7
Government worker	24	4.7
Private	13	2.6
Unemployed	453	89.0
Income Level		
Income less than expenses	215	42.2
Income equivalent to expenses	270	53.0
Income higher than expenses	24	4.8
Status of Pregnancy Intention		
Yes	408	80.2
No	101	19.8
Preferred Mode of Delivery		
Vaginal birth	339	66.6
Cesarean birth	170	33.4
Status of Having Regular Prenatal Visits		
Yes	395	77.6
No	114	22.4
Status of Having Information about Childbirth		
Yes	319	62.7
No	190	37.3

Mean score of fear of childbirth was found to be 39.90 ± 11.36 (min = 16, max = 64) and the mean anxiety score was 43.89 ± 8.04 (min = 20, max = 68). Fifty-seven percent of pregnant women had high state anxiety, 27.3 percent suffered from mild anxiety while 15.5 percent suffered no trait anxiety. The result of Pearson correlation analysis showed a positive, weak and statistically significant relationship between the average total score of birth attitude and state anxiety of primigravid women ($r = .211, p = 0.001$).

When birth attitude mean scores were examined according to some characteristics of the

participants; highest score of birth attitudes scale was found to be pregnant women who were between 18-23 years of age (40.79 ± 11.31), high school graduates (41.60 ± 11.25), government worker (42.54 ± 11.72), income less than expenses (40.19 ± 11.08), not willing to conceive (41.08 ± 10.34), chosen to give vaginal birth (41.39 ± 11.45), not regular prenatal visits (42.59 ± 10.42) and not having information about childbirth (41.13 ± 11.36). There was no statistically significant difference between the mean scores birth fear and women's age ($KW = 2.550$, $p = 0.279$), educational level ($KW = 2.701$, $p = 0.440$), em-

ployment status ($KW = 4.620$, $p = 0.202$), income levels ($KW = 1.650$, $p = 0.438$) and status of pregnancy intention ($U = 1.910$, $p = 0.256$). The mean scores of Childbirth Attitude Scale according to the method of delivery ($U = 2.192$, $p = 0.000$), status of having regular prenatal visits during pregnancy ($U = 1.857$, $p = 0.004$) and status of having information about childbirth ($U = 2.684$, $p = 0.031$) were found to be statistically significant. The characteristics related to birth attitude mean scores are shown in Table 2.

When state anxiety mean scores were examined according to some characteristics of the

Table 2: Comparison of birth attitude and state anxiety mean scores according to some variables (n = 509)

Variables	Birth attitude		State anxiety	
	Mean $\pm$ SD	Min - Max	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Age				
18-23 years	40.79 ± 11.31	16-64	45.09 ± 8.85	20-68
24-29 years	38.90 ± 11.75	16-64	42.83 ± 6.93	20-55
30-35 years	40.05 ± 10.85	16-61	43.74 ± 8.15	20-63
	$KW = 2.550$ $p = 0.279$		$KW = 6.684$ $p = 0.035^*$	
Educational Status				
Elementary school	39.40 ± 11.22	16-64	43.25 ± 7.72	20-61
Secondary school	40.13 ± 11.58	16-64	44.37 ± 8.75	20-68
High School	41.60 ± 11.25	16-64	44.59 ± 8.04	20-67
University or higher degree	38.80 ± 11.87	16-60	45.44 ± 7.62	33-63
	$KW = 2.701$ $p = 0.440$		$KW = 2.596$ $p = 0.458$	
Occupation				
Employee	40.68 ± 12.14	16-62	42.63 ± 6.73	31-53
Government worker	42.54 ± 11.72	16-61	45.41 ± 9.25	20-63
Private	35.30 ± 8.87	23-53	45.53 ± 8.88	33-63
Not working	39.86 ± 11.36	16-64	43.82 ± 8.01	20-68
	$KW = 4.620$ $p = 0.202$		$KW = 1.156$ $p = 0.764$	
Income Level				
Income less than expenses	40.19 ± 11.08	16-64	42.88 ± 8.14	20-65
Income equivalent to expenses	39.94 ± 11.60	16-64	44.37 ± 7.75	20-68
Income higher than expenses	36.79 ± 11.25	16-60	47.62 ± 9.04	33-63
	$KW = 1.650$ $p = 0.438$		$KW = 7.805$ $p = 0.020^*$	
Status of Pregnancy Intention				
Yes	39.60 ± 11.59	16-64	44.10 ± 8.31	20-68
No	41.08 ± 10.34	16-64	43.05 ± 6.84	20-57
	$U = 1.910$ $p = 0.256$		$U = 18514.00$ $p = 0.114$	
Preferred Mode of Delivery				
Vaginal birth	41.39 ± 11.45	16-64	44.22 ± 8.02	20-67
Cesarean Birth	36.92 ± 10.61	16-62	43.25 ± 8.06	20-68
	$U = 2.192$ $p = 0.000^*$		$U = 26353.00$ $p = 0.115$	
Status of Having Regular Prenatal Visits				
Yes	39.12 ± 11.52	16-64	43.70 ± 8.01	20-68
No	42.59 ± 10.42	16-64	44.55 ± 8.16	20-67
	$U = 1.857$ $p = 0.004^*$		$U = 21102.00$ $p = 0.307$	
Status of Having Information About Childbirth				
Yes	39.16 ± 11.32	16-64	44.20 ± 8.37	20-68
No	41.13 ± 11.36	16-64	43.38 ± 7.44	20-63
	$U = 2.684$ $p = 0.031^*$		$U = 28229.50$ $p = 0.196$	

* $p < 0.05$

participants; highest score of state anxiety scale was found to be pregnant women who were between 18-23 years of age (45.09 ± 8.85), university or higher degree school graduates (45.44 ± 7.62), private worker (45.53 ± 8.88), income higher than expenses (47.62 ± 9.04), willing to conceive (44.10 ± 8.31), chosen to give vaginal birth (44.22 ± 8.02), not regular prenatal visits (44.55 ± 8.16) and having information about childbirth (44.20 ± 8.37). there was no statistically significant difference between the mean scores of state anxiety and educational level ($KW = 2.596$, $p = 0.458$), occupation ($KW = 1.156$, $p = 0.764$), status of wanted pregnancy ($U = 18514.0$, $p = 0.114$), the preferred method of delivery ($U = 26353.0$, $p = 0.115$) status of having regular prenatal visits during pregnancy ($U = 21102.0$, $p = 0.307$), and status of having information about childbirth ($U = 28229.5$, $p = 0.196$). The mean scores of state anxiety according to age ($KW = 6.684$, $p = 0.035$) and income level ($KW = 7.805$, $p = 0.020$) was found to be significant (Table 2). A statistically significant difference was found between 18-23 and 24-29 age group ($p = 0.010$) while there was no statistically significant difference between 18-23 and 30-35 age group ($p = 0.273$), 24-29 and 30-35 age groups ($p = 0.204$). A statistically significant difference was found between women with income less than expenses and income equivalent to expenses group and women with income less than expenses and income higher than expenses group ($p = 0.035$) The character-

istics related to state anxiety mean scores are shown in Table 2.

