



**LOHUSALARIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE
TRAVMATİK DOĞUM ALGISI VE DOĞUM SONU
YORGUNLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Zeliha Gülsüm AKSAKAL

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN**

Yüksek Lisans Tezi – 2023

TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LOHUSALARIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE TRAVMATİK DOĞUM
ALGISI VE DOĞUM SONU YORGUNLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeliha Gülsüm AKSAKAL

Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN

MALATYA
2023

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Lohusaların Kişilik Özellikleri İle Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluk Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans tezi içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.../.../2023

Öğrencinin; Zeliha Gülsüm AKSAKAL

İmza

İTHAF

Tezimi eşim Bilal AKSAKAL ve biricik oğlum Eymen Arel AKSAKAL' a ithaf ediyorum.



İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Doğum Algısı.....	3
2.2. Travmatik Doğum Algısı.....	3
2.3. Doğumun Travmatik Olarak Algılanmasına Yol Açan Durumlar.....	4
2.3.1. Doğum Ağrısı	4
2.3.2. Doğum Korkusu.....	5
2.3.3. Uzamış Eylem.....	5
2.3.4. Sürekli Fetal Monitörizasyon.....	6
2.3.5. Doğum İndüksiyonu	7
2.3.6. Fundal Bası	7
2.3.7. Epizyotomi ve Perine Travmaları	8
2.3.8. Operatif (Enstrümental) Vajinal Doğum	8
2.3.9. Bilgi Eksikliği	9
2.3.10. Sezaryen.....	9
2.3.11. Sosyal Destek.....	10
2.3.12. Doğum Ortamı ve Doğumda İstenilen Pozisyon	10
2.3.13. Travay Sürecinde Beslenme	11
2.4. Travmatik Doğum Algısının Kişiler Üzerindeki Etkileri	11
2.5. Doğum Sonu Dönem	12
2.6. Doğum Sonu Yorgunluk.....	14
2.7. Doğum Sonu Yorgunluğu Etkileyen Faktörler.....	15
2.7.1. Fizyolojik Faktörler	15
2.7.2. Psikolojik Faktörler.....	15
2.7.3. Durumsal Faktörler	16
2.8. Kişilik Tanım	16

2.9. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Modeli	16
2.9.1. Dışa dönüklük	17
2.9.2. Uyumluluk (Geçimlilik)	17
2.9.3. Sorumluluk.....	17
2.9.4. Duygusal dengesizlik (Nevrotiklik).....	18
2.9.5. Deneyime açıklık	18
2.10. Kişilik Özelliklerinin Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluk ile İlişkisi.....	19
2.11. Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluğa Yönelik Ebelik Yaklaşımları.....	20
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	24
3.4.2. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	24
3.4.3. Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği	24
3.4.4. On Maddeli Kişilik Ölçeği.....	25
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.7. Verilerin Analizi	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
4. BULGULAR.....	277
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	42
EKLER.....	60
EK-1. Öz geçmiş.....	60
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	61
EK-3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	64
EK-4. Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği	66
EK-5. On Maddeli Kişilik Ölçeği	70
EK-6. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu	71

EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi	73
EK-8. Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi Kurum İzin Formu	74



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini ve deneyimlerini benimle paylaşan, mesleki değerlere yaklaşımıyla bana öncülük eden, her sorunuma çözüm bulan ve gelecek nesillere umut ışığı olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN' e,

Tez savunma sınavıma jüri olarak katılıp beni onurlandıran değerli hocalarım Dr. Dr. Öğr. Üyesi Esra Güney' e ve Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Bal' a,

Yükseklisans döneminde birlikte yol aldığım ve her konuda yanımda olan canım arkadaşlarım Neslihan ERDEM' e ve Bahar KOLDAŞ'a

Hayatımın tüm aşamalarında bana sonsuz destek veren, emeklerini esirgemeyen her daim yanımda olan canım annem Asiye YILDIRIM'a ve canım babam Eyyup YILDIRIM'a

Lisansüstü eğitimim boyunca her daim yanımda olan kıymetli kayınvalidem Delal AKSAKAL'a

Bu süreçte en büyük teşekkürü gece gündüz demeden bana destek olan, emeğini üzerimden hiç esirgemedi sevgiyle ve saygıyla tüm zorluklara birlikte göğüs gerdiğim sevgili eşim Bilal AKSAKAL'a ve yaşamım boyunca bana en güzel duyguları yaşatan, varlığına her daim şükrettiğim canım oğlum Eymen Arel AKSAKAL'a

Araştırmamı gerçekleştirmem için bana vakit ayırarak, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm lohusalara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeliha Gülsüm AKSAKAL

