



**LATENT FAZDAKİ PRİMİPAR GEBELERDE
PSİKOLOJİK ESNEKLİK DÜZEYİ VE GEBELİK
STRESİNİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISI VE EMZİRME
BAŞARISINA ETKİSİ**

Ayşegül GEZE R TEKDAL

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ÜNVER**

Yüksek Lisans Tezi – 2022

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

**LATENT FAZDAKİ PRİMİPAR GEBELERDE PSİKOLOJİK ESNEKLİK
DÜZEYİ VE GEBELİK STRESİNİN TRAVMATİK DOĞUM ALGISI VE
EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ**

Ayşegül GEZER TEKDAL

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ÜNVER**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik ve Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişimler	3
2.2. Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler.....	3
2.2.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	4
2.2.2. Gebelikte Meydana Gelen Metabolik Değişiklikler	7
2.2.3.Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	7
2.3. Psikolojik Esneklik Kavramı ve Modeli	8
2.3.1. Yaşantısal Kaçınma ve Kabul.....	9
2.3.2. Bilişsel Birleşme ve Bilişsel Ayrışma.	10
2.3.3. Esnek Olmayan Dikkat ve Anda Olma	11
2.3.4. Kavramsal Benliğe Bağlanma ve Bağlamsal Benlik	11
2.3.5. Değerlerden Uzaklaşma ve Değerlerle Temas.....	12
2.3.6. Hareketsizlik, Dürtüsellik ve Kararlı Eylemler	12
2.4. Stres Kavramı	12
2.4.1. Stresin Etkisi	13
2.4.2. Gebelikte Strese Yol Açan Faktörler	14
2.4.3. Gebelikte Stresle Başa Çıkmada Ebenin Rollerı	15
2.5. Travma Kavramı	15
2.5.1. Travmatik Doğum Algısı	16
2.5.2. Travmatik Doğum Algısına Neden Olan Faktörler	17
2.5.3. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı	19
2.6. Emzirmenin Önemi.....	20
2.6.1. Dünyada ve Ülkemizde Emzirme Durumu.....	22
2.6.2. Laktasyon Fizyolojisi.....	23

2.6.3. Laktasyonu Olumsuz Etkileyen Risk Faktörleri	24
2.6.4. Emzirmeye Başlama Zamanı, Süresi ve Sıklığı.....	24
2.6.5. Emzirme ve Ebelik Bakımı	25
3. MATERYAL VE METOT	26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu	27
3.4.2. Psikolojik Esneklik Ölçeği.....	27
3.4.3. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği	28
3.4.4. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	28
3.4.5. Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH) (LATCH Assesment Tool)	28
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:	30
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:.....	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Etik Yönleri	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	45
KAYNAKLAR	47
EKLER.....	68
EK-1. Özgeçmiş.....	68
EK-2. Kişisel Tanıtım Formu	69
EK-3. Psikolojik Esneklik Ölçeği	70
EK-4. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği	72
EK-5. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	74
EK-6. Latch Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Değerlendirme Kriterleri	76
EK-7. Etik Kurul Onayı Formu	77

EK-8. Kurum İzin Yazısı	78
EK-9 Bilgilendirilmiş Olur Formu	79



İTHAF

Değerli eşim ve canım kızlarıma ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında kıymetli vaktini bana ayırıp bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve her aşamada zorlamadan, sabırla ve mükemmel bir anlayışla eğitim sürecimi tamamlamama destek olan saygı değer danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Hacer ÜNVER'e,

Tez savunması sınavımda yer alan, destek ve katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kevser IŞIK'a,

Hayatımda aldığım bütün kararlarda hep yanımda olan ve büyük fedakarlıkla beni destekleyen, yaptığım her işle gururlanan, kızlarım Arya ve Zerya 'ya değerli vakitlerinden çaldığım zamanı onlara hissettirmeden büyüten canım annem Elif GEZER'e ve babam Rıza GEZER'e, yüksek lisans eğitimim boyunca her sıkıştığımda daraldığımda beni rahatlatan, destekleyen abim M.Ali GEZER'e ve varlıklarının bile bana destek olarak yettiği abim Erdal GEZER'e ve kardeşim Ferhat GEZER'e

Lisans eğitimimden itibaren daima yanımda olup hiç şikayet etmeden, desteğini, sevgisini esirgemeyen, pes etmeyi düşündüğüm heran beni güçlendiren, tüm bu zorlu süreçte yanımda olan sevgili eşim Hüseyin TEKDAL'a,

Bana zaman ayırarak araştırmama katılan ve destek olan gebelere,

En içten duygularla teşekkür ederim...

Ayşegül GEZER TEKDAL

ÖZET

Latent Fazdaki Primipar Gebelerde Psikolojik Esneklik Düzeyi ve Gebelik Stresinin Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Başarısına Etkisi

Amaç: Araştırma latent fazdaki primipar gebelerde psikolojik esneklik düzeyi ve gebelik stresinin, travmatik doğum algısı ve emzirme başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Kesitsel nitelikte olan bu araştırmanın örneklemini Malatya il merkezinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi)'nde travaya gelen primipar 310 gebe oluşturdu. Araştırma Haziran 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında yapıldı. Veriler kişisel tanıtım formu, psikolojik esneklik ölçeği, gebelikte stresi değerlendirme ölçeği, travmatik doğum algısı ve latch emzirme tutumu ve değerlendirme ölçeği ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde; normallik testine göre yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma ve anova, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmada gebelerde psikolojik esneklik ile travmatik doğum algısı arasında negatif yönde ($r = -.183$, $p < .001$), emzirme başarısı ile pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi ($r = .208$, $p < .001$). Ayrıca gebelik stresi ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde ($r = .472$, $p < .001$), emzirme başarısı ile negatif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi ($r = -.263$, $p < .001$). Araştırmaya katılan gebelerin psikolojik esneklik düzeyi TDA'yı % 3.4 oranında, emzirme başarısını % 4.3 oranında açıklamaktadır ($p < .05$).

Sonuç: Araştırmada gebelerin psikolojik esneklik düzeyi arttıkça travmatik doğum algısının azaldığı emzirme başarısının arttığı belirlendi. Ayrıca gebelik stresi arttıkça travmatik doğum algısının da arttığı, emzirme başarısının azaldığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Doğum, ebelik, emzirme, gebelik, stres, travma.

ABSTRACT

The Effect of Psychological Flexibility Level and Pregnancy Stress on Perception of Traumatic Birth and Lactation Success in Primiparous Pregnant in the Latent Phase

Aim: The study was conducted to determine the effect of psychological flexibility and the effect of pregnancy stress level on perception of traumatic birth and lactation success in primiparous pregnant in the latent phase.

Material and Method: The sample of this cross-sectional study consisted of 310 primiparous pregnant women who came to labor at the Training and Research Hospital (Gynecology and Childhood Diseases Hospital) located in the city center of Malatya. The research was carried out between the dates June 2021 and July 2022. The data were gathered by using Personal Information Form, the psychological flexibility scale, the stress assessment scale during pregnancy, the perception of traumatic birth, and the latch lactation attitude and assessment scale. Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation and Anova, independent groups t-test, correlation and regression analysis were used in the statistical analysis of the data.

Results: Among the ones seen in pregnant women, the traumatic perception is towards where ($r = -.183$, $p < .001$), and its positive aspect is evident with the postpartum period ($r = .208$, $p < .001$). At the same time, the perception of traumatic pregnancy with the stress of pregnancy is unclear ($r = .472$, $p < .001$), while it is marked negatively with the pointed tip ($r = -.263$, $p < .001$). TDA, which is under the influence of mothers, is explanatory at the rate of 3.4% and apparently 4.3% ($p < .05$).

Conclusion: It was determined that as the psychological flexibility level of the pregnant women increased, the perception of traumatic birth decreased and the success of lactating increased. In addition, as pregnancy stress increased, the perception of traumatic birth increased and lactating success decreased.

Keywords: Childbirth, Midwifery, Lactation, Pregnancy, Stress, Trauma.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CRH	: Kortikotropin Releasing Hormon
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikülü Stimülize Eden Hormon
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızında
GSDÖ	: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği
KKT	: Kabul Kararlılık Teorisi
LATCH	: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı
LH	: Luteinize Edici Hormon
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PEÖ	: Psikolojik Esneklik Ölçeği
RPF	: Renal Plazma Akışında
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TDA	: Travmatik Doğum Algısı
TDAÖ	: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Hexaflex Psikolojik Esneklik Modeli / KKT Müdahale Modeli.....	9
Şekil 2.2. Yaşa Göre Emzirilme Pratikleri TNSA.....	21
Şekil 4.1. Katılımcıların Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri	37



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4.2. Gebelerin Psikolojik Esneklik, Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği, Travmatik Doğum Algısı Ölçekleri ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracından Aldıkları En Düşük- En Yüksek Puan ve Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Esneklik, Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Psikolojik Esneklik, Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Latch Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.5. Psikolojik Esneklik, Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Değişkenleri Arasındaki İlişkiler.....	37
Tablo 4.6. Psikolojik Esneklik Düzeyi, Travmatik Doğum Algısı ve LATCH'e ilişkin Regresyon Analizi Sonuçları	38
Tablo 4.7. Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve LATCH'e ilişkin Regresyon Analizi Sonuçları	38

1. GİRİŞ

Kadın hayatında fizyolojik ve psikolojik etkileri olan önemli ve özel bir dönem olan gebelik sürecinde kadınlar kaygı ve stres gibi olumsuz duygular yaşamaktadır (1, 2). Gebelik dönemindeki kadınlar olası psikolojik ve fizyolojik değişikliklere genellikle uyum sağlayabilmektedirler. Ancak bazı kadınlarda; biyo-psikososyal dengenin değişimine uyum sağlanmadığında hafif, orta veya şiddetli düzeyde stres görülebilmektedir (3,4). Gebelik sürecinde bebeğin sağlık durumu ve doğum eylemi ile ilgili düşünceler sık karşılaşılan stres kaynaklarındandır (5). Prenatal stres, olumsuz doğum sonuçlarına yol açabilmekte ve bebeğin sağlığını etkileyebilmektedir (2). Ayrıca anneleri perinatal depresyona yatkın hale getirerek bu stresin, bebeğin gelişiminin olumsuz olarak dolaylı bir etkiye neden olabileceği belirlenmiştir (6). Bu durum annenin bebeği ile etkileşimi üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabilmekte ve/veya doğum sonu bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (6). Dolayısıyla kontrol edilemeyen perinatal stresin bebek ve anne sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli direkt ve/veya dolaylı olumsuz sonuçlara yol açabildiği görülmektedir (6).

Mucizevi ve heyecan dolu bir bekleyiş olan doğum deneyimi müjdelene, kavuşma anı olarak kabul edilse de bu yolda yaşanan ağrı, acı ve kontrol kaybı gibi düşünceler doğumu travmatik hale getirebilmektedir (7,8). Travmatik doğum, birtakım doğum deneyimlerini ve negatif psikolojik tepkileri ifade etmek amacıyla kullanılan kompleks bir kavramdır. Travmatik doğum algısı “ Kadının doğumu tehdit edici, bebeği ve kendisi için ölüm ya da yaralanma ” algısı olarak da tanımlanmaktadır (10). Doğumun travmatik olarak algılanmasında kadının bireysel özellikleri, doğum deneyimi ve toplumun kültürel değerleri gibi birçok faktör etkilidir (9). Biten bir doğumun ardından yaşananları algılama, değerlendirme ve travmatize etme süreci postpartum dönemde de tüm gücüyle devam etmekte ve annenin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada anksiyete, korku, üzüntünün doğrudan süt salgılama refleksini etkileyeceği ve anne sütünü azaltacağı belirtilmiştir (11).

Emzirme, bebeğin süt ile beslenmesinin ötesinde anne ile bebek arasındaki bağı güçlendiren, psikolojik ve sosyal yönleri olan bir olgudur (12). Annenin psikolojik olarak emzirmeye hazırlanması ve emzirme dönemini huzurlu ve rahat geçirmesi, süt yapımı için çok önemlidir. Bu nedenle laktasyon sürecinin başarılmasında annenin ruh sağlığı büyük önem arz etmektedir (13).

Annenin psikolojik iyilik hali postpartum anne ve yenidoğan açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada gebelik ve doğum gibi zorlu yaşam olaylarıyla baş etmede ve doğumun travmatik olarak değerlendirilmesinin annenin psikolojik olarak esnek olmasıyla ilişkili olabileceği görüşünden yola çıkılmış ve literatürde konu ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikolojik esneklik, “Bilinçli bir insan olarak içinde bulunulan an’a tam anlamıyla temas edebilme ve uzun vadeli değerler doğrultusunda davranışların değiştirilme veya devam ettirilebilme becerisi”dir (14). Psikolojik olarak esnek bir kişi; istenmeyen yaşam deneyimlerini engellemeye, değiştirmeye veya kontrol etmeye çalışmak yerine; onlarla yüzleşmeyi tercih etmektedir (18). Böylelikle hayatın getirdiği kaçınılmaz zorluklarla ve problemlerle başa çıkarken daha etkili davranışlar sergilenebilecektir (15). Yüksek seviyede esneklik aynı zamanda yaşam kalitesinin daha iyi olmasıyla da ilişkilidir (16). Genel itibariyle esneklik seviyesinin yüksek olması mental sağlık için olumlu, düşük olması ise psikopatolojilerle ilişkili olarak görülmektedir (17). Bu bilgiler ışığında, psikolojik olarak esnek olan kadının gebeliğini kabullenmiş, doğum eyleminin doğal bir süreç olduğunu benimsemiş, uyumlu bir doğum süreci geçirmiş, doğum sonu bebeğini kabullenmiş ve emzirmeye istekli hale gelmiş olması düşünülebilir.

Bu araştırma latent fazdaki primipar gebelerde psikolojik esneklik düzeyinin gebelik stresine, travmatik doğum algısına ve emzirme başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişimler

Gebelik, 280 gün ya da 10 lunar ay süren uzun, kadın vücudunu fizyolojik, anatomik ve psikolojik açıdan zorlayan normal ile patolojinin ayrımının güçleştiği oldukça eşsiz bir deneyimdir (19,20). Kadın vücudunda büyüyen fetüsün ihtiyaçlarını gidermek, homeostaziye sağlamak ve sürdürmek, doğum eylemine ve puerperal döneme hazırlamak için tüm sistemlerde değişim yaşanır (19,20). Bu değişimler fertilizasyondan hemen sonra başlar ve çoğunlukla fetüsün ve plasentanın oluşturduğu uyarılara cevap niteliğindedir (21). Doğal bir süreç olan gebelik psikososyal, fizyolojik ve biyolojik alanda çeşitli değişimle beraber bunlara uyum sağlamayı gerektirir. Stres, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz psikolojik sonuçları olan gebelik, yaşam krizi olarak görülmesine rağmen genellikle mutluluk ve heyecan verici bir dönem olarak tanımlanır (22, 23). Gebelik sürecinin nasıl algılandığı kişiden kişiye değişim göstermektedir. Bazı gebeler bu sürece sağlıklı bir şekilde uyum sağlarken bazıları ise gebelik sürecini depresyon, psikotik ataklar, psikosomatik yakınmalar, anksiyete bozuklukları gibi ruhsal sorunlar yaşayarak geçirebilmektedirler (24,25). Gebelik boyunca anne ve bebeğin sağlığını tehdit edebilecek birçok risk vardır ve bunların varlığında gebelik yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır. Bu riskler psikolojik, fizyolojik ve sosyal etkenlidir.(26,27). Yüksek riskli gebeliklere örnek olarak plasenta previa, servikal yetmezlik, erken doğum, çoğul gebelik, intrauterin gelişme geriliği, erken membran rüptürü, gebelik hipertansiyonu, gebeliğin erken döneminde düşük riski ve kanamadır (28). Gebeliğin yüksek riskli olması süreci daha da zorlaştırmakta gebeyi fizyolojik ve psikolojik olarak daha çok etkileyerek iyilik halini azalmaktadır (27, 29-32). Bundan dolayı yüksek risk grubu gebeler riskleri açısından yakın takip edilmelidir (28).

2.2. Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler

Kadının gebelik boyunca vücut sistemlerinde birçok değişimler yaşanmaktadır. Bunlar fizyolojik, hormonal, anatomik ve emosyonel değişikliklerdir. Gebeliğe uyum olarak adlandırılan gebelikte yaşanan bu değişimler tüm vücudu etkisi altına almaktadır. Bu değişimlerin fertilizasyonun başlamasından, doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta içinde

normal vücut sistemine dönmesi beklenmektedir. (21, 33). Gebelikle birlikte yaşanan değişimler risk değerlendirmesinde önem arz etmektedir. Tüm bu değişikliklere sağlıklı bir kadın daha kolay uyum sağlayabilmektedir (34).

2.2.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Kadının bedeni gebelikle birlikte anatomik olarak birçok gelişme ve büyüme yaşar. Gebelik boyunca zamanla büyüyen fetüsün taşınması ve beslenmesi için çeşitli fizyolojik değişimler yaşanmaktadır (35, 36). Gebelikle beraber kadının vücut fonksiyonları yeniden organize olmaktadır (37). Doğum ve gebelik boyunca birçok fizyolojik, anatomik, hormonal ve psikolojik değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlerle eş zamanlı olarak hormonal değişimlerin etkisiyle genital sistem de, meme ve ciltte, kardiyo-vasküler sistemde, üriner sistemde, solunum sisteminde, kas-iskelet sisteminde, gastrointestinal sistemde anatomik ve fizyolojik farklılıklar görülmektedir (21). Östrojen ve progesteronun düzenli ve yoğun salınımı ile endometriumda gebeliğin devamını sağlamak için gerekli olan hipertrofi ve hiperplazi görülmektedir. Bununla birlikte uterusun boyu 32 cm'ye, ağırlığı 800-1200 gr'a çıkabilmektedir. Uterusta özellikle isthmus bölümünde progesteron salınımı ile yumuşama görülmektedir (20, 21, 38). Östrojen ve progesteron gebelik boyunca düzenli ve yüksek miktarda salgılanarak folikülü stimüle eden hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH) üzerinde ters etki yaparak overlerdeki ovulasyon sürecini baskılamaktadır ve böylece yeni folikül oluşumunu durdurmaktadır (20, 21, 38). Progesteron ve östrojen hormonunun gebelikte artmasıyla servikte kanlanma artmaktadır böylece servikal glandların hipertrofisi ve hiperplazisi sonucu serviks koyu mavi bir renk almaktadır. Progesteron hormonu fertilizasyondan hemen sonra servikal glandlardan salgılanan salgının vizkositesini artırarak servikal kanalda mukus tıkaç oluşturmaktadır (20, 21, 38). Progesteron ve östrojen hormonlarının artışıyla vajinal kan akımı artmakta ve servikte olduğu gibi vajina mavi renk olmaktadır. Buna "chadwick's işareti" adı verilmektedir. Vajendeki hücrelerin glikojen miktarı hiperplazi ile artmaktadır. Artan glikojen miktarı lactobacillus acidophilusların laktik asit üretimini arttırarak vajen ph'sını asidik olacak şekilde 3.5-6 arasına getirmektedir. Patojen mikroorganizmaların asidik hale gelen vajende bulunmaları zorlaşmaktadır ve vajina patojenler için direnç kazanmaktadır (20, 21, 38).

Damarlanmanın artması ile uterusun mekanik baskısı vulva varisleri için hazırlayıcı faktör oluşturmaktadır. Konektif doku ödem ve artmış vaskülarizasyon ile yumuşayarak daha esnek hale gelmektedir (20, 38).

Östrojen ve progesteronun etkisi ile gebelik boyunca meme dokusunda hem biçimsel hem de yapısal bir takım değişiklikler meydana gelmektedir. Meme dokusunda ki dolgunluk hissi ve hassasiyet gebeliğin ilk belirtilerindendir (20, 21, 38).

Gebeliğin her üç ayında kadınlarda meydana gelen fizyolojik ve anatomik (artmış kilo dahil) değişikliklerin cinsel davranışları üzerinde önemli bir etkisi vardır (39). Hem iç hem de dış üreme organlarındaki artmış vaskülarizasyona sekonder oluşan pelvik konjesyon cinsel uyarılmayı ve orgazmik periyodu artırmaktadır (38).

Kardiyak output, atım hacmi ve kalp hızının çarpımı olarak hesaplanır. Atım hacmi, her kalp döngüsü sırasında aorta pompalanan kan miktarı olarak tanımlanmaktadır, ön ve art yüke bağlıdır. Hamilelikte kan hacmi artmaktadır. Bu, kalbe dönen kan miktarında (ön yük) bir artışa yol açmaktadır. Ek olarak, maternal vazodilatasyon nedeniyle art yük azalmaktadır. Sonuç olarak, gebelik sırasında atım hacmi %20-30 oranında artmaktadır (40). Annenin kalp hızı gebeliğin erken döneminde artar, üçüncü trimesterde zirve yapar, bu süre zarfında hızı dakikada 15-20 atım daha yüksektir (40). Atım hacmindeki ve annenin kalp hızındaki artışın bir sonucu olarak, kalp debisi gebelik sırasında %30-50 oranında artar ve gebelik dışı değer olan 4.6 L/dk'dan 8.7 L/dk'ya yükselir. Kardiyak outputtaki artış, gebeliğin 6. haftasında fark edilir, erken ve orta üçüncü trimesterde zirve yapar ve terme kadar devam eder (41-43) Hamilelik sırasında uterus ve plasentaya giden kan akışı, kalp debisinin %25'ini oluşturur ve fetüsün gelişimi için önemlidir. Ayrıca deriye, böbreklere ve göğüslere olan kan akışı da artar. Bu nedenle gebelikte kalp debisindeki artış, annenin bazal oksijen tüketimindeki artışa ayak uydurabilmesi için önemlidir (44). Siyanoz, hipoksi veya daha düşük kalp debisi ile ilişkili maternal kardiyovasküler durumlar, gelişmekte olan fetüse giden oksijenli kan akışını azaltacaktır. Bu, intrauterin fetal büyüme kısıtlaması, düşük ve prematürite gibi fetal komplikasyon oranını artırabilmektedir.