When pregnant women's status of fear was examined, 87 percent of pregnant women had fear about birth due to possibility of injury to their infant during birth, 83.7 percent of them stated fear of something being wrong with the baby, 77.2 percent stated fear about having painful contractions, 76.2 percent had fear about delivery, 74.9 percent of them stated fear of not getting the kind of care that they want, 74.3 percent of them had difficulty relaxing when thinking of the coming birth, 73.1 percent of them stated fear of being torn with the birth of the baby, 71.7 percent of them stated fear of being left alone during labor, 70.9 percent of them stated fear of losing control of themselves at the delivery, 70.5 percent of them had rate their anxiety about childbirth, 68.8 percent of them stated fear of having to have a Cesarean section, 68.6 percent of them stated fear of bleeding too much during the delivery, 64.6 percent of them stated fear of painful injections and fear that they will not be able to help during the delivery, 50.5 percent of them stated fear of the hospital environment and 28.1 percent of them had nightmares about the delivery. The distribution related to pregnant women's statements of fear are shown in Table 3.

Also, as shown in Table 4, Univariate analysis of the variables significantly associated with birth attitude scores was included in the regres-

Table 3: Distribution of fear of childbirth according to childbirth attitudes questionnaire

S. No.	Distribution of fear of childbirth	Yes		No	
		n	%	n	%
1.	I have fear of losing control of myself at the delivery.	361	70.9	148	29.1
2.	I am really afraid of giving birth.	388	76.2	121	23.8
3.	I have nightmares about the delivery.	143	28.1	366	71.9
4.	I have fear of bleeding too much during the delivery.	349	68.6	160	31.4
5.	I have fear I will not be able to help during the delivery.	329	64.6	180	35.4
6.	I have fear of something being wrong with the baby.	426	83.7	83	16.3
7.	I have fear of painful injections.	329	64.6	180	35.4
8.	I have fear of being left alone during labor.	365	71.7	144	28.3
9.	I have fear of having to have a Cesarean section.	350	68.8	159	31.2
10.	I have fear of being torn with the birth of the baby	372	73.1	137	26.9
11.	I have fear of the baby being injured during the delivery.	443	87.0	66	13.0
12.	I have fear of painful labor contractions.	393	77.2	116	22.8
13.	I have difficulty relaxing when thinking of the coming birth.	378	74.3	131	25.7
14.	I have fear of the hospital environment.	257	50.5	252	49.5
15.	I have fear of not getting the kind of care that I want.	381	74.9	128	25.1
16.	Overall, I would rate my anxiety about childbirth as 1 (no anxiety), 2 (low anxiety), 3 (moderate anxiety), or 4 (high anxiety).	359	70.5	150	29.5

Table 4: Regression analyze of birth attitude mean scores

<i>Model</i>		<i>Unstandardized coefficients</i>		<i>Standardized coefficients</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
		<i>B</i>	<i>Std. error</i>	<i>Beta</i>		
1	(Constant)	29.360	3.321		8.840	0.001
	Birth attitude mean score	.276	.060	.196	4.595	0.001
	Mode of delivery	-4.292	1.024	-.178	-4.190	0.001
	Regular prenatal visits	3.381	1.158	.124	2.920	0.004

sion analysis ($R^2 = 0.090$). According to multiple linear regression analysis, the birth attitude score was inversely correlated with mode of delivery with standardized beta coefficients of -0.178 ($p = 0.001$) and was correlated with regular prenatal visits with standardized beta coefficients of 0.124 ($p = 0.004$).

In addition, as shown in Table 5, Univariate analysis of the variables significantly associated with state anxiety scores were included in the regression analysis ($R^2 = 0.065$). According to multiple linear regression analysis, the state anxiety mean score was correlated with income level with standardized beta coefficients of 0.136 ($p = 0.002$), while age was not correlated with standardized beta coefficients of -0.059 ($p = 0.171$).

DISCUSSION

This study was done to determine the attitudes, fear and anxiety of primigravid women related to birth. In this study, the majority of the pregnant women were between 18-29 years old, were not working and more than half had elementary school education. According to Turkish Demographic Health Survey, the highest age-specific fertility rates are found between the 25-29 age groups (Wendy et al. 2009; TDHS 2013; Benediktson et al. 2013).

In the present study, majority of the pregnant women had high anxiety. A study with 14 measurements of maternal emotions during pregnancy show modest effects of prenatal emotions

during the third pregnancy trimester, particularly in the weeks close to delivery, on gestational length (Pesonen et al. 2016). Another study performed by George et al. indicated that 18.5 percent of pregnant women presented severe anxiety symptoms while 24.5 percent presented moderate anxiety symptoms and 59.3 percent of the women who were anxious at the prenatal phase remained anxious after birth (George et al. 2013). Another study of 160 pregnant women at 28-30 gestational week found that more than half of women had state anxiety (Alipour et al. 2011). Kaplan et al. (2007) found that the state anxiety level was higher in the prenatal period compared to postpartum period (Kaplan and Bahar 2007; Gosselin et al. 2016). In another study, antenatal anxiety was found 14 percent and postnatal anxiety was found percent (Henderson and Redshaw 2013). In the literature it is indicated that anxiety in the prenatal period increases postnatal depression which adversely affects maternal and child health during pregnancy, at birth and postnatal period (Fairbrother and Woody 2007; Skouteris et al. 2009; Coelho et al. 2011; Alipour 2012). Therefore, it is important to identify pregnant women's level of anxiety in the perinatal period and take necessary steps to reduce the anxiety.

This study also found that younger age increases the state anxiety. Research result was consistent with the literature. Studies indicated that women smaller in age had increased state anxiety (Sahin et al. 2009; Tsuchiya et al. 2015).