ÖZET

Lohusaların Kişilik Özellikleri ile Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluk Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, lohusaların kişilik özellikleri ile travmatik doğum algısı ve doğum sonu yorgunluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılan çalışma, Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi lohusa servisinde yürütüldü. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; çift yönlü önem düzeyi, %5 yanılma düzeyi, %97 güven aralığı ve %80 temsil gücüyle en az 362 lohusa olarak hesaplandı. Olası kayıplar göz önünde bulundurularak örneklem sayısı yaklaşık %10 arttırılarak araştırma 400 lohusa ile tamamlandı. Verilerin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, TDAÖ, YÇBDÖ ve OMKÖ kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t test, Kruskal-Wallis analizi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Lohusaların %35.5'inin çok düşük, %17.5'inin düşük, %19.0'nın orta, %15.3'ünün yüksek, %12.8'inin çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı, TDAÖ toplam puan ortalamasının 51.06 ± 38.90 , YÇBDÖ toplam puan ortalamasının 24.56 ± 8.18 , OMKÖ toplam puan ortalamasının 32.29 ± 3.84 olduğu saptandı. Lohusaların dışadönüklük alt boyutu ile TDAÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde, duygusal dengelilik, sorumluluk ve yumuşak başlılık alt boyutu ile travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu; dışa dönüklük, duygusal dengelilik, sorumluluk ve yumuşak başlılık alt boyutu ile YÇBDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Sonuç: Dışadönüklük kişilik özelliği arttıkça travmatik doğum algısı azalmakta yorgunluk artmaktadır. Duygusal dengelilik, sorumluluk ve yumuşak başlılık kişilik özellikleri arttıkça travmatik doğum algısı ve yorgunluk artmaktadır. Bazı sosyodemografik ve obstetrik özellikler travmatik doğum algısı ve yorgunluğu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu Yorgunluk, Kişilik Özellikleri, Travmatik Doğum Algısı

ABSTRACT

The Relationship Between Personality Traits of Postpartum Women and Perception of Traumatic Birth and Postpartum Fatigue

Aim: The research was conducted to determine the relationship between the personality characteristics of postpartum women and the perception of traumatic birth and postpartum fatigue.

Material and Method: The descriptive and correlational study was conducted in the postpartum service of Şanlıurfa Birecik State Hospital. Sample size when power analysis is done; bidirectional significance level was calculated as at least 362 puerperal women, with 5% error level, 97% confidence interval, and 80% representativeness. The research was done with 400 puerperant women. Personal information form, TBPS, MAF and TIPI were used to collect data. Number, percentage, mean, standard deviation, independent groups t test, Kruskal-Wallis analysis, one-way analysis of variance and Pearson correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: 35.5% of the puerperal women experienced very low, 17.5% low, 19.0% moderate, 15.3% high, 12.8% very high traumatic birth perceptions, the total mean score of TBPS was 51.06 ± 38.90 , MAF total it was determined that the mean score was 24.56 ± 8.18 , and the total mean score of TIPI was 32.29 ± 3.84 . There was a statistically significant negative relationship between the extraversion sub-dimension of the postpartum mothers and their mean TBPS scores, and a positive statistically significant relationship between the emotional stability, responsibility and agreeableness sub-dimension and the traumatic birth perception scale mean scores; It was determined that there was a positive, statistically significant relationship between the extraversion, emotional stability, responsibility and agreeableness subscales and the MAF score averages.

Conclusion: As the personality trait of extraversion increases, the perception of traumatic birth decreases and fatigue increases. As emotional stability, responsibility and agreeableness increase, the perception of traumatic birth and fatigue increase. Some sociodemographic and obstetric characteristics affect the perception of traumatic birth and fatigue.

Keywords: Postpartum Tiredness, Personality Characteristics, Traumatic Birth Perception

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NICE	: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
OMKÖ	: On Maddeli Kişilik Ölçeği
TIPI	: On Maddeli Kişilik Ölçeği
TDAÖ	: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
TBPS	: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
YÇBDÖ	: Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği
MAF	: Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Lohusaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.2. Lohusaların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4.3. Lohusaların Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları En Düşük – En Yüksek Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Tablo 4.4. Lohusaların Kişilik Özellikleri İle TDA ve YÇBDÖ Toplam Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	30
Tablo 4.5. Lohusaların Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre TDA ve YÇBD Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması. 32	