Büyüyen uterus nedeniyle böbrekler sefalad yönde yer değiştirmektedir. Artan vaskülatür, interstisyel hacim ve ölü boşluk nedeniyle yaklaşık 1 cm boyutunda büyümektedirler (45, 46). Renal toplayıcı sistem, progesteronun etkilerinin ve üreterlerin pelvik ağzda sıkışmasının bir kombinasyonunun sonucu olarak ilk trimesterden itibaren genişler ve hidroüreteronefroz ile sonuçlanmaktadır (47, 48). Üreter kompresyonu idrar stazına neden olarak gebelikte idrar yolu enfeksiyonları,

böbrek taşı ve piyelonefrit insidansını arttırmaktadır. Aynı zamanda, mesane tonusunu kaybetmektedir. Bu nedenle hamile kadınlar artan idrar sıklığı, sıkışma ve inkontinanstan şikayet etmektedir. Bu semptomlar, fetal kafa pelvise girdiği için üçüncü trimesterde artmaktadır. Gebelikte sistemik vazodilatasyon renal vasküler dilatasyona yol açmaktadır. Sonuç olarak, glomerüler filtrasyon hızında (GFR) ve etkin renal plazma akışında (RPF) bir artış vardır (49). Glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ilk trimesterin sonunda %40-50 artar ve 180 mL/dk'da zirve yapar (50). Bu seviye 36. gebelik haftasına kadar korunur. Kreatinin klirensi 4 haftalık gebelikte %25 artar, 9 haftalık gebelikte %45'e yükselmektedir (51). Aynı zamanda, artışla birlikte idrarla protein ve albümin atılımı artmaktadır (52). İlk trimesterde renal kan akımının %30 artması, ikinci trimester başında ise %50 oranında artması idrar, su ve elektrolit kaybına neden olmaktadır. Glukozüri idrarda en sık saptanan patolojidir. Tübüler geri emilimin azalmasından dolayı görülebilir, ancak glikozüri ve proteinüri fizyolojik nedenlerden dolayı olabileceği gibi patolojik nedenlerden dolayı da olabilmektedir. Bu nedenle gebeler mutlaka gestasyonel diyabet ve preeklamsi açısından değerlendirilmelidir (20,38). Hamilelik sırasında daha fazla sodyum filtrelenmesine rağmen, renal tübüllerden yeniden emilim de artar (53). Hamile bir kadının fizyolojisinin böbrek sistemini bir öncelik olarak tanımadığına dikkat etmek önemlidir (54). Masif kanama gibi hemodinamik bozulma durumlarında, renal perfüzyon tercihen azalır. Sonuç olarak, idrar çıkışında azalma görülmekte ve akut tübüler nekroz riski artmaktadır. Gebelik döneminde artan damarlanmayla birlikte solunum sisteminde ve üst solunum yollarında ödem oluşmaktadır. Bu durumun sebebi yükselen progesteron düzeyidir. Ayrıca fetus boyutunun artışı ile karın içi basıncı artmakta buna bağlı olarak da diyafram 4-5 cm yukarı doğru yer değiştirmektedir (20, 21). Östrojen ve relaksin hormonu kas iskelet sisteminde bir takım değişiklikler sağlamaktadır. Bu hormonlar pelvis eklemleri ile bağ dokularında yumuşamayı ve gevşemeyi sağlamaktadır (55). Gebelerin günlük yaşam kalitelerini hormonal, dolaşımsal, mekanik ve psikososyal nedenlerle etkileyebilecek düzeye çıkan kas iskelet sistemi ağrıları görülebilmektedir (55). Gebeliğin ilk trimesterinde ortaya çıkan bel ağrısı görülen ağrıların en başında olup gebeliğin 5-7. aylarında görülme sıklığı artmaktadır. Bu ağrının görülme sıklığı %80 civarındadır (55). Bu ağrılar gebelikten önceki bel ağrısı varlığı, gebenin yaşı, parite, fiziksel aktivite ve beden kitle indeksi (BKİ) gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (55).

Hamilelik ilerledikçe, rahim genişler ve sindirim organlarını, özellikle mide ve bağırsakların işleyişini değiştirmektedir. Büyüyen uterusun neden olduğu mekanik

etkilerin yanı sıra, yüksek progesteron seviyeleri, gecikmiş mide boşalmasına ve gastrointestinal geçiş sürelerinin artmasına katkıda bulunmaktadı (56). Şişkinlik ve kabızlık hissinin yanı sıra, mide bulantısı ve kusma da yaygın olabilir ve hamile kadınların %50'sini etkilemektedir (57). Artan plasental gastrin üretimi nedeniyle mide asiditesi artmaktadır. Artmış progesteronun neden olduğu azalan özofagus sfinkter tonusu ile birlikte, reflü özofajit ve mide ekşimesi semptomlarının insidansı artmakta ve gebelerin %50 ila %80'ini etkilenmektedir (58). Doğum eyleminde, anksiyete, ağrı ve antikolinerjiklerin ve opiyatların kullanımı düz kas motilitesini daha da azaltmaktadır (59).

2.2.2. Gebelikte Meydana Gelen Metabolik Değişiklikler

Metabolik hızdaki artış gebelikteki maternal metabolik yük ve fetal ihtiyaçtaki artışla yükselmektedir. Bazal metabolik hızdaki artış özellikle son trimesterde %10-20 seviyelerine ulaşmaktadır (19-21). Uterus, meme, plasenta, fetüs ve amniotik mayi gibi maternal ve fetal yapılar ile ekstrasvasküler ve ekstrasellüler sıvılardaki artış kilo artışına neden olmaktadır (19-21). Gebelik öncesi normal kabul edilebilir beden kitle indeksi 19-24.9 kg/m² aralığında olanlara gebelik boyunca ortalama 9-14 kg almaları önerilmektedir. (19, 20). Normal değerlerin altında kilosu olan gebelere öncelikle ideal kiloya gelip ortalama 11.5-16 kg aralığında kilo almaları önerilmektedir. Gebelikten önce normal değerlerin üzerinde ağırlığa sahip gebelerin ise 6.8-11.5 kg arasında kilo alması önerilmektedir. Ancak bu artış gebelik ilerledikçe hız kazanarak ortalama ilk trimesterde 1.6-2.3 kg, ikinci trimesterde 5.5-6.8 kg, üçüncü trimesterde ise 5.5-6.8 kg aralığında olmaktadır (60).

2.2.3. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik kadın için eşsiz bir zaman olmakla birlikte vücudunda büyük değişikliklere sebep olan bir dönemdir. Gebelikte yaşanan gebeliğin her trimesterine özgü birçok psikolojik ve fizyolojik değişiklik aynı zamanda gerçekleşmektedir (61).

Birinci Trimester (0-14 hafta); kadında gebeliğin varlığına ilişkin uyumla ilgili değişiklikler görülmektedir. Bu döneme özgü yaşanan mide bulantıları, kusmalar ve yorgunluk, kadının kendini kötü hissetmesine ve ambivalan duygular yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bebeğin sağlığının iyi olmasını istemekle beraber bebeğine kaşı sevinci azdır (61).

İkinci Trimester (15-27 hafta); birinci trimesterde görülen fiziksel yakınmalar azalmaktadır. Gebelikte yaşanan yakınmaların azalmasıyla kadın kendini daha güçlü hissetmeye başlamaktadır. Fetal hareketleri hissetmesi ve fetal büyümeyle karnının büyüyüp gebe halini almasıyla kendi içine yönelim olmaktadır. Annelerin çoğu doğmamış çocuklarıyla konuşmaktadır bu da erken anne-bebek bağlanmasını başlatmaktadır (61).

Üçüncü Trimester (28-40 hafta); gebenin fiziksel olarak görünümü büyük ölçüde değişmekte, hareketleri yavaşlamakta, çabuk yorulmakta ve kendini rahatsız hissetmektedir. Günlük yaşam zorlaşmıştır, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını başlatmaktadır (61).

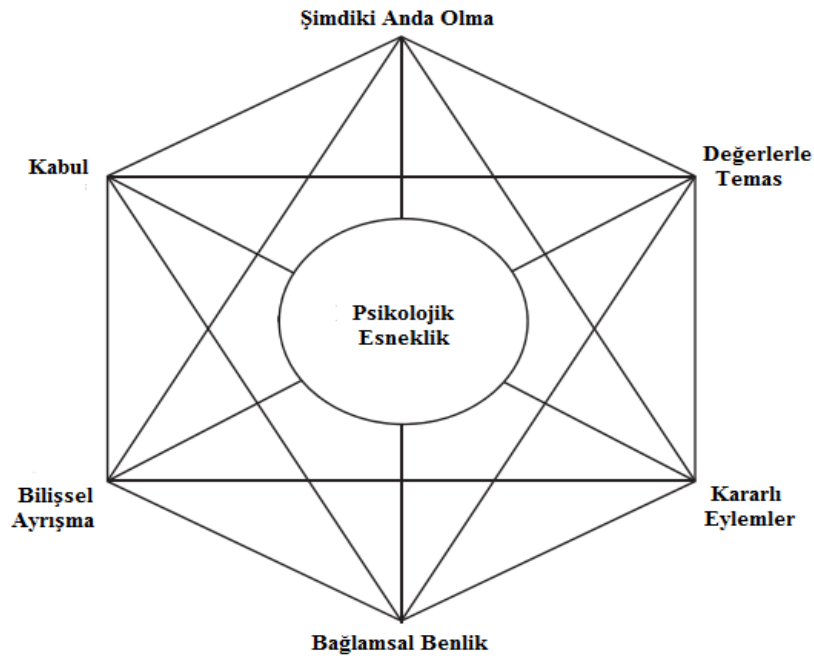
2.3. Psikolojik Esneklik Kavramı ve Modeli

Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (KKT) temel kavramı olan psikolojik esneklik 1994 yılında Hayes ve arkadaşları tarafından geliştirildi. (62, 63). Psikolojik esneklik; değerler rehberliğinde belirlenen, bütüncül ve bilinçli farkındalık halinde “an odaklı, anda kalma ile ilgili” eylemlerle ilgilidir. Ramaci ve arkadaşları, olumlu ve olumsuz olarak değerlendirilebilecek tüm duyguların, düşüncelerin ve duyuların farkında olmak ve ona cevap vermek, mevcut zamanın içinde olmak, kişisel değerler doğrultusunda hareket etmek olarak psikolojik esneklik kavramını tanımlamaktadır (64). Literatür incelendiğinde esnekliğin olması iyi oluş, yılmazlık ve mental sağlık ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken esnekliğin olmayışı psikopatoloji ile paralel olduğu psikolojik esneklik ile ilgili yapılan birçok kesitsel ve boylamsal çalışmalarda bulunmuştur (62, 65, 66).

Psikolojik esneklik, içinde bulunulan an ile temas halinde olmak, duyguların, duyuların ve düşüncelerin tamamen farkında olmak, istenmeyenler de dahil olmak üzere onları hoş karşılamak ve seçilen değerlere hizmet etmek için bir davranış kalıbı içinde hareket etmek olarak tanımlanmaktadır. Daha basit bir deyişle, kendi düşünce ve duygularımızı kabul etmek ve genellikle kaçınma ve istenmeyen iç olayları kontrol etme ile ilgili olan kısa vadeli dürtüler, düşünceler ve duygular yerine uzun vadeli değerlere göre hareket etmek anlamına gelmektedir (67). Yani psikolojik esneklik, bireyin sıkıntı varlığında bunlarla başetme ve dayanıklılığıdır (68). Mental sağlık ile pozitif yönlü ilişkiye sahip psikolojik esneklik, bireylerin kendine dönük duygu ve düşüncelerini tanımlayabilen, değişen durumlara uyum gösteren bir süreçtir. Psikolojik esnekliğin yokluğunda kaygı, anksiyete, depresyon vb. kavramları ile ilişkili bulunmuştur (69).

Psikolojik esneklik modeli psikolojik esneklik veya esneksizliğin kapsayıcı yapısını hedef almaya odaklanmış altı farklı alt süreçten oluşan geniş, kapsayıcı bir yapıdır (70). Bunlar; kabul etme, bilişsel ayrışma, bağlam olarak kendilik, şimdiki an farkındalığı, değerlerin netleştirilmesi ve kararlı eylem olarak ifade edilen birbiriyle ilişkili ve ayrılmaz süreçtir.

Altı çekirdek süreçten oluşan Kabul Kararlılık Teorisi (KKT)'nin bu modeline “esnek altıgen modeli” denir. Bu modelin alt bileşenlerinin varlığı bireyin sağlam bir esnekliğe sahip olduğunu gösterir (70, 71). Spektrumun diğer ucunda, psikolojik katılık, deneyimsel kaçınma, bilişsel kaynaşma, kendi kendine yetme, şimdiki an farkındalığının olmaması, değer eksikliği ve eyleme bağlılık eksikliğini içerir (72). Pek çok araştırma, yukarıda belirtildiği gibi, psikolojik esneklik veya esneksizliğin kapsayıcı yapısını hedef almaya odaklanmış olsa da, giderek artan sayıda kanıt, insanların çok çeşitli alanlarda psikolojik sıkıntı ve ıstırapla nasıl başa çıktıklarına ilişkin potansiyel olarak yararlı açıklayıcı kavramlar olarak psikolojik esneksizliğin bireysel bileşen alt süreçlerinin faydasını göstermektedir (73-77).



Şekil 2.1. Hexaflex Psikolojik Esneklik Modeli / KKT Müdahale Modeli (78)

2.3.1. Yaşantısal Kaçınma ve Kabul

Yaşamın ve insan olmanın bir parçası olan acı ve hüzünden kaçınmak yok saymak yaşamda birçok problemlere yol açar. Çünkü hayattaki hedeflerimize ulaşmak için bu duygusal içerikli temaslar kaçınılmazdır (79). Yaşantısal kaçınma; düşünceler,

anılar ve bedensel duyular da dahil olmak üzere istenmeyen özel olayların sıklığını veya biçimini değiştirmeye çalışan, bunu yaparken bile kişisel zarara yol açan davranış olarak tanımlanmaktadır (80).

Yaşantısal kaçınma, her insanın yaşamı boyunca kullandığı bir yöntem olmakla birlikte bunun rutin bir hale gelmesi ve her yaşadığı olumsuz durum ve kişisel deneyimleri bastırması veya önlemeye çalışması durumunda sorunlar yaşamaya başlamaktadır (81). Bu durumu yüksek düzeyde yaşayan ebeveynler çocuklarının olumsuz davranışlarında ya da yetenekleri konusunda ki yetersizliklerinde yüksek düzeyde stres algılamalarına neden olmakta ve böylece çocuğa karşı artan tahammülsüzlük ve olumsuz duygular geliştirmektedirler (82). “Kabul” kavramı olarak psikolojik kabul ve davranışsal isteklilik anlamındadır. Davranışsal isteklilik; kişisel deneyimlerle ve olayların nedenlerine temas halinde ve değer odaklı seçimleri ifade etmektedir. Psikolojik kabul ise; kişisel deneyimlerine odaklı, anlayışlı esnek ve yargılamadan benimsemesi olarak tanımlanmaktadır (70). Kabul kişisel deneyimlerin getirdiği olumsuz duyguları isteme ve benimseme durumu değildir. Sadece acı veren hislerin, duyguların, dürtülerin ve anıların farkında olup yaşadıklarının anlamlandırılmasında gereklidir (83). Yaşantısal kaçınma eylemine sahip ebeveynler tutarsız, sert ve ceza merkezlidirler. Kabul işlevinin artırılması ile işlevsiz ebeveynliğin azaltılması ve ebeveynlik becerilerinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir (84).

Davranışsal ebeveyn eğitimi girişimlerinde, ebeveynlerin kendilerini tanımlarını sağlamak adına olumsuz öz değerlendirmelerini ve iç başarısızlık deneyimlerini kabul etmelerini sağlayacak yöntemleri içermesi gerekmektedir (85). Olumsuz duygu ve düşünceleri yaşayan ebeveynler aynı süreci yaşamasına rağmen kabul eden ebeveynler gerekli olduğu sürece işlevsel olarak eylemde bulunabilmektedir. (81).

2.3.2. Bilişsel Birleşme ve Bilişsel Ayrışma

Kabul ve Karalılık Teorisi, bir düşüncenin işlevselliğine bakıp onun doğru ya da yanlış olup olmamasına bakmaz. “Bilişsel birleşme” temelde düşüncelerin farkındalığı baskılayacak biçimde davranışlarda engel oluşturmayı ifade etmektedir (83). İnsanların düşüncelerini mutlak doğrular olarak kabul ederek davranışlarını yönlendirmelerine neden olabilmektedir (86).

Gillanders 2014’de bilişsel birleşmeyi, bilişsel birleşmeden bilişsel ayrışmaya uzanan bir süreklilik üzerinde tek boyutlu bir yapı olarak kavramsallaştırmaktadır (87). Bir kişinin bilişsel birleşme düzeyi, olumsuz düşüncelerinin kelimenin tam anlamıyla

doğru olduğuna inanma derecesi ile karakterize edilmektedir. Özel bir zorluk, olumsuz ve duygusal olarak üzücü düşüncelere inanmanın (yani, bunlarla kaynaşmanın) bireylere yol açabileceği psikolojik sıkıntının yanı sıra, bilişsel birleşmenin çoğu zaman bu tür sorunlu düşüncelere göre hareket etmesine yol açmasıdır. Daha açık bir şekilde, bilişsel birleşme, düşünce içeriğinin bireyler üzerinde aşırı kontrol uygulamaya başladığı, bu belirli düşüncelerin gerçek içeriğinin dışındaki deneyimleri izlemede zorluğa yol açtığı ve düşüncelerin yapmaları gerektiğini söylediği şeyleri yapmaya zorunlu hissettiği bir süreçtir (88).

Bu nedenle bilişsel ayırıştırmanın amacı, bilişsel birleşme sürecini önlemeye yardımcı olmak için, danışanın düşünmesini dinamik bir süreç olarak gözlemlemesi için gerçek olmayan bağlamlar kurarak olumsuz düşüncelerin işlevlerini ayırştırmaktır (89). Bu, yalnızca düşünceleri aracılığıyla organize edilen dünyayla karşılaşmak yerine, ayırşmayı veya bilişsel uzaklaşmayı kolaylaştırmaktadır. KKT sürecinde bilişsel ayırşmanın gerçekleşmesi amaçlanır. “Bilişsel ayırşma”, akıldaki düşüncelere, resimlere ve hatıralara mesafe koyarak, kişinin kendi düşünce sürecini fark etmesi ve izleyebilmesi anlamına gelmektedir (83).

2.3.3. Esnek Olmayan Dikkat ve Anda Olma

Şimdiki an ile temas veya daha basit olarak, şimdiki an farkındalığı klinik literatürdeki birçok bilinçli farkındalık kavramsallaştırmasına benzemektedir (90, 91). Zamanımızın çoğunu henüz deneyimlemediğimiz hayali bir geleceği düşünerek veya değiştiremeyeceğimiz bir geçmişini düşünerek geçirdiğimiz iddiasına odaklanmaktadır. İnşa edilmiş geleceğe veya geçmişe bu aşırı odaklanmanın sonucu, doğrudan ve mevcut deneyimlerimizle bağlantımızı kaybettiğimiz anlamına gelmektedir (92).

“Anda olma” bireyin dikkatini mevcut zamana vermesi ve bilinçli bir şekilde anda gelişen durumları fark edebilmesidir. Anda kalabilmek için bireyin bilincini dış dünyaya ve kendi iç dünyasına yönlendirebilmesi gerekmektedir. Yaşamı farkında olmadan yaşamak ya da düşüncelerde kaybolmak yerine şimdi ve an da olabilmektir. (83).

2.3.4. Kavramsal Benliğe Bağlanma ve Bağlamsal Benlik

Kişinin içsel yaşantılarından öte sabit, kapsayıcı bir benliğe sahip olduğu algısıdır (93). Kişi her ne yaşıyor olursa olsun tüm içsel yaşantılar ve tecrübeler kişinin bir bağlam olarak “içerisinde” gerçekleşmektedir. Kişiden bağımsız bir duygu, düşünce

ya da bedensel belirtinin olması mümkün değildir. Bu algı seviyesine ‘bağlam olarak benlik’ ya da ‘bağlamsal benlik’ denilmektedir (95). Bağlamsal benlik algısı sözel olarak tanımlanamayacak bir konum olduğu için ancak yaşandıkça anlaşılmaktadır.

2.3.5. Değerlerden Uzaklaşma ve Değerlerle Temas

Değerler, kişi tarafından seçilmiş, kişinin hayatına anlam katacak, hiç bitmeyen, her an sergilenebilecek eylemler ve bu eylemlerin nitelikleridir (95). Kişi için hayatı anlamlı kılan ilke ve prensiplerdir. KKT sürecinde kabul ve bilişsel ayrışma başlı başına bir sonuç hedefi değil süreç hedefidir (94).