Table 5: Regression analyze of state anxiety mean scores

<i>Model</i>		<i>Unstandardized coefficients</i>		<i>Standardized coefficients</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
		<i>B</i>	<i>Std. error</i>	<i>Beta</i>		
	(Constant)	35.869	1.880		19.084	0.001
	State anxiety mean score	0.152	0.030	0.215	4.992	0.001
	Age	-0.601	0.439	-0.059	-1.370	0.171
	Income level	1.910	0.604	0.136	3.161	0.002

Higher income level of pregnant women were also found to have increased state anxiety. In the literature, it is indicated that lower income level increases anxiety unlike the researchers' result (Tekgöz et al. 2009). A Turkish study found that having low income level increases the incidence of anxiety (Arslan et al. 2011). A study with 30,480 nulliparous women found that fear of birth was associated with unemployment (Laursen et al. 2008). This may have stemmed from the fact that the participants may have given biased answers about their income level due to embarrassment or discomfort in talking about income that is why the researchers' study may have yielded a different result. Therefore, it is recommended for future studies that low income women especially should be questioned in terms of childbirth fear and anxiety in primary health care centers. In the researchers' study, it was found that majority of the women preferred vaginal birth; fear of birth was higher than for those who chose caesarean section. In the literature, it is indicated that women's concerns and fears related to normal birth increase the rate of caesarean births (Laursen et al. 2008; Rouhe et al. 2009; Nieminen et al. 2009; Haines et al. 2012). A study from Sweden found that the fear of childbirth was associated with a three to six times higher rate of elective caesarean sections but not with higher rates of emergency caesarean section (Waldenström et al. 2006). A study conducted by Pang et al. to determine the impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery found that twenty-four percent of women changed from preferring vaginal birth to elective caesarean section after their first childbirth due to higher anxiety and fear of vaginal birth (Pang et al. 2008). Dönmez et al. found that 76.2 percent of Turkish pregnant women preferred vaginal birth, of those 9.3 percent stated a preference for vaginal birth due to childbirth fear (Dönmez et al. 2014). But, the researchers' did not investigate the factors affecting the choice of vaginal birth in this study. Therefore, future studies to investigate this result is also recommended.

The present study determined that women's preferred mode of delivery, status of having regular prenatal visits during pregnancy and having information about childbirth affect the fears and attitudes of women about childbirth. Women who had information about childbirth, preferred the mode of delivery as caesarean section

and have had regular prenatal visits during pregnancy had lower level of fear and these variables were found to be not associated with state anxiety. A study was determined that if positive perception regarding birth was provided with the preparation education for birth then the fear of childbirth decreased (Kizilirmak and Baser 2016). Former studies stated that having information about childbirth before the birth reduces the state anxiety. A study from the U.S.A indicated that college students thought birth was painful and their fear of childbirth was found to be associated with a lack of knowledge (Cleeton 2001). Subasi et al. (2013) showed that the education given to 30 pregnant women in the last trimester reduced the negative thoughts and fears about childbirth (Subasi et al. 2013). The study of Navaee and Abedian (2015) aimed to investigate the effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery found that the effect of role play was more in making a decision on natural delivery, reducing the fear of childbirth (Navaee and Abedian 2015). According to Haines et al., it is important to consider where, what, how and by whom, the information is given to the pregnant women (Haines 2012). Health professionals have an important role to provide necessary evidence based information to women in order to develop positive, healthy attitudes towards birth. In line with these results, it is important to route women to the correct source by investigating the women's sources of information.

It was determined that women's fears and anxiety about childbirth affects attitudes towards birth and anxiety should be thought as a risk factor for fear of birth (Alipour et al. 2011). This study also demonstrated that there is a relationship between the fear of birth and state anxiety. Our result is consistent with the literature. An Iranian study demonstrated that anxiety was significantly associated with fear of childbirth among nulliparous women (Alipour et al. 2011). A study from Finland reported that fear of childbirth was associated with the general anxiety of pregnant women (Saisto et al. 2001). Hall et al. reported that one out of four women had high levels of childbirth fear. Childbirth fear and anxiety were found to be positively correlated, higher levels of anxiety predicted higher levels of childbirth fear among women (Hall et al. 2009). In a study performed in Turkey, a significant rela-

tionship was found between fear of childbirth and general anxiety (Körükçü et al. 2010).

Women with first pregnancy have higher rates of fear from childbirth due to inexperience and not having enough information about birth (Katri et al. 2016). In the researchers' study, it was determined that women have higher rates of fear about their and their baby's health and hospital environment. Similar to the researchers' work, a study with 8000 pregnant women in Switzerland indicated that the most common fears of birth were fear about the baby's health and fear of pain (Geissbuehler and Eberhard 2002). Also, a study found that antenatal education appears to increase the acceptance of pregnancy, but does not affect the identification with motherhood role and reduces the fear of childbirth (Karabulut et al. 2016). The literature also shows that women have fear of damage to the perineum area, adverse effects on sexual life, the screams of the medical staff, failure at birth or insufficient support (Egelioglu et al. 2016).

CONCLUSION

In the study, it was determined that majority of the pregnant women had high level anxiety and fear. Women who stated having information about childbirth, preferred mode of delivery as caesarean section and have had regular prenatal visits during pregnancy had lower level of fear. A relationship was found between state anxiety and fear of childbirth. This study also found that age and income situation of pregnant women affect the level of state anxiety. In line with these results, it is recommended to route women to the correct source by investigating the womens' sources of information and creation of childbirth classes in order to prepare women for childbirth in a healthy way. It is well understood that in order for women to have positive birth experience, it is important to break the cycle of tension, pain and fear.

RECOMMENDATIONS

Health professionals should focus on the fear and anxiety of pregnant women about birth and they should also improve their own knowledge and skills related to the issue. Nurses and midwives should be encouraged to display positive attitudes towards birth by organizing courses

and in-service training for them to improve their knowledge and skills regarding the assessment of birth fear and anxiety. Future research is necessary to investigate the relationship between early and advanced maternal age and anxiety level and other factors that increase anxiety by using a larger sample. It is recommended that low income women especially should be questioned in terms of childbirth fear and anxiety in primary health care centers.

LIMITATIONS OF THE STUDY

The researchers' study also has several limitations. First, samples were limited to women living in Gaziantep, primigravida, whose gestational age were 28-38 weeks (third trimester), married, which may limit the generalizability of the researchers' findings to other populations. Second, the researchers' did not include nulliparous women in the study. So it is difficult to make comparisons about fear of pregnancy and state anxiety. Third, the researchers' only evaluated state anxiety in this study.

REFERENCES

- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA 2011. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: A prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 16: 169-173.
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E 2012. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 25: 37-43.
- Arsilan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT 2011. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Toprak Egit Hast Derg*, 21: 79-84.
- Cleaton ER 2001. Attitudes and beliefs about childbirth among college students: Results of an educational intervention. *Birth*, 28: 192-200.
- Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ 2011. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: A longitudinal study. *J Affect Disord*, 129: 348-353.
- Dönmez S, Dag H, Çelik N, Yeniel ÖA, Kavlak O 2014. Doğum tutum ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 24: 212-218.
- Duran ET, Atan SÜ 2011. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakışaçılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21: 83-88.
- Egelioglu CN, Denizci ZZ, Bakılan AF 2016. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan*, 16: 32-42.
- Fairbrother N, Woody SR 2007. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 28: 239-242.

- Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W 2015. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, 15: 151-155.
- Gert A, Marit MA, Hedwing JA, Ad JJM 2016. Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25: 107-127.
- George A, Luz FR, Tychey De C, Thilly N, Spitz E 2013. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13: 233.
- Geissbuehler V, Eberhard J 2002. Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 23: 229-235.
- Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJ 2016. Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *Encephale*, 42: 191-196.
- Gourounti K, Kouklaki E, Lykeridou K 2015. Validation of the childbirth attitudes questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. *Women Birth*, 28(3): e44-51.
- Gözüyücel E 2003. *Gebe Kadınlarında Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Unpublished. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Haines HM, Rubertsson C, Pallant CF, Hildingsson I 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12: 55-69.
- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J 2009. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN*, 38: 567-576.
- Hamama-Raz Y, Sommerfeld E, Ken-Dror D, Lacher R, Ben-Ezra M 2016. The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: A preliminary study. *Psychiatr Q*, July 11 (Epub ahead of print).
- Henderson J, Redshaw M 2013. Anxiety in the perinatal period: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31: 465-478.
- Hildingsson I 2014. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - A longitudinal cohort study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5: 75-80.
- Ibrahim HK, El Borgy MD, Mohammed HO 2014. Knowledge, attitude, and practices of pregnant women towards antenatal care in primary healthcare centers in Benghazi, Libya. *J Egypt Public Health Assoc*, 89: 119-126.
- Kaplan S, Bahar A, Sertbas G 2007. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (1): 113-121.
- Karabulut Ö, Çopkuner P, Dogan M, Cebeci M, Demirci N 2016. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63: 60-67.
- Kizilirmak A, Baser M 2016. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res*, 29: 19-24.
- Koss J, Bidzan M, Smutek J, Bidzan L 2016. Influence of perinatal depression on labor-associated fear and emotional attachment to the child in high-risk pregnancies and the first days after delivery. *Med Sci Monit*, 22: 1028-1037.
- Körükçü Ö, Firat MZ, Kukul K 2010. Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5: 467-470.
- Laursen M, Hedegaard M, Johansen C 2008. Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 115: 354-360.
- Lobel M, Cannella LD, Graham EJ, Devinent JC, Schneider J 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors and birth outcomes. *Health Psychology*, 27: 604-615.
- Lowe NK 2000. Self-Efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21: 219-224.
- Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Bidens Study Group 2014. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5: 99-106.
- Maliszewska K, Switakowska-Freund M, Bidzan M, Preis K 2016. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginek Pol*, 87: 442-447.
- Navaee M, Abedian Z 2015. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20: 40-46.
- Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K 2016. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: A feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, doi: 10.3109/0167482X.2016.1140143.
- Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88: 807-813.
- Öner N, Le Compte A 1983. *Süreksiz Durumluk/Süreksiz Kaygı Envanteri El Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul: Bogaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK 2008. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35: 121-128.
- Pesonen A-K, Lahti M, Kuusinen T, Tuovinen S, Villa P 2016. Maternal prenatal positive affect, depressive and anxiety symptoms and birth outcomes: The predo study. *PLoS ONE*, 11: e0150058.
- Plested M, Kirkham M 2016. Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38: 29-34.
- Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L 2006. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstet Gynecol*, 108: 70-76.
- Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR 2014. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: A population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG*, 121: 965-970.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116: 67-73.

- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E 2001. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 108: 492-498.
- Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S 2013. Self-Efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNV*, 42: 191-202.
- Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ 2009. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *J Affect Disord*, 113: 303-308.
- Subasi B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S 2013. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg*, 29: 165-167.
- Sahin N, Dinç H, Dissiz M 2009. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40: 57-62.
- Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Okano T 2014. Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: A cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health*, 17: 403-409.
- Tekgöz Ü, Sunay D, Caylan A, Kisa C 2009. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 13: 132-136.
- Tsuchiya M, Mori E, Sakajo A, Maekawa T, Iwata H 2015. Age-specific determinants of post-partum fatigue in primiparous women. *Jpn J Nurs Sci*, 13: 83-94.
- Turkey's Demographic and Health Survey (TDHS) 2013. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies.
- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*, 113: 638-646.

Research Article

Predictors and measurement of satisfaction with postpartum care in a government hospital

Simge Zeyneloğlu, msn, rhn,¹ Sezer Kisa, msn, rhn,^{4†} Hülya Özberk, msn, rhn³ and Aysun Badem, msn²

¹Department of Nursing, Gaziantep University, Gaziantep, ²Department of Obstetrics and Gynecology, Erciyes University Medical School Research and Practice Hospital, Kayseri, ³Department of Women's Health and Gynecological Disorders, Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey and ⁴Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Kjeller, Norway

Abstract

In this study, the predictors of satisfaction with postpartum care at a government hospital were evaluated. The descriptive research sample included 300 mothers in their postpartum period. Data were collected using a questionnaire and the Postpartum Nursing Care Evaluation Scale. The regression analysis undertaken showed that mothers who received prenatal care had a significantly higher evaluation score (compared to those who had not received prenatal care), as had mothers who had a caesarean delivery (compared to vaginal birth), as well as those who had received support from friends and relatives during their postpartum period (compared to those who did not receive such support). Our recommendation is that postpartum nursing care be improved for mothers who deliver vaginally, have not received prenatal care, were unintentionally pregnant, and have problems with breastfeeding. The results will help nurses who work with an international population of postpartum women to give professional, systematic, and patient-centered care to postpartum mothers in order to increase patient satisfaction.