2.3.6. Hareketsizlik, Dürtüsellik ve Kararlı Eylemler

Kişi için anlamlı olan hayat alanlarında sergilenen davranışlardır. Ancak burada önemli olan hedef odaklı olmayan, günlük hayatta fark yaratabilecek küçük eylemlerdir. “Kararlı eylemler” değerler tarafından yönlendirilen etkili eylemlerdir (96). Değer odaklı kararlı eylemlerde kişi yaşamda tatsız, hoş, acı ya da zevkli birçok duygu ve düşünceyi beraberinde getirecektir. Rahatsız edici bir durumda dahi kararlı eylemler “gereğini yapabilmeyi” ifade etmektedir (83). Fletcher ve Hayes’a göre, kararlı eylemler bağlamsal olarak gerektiğinde davranışı değiştirebilmeyi de ifade etmektedir. (94)

2.4. Stres Kavramı

Stres kavramı modern hayatın önemli bir parçası olmakla beraber insan yaşamını birçok yönden etkilemektedir. Maslow’a göre ‘stres insanın temel ihtiyaçlarını karşılaması esnasında kendi içinden ya da dış çevresinden gelen engeller sonucu oluşmaktadır (97). Beden ile çevre arasında ki çatışma sonucu oluşan savunmadır (98). Stres, bireyin iç dünyasında, dış ortam ile etkileşiminden sonra ortaya çıkan, birçok sebebi ve sonucu olan içe dönük tepkidir (99). Psikolojik veya fiziksel davranış değişikliğine neden olan sebeplerden oluşan psikolojik bir durum olan stres “esas hale dönmek için çaba harcama” ve “bütünlüğü koruma” olarak da tanımlanabilmektedir (100,101). İnsanoğlunun hayatında eski dönemlerden beri varolan stresin sebepleri değişse de strese verilen tepkiler değişmemektedir (102). Stres kelimesi ile bireyin fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik stres tepkileri anlatılmaya çalışılmaktadır (103).

2.4.1. Stresin Etkisi

Kadın ve çevresinin hayatında önemli değişikliklere neden olan gebelik birçok stres içermektedir. Geçici stres durumunda anne ve bebeği stresin olumsuz etkilerinden koruyacak olan enzimler etkin hale gelir fakat sürekli hale gelen stres durumlarında bu koruyucu etkenler etkisiz hale gelmektedir (104). Bundan dolayı gebelikteki stres algısı sürekli bir durum haline geldiğinde fetal ve maternal etkilenme görülebilmektedir (105).

➤ Stresin Maternal Etkileri

Toplumsal faktörlerden kaynaklı olarak doğum ebeveynler tarafından kanamalı, tehlikeli ve ağırlı bir eylem olarak algılanmaktadır. Bu durum özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde kadının stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Artan stresle beraber kortizol seviyesinde, plesantal CRH(Kortikotropin Releasing Hormon) ve oksitosinin salınımında artış gözlenmekte ve dolayısıyla bu da serviksin olgunlaşmasına ve uterus kontraksiyonlarına yol açarak doğumun başlamasına neden olmaktadır (106). Progesteron hormonu gebeliğin devam etmesini sağlarken stres hormonlarından olumsuz etkilenmektedir (104). Bunun sonucunda prenatal stresin erken doğuma sebep olabileceği düşünülmektedir (107). Annede yaşanan aşırı stres sebebiyle kortizol ve katekolamin seviyelerinin artmasına bağlı olarak vazokonstriksiyon gelişmekte uterin perfüzyon azalmaktadır. Buna bağlı olarak fetüsün oksijenlenmesi azalmakta ve fetüs hayatı tehlikeye girmektedir (108). Stres altında olan gebeler yapması gereken antenatal takiplerini aksatmakta, yetersiz ve dengesiz beslenmekte, alkol sigara gibi gebeliğe zararlı alışkanlıklar, sağlıksız davranışlarda bulunmaktadırlar (104). Maternal stres neonatal ve obstetrik olumsuz sonuçlar olan sezeryan doğuma, intrauterin gelişme geriliğine, prematuriteye sebep olmaktadır (105).

➤ Stresin Fetal Etkileri

Antenatal dönemde yaşanan stres, böbreküstü bezinden glikokortikoid salınımını artırmaktadır. Glikokortikoid birçok büyüme faktörünün, sitokinin, immun sistem hücrelerinin üretimi ve salınımı üzerinde etkilidir. Kortizol düzeyinde artış ile sonuçlanan stres yanıtı plesanta ve fetüsü etkileyip gebeliğin olumsuz ilerlemesine neden olmaktadır (105). Gebelik boyunca plesantaya olan kan akımı stresten kaynaklı bozulmakta ve plesantal kan glikoz düzeyinde azalmaya neden olmaktadır. Bebeğe giden plesantal kan akımının bozulmasıyla gebelerin bebeklerinde intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı sık görülen bir durumdur. Bu durumlar düşük APGAR skoru, respiratuvar distres sendromu, polisitemi, ve mekonyum aspirasyonu, uzun

dönemde ise üriner, gastrointestinal ve solunum sistemi komplikasyonlarına neden olmaktadır (104).

Gebelikte salgılanan stres hormonundan kaynaklı fetüsün immün sistemi baskılanır ve bundan dolayı alejik inflamasyonlar görülmektedir. Bununla beraber immün sistemin baskılanması preeklampsi gibi gebelik komplikasyonlarını tetikleyebilmektedir (104). Kontrol altına alınamayan gebelik stresi bebeğin sadece fetal hayatta değil ileriki hayatında da bazı olumsuz etkilere neden olmaktadır. Yüksek gebelik stesi yaşayan annelerin bebeklerinde dil becerilerinde gerilik, dikkat ve zeka performansında düşüklük, yeni ortama uyum sağlamada çekingenlik, adölesan dönemde anksiyete ve depresif bozukluklar sık rastlanan durumlardandır (104). Gebelikte maruz kalınan stresin fetüsün beyin gelişiminin en yoğun olduğu döneme denk gelmesi yetişkin yaşamda hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve kronik dejeneratif hastalıklarla karşılaşma sıklığını artırmaktadır (104).

2.4.2. Gebelikte Strese Yol Açan Faktörler

Gebelik kadın hayatı için bir kriz dönemi olarak dönüm noktası olmakla yeni ve değişik rollere uyum gerektirmektedir (109). Çocuk sahibi olmak eşler tarafından cinsel yeteneği kanıtlamak, toplumda statü kazanmak ve kültürel baskı sebebiyle olabilmektedir (110). Tüm bunlar eşlere stres yaratmaktadır (111).

Doğumda ve gebelikte stres oluşturan birçok risk durumu söz konusudur. Bunlar kadının kişisel deneyimleri, gebeliğe karşı tutumu, eğitim düzeyi, gebeliği isteme durumu, sosyoekonomik durumu, çocuk sayısı, aile içi ilişkileri, cerrahi ve obstetrik risklerdir (112). Gebelikte yaşanan yorgunluk, bulantı-kusma, bel ağrısı ya da konstipasyon gibi şikayetler nedeniyle belli düzeylerde stres yaşanabilmektedir (113, 105). Kadınlar yaşanan sosyal destek azlığı, ekonomik kaygılar, gebelik dönemi tehlike belirtileri (kanama ya da ağrı), iş ile ilgili problemler, doğum ağrısı, doğumda olacakların belirsizliği, sezaryen ve fetal travma olasılığıyla ilgili stres yaşayabilmektedirler (114). Gebelerin stresleri, doğum eyleminin başlamasıyla daha da artmaktadır. (115). Gebenin hastaneye gelmesiyle beraber birçok stres faktörü söz konusudur. Bunlar; bilmediği bir ortama girmesi, tanımadığı ekip ile karşılaşması, ışık, ses, yatağa bağımlı olma, monitörizasyon, indüksiyon, lavman, doğum sırasında kendini desteksiz ve yalnız hissetmesidir (106). Bir diğeri ise kadından annelik rolünde iyi olmasını beklemek stres yaşamasına sebep olabilmektedir (116).

2.4.3. Gebelikte Stresle Başa Çıkmada Ebinin Roller

Gebelik döneminde yaşanan stresle baş etmede ebinin rolleri şunlardır (117-120, 114);

- ✓ Gebelik gibi yeni duruma uyum sağlamalarında kadınlara eğitim ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır.
- ✓ Fiziksel değerlendirmeyle beraber psikolojik değerlendirme yapılarak gebe ve ailesine bütüncül bir yaklaşımla gebe takibi yapılmasıdır.
- ✓ Gebelerin ruh sağlığının tedavi edilmesi, korunması ve geliştirilmesine yönelik eğitim programları antenatal döneme yönelik hazırlanmalıdır.
- ✓ Gebelik dönemi eğitim programları diğer aile üyelerinin özellikle eş ve gebe katılımı sağlanmalıdır.
- ✓ Gebelikte yaşanabilecek stres kaynaklarının farkında olunmalı
- ✓ Gebelerin stresle nasıl baş edebilecekleri yöntemlerin belirlenmesi
- ✓ Kadınların gebelikte yaşayacağı stres kaynaklı hastalıkların birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanısı hakkında bilgi vermeli ve buna yönelik hizmetler yürütmeli bunlar yapılırken ebeler aktif rol üstlenmelidir.
- ✓ Yaşanabilecek stresle etkili başetme yöntemlerinin kullanımı sağlanmalıdır. Bunlar solunum ve gevşeme egzersizleri, yoga, müzik terapisi, fiziksel egzersiz, akupunktur, masaj terapisi ve sosyal destektir.
- ✓ Ebelere yönelik konferans, seminer ve hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

2.5. Travma Kavramı

Sıkıntılı ve bireyi çaresizlik ve korkunun en üst düzeyine çıkaran bir haldir (121). Kelime anlamı; psikolojide “sarsıntı”, tıpta ise “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme” olarak açıklanmaktadır (122). Travma kişinin bedenini ve sosyal çevresini tehdit eden, mağduriyetine sebep olan bir durumdur. Travmatik olgulara bakıldığında kişilerin sıradan olumsuzluklara karşı farklı boyutlarda tehdit, şiddet ya da ölüme yaklaşma tepkileri söz konusudur (121). DSM-IV travmatik olayı; ‘kişinin, ölüm, ciddi şekilde yaralanma ya da tehdit içeren olay ya da olayları yaşaması, tanık olması veya karşı karşıya olması’, kişinin kendisinin yada bir diğer kişinin fiziksel tehditle yüzleşmesi durumunda çaresizlik ve korku gibi güçlü tepkiler vermesi olarak tanımlanabilmektedir

(123, 124). DSM-IV’de belirsiz bir fiziksel tehdit, DSM-V’de yaşam ya da beden üzerinde bir tehdit şeklinde tanımlanmış aynı zamanda travma yaratan olaylara direkt maruz kalınmasa bile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülebileceği bildirilmiştir (125). Bireylerin doğrudan travmayla karşı karşıya kalmaları “birincil travma”, travmaya maruz kaldıkları süreçlere bilinçli isteklik ya da istemeden tanıklık ederek travma stresine maruz kalmaları ise “ikincil travma” olarak açıklanmaktadır. İkincil travmalar da oluşan negatif durumların, birincil travmanın yarattığı tepkilere benzer ya da birebir olduğu öngörülmektedir (126).

2.5.1. Travmatik Doğum Algısı

Doğumun nasıl olduğuna yönelik düşünceler ve tanımlar kadınların doğuma yönelik beklentilerine göre şekillenmektedir. Normal bir süreç olan doğum, kadında olumlu veya olumsuz beklentiler oluşturmaktadır. Kadının doğum deneyimi, bireysel özellikleri ve toplumsal değerler gibi birçok faktör doğum algısını şekillendirmektedir (127).

Travmatik doğum, birtakım doğum deneyimlerini ve olumsuz psikolojik tepkileri ifade etmekte kullanılan karmaşık bir kavramdır. Maternal ya da fetal zararlı olabilecek fiziksel travma olduğu veya olmadığı durumlarda gelişebilmektedir (128). Reed ve ark. 2017’da; “Anneye veya bebeğine gerçek veya tehdit edici yaralanma veya ölüm” algısı olarak bildirmiştir (129).

Kadınların yaşadığı zor ve travmatik doğum deneyimleri hayatın ilerleyen dönemlerinde birçok kalıcı ve ciddi hasarlara sebep olmaktadır. Bu durum patolojik düzeyde suçluluk duygusu, yüksek düzeyde endişe ve panik ataklara kadar gelmektedir(130). Doğum deneyimini travmatik algılayan bireyler doğum anını çaresizlik, dehşet ve korku dolu bir anı olarak tanımlamaktadır. Travmatik doğum algısı, yaşanan doğum anını sürekli kabus şeklinde görmesine ve sürekli hatırında olmasına neden olmaktadır (131). Doğumların olumlu algılanması için gelecek nesillere aktarılacak olumlu doğum deneyiminin yaşanması gerektiği bildirilmektedir (132). Yapılan bir yüksek lisans çalışmasında gebelerin %37.8’inin, annelerinin ise %33.9’unun “orta” düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlendi (133). Aynı çalışmada gebelerin TDA’sını açıklamada annelerindeki TDA %25 oranında etkili olduğu belirtilmiştir (133).

2.5.2. Travmatik Doğum Algısına Neden Olan Faktörler

Son yirmi yılda, maternal ve fetal sağlığı iyileştirmek, doğum eylemini başlatmak, doğum sürecini izlemek, düzenlemek ve hızlandırmak adına farklı doğum uygulamalarında kritik bir artış görülmektedir. Tüm bu uygulamalar, doğumun tıbbileştirilmesi, kadının doğurma yeteneğinin engellenmesi ve doğum deneyiminin olumsuz değerlendirilmesine neden olmaktadır (134). Normal doğum süreci tüm bu gelişmelerden kaynaklı günümüz toplumunda riskli ve müdahaleli bir süreç olarak algılanmakta ve doğasında kendiliğinden olamayacağı düşüncesi hakimdir (135).

Travmatik doğum algısına neden olan faktörlerde çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Bunlar;

- Sosyo-demografik faktörler,
- Prepartum döneme ilişkin faktörler,
- Intrapartum döneme ilişkin faktörler,
- Postpartum döneme ilişkin faktörler,
- Diğer faktörlerdir.

➤ Sosyo-demografik faktörler

Doğumun olumsuz algılanmasında adölesan yaş grubu gebeler ve ilk gebeliği olan kadınlarda bilinmezliğin verdiği endişe ve stres yer almaktadır. Trabzon ilinde multipar gebeler üzerinde yapılmış bir çalışmada, gebenin yaşı, evlilik süresi, toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça travmatik doğum algısında azalma görülmüştür (136). Çalışma sonucuna göre stresle başa çıkma ve stresi kontrol etme yeteneğinin artması, kadınların yaşının, çocuk sayısının ve evlilik süresinin artmasıyla artmaktadır. Yine aynı çalışmada travmatik doğum algılarının da azaldığı belirlenmiştir (136). Literatürde kadınlarda eğitim seviyesi düştükçe travmatik doğum algısı düzeylerinde artış olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, yüksek eğitim seviyesinin de doğumun travmatik algılanmasına neden olabildiğine dair çalışma mevcuttur (137). Aynı zamanda çok düşük gelir seviyesine sahip, sosyal güvencesi bulunmayan, savaş ve doğal afetler nedeniyle göç etmek zorunda kalan, dil sorunu ve kültürel farklılıkları olan gebelerin doğumlarını travmatik algıladığı bildirilmektedir (138-140).

➤ Prepartum döneme ilişkin faktörler

Bu dönemdeki doğum algısı gebenin ve çevresinin gebelikten beklentileri ve bu beklentilerin karşılandığı oranda şekillenmektedir (141). Travmatik doğum algısına neden olan birçok faktör vardır. Bunlar; plansız veya istenmeyen gebelik, adölesan

gebelik, nulliparite, doğumla ilgili olumsuz düşünceler, cinsel istismar, yetersiz antenatal bakım, yetersiz psikososyal destek ve/veya yetersiz algılanması, yardımcı üreme teknikleriyle gebelik, ileri yaş gebelik, mevcut veya önceki gebeliklerinde riskli gebelik varlığı ve doğumla ilgili bilgi eksikliğidir (138, 142, 143).

➤ **İntrapartum döneme ilişkin faktörler**

Doğum her ne kadar anne/babanın bebeğine kavuşma anı ve mutlulukla müjdelene olarak kabul edilen mucizevi ve heyecan dolu bir bekleyişin sonu olarak kabul edilse de bu süreçte yaşanan ağrı ve kontrolsüzlük düşüncesi doğumun travmatik algılanmasına sebep olabilmektedir (7, 144). Bu dönemde ki temel risk faktörleri; doğum şekli, doğumun gerçekleşeceği ortam, doğum ağrısı, daha önceki olumsuz doğum deneyimi, kendisi ya da bebeğinin zarar göreceği düşüncesi, doğumda verilen bakımın yetersizliği ve acil sezaryana alınma olasılığının vermiş olduğu endişedir. Literatürde travmatik doğum algısının önceki doğum şekli normal vajinal doğum olan ve doğumda girişim uygulanmış (oksitosin, epizyotomi, fundal bası) gebelerin, doğumda girişim uygulanmamış ve sezaryen olmuş multipar gebelere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (131, 145). Doğumun ikinci evresinde uygulanan fundal bası doğumun travmatik algılanmasına sebep olan bir diğer faktördür. Fundal bası, geleneksel bir uygulama olup, sert uygulandığında acı, abdominal bölgede morarmalar, stres, korku, travma gibi fiziksel ve psikolojik yakınmalara neden olmaktadır (146). Doğumun travmatik olarak algılanmaması için kanıt temelli olmayan bu uygulamanın terk edilmesini gerektirmektedir Doğumda fundal bası uygulanmış annelerle yapılan bir çalışmada annelerin bazıları; ebelerin fundal basıyı çok sert uyguladığını, oldukça korktuklarını, doğumdan sonra hastanedeyken rüyalarında gördüklerini ve bağırarak korku içinde uyandıklarını söylemişlerdir. (145).

➤ **Postpartum döneme ilişkin faktörler**

Postpartum dönemde biten doğumda yaşananların değerlendirilmesi ve travmatize etme ya da reddetme süreci olarak devam etmektedir. Bu süreçte sosyal destek ve psikolojik iyileşme etkili olduğu belirtilmektedir (147). Sosyal destek yönünden zayıf olan gebelerin bu dönemde yaşadıkları travmatik semptomların da artış söz konusudur (148). Bunun yanında eş desteği yüksek olan kadınların travma sonrası stres semptomlarına daha az rastlanmaktadır (149, 150). Kadınların doğum tecrübelerini sağlık profesyonelleriyle paylaşmayı önemsedikleri ve bunu kendileri için bir destek sistemi olarak düşündükleri belirtilmektedir. Fakat kadınlar doğumla alakalı paylaşımlarının sağlık personelleri tarafından ilgilenilmediğini ve anlaşılmadıklarını

ifade etmektedirler (151). Yapılan bir araştırmada; önceki vajinal doğumu ebe tarafından gerçekleştirilen ve ebeyle olan iletişimden memnun kalan ve yine doğumunu aynı ebeyle yapmak isteyen gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri düşük çıkmıştır (136). Doğum sürecinde empati duyulmadan yapılan bir iletişim gebelerde travmatik algıya neden olabilirken sezaryen taleplerini de artırmaktadır (152).

➤ Diğer faktörler

Travmatik doğum algısının ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden bir diğeri ise günümüz medyasında anlatılan olumsuz doğum hikayeleri, aşırı doğum korkusu, cinsel istismar, göçler, afetler, ruhsal ve fiziksel travmalardır (140, 153). Yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış kişilerde %12 oranında doğum korkusu geliştiği bildirilmiştir (154). Doğum korkusu, travmatik doğum algısı gelişmesine neden olan en önemli risk faktörüdür (155).

2.5.3. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı

Doğum kadın için doğal bir süreç iken travmatik bir deneyim olarak algılanması, psikolojik sorunlara yol açmaktadır (7, 156, 157). Yaşanan bu olumsuz durum bebek, anne ve diğer aile üyeleri ile gelecek kuşaklar üzerinde istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Travmatik doğum algısının tedavi edilmemesi durumunda kadının psikolojik ve fiziksel sağlığının olumsuz etkilenmesiyle beraber anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde de tehdit oluşturduğu bildirilmektedir (158). Bununla beraber travmatik doğum algısının doğum sonrası dönemde depresyona, aile ilişkilerinde ve anne-bebek bağlanmasında bozulmaya, laktasyonda azalmaya ve posttravmatik stres bozukluğu gibi problemlere de neden olacağı bildirilmektedir (159-161). Ayrıca bu annelerin çocuklarında da duygusal, bilişsel ve davranışsal problemlere sebep olabileceği gösterilmektedir (162).

Türkiye, OECD ülkeleri içinde en yüksek sezaryen oranlarına sahip olan ülkeler arasında yer almaktadır (163). Bu artışa neden olan en önemli faktörlerden travmatik doğum, tüm sağlık profesyonellerini doğrudan ilgilendirmektedir (160, 156, 157). Sağlık profesyonellerinin sunduğu bakımın etik ve yasal çerçevede güvenli ve saygılı bir bakım olması mecburidir (129). Doğum ekibinin tüm üyelerinin; iyi bir iletişim ve dayanışma özelliklerine sahip olması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri doğumun doğal sürecini koruyan, doğumla ilgili kendi korkularından arınmış ve tüm kadınların bu deneyimi pozitif hatırlamalarını hedef edinmiş olmalıdır (160, 156,157).

Ebelerin, travmatik doğum deneyiminin azaltılmasına yönelik uygulayabileceği girişimler;

- Gebelerin doğuma hazırlık eğitimlerinden faydalanmalarını sağlamak,
- Vajinal doğumla ilgili travmatik endişelerinin/korkularının azaltılıp vajinal doğuma teşvik etmek,
- İdeal doğum ortamlarının oluşturularak pozitif doğum algısının kazandırılmak,
- İletişim becerilerinin güçlendirilmek,
- Gerekmedikçe istenmeyen müdahalelerden kaçınmak (epizyotomi, fundal bası, sentetik oksitosin vb) dır.

Aynı zaman da ebelerin travmatik doğuma yönelik risk faktörleriyle ilgili kadınları değerlendirmesi, risklerin/sorunların erken dönemde tespit edilmesi, gerekli tedbirlerin alınması travma riskini azaltmak için doğumda gebeye gelişmiş duygusal destek sağlanması ve travmatik doğumlara yaklaşım konusunda eğitim almalarının faydalı olacağı belirtilmektedir (129, 156, 157, 160).

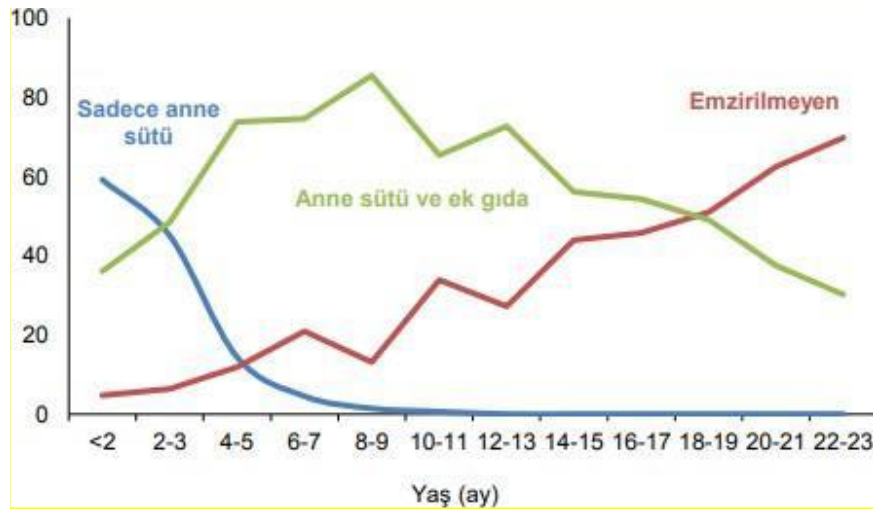
Yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre; eğitilmiş refakatçi varlığının annenin doğum deneyimi üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Doğum deneyimini iyileştiren bir diğer faktörde ebe bakımının sürekliliği, ağrı yönetimi, doğum sürecini kontrol etme, güvenilir uzmanlardan destek alma ve müdahalelerin azaltılması olarak belirlenmektedir (141, 164, 165). Ebelerin bu doğrultuda sunacağı profesyonel bakım, kritik düzeydeki sezaryen oranlarında azalma ve anne-yenidoğan sağlığında yükselmeye büyük kazanımlar sağlayacaktır. Aynı zamanda toplumdaki travmatik doğum algısı yerine olumlu doğum algısının yerleşmesi, ebeler mesleğinin önemini arttıracak ve ebeleri mesleki doyuma ulaştıracak düşünülmektedir.

2.6. Emzirmenin Önemi

Emzirme ana-çocuk sağlığını korumak, toplumsal iyilik halini arttırmak ve toplumun sosyal ve ekonomik kalkınmasına destek vermek açısından büyük önem taşımaktadır (166-172). Literatürde emzirmenin ani bebek ölümlerini, alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarını, astımı, gastrointestinal sistem hastalıklarını, idrar yolu enfeksiyonunu, nekrotizan enterokoliti, alerjik hastalıkları, atopik dermatiti, lenfomayı ve bakteriyel menenjit, çocukluk çağı obezitesini ve mortalite riskini azalttığı belirtilmektedir (167, 172-186). Emzirmenin başlatılmasıyla kandaki oksitosin düzeyinin arttığı ve uterusun toparlanma sürecindeki hızın da arttığı bilinmektedir.

Bununla beraber anneyi doğum sonu oluşabilecek en önemli komplikasyonlardan olan kanama ve kanamaya bağlı anne ölümlerine karşı korumaktadır (173). Annenin bebeğini düzenli aralıklarla önerilen sürelerde emzirmesiyle gebelik kaynaklı alınan kilolarını ilk altı ay süresince sağlıklı bir şekilde geri vermesine ve gebelik öncesi kilosuna kavuşmasını sağlamaktadır (173). Literatürde bazı kadınlarda gebeliğe bağlı psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin doğum sonu depresyona sebep olabilmektedir (173). Fakat emzirme anne ve bebek bağlanmasını artırıp doğum sonu depresyonu engellediği belirtilmektedir (173). Yapılan çalışmalarda emzirmenin çocukların zeka gelişimini desteklediği ve bilişsel gelişime olan katkısının okul başarısını arttırdığı bildirilmektedir (168, 172, 174).

Bir bebek için en sağlıklı ve güvenilir beslenme yöntemlerinden biri olan emzirme aynı zamanda anne ve bebek için kısa ve uzun vadeli sağlık sorunlarının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (171). Kanıtlara göre emzirmenin anne ve bebek açısından koruyucu bağışıklık, besleyici ve duygusal fayda sağladığı gösterilmektedir (171,175). Literatürde mama ile beslenen bebeklerin anne sütü ile beslenen bebeklere oranla daha fazla hastaneye yattıkları ve daha fazla enfeksiyon yaşadığı bildirilmiştir (171). Buna rağmen birçok ülkede hedeflenen emzirme oranlarına ulaşamamıştır (171). Son yıllarda emzirme konusunda yapılan birçok eğitimin laktasyona başlama ve devam etme anlamında olumlu etkilediği fakat hala beklenen düzeyde emzirme sağlanmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda emzirmenin desteklenmesi ve teşvik edilmesi ilerleme göstermiş olmasına rağmen, küresel boyutta emzirme oranları hedeflenen seviyenin altında saptanmıştır.



Şekil 2.2. Yaşa Göre Emzirilme Pratikleri TNSA 2018 (176)' den alınmıştır

2.6.1. Dünyada ve Ülkemizde Emzirme Durumu

UNICEF'in 2019 raporuna göre dünya çocuklarının durumu doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerin %44'ü emzirilmeye başlanmakta ve sadece anne sütü alan 6 aylıktan küçük bebekler %42'dir. Yaşamın ilk üç gününde, dünya çapında yenidoğanların %43'üne anne sütü dışında sıklıkla sade/şekerli su, bal, çay, hayvan sütü, bebek maması gibi sıvılar veya yiyecekler verilmektedir. Bebeklerin %65'i 12-23 ay aralığında emzirilmeye devam etmektedir. Ülkemizin emzirme oranları TNSA 2018 raporunda sunulan verilerde, emzirme süresi, annelerin emzirmeye başlama zamanına ilişkin bilgileri içermektedir. TNSA 2018 verilerine göre araştırmadan önceki son 2 yılda ülkemizde doğan çocukların %98'i emzirilmiştir. Doğum sonu ilk bir saat içinde emzirilme oranı %71, doğum sonu ilk bir gün içinde emzirilme oranı % 86 olduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 raporuna göre emzirilme konusunda ülkemizde istenilen düzeye ulaşamadığı ve bundan dolayı emzirmenin desteklenerek devam ettirilmesi konusunda eğitimin sürdürülmesi gerekli görülmüştür (177). İlk 6 ay anne sütü bebeklerin ihtiyacı olan tüm besinleri içermektedir. Bebeklere yaşamlarının ilk 6 ayında anne sütünden başka besin verilmemesi, sadece anne sütü ile beslenmesi önerilmektedir. İlk 6 ay bebeklere ek gıda verilmesi, anne sütü oluşumunun azalmasına neden olacaktır, çünkü anne sütü emzirmenin sıklığına bağlı olarak artmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre 6 aydan küçük çocukların %41'i sadece anne sütüyle beslenmektedir. Sadece anne sütü alan çocukların oranı yaşla birlikte hızla azalmakta; 0-1 aylık çocuklar arasında %59'dan, 2-3 aylık çocuklar arasında %45'e ve 4-5 aylık çocuklar arasında %14'e düşmektedir. Altı aydan küçük çocukların sadece anne sütü ile beslenmesi gerektiği önerisinin aksine, çocukların %23'ü anne sütü olmayan diğer süt almakta ve çocukların %12'si anne sütüne ilave tamamlayıcı besin almaktadır (176).

Sonuç olarak raporda, emzirme durumunun dünya genelinde istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018'e göre ülkemizdeki bebeklerin anne sütü alma durumuna bakıldığında ise emzirme davranışının yaygın olduğu fakat bebeklerin toplam emzirilme ve yalnızca anne sütü alma sürelerinin istenilen düzeyde olmadığı belirtilmektedir. Ülkelerin anne sütünün ve emzirmenin ne kadar kıymetli olduğunu bilmesine, emzirmeyi desteklemek amaçlı fırsatların oluşturulmasına rağmen annelerin istenilen sürede bebeklerini emzirmeye istekli olmadıkları görülmektedir (178, 179).

2.6.2. Laktasyon Fizyolojisi

Gebelikte ve erken postpartum dönemde meme bezleri hızlı bir şekilde fizyolojik olarak değişmektedir. Laktasyon dönemi, doğum eyleminin bitmesiyle başlayıp anne bebek bağının kurulması ile fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin olduğu özel bir dönemdir (180, 181). Doğum eyleminde plasentanın ayrılmasıyla östrojen ve progesteron düzeylerinin düşüp, prolaktin hormonunun aktif hale gelmesiyle süt üretimi başlamaktadır. Süt üretiminin sağlanmasında ki en etkili yöntem bebeğin memeyi sürekli emerek boşaltmasıyla olmaktadır. Süt boşaltımının yeterli düzeyde olmaması durumunda alveolar lümende yüksek miktarda süt birikimi görülüp bu durum da meme içi basıncın yükselmesine, meme kılcallarında tıkanıklığın görülmesine ve kan akışında bozulmaya yol açmaktadır. Bununla beraber süt üretiminde de azalma olmaktadır (182,183).

Laktasyonun fizyolojisi 3 evreden oluşmaktadır.

a. Mammogenez: Bu evrede meme dokusunda gelişme ve büyüme görülmektedir. Gebelik boyunca memelerin östrojen, progesteron, human plasental laktojenik hormon (HPL) ve prolaktin hormonlarının etkisi ile laktasyona hazırlandığı evredir. Meme boyutunda ve ağırlığında değişim görülmekte ve aerolanın pigmentasyonunda ki artıştan meme aerolası koyu bir renk almaktadır. (184,185). Mammogenez evresi gebeliğin ilk trimesterında başlamakta ve memelerde ki kan akışı artmaktadır. Doğuma kadar alveollerin gelişimi devam etmektedir (184,186).

b. Laktogenez: Bu evrede meme bezlerinde süt salgılanmaya başlamaktadır. İki evreden oluşmaktadır. Birinci evre kolostrum üretiminin başladığı gebeliğin ikinci trimesterında ve sekretuar hücrelerden alveoler hücrelerin farklılaştığı gebeliğin son haftalarına doğru gerçekleşmektedir. İkinci evre ise doğum sonu 2-3. günden 1 haftaya kadar olan evredir. Bu evre plasentanın doğmasıyla progesteron hormon düzeyinin düşmesi ile baskılanan prolaktin hormonunun aktif hale gelmesi ile süt üretimi başlamaktadır. Emzirmenin devamlılığı süt oluşumunda ve salgılanmasında aktif rol oynar (187,188).

c. Galaktogenez: Bu evre süt salınımının devam ettiği doğum sonrası 9. günden sonrasını kapsamaktadır. Hücre sinyal sistemi ve süt salınımı devam etmektedir. Galaktogenez evresi için gerekli olan prolaktin hormonu süt üretiminin sürekliliği için gereklidir ancak yüksek olmasına gerek yoktur (180, 189). Laktogenez evresinde süt üretimi prolaktin hormonunun aktif hale gelmesiyle başlar ve bu evrede prolaktin hormonu

üretimi hızlanır süt üretimi devamı sağlanmış olmaktadır (184, 185). Memenin ucundan afferent sinirler yoluyla, hipotalamusa uyarı bebeğin memeyi emmesiyle ulaşmaktadır. Uyarının hipotalamusa ulaşması sonucu ön hipofizde bulunan prolaktin hormonunun etkisi ile alveollerde süt üretimi başlamaktadır. Buna “süt yapım refleksi” denir (185, 190). Prolaktin hormonunun salgılanması annede her emzirmeden sonra oluşmaktadır (191).

2.6.3. Laktasyonu Olumsuz Etkileyen Risk Faktörleri

Laktasyonun başlamasında doğum sürecinde yaşanan ruhsal, bedensel, hormonal değişiklikler etkilidir. Laktasyonun gecikmesinde doğum sayısı, doğum şekli, doğumda uterus plesanta eklerinin kalması, diyabet, bebeğin doğum kilosuna risk faktörleridir. Uzun doğum eylemi bir diğer risk faktörüdür, anne ve bebeğin yorulmasına sebep olup emzirmeye geç başlanmasına ve sıklığını azaltmaya neden olmaktadır. Bunlara ek olarak stres de annede oksitosin hormonunun salgılanmasına etki ederek bebeğin emme isteğinde azalmaya, annede süt yapımının azalmasına neden olacaktır (192).

2.6.4. Emzirmeye Başlama Zamanı, Süresi ve Sıklığı

Emzirme sırasında süt üretimi meme başının uyarılması ile prolaktin hormonunun salgılanmasıyla sağlanır. Bundan dolayı emzirmeye olabildiğince erken başlanması çok önemlidir. Bebeğin arama refleksini göstermesi gibi aç olduğunu gösteren belirtileri varsa bir an önce emzirilmesi gerekmektedir (193). DSÖ emzirmenin doğumdan hemen sonra ki yarım saat içinde başlatılmasını önermektedir (194). Bebeklerin belirlenen aralıklarda anne sütü ile beslenmesi sağlanmalıdır çünkü bebeklerin ilk günlerinde, günlük gereken kalori ihtiyaçları, tüketmiş oldukları enerji, aldıkları anne sütü tutarı değişkenlik göstermektedir. Bebeklerin yaşamlarının ilk zamanlarında sık sık ve her istediğinde emzirilmesi önerilmektedir (195). Bebeklerin doğumdan sonraki ilk dört hafta beslenmesi ortalama günlük 10 ile 12 kez arasında olmalıdır (196). Bebeğin en az on dakika boyunca emzirilmesi sağlanmalıdır ki emzirme başlangıcında gelen ön süt ve sonlarında gelen son süttten faydalanabilsin. Emzirmenin sonlandırılmasında öncelik bebeğe verilmeli ve isteğine göre ayarlanmalıdır. Yaşamın ilk zamanlarında bebeğin günlük ortalama 10-12 kez emerek anne sütü alması yapılan takiplerde kilolarında artış olduğunu göstermiştir. Her bebeğin emme kuvveti farklılık gösterdiğinden emzirme sıklığı her bebekte farklılık gösterir,

yeteri kadar anne sütü almalarındaki süreleri de farklı olur. Bazı bebekler yavaş emerek yirmi dakikada, bazı bebekler ise beş dakika da anne sütünü boşaltmaktadır (196). Bebekler yaşamlarının ilk aylarında açlığını ağzını açarak, dilini dışarıya çıkararak, başını çevirip aranarak, ağlayarak belli eder ve emmek ister. Emzirme sıklığı ilk haftalarda 1-2 saatte bir gibi kısa aralıklarda olabilir. Her emzirmeden sonra üretilen süt miktarı artacağından, beslenme sıklığı uzamaya başlayacaktır. Besleme sonrası bebek uyku halinde ve 4 saat geçmişse mutlaka uyandırılıp beslenmesi sağlanmalıdır (195). Her emzirme sonunda bebeğin mutlaka omuza alarak sırtına sert olmayacak şekilde sıvazlama hareketi ile emzirme sırasında yutmuş olduğu havanın çıkarılması sağlanmalıdır (196).

2.6.5. Emzirme ve Ebelik Bakımı

Emzirme davranışı doğal olduğu kadar öğrenilmiş bir eylemdir. Emzirme davranışı, eğitim ve danışmanlıklar ile sürdürülebilmektedir (197). Emzirmeye başlamada ve bunu sürdürmede annelere ihtiyaçları doğrultusunda verilen destek çok önemlidir (198). Ülkemizde anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan ebeler tarafından verilmektedir (233). Ebelerin vermiş olduğu emzirme danışmanlığı laktasyonun en iyi biçimde başlatılıp, sürdürülmesinde çok önemlidir. Danışmanlık annelere gebeliklerinden itibaren verilmelidir. Ebeler tarafından gebelik döneminde verilen eğitimin ve danışmanlığın doğum sonrası ilk yarım saatte laktasyona başlama zamanını, emzirme oranını artırdığını ve emzirme süresini uzattığı belirlenmiştir (198). Ebelerin emzirme danışmanlığında annelerin aldığı eğitimin; laktasyonun devam etmesinde, meme komplikasyonlarının engellenmesinde ve laktasyonun başarılı bir şekilde gerçekleşmesinde önemli rolü vardır (197-199). Anne sütü ve emzirme danışmanlığında ebelerin uygulama ve bilgilerinin annelere verilen eğitimin ve desteğin kalitesini gösterdiği bilinmektedir (197). Ebeler anneleri emzirme konusunda cesaretlendirmeli, kaygılarını anlayabilmeli, gözlem yapabilmeli ve iyi bir danışmanlık vermelidir. Emzirme eğitimi danışmanlığı doğum öncesi ve sonrasında verilmesinde aile bireylerinin, özellikle babanın katılması çok önemlidir. Gebelik döneminden itibaren başarılı emzirme danışmanlığı için anne ve baba adayları bilgilendirilmeli ve doğum sonrasında da danışmanlığa devam edilerek desteklenmelidir (198).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma latent fazdaki primipar gebelerde psikolojik esneklik düzeyi ve gebelik stresinin, travmatik doğum algısı ve emzirme başarısına etkisini belirlemek amacıyla kesitsel yöntem kullanılarak ilişkisel tarama modeli ile yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya il merkezinde bulunan Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi) Haziran 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi 54 poliklinik, 294 yatak kapasitesi ile 7 gün 24 saat kesintisiz olarak hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi)'nde Kasım 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında travaya gelen primipar gebeler oluşturmuştur. 2020 yılında ilgili hastanenin travayında izlenen gebe sayısı 1590'dır. Örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. 0.10 etki büyüklüğünde, 0.01 yanılma payı ve % 99 güven aralığında, 0.90 güç için hesaplanan en düşük örneklem büyüklüğü 282 gebe olarak belirlendi. 0.10 etki büyüklüğü program tarafından orta büyüklükte bir etki büyüklüğü olarak önerildiği için alındı. Olası % 10 kayıp riski için 28 kişi daha eklenerek toplam 310 kişiden veri toplanmasına karar verildi. Araştırmaya katılma kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler dosya kayıt numarasına göre sıralanmış olup basit rastgele örnekleme yöntemi ile örnekleme dahil edilmiştir (200).

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olma
- Eşiyle birlikte yaşama

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Riskli gebelik (düşük tehdidi, hipertansiyon, şeker vb. kronik hastalıklar) kriterleri içinde yer alma

- Tanılanmış psikiyatrik bir hastalığa sahip olma
- Fetal ölüm veya küretaj deneyimi yaşama
- Sezaryen endikasyonu taşıma
- Gebe kalmak için herhangi bir tedavi (IVF, intrauterin inseminasyon vb..) sonucu gebe kalmadır.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçmedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, kişisel tanıtım formu, psikolojik esneklik, gebelikte stresi değerlendirme, travmatik doğum algısı ve latch emzirme tutumu ve değerlendirme ölçeği aracılığı ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan form gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerini içeren 7 soru ve bazı obstetrik özelliklerini içeren 4 soru olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır (201).

3.4.2. Psikolojik Esneklik Ölçeği (Ek 3)

Francis, Dawson ve Golijani-Moghaddam tarafından 2016'da geliştirilmiş olan ölçek, 28 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Değerler ve değerler doğrultusunda davranış (1, 7, 9, 13, 16, 19, 21, 26, 27, 28), an'da olma (8, 14, 18, 20, 22, 23, 25), kabul (2, 3, 5, 6, 24), bağlamsal benlik (4, 10, 12) ve ayrışma (11, 15, 17) gibi alt boyutları bulunan ölçek 1 – 7 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Karakuş ve Akbay tarafından gerçekleştirilmiştir. Her bir boyut kendisine ait maddelerin toplanmasıyla ayrı ayrı değerlendirildiği gibi ölçekten toplam puanda elde edilebilmektedir. Ölçekte tersine puanlanan maddeler 2, 3, 5, 6, 8, 14, 18, 20, 22, 23, 24 ve 25'tir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan ise 196'dır (202,203). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Psikolojik Esneklik Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise .79 olarak hesaplanmış olup bu çalışmada bu değer 0.70 olarak belirlendi.