Key words care, mother, nursing, postpartum, satisfaction, Turkey.

INTRODUCTION

The postpartum period covers 6 weeks, beginning with the birth of the day, during which reproductive organs return to their normal non-pregnant state, which is a critical transitional time for the mother, her newborn, and their family (Dhaher *et al.*, 2008; WHO, 2012). During this period, maternal health problems, such as bleeding, infection, pain, breast problems, fatigue, feelings of inadequacy regarding motherhood and newborn care might occur reducing the quality of life (WHO, 2012; NMMS, 2005). Maternal mortality and morbidity are a major concern (WHO, 2014; Poorolajal *et al.*, 2014), as the majority of preventable maternal deaths and disabilities occur during the first week of the postpartum period (Nour, 2008; Herculano *et al.*, 2012; Poorolajal *et al.*, 2014; WHO, 2014). Forty-five percent of postpartum deaths occur within the first 24 h, and 66% occur during the first week (Nour, 2008). While 54% of maternal deaths in Turkey have been observed in the postpartum period, 21% of those occurred in the first day of the postpartum period, and 15% were seen between days 2 and 7 (NMMS, 2005).

Earlier studies have established that women who are satisfied with the postpartum nursing care they receive, have higher parenting self-efficacy, breastfeed their infants earlier and more effectively, and experience fewer maternal and infant health

problems, which in turn decreases repeated hospital admissions (Bergström *et al.*, 2009; Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Lumadi & Buch, 2011; Mohamed *et al.*, 2012; AWHONN, 2013).

Postpartum healthcare services in Turkey

The World Health Organization (WHO) suggested that after the birth of a baby in a health facility, mothers and newborns should receive postnatal care in the facility for at least the first 24 h (WHO, 2013a,b). In addition, at least three additional visits should be provided: on day 3 (48–72 h), between days 7 and 14 after birth, and 6 weeks after birth in order to ensure the physical and mental well-being of the mother and the newborn (MOH, 2012; WHO, 2013a,b). In Turkey, the duration of postpartum hospitalization is 24 h for vaginal delivery and 48 h for caesarean section delivery, in accordance with WHO recommendations. The responsibilities of postpartum nurses and midwives in Turkey include the prevention of complications, support with breastfeeding, and the provision of advice and services on contraception, immunization, and maternal nutrition. The Ministry of Health requires at least two follow-up visits by midwives to mothers at home after discharge. However, due to the lack of sufficient health professionals, there are no home visits for maternal and infant care. Mothers are called to the hospital for their gynecological examination on the 42nd postnatal day (MOH, 2012).

Nurses are often the first healthcare workers to detect abnormal findings or symptoms of developing complications with postpartum women and their newborn. According to The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, the

Correspondence address: Sezer Kisa, Department of Nursing and Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Kongsaproveien 55, Kjeller, NO-202, Norway.
Email: sezerkisa@hotmail.com

Received 25 December 2015; revision received 9 November 2016; accepted 15 November 2016

practices of nurses have significant effects on patient outcomes determining the quality of healthcare services (AWHONN, 2013). A study by Chan *et al.* (2014) concluded that nurses who demonstrate their skills, knowledge, and abilities, such as in providing physical, psychological, and educational support to postpartum women, increase the quality of nursing care and patient satisfaction. In that respect, evaluating postpartum nursing care is a necessary component of improving health care provided to women and newborns (AWHONN, 2013). A limited number of studies have been carried out in Turkey evaluating patient satisfaction in the postpartum period. In this paper, we evaluated mothers' satisfaction with postpartum nursing care and determined the effect of sociodemographic variables. The research questions of this study were: (i) Are mothers satisfied with postpartum nursing care? and (ii) Is there a relationship between age, education, work status, type of delivery, and mothers' postpartum nursing care satisfaction?

METHODS

A cross-sectional research design was used to evaluate predictors and the measurement of satisfaction with postpartum care in a government hospital.

Study sample

The sample of 300 women aged 18 years or older was recruited by using convenience sampling at the postpartum clinics of the government hospital in Kahramanmaraş Necip Fazlî City Hospital, Turkey for this study. This institution is the province's largest hospital at which most of the births occur. The sample consisted of women who had given birth (caesarean or vaginal) and whose babies were still alive at the time of the interview, without any abnormalities, chronic health problems, and medical complications. A self-administered questionnaire, the Postpartum Nursing Care Evaluation Scale (PPNCES), was applied on weekdays from 8:30 AM to 5:00 PM (from Mondays to Wednesdays) in the postpartum clinic. Data collection took 4 months, commencing early August 2013 and concluding at the end of November 2013.

Data collection

Data were collected using the PPNCES. The questionnaire included sociodemographic variables, such as age, educational level, working status, spouse's work status, place of residence, information related to pregnancy, intendancy for pregnancy, and birth characteristics for the postpartum period. To assess the reliability and applicability of the questionnaire, a pilot study was carried out on 30 women whose data was not included in the main study. Based on the pilot results, one question was removed from the questionnaire due to the similarity between answers for the two questions. Postpartum nursing care was evaluated by asking mothers if they were satisfied with the nursing care they received in the clinic before applying the scale. The PPNCES was then used to determine the level of satisfaction, as well as the aspects of dissatisfaction regarding postpartum nursing care.

PPNCES

Eryilmaz (1999) developed and validated the PPNCES, which is a Likert-type scale, with scores ranging from one to four (1 = never agree, 2 = partly agree, 3 = agree, 4 = completely agree) and consisting of 45 items, including care (items 1–21) and education (items 22–45) to evaluate nursing care of postpartum women before being discharged from the hospital. Items related to care consist of nursing care services, such as vital signs, involution, bleeding, perineum, episiotomy control and care, support in urination and hemorrhoids, answering questions, admission of mothers to the clinic, support and help with early ambulation, support with breastfeeding, and other care functions. The items related to education given to mothers included characteristics of postpartum bleeding, normal and pathological conditions, episiotomy, perineal care and complications, the general body hygiene, postpartum ovulation, menstruation, beginning of sexual intercourse, contraception, breastfeeding techniques, nutrition, and infant vaccines. The total score of the scale ranges from 45 to 180. There is no cut-off point for the scale. The higher the score, the greater the satisfaction in postpartum nursing care. Eryilmaz (1999) determined the Cronbach alpha coefficient of the scale to be 0.88. In this study, it was 0.96.

Statistical analysis

The data were coded and then exported to PASW 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for analysis. Shapiro and Kolmogorov-Smirnov tests were used to determine the normality of the data. Mean scores of independent samples *t*-test and the analysis of variance test were calculated for normally-distributed values. The findings were reported to be significant at a level less than 0.05. We used the linear regression analysis to test the effect of independent variables: intendancy of pregnancy, status of prenatal care, type of birth, having support in the postpartum care period, difficulties in coping with the first breastfeed, and their single and overall effect on the dependent variable of the postpartum mothers' satisfaction. Moreover, the mean, standard deviation, minimum and maximum numbers, and percentages, whenever applicable, are presented as well.

Ethical considerations

Prior to beginning the research, institutional review board approval was obtained from Necip Fazlî City Hospital, and the ethics committee of the Faculty of Medicine, Gaziantep University (20/05/2013, no: B.45) approved the study before the data were collected. Before administering the questionnaire, the participants were explained their rights and informed of the purposes of the study. Verbal and written consent were obtained from all participants. Participation was completely voluntary and anonymous. In addition, permission was obtained by email from Eryilmaz for using the PPNCES. The research conformed to the provisions of the Declaration of Helsinki in 1995 (as revised in Edinburgh).

RESULTS

The mean age of the women who participated was 26.6 ± 5.53 years (min = 18, max = 39); 56% were aged between

20 and 29 years, 47.7% were primary school graduates, 33% were university school graduates, and 81% were housewives.

More than half (60%) stated having one to two pregnancies, 8% did not receive prenatal care, and 67.8% received prenatal care by midwives/nurses. A little more than half (53.7%) of the mothers had a caesarean delivery. More than half of the mothers (85.7%) stated that they had support from one of their relatives, and almost half (49.3%) stated that their partners would support them in the postpartum period. During their hospital stay, 84% remained in dormitory-type rooms (2–3 mothers together), 61.7% stated holding their infants within 1 h, 52% initiated breastfeeding within 1 h, while 77.3% had difficulties with breastfeeding (Table 1).

The PPNCES total mean score of this study was found to be 133.5 (standard deviation [SD] = 32.82, minimum = 45, maximum = 180), while the care subscale (items 1–21) had a mean of 63.4 (SD = 15.16, minimum = 21, maximum = 84) and the education subscale (items 22–45) had a mean of 70.1 (SD = 19.05, minimum = 23, maximum = 96). In the care subscale, mothers gave their lowest score to the following items: “Nurses’ interventions and support are sufficient for mothers’ problems with urination/defecation/hemorrhoids” ($\bar{x}$ = 2.63, SD = 1.20),

“Nurses encourage mothers in breastfeeding, provide adequate support in breastfeeding, and help to solve problems with breastfeeding” ($\bar{x}$ = 2.86, SD = 1.05), and “Nurses check mothers regularly for postpartum infection risk in the clinic (fever, bleeding, lochia and episiotomy state etc.)” ($\bar{x}$ = 2.83, SD = 1.06). In the education subscale, items such as “Nurses provide information to mothers about the regular and abnormal characteristics of lochia” ($\bar{x}$ = 2.71, SD = 1.14), “Nurses inform mothers about the symptoms and prevention of the postpartum infection” ($\bar{x}$ = 2.69, SD = 1.19), and “The nurses inform mothers about the menstruation and ovulation time according to breastfeeding status” ($\bar{x}$ = 2.71, SD = 1.15), had the lowest scores. Mothers who were satisfied with nursing care showed a higher PPNCES score ($\bar{x}$ = 135.59, SD = 30.52) than mothers who were not satisfied ($\bar{x}$ = 117.65, SD = 44.16). Expectedly, mothers who had intended their pregnancies had a higher score ($\bar{x}$ = 84.71, SD = 17.16) compared to mothers with unintended pregnancies ($\bar{x}$ = 82.57, SD = 18.56). Also unsurprising was that mothers who had prenatal care expressed higher scores ($\bar{x}$ = 92.62, SD = 15.12) in comparison to those who did not receive prenatal care ($\bar{x}$ = 82.62, SD = 18.40). Interestingly, mothers who had a caesarean delivery had a higher score ($\bar{x}$ = 85.34, SD = 16.89) than mothers who had a vaginal birth ($\bar{x}$ = 79.96, SD = 19.61). Statistically significant ($P < 0.05$) differences between groups were determined with *t*-test, as indicated in Table 2.

The results of a linear regression analysis showed that three factors exhibited significant (at the 0.05 level) effects on the PPNCES score of mothers. Having received prenatal care (β = 0.110, P = 0.026), having had a caesarean delivery (β = 0.141, P = 0.004), and having received support from friends and relatives in the postpartum period (β = 0.143, P = 0.003) increased the evaluation scores compared to mothers who did not receive prenatal care, who had a vaginal birth, and who were not supported by friends and relatives, respectively (Table 3).

DISCUSSION

We aimed to determine the factors of mothers’ satisfaction with the postpartum nursing care they received during their hospital stays. Mothers were asked if they are satisfied or not by the postpartum nursing care they received in the hospital. While the majority was satisfied, important differences can be observed regarding factors, such as prenatal care or birth type. Some studies found that mothers were satisfied with the care received in the postpartum period (Eryılmaz, 2001; Brown *et al.*, 2005; Kowalewska *et al.*, 2014), while others determined that mothers were not satisfied with the type of postnatal services provided to them (Lumadi & Buch, 2011; Dzomeku, 2011; Varghese & Rajagopal, 2012; Mohamed *et al.*, 2012; Lamadah & El-Naggar, 2014).

In this study, the majority of the mothers did not have information on postpartum care. These findings are consistent with the results of other studies. Studies have reported that many women do not expect common postpartum issues, such as physical and emotional symptoms, problems with breastfeeding, breast care, and contraceptive methods, which are associated with lower satisfaction with the care (Howell, 2010; Mohamed *et al.*, 2012; Al-Ateeq *et al.*, 2013; Martin

Table 1. Characteristics of mothers with regard to postpartum self-care and newborn care, and women’s fertility

	<i>n</i>	%
No. pregnancies		
1–2	180	60.0
3–4	97	32.3
5+	23	7.7
Status of prenatal care		
Received	276	92.0
Not received	24	8.0
Prenatal care received from		
Nurse/midwife	187	67.8
Doctor	89	32.2
Intendancy of pregnancy		
Yes	261	87.0
No	39	13.0
Support in the postpartum period		
Yes	257	85.7
No	43	14.3
Mothers’ satisfaction with postpartum care		
Not satisfied	203	67.7
Satisfied	97	32.3
Given information related to postpartum care		
No	243	81.0
Yes	57	19.0
Delivery time		
30 min	74	24.7
1 h	185	61.7
2 h+	41	13.7
Time of breastfeeding initiation after birth		
In the first 30 min	52	17.3
1 h	156	52.0
2 h+	92	30.7
Difficulties with first breastfeeding		
Yes	232	77.3
No	68	22.7

n = 300.