3.4.3. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği (Ek 4)

Gebelikte algılanan stresin ölçülmesi amacıyla 1983 yılında Chen ve ark. tarafından 30 madde ile Çin’de geliştirilmiştir. Daha sonra 2015 yılında ölçeğin yine doğum ve doğum sonrası beklenen stresörler de eklenerek 40 madde ile Tayvan’da geçerlik ve güvenirliği yapılmış ve 36 maddeye indirgenmiştir. Ölçeğin Aksoy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin 2015’te son hali verilen şeklinde beş (5) alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup 5’li Likert tipi ile derecelendirilmiştir. Puanlamada, kesinlikle hayır (0), hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4) şeklindeki derecelendirme kullanılmıştır. Tüm madde puanlarının toplamı, doğum öncesi stres skorunu vermiştir. Ölçekten alınan minimum puan 0, maksimum puan 144’tür. Alınan puanın yüksek olması doğum öncesi yüksek düzeyde stres algılandığının göstergesidir. Ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0.94 olarak hesaplanmış olup bu araştırmada bu değer 0.93 olarak belirlendi. (204).

3.4.4. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (Ek 5)

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ), Yalnız ve ark. tarafından 2016 yılında kadınların genel doğum algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (131). Ölçek 13 maddeden oluşan tek faktörlü bir yapıya sahiptir ve olumsuz madde bulunmamaktadır. Ölçek 0 ile 10 arasında değişen likert tipi ölçek şeklindedir ve ölçekten alınan puanlar 0 ile 130 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar düştükçe travmatik doğum algısının azalmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde değerlendirilmektedir: 0-26 arası çok düşük, 27-52 arası düşük, 53-78 arası orta, 79-104 arası yüksek, 105-130 arası ise çok yüksek travmatik doğum algısı olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısı 0.895 olarak bulunmuştur (205). Bu araştırmada bu değer 0.94 olarak belirlendi.

3.4.5. Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH) (LATCH Assesment Tool) (Ek 6)

LATCH 1993 yılında Deborah Jensen ve Sheilla Wallace tarafından geliştirilmiştir (207). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması ilk olarak 1997 yılında Demirhan ve Pek tarafından bir yüksek lisans tez çalışmasında yapılmış fakat bu çalışma yayımlanmamıştır (208). İkinci geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Yenal ve Okumuş tarafından 2003 yılında yapılmıştır (206). Ölçeğin uygulanmasında ebe/hemşire anne bebeğini emzirme sırasında gözlemekte ve anne ve

bebek kriterler doğrultusunda gözlemlenerek form doldurulmaktadır. Ölçeğin 5-10 dakikalık uygulama süresi mevcuttur. Ölçüm aracı beş değerlendirme maddesinden/kriterinden oluşmaktadır. LATCH, bu maddelerin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşimini oluşturur ve maddeler şu şekilde sıralanmıştır: L: Memeyi tutma (Latch on breast) A: Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing) T: Meme ucunun tipi (Type of nipple) C: Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı(Comfort bresat/nipple) H: Bebeği tutuş pozisyonu (Hold) Ölçeğin puanlaması: Her madde için 0-2 puan arası verilmektedir. Ölçüm aracından alınabilen en yüksek toplam puan 10 olup, yüksek puan yüksek emzirme başarısı anlamına gelmektedir. Değerlendirme emzirmeyi baştan sona kadar gözlemek gerekli değildir. Ayrıca emzirme ile ilgi hem anne hem de bebeği birlikte değerlendirmesi ileriye dönük dokümantasyon için de elverişlidir. Etkin emzirmeyi etkileyen anneye ait meme ucu tipi ve problemleri LATCH ölçüm aracı ile değerlendirilebilmektedir. LATCH ölçeğinde, memedeki rahatlığı değerlendiren kısaca C olarak belirtilen Comfort; alt maddesinin değerlendirmesinde, 1 ile 2 arasında üçüncü bir bölüm olması ihtiyacı vardır. Mevcut şekli ile aradaki durumları değerlendirecek özellikte değildir. Kısaca L olarak ifade edilen memeyi tutma / Latch on breast alt maddesi de yine aynı şekilde; 1 ile 2 arasında yine bir ara değerlendirmeye gereksinim göstermektedir. Ayrıca LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm aracı gözleme dayalı bir form olduğundan 2 gözlemci tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (206,207). Ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0.95 bulunurken, bu araştırmada 0.82 olarak belirlenmiştir (206).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri iki aşamada toplanmıştır.

1. Aşama: Latent fazda bulunan gebelerle travayda gerçekleşti. Bu gebelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile kişisel tanıtım formu, psikolojik esneklik ölçeği, gebelikte stresi değerlendirme ölçeği, travmatik doğum algısı ölçekleri uygulandı. Bu aşamanın tamamlanma süresi ortalama 10 dakikadır.

2. Aşama: Doğum yapan annelerle doğum sonu ilk 24 saat içinde lohusa servisinde gerçekleştirildi. Bu annelerle gözlem yoluyla LATCH emzirme tutumu ve değerlendirme ölçeği kullanılarak emzirme başarısı değerlendirildi.

Bu aşamanın tamamlanma süresi ortalama 5 dakikadır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Katılımcıların, travmatik doğum algısı ve emzirme başarısı araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Psikolojik esneklik düzeyi ve gebelik stresi araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows paket programında gerekli istatistiksel analizler ile yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; normallik testine göre yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma ve anova, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normallik dağılımı için çarpıklık-basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılğı düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan etik onay (Karar No:2021/1776 - Ek 7) ve Malatya İl Sağlığı Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek 8). Ayrıca katılımcılardan bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onam alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan 'İnsan Onuruna Saygı' ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile 'Özerkliğe Saygı' ilkesi, araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bu tez çalışmasında kullanılacağı belirtilerek 'Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları

Araştırmanın sadece Malatya il merkezinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi nedeniyle tüm gebelere genellenememesi araştırmanın

sınırlılığı olarak kabul edilmiştir. Gebelerin acil sezeryana alınma durumu ve COVID-19 kapsamında alınan önlemler araştırmanın zorlukları olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Latent fazdaki primipar gebelerde, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve emzirme başarısının psikolojik esneklik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=310)

Özellikler	n	%
Aile-Türü		
Çekirdek Aile	238	76.8
Geniş Aile	72	23.2
Eğitim Düzeyi		
İlkokul Mezunu	30	9.7
Ortaokul Mezunu	69	22.3
Lise Mezunu	109	35.2
Üniversite Mezunu	102	32.9
Çalışma Durumu		
Evet	52	16.8
Hayır	258	83.2
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	100	32.3
Gelir Gidere Denk	175	56.5
Gelir Giderden Fazla	35	11.2
Planlı Gebelik		
Evet	262	84.5
Hayır	48	15.5
İstenilen Cinsiyet		
Evet	264	85.2
Hayır	46	14.8
Doğum Sekli		
Müdehaleli Doğum	28	9.0
Vajinal Doğum	282	91.0
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	158	51.0
Erkek	152	49.0
Yaş (yıl) Ort ± SS: 24.47 ± 4.09		
Evlilik Süresi (yıl) Ort ± SS: 1.74 ± 1.60		
Bebeğin doğum kilosu (yıl) Ort ± SS: 3272.70 ± 83.68		
Bebeğin boyu (yıl) Ort ± SS: 50.07 ± 1.75		

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’te gösterilmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin %76.8’inin çekirdek aile yapısına

sahip olduğu, %32.9'unun üniversite mezunu olduğu, %83.2'sinin çalışmadığı, %56.5'inin gelirinin giderine denk olduğu, %84.5'inin planlı gebeliğe sahip olduğu, %85.2'sinin bebeğinin istenilen cinsiyette olduğu, %91'inin NSVD doğum yaptığı ve bebeklerin %51'inin kız olduğu görüldü. Gebelerin yaş ortalamaları 24.47±4.09, evlilik süresi ortalamaları, 1.74±1.60'tır. Ayrıca bebeklerin doğum kilosu ortalamaları 3272.70±383.68, boy ortalamaları ise 50.07±1.75'tir.

Tablo 4.2. Gebelerin Psikolojik Esneklik, Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği, Travmatik Doğum Algısı Ölçekleri ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracından Aldıkları En Düşük- En Yüksek Puan ve Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	En Düşük-En Yüksek puan ortalaması	Ort.± S.S
Psikolojik Esneklik Ölçeği Alt Boyutları		
Değerler Ve Değerler Doğrultusunda Davranış	14-70	53.41 ± 12.59
Kabul	5-34	15.32 ± 6.85
An'da Olma	8-48	27.6 ± 9.57
Bağlamsal Benlik	3-21	14.03 ± 4.08
Ayrışma	3-21	12.98 ± 4.54
Psikolojik Esneklik Ölçeği Toplam	74-164	123.34 ± 16.44
Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları		
Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Güvenli Sağlık Bakım	0-36	15.25 ± 8.67
Doğum Ve Doğum Sonu Sosyal Destek	0-28	5.67 ± 6.48
Bebek Sağlığı	0-20	9.32 ± 5.64
Bebek Kimliği Ve Bakımı	0-16	3.86 ± 3.78
Beden İmajı	0-16	7.08 ± 4.61
Gebelikte Sosyo-Ekonomik Yaşam	0-16	4.79 ± 3.71
Gebelikte Psikolojik Durum	0-12	4.52 ± 3.27
Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği Toplam	0-144	50.49 ± 2 8.09
Travmatik Doğum Algısı Toplam	4-130	85.28 ± 30.92
Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Toplam	0-10	6.57 ± 2.52

Psikolojik esneklik, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ölçeklerinden aldıkları en düşük- en yüksek puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Değerler ve Değerler Doğrultusunda

Davranış alt boyutu ortalaması 53.41±12.59, Kabul alt boyutu ortalaması 15.32±6.85, An'da Olma alt boyutu ortalaması 27.6±9.57, Bağlamsal Benlik alt boyutu ortalaması 14.03±4.08, Ayrışma alt boyutu ortalaması 12.98±4.54 Psikolojik Esneklik toplam puanı ortalaması 123.34±16.44 olarak hesaplanmıştır. Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Güvenli Sağlık Bakım alt boyutu ortalaması 15.25±8.67, Doğum ve Doğum Sonu Sosyal Destek alt boyutu ortalaması 5.67±6.48, Bebek Sağlığı alt boyutu ortalaması 9.32±5.64, Bebek Kimliği ve Bakımı alt boyutu ortalaması 3.86±3.78, Beden İmajı alt boyutu ortalaması 7.08±4.61, Gebelikte Sosyo-Ekonomik Yaşam alt boyutu ortalaması 4.79±3.71, Gebelikte Psikolojik Durum alt boyutu ortalaması 4.52±3.27, Gebelik Stresi toplam puan ortalaması 50.49±28.09, Travmatik Doğum Algısı ortalaması 85.28±30.92 ve Latch ortalaması 6.57±2.52 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Psikolojik Esneklik, Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Psikolojik Esneklik Toplam ± SS	Gebelik Stresi Toplam ± SS	Travmatik Doğum Algısı Toplam ± SS	Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Toplam ± SS
Aile Türü					
Çekirdek	238	124.48±16.34	51.20 ± 27.94	85.16 ± 31.39	6.68 ± 2.46
Geniş	72	119.56±16.33	48.13 ± 29.54	85.68 ± 29.54	6.17 ± 2.70
Test ve p değeri		t=2.236 p=.026*	t=0.814 p=.416	t=-0.124 p=.901	t=1.544 p=.124
Eğitim					
İlkokul Mezunu	30	114.60 ± 11.42	45.43 ± 29.04	93.07 ± 31.21	5.60 ± 2.86
Ortaokul Mezunu	69	119.29 ± 16.76	46.16 ± 30.39	83.33 ± 31.76	5.90 ± 2.81
Lise Mezunu	109	121.93 ± 16.94	50.42 ± 28.45	86.36 ± 32.65	6.52 ± 2.28
Üniversite Mezunu	102	130.17 ± 14.52	54.97 ± 25.38	83.27 ± 28.29	7.35 ± 2.24
Test ve p değeri		F= 11.391 p=.000**	F=1.748 p=.157	F=0.928 p=.428	F=6.761 p=.000**
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	258	121.89 ± 16.38	50.44 ± 28.29	87.22 ± 30.38	6.29 ± 2.53
Çalışıyor	52	130.56 ± 14.92	50.71 ± 27.35	75.69 ± 32.10	7.92 ± 2.01
Test ve p değeri		t=-3.532 p=.000**	t=0.710 p=.950	t=0.746 p=.014*	t=-4.372 p=.000**
Ekonomik Düzey					
Gelir Giderden Az	100	117,86±17,48	48,78±28,29	87,1±30,44	6,09±2,61
Gelir Gidere Denk	175	124,65±14,52	52,53±29,17	85,79±31,6	6,74±2,41
Gelir Giderden Fazla	35	132,49±17,48	45,14±20,71	77,54±28,42	7,09±2,66
Test ve p değeri		F= 12.364 p=.000**	F=1.284 p=.279	F=1.296 p=.275	F=2.966 p=.059

*p < 0.05, **p < 0.001

Ayrışma alt boyutu ortalaması 12.98 ± 4.54 Psikolojik Esneklik toplam puanı ortalaması 123.34 ± 16.44 olarak hesaplanmıştır. Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Güvenli Sağlık Bakım alt boyutu ortalaması 15.25 ± 8.67 , Doğum ve Doğum Sonu Sosyal Destek alt boyutu ortalaması 5.67 ± 6.48 , Bebek Sağlığı alt boyutu ortalaması 9.32 ± 5.64 , Bebek Kimliği ve Bakımı alt boyutu ortalaması 3.86 ± 3.78 , Beden İmajı alt boyutu ortalaması 7.08 ± 4.61 , Gebelikte Sosyo-Ekonomik Yaşam alt boyutu ortalaması 4.79 ± 3.71 , Gebelikte Psikolojik Durum alt boyutu ortalaması 4.52 ± 3.27 , Gebelik Stresi toplam puan ortalaması 50.49 ± 28.09 , Travmatik Doğum Algısı ortalaması 85.28 ± 30.92 ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ortalaması 6.57 ± 2.52 olarak hesaplanmıştır.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre psikolojik esneklik, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı toplam puanlarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Tablo 4.3'e göre çekirdek ailede yaşayanların psikolojik esneklik ortalamalarının geniş ailede yaşayanlardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < .05$).

Psikolojik esneklik ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ortalamalarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p < .05$). Yapılan Post Hoc analizinde üniversite mezunların psikolojik esneklik düzeylerinin ilkökul ortaokul ve lise mezunu olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca üniversite mezunlarının LATCH ortalamaları ilkökul ve ortaokul mezunu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p < .05$).

Çalışma durumuna göre psikolojik esneklik düzeyi, travmatik doğum algısı düzeyi ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ortalamalarında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ($p < .05$). Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, çalışanların psikolojik esneklik ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ortalamalarının anlamlı daha yüksek olduğu, çalışmayanların ise travmatik doğum algılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyo-ekonomik duruma göre psikolojik esneklik düzeyi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$). Yapılan post hoc analizi sonucunda, geliri giderinden yüksek olan katılımcıların psikolojik esneklik düzeyleri geliri giderine eşit ve geliri giderinden düşük olan katılımcılardan daha yüksektir. Ayrıca geliri giderine eşit olan katılımcıların psikolojik esneklik düzeyi ise geliri giderinden düşük olan katılımcılardan daha yüksektir.

Tablo 4.4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Psikolojik Esneklik, Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Latch Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

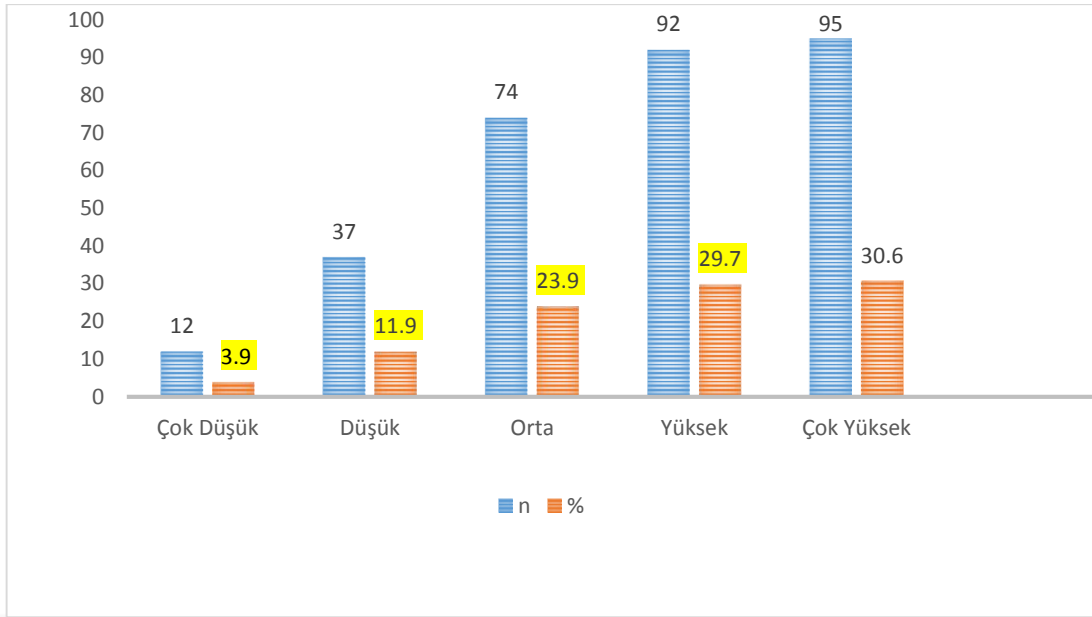
Değişkenler	n	Psikolojik Esneklik Toplam ± SS	Gebelik Stresi Toplam ± SS	Travmatik Doğum Algısı Toplam ± SS	Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Toplam ± SS
İstenilen Cinsiyet					
Evet	264	123.08 ± 16.53	49.17 ± 27.64	86.06 ± 30.69	6.52 ± 2.52
Hayır	46	124.87 ± 16.03	58.02 ± 29.78	80.85 ± 32.19	6.87 ± 2.54
Test ve p değeri		t=-0.682 p=.496	t=-1.980 p=.049*	t=1.055 p=.292	t=-0.880 p=380
Planlı Gebelik					
Evet	262	118.56 ± 16.86	50.65 ± 31.20	96.96 ± 25.86	5.56 ± 2.83
Hayır	48	124.22 ± 16.25	50.46 ± 27.55	83.15 ± 31.34	6.75 ± 2.42
Test ve p değeri		t=-2.204 p=.028*	t=0.043 p=.966	t=2.879 p=.004*	t=-3.045 p=.003*
Doğum şekli					
Müdahaleli Vajinal Doğum	28	122.36 ± 12.23	42.96 ± 18.55	64.04 ± 34.56	7.29 ± 1.92
NSVD	282	123.44 ± 16.82	51.23 ± 28.79	87.39 ± 29.79	6.50 ± 2.56
Test ve p değeri		t=-0.430 p=.670	t=-1.489 p=.138	t=-3.899 p=.000**	t=1.584 p=.114

*p < 0.05, **p < 0.001

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre psikolojik esneklik, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı toplam puanlarının dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Tablo 4.4'e göre çocuğu istediği cinsiyette olmayan annelerin gebelik stresi ortalamalarının, çocuğu istediği cinsiyette olan annelerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < .05$).

Gebeliğin planlı olma durumuna göre psikolojik esneklik düzeyi, travmatik doğum algısı düzeyi ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ortalamalarında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, planlı olarak gebe kalanların psikolojik esneklik ($p < .05$) ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ($p < .01$) ortalamalarının anlamlı daha düşük olduğu, travmatik doğum algılarının ($p < .01$) ise anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Travmatik doğum algıları ortalamalarında, doğum şekline göre istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ($p < .001$). Elde edilen sonuçlar müdahaleli vajinal doğum yapanların ortalamalarının daha düşük olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.1. Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri

Şekil 4.1’de gebelerin travmatik doğum algı puan ortalamalarına göre algı düzeylerinin dağılımları gösterilmektedir. Gebelerin 12’si (%3.9) çok düşük, 37’si (%11.9) düşük, 74’ü (%23.9) orta, 92’si (%29.7) yüksek ve 95’i (%30.6) çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahiptir.

Tablo 4.5. Psikolojik Esneklik, Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	1	2	3	4
1. Psikolojik Esneklik	1			
2. Gebelik Stresi	-.064 .260	1	.	
3. Travmatik Doğum Algısı	-.183* .001	.472** .000	1	
4. LATCH	.208** .000	-.263** .000	-.410** .000	1

*p < 0.05, **p < 0.001, LATCH: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Katılımcının psikolojik esneklik, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı değişkenleri arasındaki ilişkiler Tablo 4.4’te incelenmiştir. Psikolojik esneklik, travmatik doğum algısı ile çok zayıf düzeyde negatif korelasyon ve anlamlı düzeyde ($r = -.183$, $p < .001$), Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ile çok zayıf düzeyde pozitif korelasyon ve anlamlı düzeyde ($r = .208$, $p < .001$) ilişkilidir.

Gebelik stresi travmatik doğum algısı ile zayıf düzeyde pozitif korelasyon ve anlamlı düzeyde ($r = .472$, $p < .001$), Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ile çok zayıf düzeyde negatif korelasyon ve anlamlı düzeyde ilişkilidir ($r = -.263$, $p < .001$). Son olarak travmatik doğum algısı Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı ile zayıf düzeyde negatif korelasyon ve anlamlı düzeyde ilişkilidir ($r = -.410$, $p < .001$).