Table 2. Distribution of Postpartum Nursing Care Evaluation Scale mean scores of mothers with regard to characteristics of fertility and the postpartum period

	<i>n</i>	Mean (SD)	Minimum	Maximum	Statistical value	
Mothers satisfaction with postpartum care					<i>t</i> †	<i>P</i> -value
Satisfied	203	135.59 ± 30.52	45	180	3.081	0.002
Not satisfied	97	117.65 ± 44.16	54	180		
Pregnancy					<i>t</i>	<i>P</i> -value
Intended	261	84.71 ± 17.16	45	104	3.556	0.040
Did not intend	39	82.57 ± 18.56	46	102		
Status of receiving prenatal birth care					<i>t</i>	<i>P</i> -value
Received care	276	92.62 ± 15.12	45	102	8.130	0.005
Did not receive care	24	82.00 ± 18.40	56	104		
Type of birth					<i>t</i>	<i>P</i> -value
Cesarean section	161	85.34 ± 16.89	45	104	11.634	0.001
Vaginal birth	139	79.96 ± 19.61	45	102		
Support from friends and relatives in the postpartum period					<i>t</i>	<i>P</i> -value
Yes	257	83.21 ± 18.13	45	104	3.715	0.040
No	43	80.72 ± 19.85	45	103		
Difficulty with first breastfeeding					<i>t</i>	<i>P</i> -value
Yes	232	82.50 ± 18.81	47	104	4.961	0.027
No	68	84.02 ± 16.86	45	103		

n = 300. †Independent samples *t*-test. SD, standard deviation.

Table 3. Linear regression analysis results with regard to mothers' Postpartum Nursing Care Evaluation Scale scores

Model		Standardized coefficient <i>β</i>	<i>P</i> -value
1	Constant		0.000
	Intentionality of pregnancy	-1.945	0.052*
	Status of prenatal care	2.232	0.026*
	Type of birth	-2.877	0.004*
	Support in the postpartum care period	2.979	0.003*
	Difficulties in coping with the first breastfeeding	0.189	0.851

**P* < 0.05. *R*² = 0.13.

et al., 2014; Lamadah & El-Naggar, 2014). One of the postpartum nurses' roles as a caregiver is to instruct and inform mothers about the postpartum care of themselves and their newborn. Although the score on the subscale for education in our study was found to be quite high, some items of the PPNCS related to basic functions of the nursing care revealed inadequate scores. Most of the time there was no standard educational material used in training the mothers for hospital discharge. Furthermore, training was not provided in regard to mothers' individual needs, and this could have influenced the results.

Our results showed that early initiation of breastfeeding and holding their newborn soon after birth were associated with higher postpartum nursing care satisfaction. The shorter the time from birth to holding the baby and initiate breastfeeding, the greater the mothers' satisfaction of nursing care, which is compatible with existing literature (Sundin & Mazac, 2015; Monazea & Al-Attar, 2015). Although breastfeeding is seen to be a primary focus of postpartum care, the findings indicate that this aspect did not receive the necessary sensitivity that it should in nursing practice. Therefore, it seems appropriate to create educational breastfeeding strategies.

In this study, pregnancy intendancy, status of receiving prenatal care, type of birth, and support by friends and relatives in the postpartum period were associated with nursing care satisfaction. The research results were compatible with existing literature (Hsiu Hung *et al.*, 2012; Varghese & Rajagopal, 2012; McLellan & Laidlaw, 2013; Dzomeku *et al.*, 2013; Matejić *et al.*, 2014; Srivastava *et al.*, 2015; Monazea & Al-Attar, 2015). Some studies have indicated that women who are older, have a lower level of education, and are housewives are more satisfied with postpartum nursing care (Waldenström *et al.*, 2006; Lamadah & El-Naggar, 2014; Srivastava *et al.*, 2015; Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Barimani *et al.*, 2015). Satisfaction increases when the services provided meet the expectations of patients. For example, mothers who had caesarean delivery revealed higher nursing needs of physical care in contrast to mothers who had vaginal births; therefore, nurses spent more time with the former. Mothers who have a vaginal birth are more comfortable with self-care compared to mothers who had a caesarean delivery, therefore nurses/midwives spend less time with them, which increases dissatisfaction. This finding highlights the importance of

improving nursing care for mothers who have given birth vaginally.

Implications for health professionals and health policy

In many countries, nurses/midwives are recognized as the first-contact healthcare providers for women who need perinatal care. The time spent with mothers by health professionals during the postpartum period should be increased to provide better care. According to Cheng *et al.* (2006), studies demonstrate that mothers' and nurses' priorities for postpartum care and education may differ. Therefore, nurses/midwives should evaluate the care needed for each mother, and should organize it according to the individual needs of postpartum women, which is expected to lead to increased patient satisfaction.

Conclusion

This study included 300 postpartum mothers interviewed during their hospital stay at a public hospital in Turkey. Factors affecting the mothers' satisfaction included the type of delivery, status of receiving prenatal care, support in the postpartum period, as well as intendency of pregnancy. Mothers who had received prenatal care, who had a caesarean delivery, and who could rely on the support of friends and relatives in the postpartum period had significantly high satisfaction scores according to the results of the linear regression undertaken. Early initiation of breastfeeding and holding their newborn soon after birth were also associated with postpartum nursing care satisfaction. As a result, it is recommended that postpartum nursing care be improved for mothers who have given birth vaginally, have not received prenatal care, were unintentionally pregnant, have problems with breastfeeding, and most importantly, who are not supported by friends and relatives. Patient-centered and planned postpartum nursing care should be provided to mothers in the postpartum unit to make nursing care more visible. Future studies could focus on identifying how postpartum mothers perceive care and what type of care they need.

Limitations of the study

This study has several limitations. First, this study included 300 postpartum women who underwent delivery in only one hospital in the south of Turkey, which limits the generalizability of the results. Second, the self-report measures are subject to mood-related reporting biases. Third, some of the factors, such as physical environment, number of nurses/midwives, and the amount of time they spent with their patients, could affect the nursing care mothers received, which were not assessed in this study. Despite the limitations, this study could be helpful in guiding further research.

ACKNOWLEDGMENTS

We greatly appreciate the support of the hospital and all the staff of the obstetrics and gynecology hospital for their continuous support and guidance during the study. We also would like to thank the women who voluntarily participated in this study.

CONTRIBUTIONS

Study Design: SZ, SK, HÖ, AB
Data Collection and Analysis: SZ, SK, HÖ, AB
Manuscript Writing: SZ, SK

REFERENCES

- Al-Ateeq MA, Al-Rusaies AA, Al-Dughaiter AA. Perceptions and effects of antenatal education. *Saudi Med J*. 2013; **34**: 1287–1293.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). 2013. Women's Health and Perinatal Nursing Care Quality Draft Measures Specifications. [Cited 21 November 2015]. Available from URL: <https://www.awhonn.org/awhonn/>
- Barimani M, Oxelmark L, Johansson SE, Hylander I. Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scand J Caring Sci*. 2015; **29**: 409–417.
- Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicenter trial. *BJOG*. 2009; **116**: 1167–1176.
- Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ. Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*. 2005; **21**: 109–126.
- Cheng CY, Fowles ER, Walker LO. Postpartum maternal health care in the United States: A Critical Review. *J Perinat Educ*. 2006; **15**: 34–42.
- Cy Chan Z, Wong KS, Lam WM, Wong KY, Kwok YC. An exploration of postpartum women's perspective on desired obstetric nursing qualities. *J Clin Nurs*. 2014; **23**: 103–112.
- Dhafer E, Mikolajczyk R, Maxwell A, Krämer A. Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: across-sectional study of three clinics in the West Bank. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; **18**: 8–26.
- Dzomeku VM, Ba-Eidilayoo A, Perreux T, Mantey RE. In patient Satisfaction with Nursing Care: A Case Study at Kwame Nkrumah University of Science and Technology Hospital. *Int J Res Med Health Sci*. 2013; **2**: 19–24.
- Dzomeku MV. Maternal satisfaction with care during labour: A case study of the Mampong-Ashanti district hospital maternity unit in Ghana. *Int J Nurs Midwifery*. 2011; **3**: 30–34.
- Eryılmaz HY. Doğum sonu hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde ölçek geliştirilmesi ve uygulanan bakım yönteminin (Pathway) etkilerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 1999.
- Eryılmaz HY. Doğum sonu uygulanan bakım yönteminin (Pathway) etkilerinin belirlenmesi. I. Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi, İstanbul. 2001: 260–266.
- Hereculano MM, Veloso LS, Teles LM, Oriá MO, de Almeida PC, Damasceno AK. Maternal deaths at a public maternity Hospital in Fortaleza: an epidemiological study. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; **46**: 295–301.
- Howell EA. Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet Gynecol*. 2010; **115**: 284–289.
- Hsu Hung C, Yun Yu C, Fang Liu C, Stocker J. Maternal satisfaction with postpartum nursing centers. *Res Nurs Health*. 2012; **33**: 345–354.
- Kowalewska B, Kamińska A, Rolka HJ, Ortman EB, Krajewska – Kulak E. Satisfaction with obstetric care in the early postnatal period. *Prog Health Sci*. 2014; **4**: 95–101.
- Lamadah SM, El-Naggar NS. Mothers' satisfaction regarding quality of postpartum nursing care and discharge teaching plan at Ain Shams maternity and gynecological hospital. *Int J Care Res*. 2014; **6**: 7545–7551.

- Leahy-Warren P, McCarthy G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* 2011; **27**: 802–810.
- Lumadi TG, Buch E. Mothers' satisfaction with midwifery services at a regional hospital in the Limpopo Province of South Africa. *Afr J Nurs Midwifery* 2011; **13**: 14–28.
- Martin A, Horowitz C, Balhert A, Howell EA. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern. Child Health J.* 2014; **18**: 707–713.
- Matejić B, Šantrić Miličević M, Vioč V, Djikanović B. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; **14**: 14.
- McEllan J, Laidlaw A. Perceptions of postnatal care: factors associated with primiparous mother's perceptions of postnatal communication and care. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; **13**: 227–235.
- Ministry of Health (MOH). 2012 Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010. [Cited 27 February 2015]. Available from URL: <http://www.saglik.gov.tr>, 2010.
- Mohamed HAEA, El Neger N, Lamadah SM. Women' perspectives regarding the quality of postpartum nursing care in Ain Shams Maternity Hospital-Cairo, Egypt. *J. Am. Sci.* 2012; **2**: 366–377.
- Monazza FMM, Al-Attar GST. Quality of delivery care in Assiut University Hospital, Egypt: mothers' satisfaction. *J. Egypt. Public Health Assoc.* 2015; **90**: 64–71.
- National Maternal Mortality Study (NMMS). 2005. [Cited 20 November 2014]. Available from URL: http://www.hips.haccetpc.edu.tr/uaop_ankara/UAOC2005-OctRapor.pdf.
- Nour NM. An introduction to maternal mortality. *Rev. Obstet. Gynecol.* 2008; **1**: 77–81.
- Poorolajal J, Alafchi B, Vasegh RN, Hamzeh S, Gahramani M. Risk factors for maternal mortality in the west of Iran: a nested case-control study. *Epidemiol. Health*. 2014; **36**: e2014028.
- Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; **15**: 97.
- Sundin CS, Mazzei LB. Implementing skin-to-skin care in the operating room after cesarean birth. *MCN. Am. J. Matern. Child. Nurs.* 2015; **40**: 249–255.
- Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2006; **85**: 551–560.
- WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. 2012. [Cited 27 February 2015]. Available from URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index>
- World Health Organization (WHO). World Breastfeeding Week. 2013a. [Cited 27 February 2015]. Available from URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/events/2013/worldbreastfeeding.
- World Health Organization (WHO). Maternal mortality. 2014. [Cited 27 February 2015]. Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Accessed 27.02.2015
- World Health Organization (WHO). Postnatal care of the mother and newborn 2013b. [Cited 27 February 2015]. Available from URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf Accessed 27.02.2015
- Varghese J, Rajagopal K. A study to evaluate the level of satisfaction perceived by postnatal mothers following nursing care in postnatal wards as expressed by themselves: pilot study. *J. Biol. Agric. Health.* 2012; **2**: 101–111.