Psikolojik esneklik düzeyinin gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve emzirme başarısı tarafından ne düzeyde yordandığını incelemek için bir dizi doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 4.6. Psikolojik Esneklik Düzeyi, Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Başarısına ilişkin Regresyon Analizi Sonuçları ($n = 310$)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Beta ^b	F	d.f. (df1. df2)	p-value	R ²	t
Psikolojik Esneklik Düzeyi	TDA	-0.097	10.700	1 308	0.001*	0.034	-3.271
	LATCH	1.357	13.929	1 308	0.000**	0.043	3.732

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$, TDA: Travmatik Doğum Algısı, LATCH: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Tablo 4.6'ya göre psikolojik esneklik toplam puanının açıklamada annenin travmatik doğum algısı %3, emzirme başarısı %4 oranında katkı sağlamıştır ($p < .05$).

Tablo 4.7. Gebelik Stresi, Travmatik Doğum Algısı ve Emzirme Başarısına ilişkin Regresyon Analizi Sonuçları ($n = 310$)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Beta ^b	F	d.f. (df1. df2)	p-value	R ²	t
Gebelik Stresi	LATCH	-.263	22.943	1 308	.000**	.069	-4.790
	TDA	.472	88.185	1 308	.000**	.223	9.391

** $p < 0.001$, TDA: Travmatik Doğum Algısı, LATCH: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Tablo 4.7'e göre gebelik stresini açıklamada emzirme başarısı % 7, annenin travmatik doğum algısı % 22 oranında katkı sağlamıştır ($p < .001$).

5. TARTIŞMA

Doğum eylemi kadın hayatında genellikle eşsiz bir deneyim ve olumlu bir eylem olarak algılansa da doğum eylemi mental sağlık problemlerin hızlanabileceği psikolojik uyum için kritik bir süreç olarak kabul edilmektedir (210). Kadın yaşamında ilk gebelik süreci annelik rolüne hazırlık gerektiren ve davranışsal ve bilişsel değişikliklerin yaşandığı önemli bir süreçtir (209). Doğum deneyimi bazı kadınlar tarafından başarıyı hissettiren olumlu bir yaşam olayı olarak düşünülürken bazıları için sonrasında ne olacağı bilinemeyecek kadar travmatik, çok stresli ve zor bir deneyim olarak düşünülmektedir (211). Bu bölümde travaydaki primipar gebelerde psikolojik esneklik düzeyinin gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve emzirme başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırma bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmada gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre psikolojik esneklik ölçeği, gebelik stresi değerlendirme ölçeği, travmatik doğum algısı ölçeği ve emzirme tanılama ölçüm aracı toplam puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde çekirdek ailede yaşayan gebelerin psikolojik esneklik ölçeği toplam puan ortalamasının geniş ailede yaşayanlardan yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çekirdek aile yapısının geniş aile yapısına göre daha yüksek düzeyde aile aidiyeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir (212, 213). Bu sonucun, çekirdek aile yapısında yaşayan ebeveynlerin, geniş aile yapısında ki ebeveynlere göre çocuklarıyla birebir ilgilenmelerinin, sorunlara eşi ile çözüm bulmalarının psikolojik esneklik düzeyine olumlu katkılar sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca çekirdek ailede bulunan gebelerin sorunlara eşleriyle çözüm bulmaları, stresle başetme becerilerini geliştirmelerinin psikolojik esneklik düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Körükçü vd.'nin 2017 yılında yaptıkları çalışmada da aile tipinin gebelerin psikososyal sağlığının üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (214).

Araştırmada gebelerin eğitim düzeyi arttıkça psikolojik esneklik düzeyinin arttığı görülmüştür (Tablo 4.3). Literatürde gebelerin psikolojik esneklik düzeyinin eğitimi düzeyi ile karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak araştırma sonucumuza paralel olacak şekilde Öcel, H. tarafından 2017 yılında meme kanseri tanısı almış kadınlarla yapılan çalışmada psikolojik esneklik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (215). Benzer şekilde Hrehorciuc-Caragea ve White tarafından 2017 yılında yapılan

çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça psikolojik esneklik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (216). Araştırma bulgumuz literatürle paralellik göstermektedir.

Ayrıca araştırmada eğitim düzeyi arttıkça emzirme başarısının da arttığı belirlendi (Tablo 4.3) Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Dünya’da çocukların durumuna ilişkin hazırlanan raporda 2015 yılında, doğum sonrası ilk bir saatte emzirmeye başlama oranının dünya genelinde %44 olduğu, az gelişmiş ülkelerde %53 olduğu bildirilmiştir (217). Emzirmeye başlanmasına ve sürdürmesine yönelik son yıllarda yapılan çalışmalarda emzirme eğitiminin verilmesinin emzirme başarısını olumlu yönde etkilediği görülsede istenilen düzeye gelinmediği bildirilmektedir. Emzirme tutumunun olumlu yönde ilerlemesi, bebek, anne ve toplum sağlığı açısından önemi gözönünde bulundurulduğunda kadınların, kız çocuklarının eğitim düzeyinin yükseltilmesinin ne kadar önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Araştırmada çalışan gebelerin çalışmayan gebelere göre psikolojik esneklik düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3) Çalışan annelerin sosyal ilişkilerinin daha güçlü olması ve daha fazla bilgilenme imkanına sahip olmalarının psikolojik esnekliğin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada çalışan gebelerin çalışmayan gebelere göre emzirme başarısının daha yüksek düzeyde olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3) Emzirme başarısını etkileyen faktörlere bakıldığında eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik gelir gibi faktörlerin etkili olduğu görülmektedir (218). Nitekim araştırmamız sonucunda da, çalışan gebelerin yaklaşık %68’inin lise ve üniversite mezunu olduğu görülmüş olup emzirme başarısının eğitim düzeyi ile ilişkisi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Araştırmada çalışan gebelerin çalışmayan gebelere göre travmatik doğum algı düzeyinin daha düşük düzeyde olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ancak Görgün, 2020’de yaptığı tez çalışmasında çalışan gebelerin travmatik doğum algısının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (219). Benzer şekilde Bay, 2019 ‘da yaptığı çalışmada da çalışan gebelerin travmatik doğum algısının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırma bulgumuz literatür sonucuyla benzer doğrultuda olmadığı görülmektedir (220). Bu durumun bizim araştırma örneklemimizde yer alan gebelerdeki yüksek eğitim seviyesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Bay’ ın 2019 ‘da yaptığı çalışmada daha az

travmatik doğum algısına sahip gebelerin üniversite mezunu olan kadınlar olduğu saptanmıştır (220).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre psikolojik esneklik, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve emzirme tanılama ölçüm aracı toplam puanlarının karşılaştırılma tablosu incelendiğinde istediği cinsiyette bebeğe sahip olmayan annelerin gebelik stresi ortalamalarının, bebeği istediği cinsiyette olan annelerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4; $p=0.049$). Benzer şekilde Dancause ve ark.'nın 2012'de yaptıkları çalışmada da bebeğin cinsiyetinin gebelikte stresi etkilediği belirlenmiştir. Bu durumun ebeveynlerin beklentilerinin karşılanması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (221). Nitekim stresi etkileyen faktörler incelendiğinde beklentilerin karşılanmaması, sosyal desteğin olmaması, eş ile yaşanan problemler, ekonomik sıkıntılar, gebeliğin plansız olması ve gebelikte yaşanan sıkıntılar gibi faktörlerin strese yol açtığı görülmektedir (222).

Araştırmada planlı gebelik yaşayan kadınların psikolojik esneklik düzeyi ve emzirme başarısının planlı gebelik yaşamayan kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (Tablo.4.4; $p<0.05$, $p < 0.01$). Yapılan bir çalışmada planlı gebelik yaşayan kadınların gebeliğe ve doğum sonu döneme uyumunun daha kolay olduğu bulunmuştur (223). Psikolojik esneklik kavramı bir gebenin psikolojik sağlığının sürdürebilmesi açısından çok önemli bir kavramdır. Psikolojik esnekliği yüksek olan bir gebenin bebeğiyle bağlarının daha güçlü, eşyle uyumunun ve yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Planlı gebelik oranlarının artırılmasının gebelerin psikolojik sağlığını yükseltecektir. Çalışmamızdan planlı gebelik oranlarının artırılmasının psikolojik esneklik düzeyine de olumlu etkisinden dolayı ebelere planlı gebelik oranlarının arttırılmasına yönelik daha büyük sorumluluklar düştüğü sonucu çıkarılmaktadır..

Ayrıca araştırmada planlı gebelik ile emzirme başarısı arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (Tablo 4.4; $p=0.003$) Aktaş ve Alemdar' ın 2018' de yaptığı çalışmada da planlı gebeliklerde emzirme öz yeterliliği ve emzirme başarısının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (224).

Araştırmada planlı gebelik yaşayan kadınların travmatik doğum algısı düzeyinin planlı gebelik yaşamayan kadınlardan daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4; $p=0.004$). Nitekim Bay' ın 2019 da yaptığı çalışmada da planlı gebeliğe sahip gebelerin travmatik doğum algısının daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür (220). Sezeryan oranlarının yüksek olduğu

Ülkemizde travmatik doğum algısının da önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Ülkemizdeki sezeryan oranlarının azaltılmasında ve normal doğuma karşı olumlu tutum geliştirmede planlı gebeliklerin sağlanmasının etkili bir girişim olabileceği düşünülmektedir. Nitekim normal doğum istememe nedenlerine bakıldığında korku, travmatik doğum algısı, doğum ağrısına yönelik tutumlar büyük lde etkileyen faktörlerin olduğu görülmüştür (225-227). Toplumun her kesimine yönelik aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması önem taşımaktadır.

Araştırmada müdahaleli doğum yapan gebelerin travmatik doğum algısı leği puan ortalamalarının vajinal doğum yapan kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4; $p < .001$). Nitekim Elvander ve arkadaşları, spontan vajinal doğum yapan annelerin, doğum korkusunun daha düşük olduğu ve doğum eylemine yönelik olumlu doğum deneyimine sahip olduklarını belirtmiştir (228). Olumlu doğum deneyimini travmatik doğum algı düzeyini önemli oranda etkilediği bilinmektedir (228). Bu sonuçlara dayanarak doğumhanede çalışan ebelerin doğal doğuma yönelik müdahalelere karşı kanıta dayalı uygulamalarda bulunması, gereksiz müdahalelerin azaltılıp kadınlara doğumu travmatik algılamalarının önüne geçilmesi gerekmektedir. Travmatik doğum algısını azaltmada olumlu doğum deneyimi yaratacak doğum ortamlarının oluşturulması önem taşımaktadır (229). Travmatik doğumun azaltılmasında doğuma yardım edecek sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin güçlendirilmesi gibi faktörlerin etkili olduğu düşünüldüğünde ebelere ne kadar önemli bir sorumluluk düştüğü görülmektedir. Buna yönelik hizmet içi eğitimlerin artırılıp kanıta dayalı uygulamalara yer verilerek ülke politikası haline gelmesinin müdahaleli doğumları azaltacağı ve beraberinde travmatik algıyı da düşüreceği öngörülmektedir.

Araştırmada psikolojik esneklik, gebelik stresi, travmatik doğum algısı ve latch değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde annelerde psikolojik esneklik ile travmatik doğum algısı arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (tablo 4.5; $p < 0.001$). Psikolojik olarak olumsuzluklarla baş edebilme yeteneği yüksek olan bireylerin doğum algılarının da daha az travmatik olacağı görülmektedir. Nitekim yapılan alışlarda psikolojik esnekliğe sahip olmayan bireylerin kaygı, anksiyete, depresyon vb. durumlara karşı savunmasız olacakları belirtilmiştir (69). Yapılan başka bir çalışmada korkunun travmatik doğum algısının değerlendirilmesinde önemli bir psikolojik tanı kriteri olduğu bildirilmektedir (124). Ayrıca araştırmamızda yapılan ileri analiz sonucunda psikolojik esneklik kavramının travmatik doğum algısını açıklamada

% 3 oranında etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p=0.001$). Bu oranın %3'lerde kalmasının travmatik doğum kavramının birçok değişkene bağlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında travmatik doğum algısını nulliparite, doğum ve gebelik konusunda yetersiz bilgiye sahip olma, doğum korkusu, olumsuz doğum deneyimi ve istenmeyen/plansız gebelik gibi risk faktörlerinin etkilediği görülmektedir (124, 127).

Araştırmada psikolojik esneklik ile emzirme başarısı arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (tablo 4.5; $p < 0.001$). Psikolojik esneklik kısa vadeli dürtüler, düşünceler ve duygular yerine uzun vadeli değerlere göre hareket etmek anlamına gelmektedir (230). O.Campo ve arkadaşları emziren kadınlar üzerinden yaptıkları çalışmada emzirmeyi etkileyen psikolojik değişkenleri değerlendirmişler ve özellikle emzirme sonuçları için en güçlü etkenin annenin öz-yeterlilik algısının olduğunu belirtmişlerdir (231). Yani psikolojik olarak esnek olan birey yaşadığı durumu ileriye dönük avantajlarını düşünerek normalleştirmekte ve sürdürmektedir. Nitekim araştırmamızda yapılan ileri analiz sonucunda psikolojik esneklik kavramının emzirme başarısını açıklamada %4 oranında etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.6; $p=0.043$). Literatüre bakıldığında emzirme başarısının daha önceki emzirme deneyimi, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ekonomik gelir düzeyi gibi faktörlere bağlı olduğu görülmektedir (218). Bununla beraber kadınların, emzirmenin ve anne sütünün bebeklerin gelişimi için öneminin farkında olup, emzirmeyi sürdürmede psikolojik esnekliğin rolünün önemli olduğu görülmektedir.

Araştırmada gebelik stresi ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (tablo 4.6; $p < 0.001$). Gebelik, birçok kadın için önemli bir değişim zamanıdır ve bazı kadınlar için kaygı ve stresin artmasına neden olabilmektedir. Genel bir oran bilinmemekle birlikte, Amerika'da kadınların yaklaşık %84'ünün gebelikleri sırasında stres yaşadıklarını ortaya koymuştur (232). Türkiye'de ise bu oranın %39.2 olduğu belirtilmiştir (233). Araştırmamızda gebelerin %30.6 çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu görülmektedir (Şelik 4.1). Özdemir' in 2022 de yaptığı tez çalışması sonucunda da gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (133). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da kadınların %23.6'sının "yüksek düzey" travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (224). Bay'ın 2019 da yaptığı çalışmada ise kadınların %36.1'inin orta" düzeyde travmatik doğum algısına sahip oldukları belirtilmiştir (220). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların orta-yüksek düzeyde travmatik

doğum algısına sahip oldukları görülmektedir (220, 234). Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalara bakıldığında ise kadınlardaki travmatik algı düzeylerinin ülkemizdeki kadınlardan daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (148, 235). Ülkeler arası farkın doğumla ilgili olumsuz düşünceler, doğum konforunun yeteri düzeyde olmaması, doğum deneyiminden memnuniyet düzeylerinin yetersizliği, toplumun vajinal doğuma karşı geliştirdikleri önyargılı tutum gibi faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim travmatik doğum algısının oluşmasında doğumla ilgili bilgi eksikliği, toplumun doğuma bakışı ve kültürel değerler, doğumdan memnun ayrılma düzeyi gibi birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir (7, 92). Bununla birlikte araştırmamızda yapılan ileri analiz sonucunda gebelik stresini açıklamada annenin travmatik doğum algısının % 22 oranında katkı sağladığı görülmüştür (Tablo 4.7; $p < 0.001$). Benzer şekilde Özdemir' in 2022'de yaptığı tez çalışması sonucunda gebelerdeki travmatik doğum algısının gebelik stresini açıklamada %34 oranında istatistiksel öneme sahip olduğunu belirledi (133). Bu araştırmada gebelerin travmatik doğum algısının gebelik stresine ilişkin anlamlı bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınlardaki travmatik doğum algısının kadınların stresli bir gebelik süreci yaşamalarına sebep olduğu görülmektedir. Buna paralel olarak araştırmamızda gebelik stresi ile emzirme başarısı arasında da negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur (tablo 4.6; $p < 0.001$). Ayrıca yapılan bir çalışmada kadınlardaki gebelik stresi değerlendirilmediğinde ve gerekli girişimler yapılmadığında aile ilişkilerinin zarar görebileceği, anne sütünün azalabileceği ve bu annelerin çocuklarında uzun vadede duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklara yol açabileceği bildirilmiştir (236). Nitekim araştırmamızda yapılan ileri analiz sonucunda gebelik stresini açıklamada kadınlarda emzirme başarısı % 7 oranında katkı sağlamıştır (Tablo 4.7; $p < 0.001$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Latent fazdaki primipar gebelerde psikolojik esneklik düzeyi ve gebelik stresinin travmatik doğum algısı ve emzirme başarısına etkisi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin psikolojik esneklik ile travmatik doğum algısı arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.
- Gebelerde psikolojik esneklik ile emzirme başarısı arasında pozitif ve anlamlı düzeyde ilişki belirlenmiştir.
- Gebelik stresi ile travmatik doğum algısı arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.
- Gebelik stresi ile emzirme başarısı arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.
- Travmatik doğum algısı ile emzirme başarısı arasında negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki belirlenmiştir.
- Psikolojik esneklik düzeyi annenin travmatik doğum algısını %3 oranında emzirme başarısını %4 oranında açıklamıştır.
- Gebelik stresi annenin travmatik doğum algısını %22 oranında, emzirme başarısını %7 oranında açıklamıştır.

6.2. Öneriler

- Araştırmamızda gebelerde travmatik doğum algısı üzerinde psikolojik esneklik düzeyinin de etkili olduğu görülmüştür. Ebelerin bu konudaki farkındalıklarının arttırılması önerilmektedir.
- Araştırmamızda gebelerin emzirme başarısı üzerinde psikolojik esnekliğin de etkili olduğu görüldü. Emzirmenin hem anne hemde bebek için önemi düşünüldüğünde gebelerin psikolojik esneklik düzeyini arttıracak girişimler önerilmektedir.
- Araştırmamızda gebelik stresinin travmatik doğum algı düzeyini etkilediği görüldü. Ülkemizde sezeryan oranlarının azaltılmasında travmatik doğum

algısı ve gebelik stresini azaltacak psikososyal müdahalelerin uygulanmasını sağlayacak politikaların geliştirilmesi önerilmektedir



KAYNAKLAR

1. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, (1): 142–62.
2. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş GK. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Destek İle İlişkisi. / Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Düzeyi İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008, 45(1): 9–13.
3. Yılmaz S, Beji N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010, 20(3): 99–109.
4. Korukcu O, Deliktas A, Aydın R, Kabukcuoglu K. Investigation Of The Relationship Between The Psychosocial Health Status And Fear Of Childbirth İn Healthy Pregnancies. *Clin Exp Health Sci* 2017, 7(4): 152–8.
5. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear During Labor. *Acta Obstet Gyn Scan* 2001, 80(4): 315–20.
6. Coussons-Read ME. Effects Of Prenatal Stress On Pregnancy and Human Development: Mechanisms And Pathways. *Obstetric Medicine* 2013, 6(2): 52–7.
7. İsbir GG, İNci F, Önal H, Dikmen YP. The Effects Of Antenatal Education On Fear Of Cildbirth, Maternal Self-Efficacy And Post- Traumatic Stress Disorder Symptoms Following Childbirth: An Experimental Study. *Appl Nurs Res* 2016, 32: 227-32.
8. Aktaş S, Pasinoğlu T. Ebenin Empatik İletişim Becerisinin Doğum Eylemine ve Doğum Sonrası Döneme Etkisi. *Anadolu Sağlık ve Hemşirelik Dergisi* 2016, 19: 8-45.
9. İsbir GG, İNci F. Traumatic Childbirth And Nursing Approaches /Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2014, 1: 29-40.
10. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women’s Descriptions Of Childbirth Trauma Relating To Care Provider Actions and Interactions. *Bmc Pregnancy Childb* 2017, 17(21): 1-10

11. Dennis CL, Faux S. Development And Psychometric Testing Of The Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health* 1999, 22(5): 399-409.
12. Şahin Ş. Doğum Ağrısının Mekanizması. İçinde: Şahin Ş, Owen MD(Editörler). *Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005: 13-27.
13. Mamuk R, Gençalp NS. Vajinal Doğumda Perineye Sıcak Uygulamanın Perine Bütünlüğü ve Ağrıya Etkisi. *Int J Hum Sci* 2013, 10: 48- 66.
14. Aktepe M. Bipolar Bozukluk Hastalarında Psikolojik Esneklik. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.Uzmanlık Tezi, İstanbul :T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2016.
15. Harris R. Act'i Kolay Öğrenmek. Karatepe HT ve Yavuz KF (Çeviren). İstanbul: Litera Yayıncılık, 2016.
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behav Res Ther* 2006, 44(1): 1-25.
17. Gloster AT, Klotsche J, Chaker S, Hummel KV, Hoyer J. Assessing Psychological Flexibility: What Does It Add Above And Beyond Existing Constructs?.*Psychol Assessment*, 2011, 23(4): 970.
18. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KMG, Spinhoven P. The Role Of Psychological Flexibility İn A Self-Help Acceptance And Commitment Therapy Intervention For Psychological Distress İn A Randomized Controlled Trial. *Behav Res Ther* 2013, 51(3): 142-51.
19. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara:Ankara Sistem Ofset;.2012.
20. Gümüşsoy S, Kavlak O. *Perinatoloji ve Bakım*. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 101-26.
21. Alpay Türk V. Maternal Fizyoloji. İçinde: Yıldırım G (Editörler). *Williams Obstetrik*, 24.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 46-77
22. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2007, 6: 479-84.

23. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28: 525-32.
24. Karaçam Z, Ançel G. Depression, Anxiety and Influencing Factors In Pregnancy: A Study In A Turkish Population. *Midwifery* 2009, 25: 344-56.
25. Van Den Bergh BR, Van Den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, De Rooij SR, Entringer S. Prenatal Developmental Origins Of Behavior and Mental Health: The Influence of Maternal Stress in Pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev* 2017, S0149-7634: 30734-5.
26. Heaman M, Gupton, A. Perceptions of Bed Rest By Women High-Risk Pregnancies: A Comparison Between Home and Hospital. *Birth* 1998, 25: 252-62.
27. Gilbert ES, Harmon SJ. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Lale T(Çeviren) Ankara: Palme, 2002.
28. Gümüşdaş M. Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. *J Health Sci* 2014, 1: 32-42.
29. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Noro Psikiyatr Ars* 2008, 45: 85-91.
30. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. *Noro Psikiyatr Ars* 2008, 45: 9-13.
31. Kingston D, Heaman M, Fell D, Dzakupasu S, Chalmers B. Factors Associated With Perceived Stress and Stressful Life Events In Pregnant Women: Findings From The Canadian Maternity Experiences Survey. *Matern Child Health J* 2012, 16:158-68.
32. Stern C, Trapp E, Mautner E, Deusch M, Lang U, Cervar-Zivkovic M. The impact Of Severe Preeclampsia on Maternal Quality Of Life. *Qual Life Res.* 2013, 23:1019-26.
33. Kafkaslı A. Annenin Gebeliğe Uyumu. İçinde Çiçek MN ve Mungan MT (Editörler). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
34. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016.

35. Rubin R. Maternal Tasks in Pregnancy. *The National Center for Biotechnology Information Ncbi* 1976, 1(5): 367-76.
36. Mattson S, Smith JE. *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. 5 Th. Ed., Amerika, Elsevier Health Sciences 2016, 108-19.
37. Kömürcü N, Doğan MY. Doğum   ncesi Dönem.   inde: Coşkun AM (Editörler), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hem  şireliği El Kitabı*, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, 2016: 133-68.
38. Taşkın L. *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hem  şireliği*, 16.Baskı, Ankara:   zyurt Matbaacılık, 2020.
39. Gokyildiz S, Beji Nk. The Effects Of Pregnancy On Sexual Life. *J Sex Marital Ther* 2005, 31: 2010–5.
40. San-Frutos L, Engels V, Zapardiel I. Haemodynamic Changes During Pregnancy And Postpartum: A Prospective Study Using Thoracic Electrical Bioimpedance. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2011, 24(11): 1333–40.
41. Bamfo Je, Kametas Na, Nicolaides Kh. Maternal Left Ventricular Diastolic and Systolic Long-Axis Function During Normal Pregnancy. *Eur J Echocardiogr* 2007, 8(5): 360–8.
42. Desai DK, Moodley J, Naidoo DP. Echocardiographic Assessment Of Cardiovascular Haemodynamics   n Normal Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004, 104(1): 20–9.
43. Melchiorre K, Sharma R, Thilaganathan B. Cardiac Structure and Function in Normal Pregnancy. *Current Opinion in Obstet Gynecol* 2012, 24(6): 413–21.
44. Thornburg KL, Jacobson SL, Giraud GD. Haemodynamic Changes   n Pregnancy. *Semin Perinatol* 2000 ,24(1):11-4.
45. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 5 Thed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2007:70.
46. Cietak KA, Newton JR. Serial Quantitative Maternal Nephrosonography   n Pregnancy. *Brit J Radiol* 1985, 58(689): 405–13.
47. Dure-Smith P. Pregnancy Dilatation of The Urinary Tract. The   liac Sign and   ts Significance. *Radiology* 1970, 96(3): 545–50.

48. Fried AM, Woodring JH, Thompson DJ. Hydronephrosis Of Pregnancy: A Prospective Sequential Study of The Course of Dilatation. *Journal of Ultrasound In Medicine: Official Journal of The American Institute Of Med Sci Ser* 1983, 2(6): 255–9.
49. Lindheimer MD, Davison JM, Katz AI. The Kidney and Hypertension In Pregnancy: Twenty Exciting Years. *Semin Nephrol* 2001, 21(2): 173–89.
50. Davison JM, Hytten FE. The Effect of Pregnancy on The Renal Handling of Glucose. *British Journal of Obstet Gynecol* 1975, 82(5): 374–81.
51. Davison JM, Noble MC. Serial Changes In 24 Hour Creatinine Clearance During Normal Menstrual Cycles and The First Trimester of Pregnancy. *British Journal of Obstet Gynecol* 1981, 88(1):10–7.
52. Higby K, Suiter CR, Phelps JY. Normal Values Of Urinary Albumin and Total Protein Excretion During Pregnancy. *American Journal of Obstet Gynecol* 1994, 171(4): 984–9.
53. Yeomans ER, Gilstrap 3rd LC. Physiologic Changes In Pregnancy and Their Impact On Critical Care. *Crit Care Med* 2005, 33(Suppl. 10): S256–8.
54. Carlin A, Alfirovic Z. Physiological Changes of Pregnancy and Monitoring. *Best Practice & Research Clin Obstet Gynecol* 2008, 22(5): 801–23.
55. Nadire DAL, Yavuz AYA, Şenyuva İ, Sevimli S, Çatalgöl Ş, Kaydok E. Sağlıklı Gebelerde Kas İskelet Sistemi Ağrıları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018, 5(4): 169-74.
56. Parry E, Shields R, Turnbull AC. Transit Time In The Small İntestine In Pregnancy. *The Journal Of Obstet Gynecol Of The British Commonwealth* 1970, 77(10): 900–1.
57. Broussard CN, Richter JE. Nausea And Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterol Clin N* 1998, 27(1): 123–51.
58. Conklin KA. Maternal Physiology Adaptations During Gestation, Labour and The Puerperium. *Semin Anesth* 1991, X(4): 221–34.
59. Beilin Y. Anesthesia for Nonobstetric Surgery During Pregnancy. *Mt Sinai J Med* 1998, 65(4): 265–70.

60. Kızılkaya BN, Aydın ÖS. Gebelikte Görülen Fizyolojik / Psikolojik Değişiklikler. İçinde: Kızılkaya BN (Editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* 2. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 285-306.
61. Kızılkaya BN. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitapevi, 2016:285-307.
62. Çalışkan M. Tek Çocuklu Ailelerde Ebeveynlik Stresinin Psikolojik Esneklik ve Eş Desteği İle İlişkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2020.
63. Sebastián B, Gil J, Ferreira NB, Luciano B, Sebastián J. New Psychological Therapies For Irritable Bowel Syndrome: Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy. *Rev Esp Enferm Dig* 2017, 109: 648–57.
64. Holmberg J, Kemani M, Holmström L, Öst L, Wicksell R. Psychological Flexibility And Its Relationship to Distress And Work Engagement Among Intensive Care Medical Staff. *Front Physiol* 2019, 108: 12-26.
65. Harris R. Act Made Simple: An Easy-To-Read Primer On Acceptance and Commitment Therapy. *New Harbinger Publication* 2018, 9: 26-30.
66. Dubler BA. Psychological Flexibility As A Key Mechanism In Acceptance and Commitment Therapy: Shifts In Flexibility As Mediators Of Treatment Effects. Doctoral Dissertation, Usa: University Of Rochester, 2018.
67. Hülshager UR, Alberts HJ, Feinholdt A, Lang JW. İşyerinde Farkındalığın Faydaları: Duygu Düzenleme, Duygusal Tükenme ve İş Tatmininde Farkındalığın Rolü. *J Uygulama Psikol* 2013, 98: 310.
68. Hughes L, Clark, J, Colclough J, Dale E, Mcmillan D. Acceptance and Commitment Therapy (Act) For Chronic Pain: A Systematic Review And Meta-Analyses. *Clin J Pain* 2021, 33:552–68.
69. Ben-Itzhak S, Bluvstein I and Maor M. The Psychological Flexibility Questionnaire (PFQ): Development, Reliability and Validity. *Webmed Central Psychology* 2014, 5(4): 1-10.
70. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. The process and practice of mindful change*, 2nded. New York, Guilford Press, 2012

71. Ciarrochi J, Bilich L, Godsel C. Psychological Flexibility As A Mechanism Of Change In Acceptance And Commitment Therapy. In: Ruth B (Ed.). *Assessing Mindfulness And Acceptance: Illuminating The Processes Of Change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2010: 51–76.
72. Levin ME, Maclane C, Daflos S, Pistorello J, Hayes SC, Seeley J, Biglan A. Examining Psychological Inflexibility As A Transdiagnostic Process Across Psychological Disorders. *JCBS* 2014, 3: 155-63.
73. Chawla N, Ostafin B. Experiential Avoidance As A Functional Dimensional Approach To Psychopathology: An Empirical Review. *J Clin Psychol* 2007, 63: 871-90.
74. Levin ME, Hildebrandt MJ, Lillis J, Hayes SC. The Impact Of Treatment Components Suggested By The Psychological Flexibility Model: A Metaanalysis Of Laboratory-Based Component Studies. *Behavior Therapy*, 2012, 43: 741-56.
75. Bardeen JR, Fergus TA. The Interactive Effect Of Cognitive Fusion And Experiential Avoidance On Anxiety, Depression, Stress And Posttraumatic Stress Symptoms. *JCBS* 2016, 5:1-6.
76. Monestès JL, Karekla M, Jacobs N, Michaelides M, Hooper N, Kleech M, Hayes SC. Experiential Avoidance As A Common Psychological Process In European Cultures. *Eur J Psychol Assess* 2018, 34: 247-57.
77. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia, J. The Longitudinal Effects Of Emotion Regulation On Physical And Psychological Health: A Latent Growth Analysis Exploring The Role Of Cognitive Fusion In Inflammatory Bowel Disease. *Brit J Health Psych* 2018, 23: 171-85.
78. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance And Commitment: Implications For Prevention Science. *Prev Sci* 2008, 9(3): 139-52.
79. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential Avoidance As A Generalized Psychological Vulnerability: Comparisons With Coping And Emotion Regulation Strategies. *Behaviour Resarch And Family* 2006, 44(9): 1301–20.
80. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance And Commitment Therapy As A Unified Model Of Behavior Change. *The Counseling Psychologist* 2012, 40: 976-1002.

81. Burke K. Parental Psychological Flexibility In Parenting of Adolescents. Swinburne University of Technology, Doctoral Dissertation, Melbourne, Australia. 2013.
82. Tiwari S, Podell JC, Martin ED, Mychailyszyn MP, Furr JM, Kendall PC. Experiential Avoidance In The Parenting Of Anxious Youth: Theory, Research, And Future Directions. *Cognition Emotion* 2008, 22(3): 480–96.
83. Harris, R. ACT’ı Kolay Öğrenmek İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç. Karatepe H, Yavuz F(Çeviren). İstanbul: Litera, 2018.
84. Whittingham K, Coyne LW. *Acceptance and Commitment Therapy: The Clinician's Guide For Supporting Parents*. Academic Press, 2019.
85. Coyne LW, Wilson KG. The Role Of Cognitive Fusion in Impaired Parenting: An RFT Analysis. *IJP&PT* 2004, 4: 469–86.
86. Allen JR. Effects of Values Development on Parents' Experiential Avoidance in Parentchild Interaction Therapy. Doctoral Dissertation, Hempstead, Newyork: Hofstra University, 2016.
87. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Remington B. The Development and İnitial Validation Of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy* 2014, 45: 83-101.
88. Mccracken LM, Barker E, Chilcot J. Decentering, Rumination, Cognitive Defusion, And Psychological Flexibility İn People With Chronic Pain. *J Behav Med* 2014, 37: 1215-25.
89. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness İn The Treatment Of Suicidal İndividuals. *Cogn Behav Pract* 2012, 19: 265-76.
90. Brown KW, Ryan RM. The Benefits of Being Present: Mindfulness and İts Role İn Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol* 2003, 84: 822-48.
91. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based İnterventions İn Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science And Practice* 2003, 10: 144-56.
92. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness İn The Treatment Of Suicidal İndividuals. *Cogn Behav Pract* 2012, 19: 265-276.

93. Mchugh, L. A Contextual Behavioural Science Approach to The Self And Perspective Taking. *Curr Opin Psychiatr* 2015, 2: 6-10.
94. Karataş Z, Türkçapar MH. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapide Yeni Gelişmeler*, 1. Basım. Ankara: Nobel 2021, 6: 220.
95. Lejeune J, Luoma JB. *Values In Therapy: A Clinician's Guide To Helping Clients Explore Values, Increase Psychological Flexibility, And Live A More Meaningful Life*. New Harbinger Publications 2019.
96. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance And Commitment Therapy: Model, Processes And Outcomes. *Behav Res Ther* 2006, 44(1): 1-25.
97. Kızılkaya BN. *Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel 2019, 51-342.
98. Elkin N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 8 (1): 23.
99. Kaya E. Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Sosyal Desteğin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2019.
100. Güngör N. Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2019.
101. Öz C. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Stresleri ve Stresle Başetme Durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
102. Ülker N. Hastanede Çalışanların Stres ve Yönetimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi , Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi, 2015
103. Balcıoğlu İ. Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri* 2005, 47: 9-10.
104. Coşar ÇF, Yeşilçiçek ÇK. *Doğum Öncesi Dönem*. 1. Baskı. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık 2018, 42-188.

105. Baykal Akmeşe Z. Stresli Gebelerin Stres Yönetiminde Yogaya İlişkin Deneyimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2017.
106. Karakoyunlu Ö. Doğum Eyleminde Yaşanan Ağrı, Stres ve Kortizolün Emzirme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum : Atatürk Üniversitesi, 2018.
107. Madazlı R. Gebelik Ve Stres. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri* 2005, 47: 61.
108. Özkan Z. Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
109. Güler A. Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Bilim Üniversitesi, 2013
110. Salbacak B. Gebelik Stresinin Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2021.
111. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Aile Ve Toplum Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2006, 8(3): 36-40.
112. Dönmez S, Yeniel ÖA, Kavlak O. Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 910.
113. Bulut A. Adaptation To Pregnancy And Ability To Cope With Stress Of Pregnant Women Diagnosed With Hyperemesis Gravidarum. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 22(4): 275-80
114. Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Başetme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12 (2): 86-91.
115. Mete S. Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. *Elektronik Dergisi* 2013, 6(2): 96

116. Dağlar G, Nur N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014, 36: 430-2.
117. Bayık A, Altuğ Özsoy S, Ardahan M, Özkahraman Ş, Başalan İz F. Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(2): 2-11.
118. Dereli Yılmaz S. Kızılkaya Beji N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010, 20(3): 107.
119. Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 16(2): 114.
120. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18(3): 196-202.
121. Gölge ZB. Cinsel Travma Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2005, 42(1-2-3-4): 19-28.
122. Türk Dil Kurumu. Travma, 2019.
123. Aşçıbaşı K, Çökmüş FP, Aydemir Ö. DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr De* 2017, 18: 38-44.
124. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creed DK, Fenwick J. Childbirth and Criteria For Traumatic Events. *Midwifery* 2014, 30: 255-61.
125. North C, Suris A, Smith RP, King RV. The Evolution Of PTSD Criteria Across Editions Of Dsm. *Ann Clin Psychiatry* 2016, 28(3): 197-208.
126. Pak MD, Özcan E, Çoban Aİ. Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik Dayanıklılığı. *Ulaslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017, 10(52).
127. İsbir GG, İnci F. Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *J Midwifery Womens Health* 2014, 1(1): 29-40.
128. Greenfield M, Jomeen J, Glover L. What Is Traumatic Birth? A Concept Analysis and Literature Review. *Midwifery* 2016, 24(4): 254-67.

129. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's Descriptions of Childbirth Trauma Relating to Care Provider Actions And Interactions. *Bmc Pregnancy Childb* 2017, 17(21): 1-10
130. Fenech G, Thomson G. Tormented By Ghosts From Their Past: A Meta- Synthesis To Explore The Psychosocial İmplications of A Traumatic Birth On Maternal Well-Being. *Midwifery* 2014, 30(2): 185–93.
131. Yalnız H, Canan F, Genç RE, Kuloğlu MA, Geçici Ö. Development Of A Scale Of Traumatic Childbirth Perception / Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Tıp Dergisi / Turkish Medical Journal* 2016, 8: 81-8.
132. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences Of First-Time Mothers. Research Article. *Nurs Res Pract* 2013, (349124): 1-6.
133. Özdemir Ş. Kuşaklararası Travmatik Doğum Algısının Nullipar Gebelerde Doğum Korkusu ve Gebelik Stresine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya : İnönü Üniversitesi, 2021.
134. *World Health Organization*. Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience 2018.
135. Karaman ÖE, Yıldız H. Freedom Of Movement During Labor: How? What Does İt Provide? What İs The Role Of Obstetrics And Gynecology Nurses? *J Nurs Sci* 2018, 10(1): 78–87.
136. Aktaş S. Multigravidas' Perceptions Of Traumatic Childbirth: Its Relation To Some Factors, The Effect of Previous Type of Birth And Experience. *Med Sci* 2018, 7: 203-9.
137. Stankovic B. Women's Experiences of Childbirth İn Serbian Public Healthcare Institutions: A Qualitative Study. *Behav Med* 2017, 24: 803-14.
138. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The Prevalence Of Posttraumatic Stress Disorder İn Pregnancy And After Birth: A Systematic Review And Meta-Analysis. *JAD* 2017, 208: 634-45.
139. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear Of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women İn The Danish National Birth Cohort. *BJOG: Obstet Gynecol* 2008, 115: 354-60.

140. Anderson CA. The Trauma of Birth. *Health Care Women In* 2017, 38: 999-1010.
141. Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebelere Verilen Empati Eğitiminin Postpartum Dönemdeki Annelerin Beklentilerini Karşılama, Doğumu ve Ebeyi Algılama Düzeyine Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017, 14: 60-5.
142. Hodnett ED. Pain And Women's Satisfaction With The Experience Of Childbirth: A Systematic Review. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186: 160-72.
143. Çiçek N, Mungan MT, Özden S. *Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji*. 1. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007; 185-96.
144. Aktaş S, Pasinoğlu T. Ebenin Empatik İletişim Becerisinin Doğum Eylemine ve Doğum Sonrası Döneme Etkisi. *Anadolu Sağlık ve Hemşirelik Dergisi* 2016, 19: 8-45.
145. Aktaş S, Aydın R. 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi. Annelerin Doğumda Fundal Bası Uygulamalarına Yönelik Deneyimlerinin İncelenmesi: Karma Method Çalışması. Ankara, 2017: 126-8.
146. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-Based Labor and Delivery Management. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199: 445-54.
147. Gamble J. Creedy DKA Counselling Model For Postpartum Women After Distressing Birth Experiences. *Midwifery* 2009, 25: 21-30.
148. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence And Predictors Of Women's Experience Of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* 2003, 30(1): 36-46.
149. Lemola S, Stadlmary M, Grob A. Maternal Adjustment Five Months After Birth: The Impact Of The Subjective Experience Of Childbirth And Emotional Support From The Partner. *J Reprod Infant Psyc* 2007, 25(3): 190-202.
150. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic Stress Symptoms And Postpartum Depression In Couples After Childbirth: The Role Of Partner Support And Attachment. *J Anxiety Disord* 2011, 25(4): 520-30.
151. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth And The Development Of Acute Trauma Symptoms: Incidence And Contributing Factors; *Birth* 2000, 27: 104-11.
152. Stankovic B. Women's Experiences Of Childbirth In Serbian Public Healthcare Institutions: A Qualitative Study. *Behav Med* 2017, 24: 803-14.

153. Elmir R, Virginia S, Lesley W, Jackson D. Women's Percetions And Experiences Of A Traumatic Birth: A Metaethnography. *J Adv Nurs* 2010, 66: 2142-53.
154. Aksoy AN. Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2015, 2: 161-5.
155. Tan P, Evsen MS, Soydinc HE, Sak ME, Ozler A, Turgut A, Gül T. Increased Psychological Trauma and Decreased Desire To Have Children After A Complicated Pregnancy. *Journal Of Turkish-German Gynecological Association* 2013, 14: 11-4.
156. Nyberg K, Lindberg İ, Öhrling K. Midwives Experience Of Encountering Women With Posttraumatic Stress Symptoms After Childbirth. *Sex Reprod Healthc* 2010, 1: 55-60.
157. Simpson M, Catling C. Understanding Psychological Traumatic Birth Experiences: A Literature Review. *Women Birth* 2016, 29: 203-7.
158. Garthus-Niegel S, Von Soest T, Vollrath Me, Eberhard-Gran M. The İmpact Of Subjective Birth Experiences On Post-Traumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16: 1-10.
159. Hodnett ED, Pain And Women's Satisfaction With The Experience Of Childbirth: A Systematic Review. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186: 160-72.
160. İsbir GG, İnci F, Bektaş M, Yıldız PD, Ayers S Risk Factors Associated With Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth İn Turkey. *Midwifery* 2016, 41: 96-103.
161. Aydın N, Yıldız H, Travmatik Doğum Deneyiminin Etkileri ve Nesiller Arası Aktarımı. *J Adv Nutr Hum Metab* 2018, 15(1): 604-18.
162. Uçar T, Gölbaş Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2015, 4 (2): 54-8.
163. The Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD), <https://Data.Oecd.Org/Healthcare/Caesarean-Sections.Htm> Son Erişim Tarihi: 28.08.2021

164. Kimber L, McNabb M, Mc Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or Music For Pain Relief İn Labour: A Pilot Randomised Placebo Controlled Trial. *Eur J Pain* 2008, 12(8): 961-9.
165. Simavli S, Kaygusuz I, Gumus I, Usluogulları B, Yildirim M, Kafali H, Effect of Music Therapy During Vaginal Delivery on Postpartum Pain Relief and Mental Health. *J Affect Disord* 2014, 156: 194-9.
166. *World Health Organization (WHO), UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland, 2003.*
167. Samur G. *Anne Sütü*, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı, 2008:1-25
168. Hansen K. Breastfeeding: A Smart Investment İn People and İn Economies. *The Lancet* 2016, 387: 415-6.
169. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Why Invest, And What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices? *The Lancet* 2016, 387(10017): 491–504.
170. *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi 2015, 1031, Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M, Başoğlu S, Acar Tek N. Kayhan Ajans, Ankara, 2016.*
171. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollings NC. Breastfeeding İn The 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, And Lifelong Effect. *The Lancet* 2016, 387:475–90.
172. *UNICEF. The State Of The World’s Children 2019. Children, Food and Nutrition. Growing Well İn A Changing World. New York, Amerika, 2019, 1-258.*
173. Doğanc P. Gebelikte Emzirmenin Sürdürülmesine İlişkin Annelerin Düşünce ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Programı ,Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2020.
174. *The World Bank. Repositioning Nutrition As Central To Development A Strategy For Large-Scale Action, 34775, Washington, USA, 2006, 9-274.*

175. Perrin MT, Fogleman A, Allen JC. The Nutritive and Immunoprotective Quality Of Human Milk Beyond 1 Year Postpartum: Are Lactation-Duration-Based Donor Exclusions Justified? *J Hum Lac T* 2013, 29(3): 341-9.
176. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması*, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2019.
177. Anne Sütü İle Beslenme El Kitabı. <https://Hastane.Omu.Edu.Tr/Tr/Hastane-Bilgileri/Bebek-Dostu-Hastane/Anne%20S%C3%Bct%C3%BC%20ile%20Beslenme%20El%20Kitab%C4%B1.PDf> Son Erişim Tarihi: 08.05.2021.
178. *World Health Organization* (WHO), UNICEF. Global Breastfeeding Scorecard, 2017:Tracking Progress For Breastfeeding Policies and Programmes. Geneva, Switzerland, 2017.
179. *World Health Organization* (WHO), UNICEF. Global Breastfeeding Scorecard, Enabling Breastfeeding Through Policies And Programmes. Geneva, Switzerland, 2018.
180. Yılmaz C, Taşpınar A. The Effect Of Breastfeeding Education Given to Parents In Early Postpartum Period on Breastfeeding Status of Infants In The First Six Months. *Gümüşhane University J Health Sci* 2017, 6(3): 25-34.
181. Gürel PP. Polikliniğimize Başvuran 6 Ay-12 Ay Arası Çocukların Annelerinin Anne Sütü İle Beslenme ve Emzirme Konusunda Bilgi Düzeyinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Bakırköy Dr, Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilimdalı, Uzmanlık Tezi. İstanbul, Türkiye.2009.
182. Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, Dozier AM. Delayed Onset Lactogenesis II Predicts The Cessation Of Any Or Exclusive Breastfeeding. *The Journal Of Pediatrics* 2012, 161(4): 608-14.
183. Hasanoğlu C. Postpartum Birinci Yılda İşe Geri Dönen Annelerin Bebeklerinde Anne Sütü İle Beslenme Durumu. T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Sağlık Ve Uygulama Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul 2018.

184. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association Of Timing Of Initiation Of Breastmilk Expression On Milk Volume And Timing Of Lactogenesis Stage II Among Mothers Of Very Low-Birth-Weight Infants. *Breastfeeding Medicine* 2015,10(2): 84-91.
185. Atan ŞÜ. Primipar Emziren Annelerde Meme Ucu Sorunlarının Önlenmesinde Farklı Yöntemlerin Etkinliğinin İncelenmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, 2008
186. Özcan ÇY, Tokat MA. The Effect Of Oxytocin Induction Given During Vaginal Birth On Breastfeeding Results: Literature Review. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12(3): 170-4.
187. Palombo V, Loo JJ, D'Andrea M, Vailati-Riboni M, Shahzad K, Krogh U, Theil PK. Transcriptional Profiling Of Swine Mammary Gland During The Transition From Colostrogenesis To Lactogenesis Using RNA Sequencing. *BMC Genomics* 2018, 19(1): 322.
188. Erkan MU. Bebeklerin İlk 6 Ayda Anne Sütü İle Beslenmelerine Etki Eden Faktörler., T.C. Zeynep Kamil Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
189. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Türk Neonatoloji Derneği Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesirehberi, [Http://Www.Neonatology.Org.Tr/Wp-Content/Uploads/2016/12/Term_Beslenme.Pdf](http://www.Neonatology.Org.Tr/Wp-Content/Uploads/2016/12/Term_Beslenme.Pdf). Son Erişim Tarihi 28 Mart 2019.
190. Bryantn J, Thistle J. Anatomy, Colostrum. [Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Books/NBK513256/](https://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Books/NBK513256/). Son Erişim Tarihi 28 Mart 2019.
191. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, [Https://Dosyaism.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/9281,Emzirme-Danismanligi-El Kitabı-İcintiklayinizpdf](https://dosyaism.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/9281,Emzirme-Danismanligi-El-Kitabi-Icintiklayinizpdf). Son Erişim Tarihi 22 Mart 2019.
192. Blesa M, Sullivan G, Anblagan D, Telford EJ, Quigley AJ, Sparrow SA, Seraga A, Semple SI, Bastin ME, Boardman JP. Early Breast Milk Exposure Modifies Brain Connectivity İn Preterm Infants. *Neuro Image* 2019, 184: 431-9.

193. Eren Ö. Erişkinlerin Anne Sütü İle İlgili Algıları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2016.
194. Ma P, Brewer-Asling M, Magnus JH . A Case Study On The Economic İmpact Of Optimal Breastfeeding .*Matern Child Healt J* 2013, 17(1): 9-13.
195. Anatolitou F Human Milk Benefits and Breastfeeding. *JPNIM* 2012, 1(1): 11-18.
196. Allen J, Hector D. Benefits Of Breastfeeding. *New South Wales Public Health Bulletin* 2005, 16(4): 42-6.
197. Mackenzie C, Javanparast S, Newman L. Mothers' Knowledge Of And Attitudes Toward Human Milk Banking İn South Australia: A Qualitative Study. *J Hum Lact* 2013, 29(2): 222-9.
198. Aykut M, Yılmaz M, Balcı E, Sağiroğlu M, Gün İ, Öztürk A. Annelerin Süt Annelik Ve Anne Sütü Bankası Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, <https://citeweb.info/20122505094>. Son Erişim Tarihi 23 Mart 2019.
199. Demirtas B. Türkiye’de Anne Sütü Bankaları Olmalı Mı?. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14(1): 73-7.
200. Karagöz Y. *SPSS-AMOS-META Uygulamalı istatistiksel analizler*. Ankara: Nobel 2019
201. Ünver H. Postpartum Dönemde Yoganın Psikolojik Gelişim Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.
202. Karakuş S, Akbay S. Psikolojik Esneklik Ölçeği: Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2020, 16(1): 32-43.
203. Francis AW, Dawson DL ve Golijani-Moghaddam N. The Development and Validation Of The Comprehensive Assessment Of Acceptance and Commitment Therapy Processes (Compact). *JCBS* 2016, 5: 134-45.
204. Aksoy SD, Dutucu N, Özdilek R, Acar-Bektaş H Ve Keçeci A. Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019,5(1): 10-4.

205. Yalnız H, Canan F, Genç RE, Kuloğlu MM Ve Geçici Ö. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Tıp Dergisi* 2016, 8(3): 81-8.
206. Yenil K, Okumuş H. Latch Emzirme Tanılama Aracının Güvenirliğini İnceleyen Bir Çalışma *HEMARG* 2003, 1: 38-44.
207. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *JOGNN* 1994, 23(1): 27-32.
208. Demirhan F. Sakarya İlinde Emzirmenin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 1997.
209. Kartal Y, Karaman T. Doğuma Hazırlık Eğitimi Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine Etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2018, 49(1): 85-91.
210. Namujju J, Muhindo R, Mselle LT, Waiswa P, Nankumbi J, Muwanguzi P. Childbirth Experiences And Their Derived Meaning: A Qualitative Study Among Postnatal Mothers In Mbale Regional Referral Hospital, Uganda. *Reproductive Health* 2018, 15(1): 183-94.
211. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's Perceptions and Experiences Of A Traumatic Birth: A Meta-Ethnography. *J Adv Nurs* 2015, 66: 2142-53.
212. Saki Ü. Üniversite Öğrencilerinin Aile Aidiyet Düzeylerinin Spor ve Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2018.
213. Açikel GEA, Daşbaş S. Suça Sürüklenmiş Erkek Çocuklarda Aile Aidiyeti ve Yaşam Doyumu İlişkisi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet* 2019, 30(3): 965-87.
214. Körükçü HÖ, Deliktaş A, Aydın R, Kabukçuoğlu K. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Clin Exp Health Sci* 2017, 7: 152-8.
215. Öcel H. Meme Kanseri Tanısı Almış Çalışan Kadınlarda Damgalanma ve Bilinçli Farkındalık İle Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkiler: Psikolojik Esnekliğin Düzenleyici Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi* 2017, 32(80): 116-33.

216. Hrehorciuc-Caragea A, White L. An Investigation Of The Relationship Between Psychological Flexibility and Bisexuality. *Journal Of Bisexuality* 2017, 17(4): 473-86.
217. *UNICEF*.The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition. Growing well in a changing world. New York, Amerika, 2019, 1-258.
218. Alp H. Çocuklarda Anne Sütü İle Beslenme Süresi ve İlişkili Faktörler. *Güncel Pediatri* 2009, 7: 45-52.
219. Görgün Ş. Gebelerin Öz-Yeterlilikleri İle Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2020.
220. Bay F. Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2019.
221. Dancause KN, Veru F, Andersen RE, Laplante DP, King S. Prenatal Stress Predicts Insulin Secretion İn Adolescence. *JAH* 2012, 23(4): 77-83.
222. Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2015, 12(2): 86-91.
223. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014, 4(4): 200-6.
224. Aktaş S, Alemdar DK. Correlation Between Infantile Colic and Maternal Breastfeeding Self-Efficacy, Breastfeeding Success and Breast Milk Amount. *J Trop Pediatrics* 2018, 4: 1-7.
225. Farahani SM, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery. *IJN* 2005, 18: 71-82.
226. Campbell CM, Edwards RR. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Manag* 2012, 2(3): 219-230.
227. Peacock S, Patel S. Cultural Influences on Pain. *Rev Pain* 2008, 1(2): 6-9.

228. 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.
229. Gülçelik F. Gebeliğin Planlanma Durumuna Göre Gebelikte Ve Doğum Sonu Dönemdeki Doğum Korkusu Beklentisi Ve Algısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat: Bozok Üniversitesi, 2019.
230. Hulsheger UR, Alberts HJ, Feinholdt A, Lang J.W. Benefits Of Mindfulness At Work: The Role Of Mindfulness In Emotion Regulation, Emotional Exhaustion, and Job Satisfaction. *J. Appl Psychol* 2013, 98:310.
231. O’Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth* 1992, 19(4):195–201.
232. Woods-Giscombé CL, Lobel M, Crandell JL. The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *JAREN* 2010, 33(4): 316-328.
233. Yüksel A, Dabanlı Z, Yılmaz EB. (). Gebelerde bilinçli farkındalık ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *JAREN* 2020, 6 (2): 195-202.
234. Şahin M. Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanması İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2020.
235. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2.Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.
236. Gamble JA, Creedy DK. Women’s preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 2001, 28(2): 101-10.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Kişisel Tanıtım Formu

KİŞİSEL TANITIM FORMU

Anket No:

Bu araştırma Latent Fazdaki Primipar Gebelerde Psikolojik Esneklik Düzeyi Ve Gebelik Stresinin Travmatik Doğum Algısı Ve Emzirme Başarısına Etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Soruların doğru şekilde yanıtlanması, sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Araştırma Görevlisi

Ayşegül GEZER TEKDAL

Tarih: / /

1. Kaç yaşındasınız?

2. Kaç yaşında evlendiniz?.....

3. Kaç yıldır evlisiniz?.....

4. Yaşadığınız aile tipi nedir?

Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐

5. Öğrenim durumunuz nedir?

Okur-yazar değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐

Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐

6. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐

7. Gelir durumunuz?

Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime denk ☐ Gelirim Giderimden fazla ☐

8.Kaç haftalık gebesiniz?

9. Bu gebeliğiniz planlı mıydı? a)Evet b)Hayır

10.Bebğiniz istediğiniz cinsiyette mi?

11. Doğum şekli nedir? a) NSVD b) Müdahaleli vajinal doğum

EK-3. Psikolojik Esneklik Ölçeği

Aşağıda psikolojik esneklik düzeyinizi ölçmeye ilişkin ifadeler yer almaktadır. Sizden, kendi yaşantınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Her bir maddeye katılma durumunuza göre 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

	Hiç Tamamen Katılmıyorum Katılıyorum 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	Hiç katılmıyorum						Tamamen katılıyorum
1.	Benim için neyin önemli olduğunu ve hayatımda gelmek istediğim noktayı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Duygu ve düşüncelerin ortaya çıkmasını engellemek için bir şeylerle meşgul olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Olumsuz duygular hissettiğimde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Duygu ve düşüncelerimi değiştirmeksizin, onları olduğu gibi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Zorlayıcı duygu, düşünce veya hisleri ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Üzüntü verici duyguları uzak tutmak için elimden geleni yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Stresli olsa bile, tercihlerimi benim için neyin önemli olduğuna dayanarak yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
8.	İş veya görevlerimi, ne yaptığının farkında olmaksızın, otomatik bir şekilde yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Yaşamayı seçtiğim önemli değerlere sahibim.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Duygu ve düşüncelerimi kontrol etmek yada onlardan kaçınmak yerine, onları olduğu gibi kabul edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Düşünceler sadece düşüncelerdir- yaptıklarımı kontrol etmezler.	1	2	3	4	5	6	7

12.	Aklıma gelen düşünce, duygu ve hisler ne olursa olsun, onları değiştirmeden ve onlara karşı çıkmadan tam anlamıyla deneyimlemeye razıyım.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Kişisel değerlerim doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Düşüncelerime öyle takılırım ki en çok yapmak istediğim şeyleri yapamam.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Düşüncelerimin, yapmak istediğim şeyleri engellemesine izin vermem.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Yapması zor olsa bile, benim için anlamlı olan şeylerin sorumluluğunu alırım.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Kendim hakkındaki bir düşüncemetam olarak uyumak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ne yaptığımın pek farkında olmadan otomatik hareket ediyormuşum gibi görünür.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Hayatta benim için gerçekten önemli olan şeyleri belirler ve onların peşinden giderim.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Benim için anlamlı olan etkinlikleri çok dikkatimi vermeden aceleyle yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Bir şey benim için önemli ise onu yapmaya devam edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Şu anda yaşananlara odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Geçmiş ya da gelecek ile çok meşgul olduğumdan, kendimi şu an olanları kaçıırken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
24.	En büyük hedeflerimden biri bana acı veren duygularımdan kurtulmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Benim için oldukça önemli olsalarda, kendimi, o işi dikkatimi vermeden yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Değerlerim, davranışlarıma tamamıyla yansır.	1	2	3	4	5	6	7
27.	İlerleme yavaş olsa bile, zaman gerektiren uzun vadeli planlarıma sadık kalabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Hayatımı nasıl yaşamak istediğimle uyumlu bir şekilde hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-4. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği

Gebelik kaynaklı değişikliklere ilişkin **SU ANKI** kaygı, endişe ve/veya rahatsızlık seviyenizi ‘kesinlikle hayır’, ‘hafif’, ‘orta derece’, ‘şiddetli’ veya ‘çok şiddetli’ şeklindeki uygun sütunu işaret ederek derecelendiriniz.

		Kesinlikle endişem yok	Hafif derecede endişeleniyorum	Orta derecede endişeleniyorum	Şiddetli endişeleniyorum	Çok şiddetli endişeleniyorum
1.	Gebelik esnasında değişen vücut şeklimle ilgili	0	1	2	3	4
2.	Ciltte ortaya çıkan koyu kahverengi lekelerle ilgili	0	1	2	3	4
3.	Değişen vücut şekli nedeniyle harekette zorlanmayla ilgili	0	1	2	3	4
4.	Gebelikte zararı dokunacağı düşünülen dini ve kültürel şeylere bağlı kalmayla ilgili	0	1	2	3	4
5.	Gebelikte kilonun kontrol altında tutulmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
6.	Gebelik esnasındaki davranışlarımın bebeğin kişiliğini etkileme ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
7.	Bebeğimin dış görünüşüyle ilgili	0	1	2	3	4
8.	Bebeğimin cinsiyetiyle ilgili	0	1	2	3	4
9.	Bebeğimin doğum ağırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
10.	Bebeğimin sağlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
11.	Karnımdayken bebek hareketlerinin normal normal olup olmamasıyla ilgili	0	1	2	3	4
12.	Bebeğimin kıyafetleri ve yenidoğan malzemelerinin hazırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
13.	Bebeğimin bakımında bana kimin yardımcı olacağına karar vermeyeyle ilgili	0	1	2	3	4
14.	Bebeğimin bakımının iyi ve kaliteli olmasını sağlamayla ilgili	0	1	2	3	4
15.	Lohusalıkta nerede/kimde kalacağıma karar vermeyeyle ilgili	0	1	2	3	4
16.	Doğumda hastanedeyken ev işleriyle ilgilenecek birini ayarlamayla ilgili	0	1	2	3	4
17.	Ekonomik yükün artmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
18.	Aile içinde sözü geçen kişiler (ör: kayınvalide ve kayınpeder, eş) tarafından bebeğin benimsenmesiyle ilgili	0	1	2	3	4
19.	Gebelikte cinsel yaşamla ilgili	0	1	2	3	4
20.	Bebeğimin doğumundan sonra boş zamanın azalmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
21.	Ailedeki diğer kişilerin desteğiyle ilgili	0	1	2	3	4
22.	Uyku kalitesiyle ilgili	0	1	2	3	4
23.	Bebeğimin emin ellere doğmasıyla ilgili	0	1	2	3	4

24.	Doğumumun emin ellerde olmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
25.	Erken doğum ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
26.	Doğum esnasında problem yaşanması ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
27.	Doğumda eşimin yanımda bulunamamasıyla ilgili	0	1	2	3	4
28.	Doktorun doğuma zamanında yetişememe ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
29.	Doğum sırasında doktorların bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
30.	Doğum sırasında ebe/hemşirelerin bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
31.	Doğum esnasındaki ağrı şiddetiyle ilgili	0	1	2	3	4
32.	Bebeğimi nasıl besleyeceğime karar vermeyele ilgili	0	1	2	3	4
33.	Bebeğimi başarılı bir şekilde emzirebilmemle ilgili	0	1	2	3	4
34.	Doğum sonrası dönemde vücudumun gebelik öncesi halini almasıyla ilgili	0	1	2	3	4
35.	Bebeğime verilecek isimle ilgili	0	1	2	3	4
36.	Gelecekte bebeğimi bekleyen durumlarla ilgili	0	1	2	3	4



EK-5. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1.Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

2.Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

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

Hiç endişelendirmez

Çok endişelendirir

3.Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

4.Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

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

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

Hiç zarar vermez

Çok zarar verir

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

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

Hiç kaygılandırmaz

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

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

Hiçkorkmam

Çok korkarım

8. Doğumsancılarınızın enyoğun olduğuzamanda kontrolünüzü kaybetmekten nekadardır

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

Hiç huzursuz etmez

Çok huzursuz eder

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

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

Hiç korkutmaz

Çok korkutur

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

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

Hiç kaygı duymam

Çok kaygı duyarım

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hissedersiniz mi?

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

Hiç hissetmem

Çok hissedirim

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

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

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hissedersiniz mi?

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

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

EK-6. Latch Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Değerlendirme Kriterleri

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	0	1	2
L Memeyi tutma	Uyur ya da isteksiz memeyi tutmaya başaramaz	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağızına alır, emme hareketi görülür	Areolayı da ağıza alacak şekilde memeyi tutar, ritmi bir şekilde emer, dudaklar dışa doğru dönük
A Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	yok	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında ısı sürekli, güçlü espirasyonlar görülür
T Meme ucunun tipi	çökük	düz	Uyarıyla dışarı çıkmış
C Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı	Engorfement, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük eziklikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
H Bebeğin tutuş pozisyonu	Tamamıyla yardımla	Minimal Yardım	Yardımsız

Bebeğiniz kaç haftalıkken doğum yaptınız:.....

Bebeğinizin cinsiyeti:.....

Bebeğinizin doğum kilosu:.....Boy:.....

EK-7. Etik Kurul Onayı Formu



EK-8. Kurum İzin Yazısı



EK-9 Bilgilendirilmiş Olur Formu

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

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

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASİ (Varsa)		İMZASI/ TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/ TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		