1. GİRİŞ

Doğum, kadının anneliğe uyumunu ve sağlığını duygusal, biyolojik, sosyal ve fiziksel yönden etkileyen özel bir olgu olmakla birlikte anne ve diğer aile üyelerinin hayatlarındaki en anlamlı deneyimdir (1, 2). Fakat doğumun psikososyal uyum için önemli bir dönem olması nedeniyle ruhsal sorunlara zemin hazırlamaktadır (3). Bazı çalışmalarda kadınların doğum olayını "öz güveni artıran, sihir gibi inanılmaz, doğal, bir yaşam deneyimi, önemli ve harika bir tecrübe" gibi pozitif kelimelerle (4), bazılarında isehayal kırıklığı, travmatik, suçluluk, anksiyete dolu ve endişe hissettiren korku/acı veren" gibi olumsuz ifadelerle dile getirdikleri bildirilmektedir (4-7). Travmatik doğum, kişinin doğumunu bebeği veya kendisi için yaralanma ya da ölüm tehlikesi olarak görmesidir (7). Travmatik doğum tecrübesinin etkilerine bakıldığında; kadının doğum korkusuna, sezaryen veya sterilizasyon isteğine ve sonraki gebeliklerden kaçınmasına neden olabilmektedir (8). Doğum eyleminin kadınlar için travmatik olması örneğin; doğumun ikinci evresinin uzaması ve perine ağrısının doğum sonu dönemde yorgunluğa neden olabileceği belirtilmektedir (9). Travmatik doğum yaşamış olmak anne ve diğer bireyler arasında ilişkilerin zayıflamasına yol açabilmektedir (10). Ayrıca bu kadınlar doğumlarını ilk yaşandığı an gibi hatırlamak ve bu anı kabus olarak görmek gibi travmatik stres semptomları da gösterebilmektedirler (5, 11). Bununla beraber olayların travmatik olarak deneyimlenmesi, hem travmayı yaşayan kişiyi hem de çevresindeki kişileri etkiler ve gelecek nesillere de aktarır (12, 13).

Doğum sonu dönem (DSD); bebek, anne ve çevresindekilerin sağlığı için uyum, kendilerini yenileme süreci, bununla birlikte bu döneme adapte olurken yeniliklerin de ortaya çıktığı ve psikososyal problemlerin yaşandığı bir kriz sürecidir (14). DSD' de ortaya çıkan problemler ilk haftalarda daha fazla yaşanmakla beraber altı hafta ya da bir yıl kadar süren sorunlarda görülmektedir (15). Doğum sonu dönemde ortaya çıkan en yaygın yakınmalardan biri de yorgunluktur (16). Psikolojik, fiziksel ve durumsal birçok nedenden dolayı gelişebilen ve doğum sonu süreçte görülen beş problemten biri olan doğum sonu yorgunluk, bebek ve annenin sağlıklarının kötü etkilenmesine ve bununla beraber başka problemlerin de görülmesine neden olabilmektedir (9, 17-19). Toplumlar arasında görülme sıklığı farklılık göstermekte olup ülkemizde yapılan bir çalışmada doğum sonu yorgunluğun dörtte bir oranında ortaya çıktığı saptanmıştır (20).

Doğum sonrası yorgunluk, annelerin yeni rollerini ve aile işlevlerini uygulamalarının ve bunlara uyum sağlamalarının bir sonucu olabilir (9). Bu durum kişilerarası ilişkilere zarar verebilir, bebek bakım faaliyetlerine devam etmeyi zorlaştırabilir. Kadınlarda ortaya çıkan yorgunluk problemi erken evrede tanınıp annelere ihtiyacı olan destek verilmediğinde doğumdan sonraannelik rolüne geçişte gecikmeye (21), doğum sonu depresyon olasılığının fazlalığına (22), bununla birliktelohusanın ve aile üyelerinin de yaşam standartlarının negatif yönde etkileneğine sebep olmaktadır (20). Doğuma yönelik algıdaki farklılıklar, kadının yaşadığı toplumun doğuma yüklediği anlamdan ve kişilik özelliklerinden kaynaklanabilmektedir (23).

Doğum korkusu, olumsuz doğum sonuçları ve daha kötü öznel doğum deneyimleri ile kişilik özellikleri ilişkilendirilmiştir (23). Kişilik, bireylerin düşünce ve davranışlarını belirleyen, hayatını yönlendiren dinamik bir yapıdır. Kişilik özellikleri yönünden bakıldığında, özellikle depresif, nevrotik, kaygılı ve kırılgan özellik gösteren bireylerin doğumlarını travmatik bir olay olarak düşünme ihtimalinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (24, 25). Ayrıca kronik yorgunluk sendromuna yakalanan bireylerin fazla özenli, mükemmeliyetçi, belli miktarda nörotik içe dönük, sınırlarını zorlayan ve çalışkan kişilik özelliklerine sahip olduğu öngörülmüştür (26). Literatür incelendiğinde travmatik doğum algısı ile postpartum depresyon, anne bağlanması, gebelerin öz yeterliliği gibi konularla ilişkilendirilmiş çalışmalara, doğum sonu yorgunluk ile postpartum depresyon, kadının öz bakım gücü gibi ilişkilendirilen çalışmalara rastlanmıştır (27-31). Fakat lohusaların kişilik özellikleri ile travmatik doğum algısı ve doğum sonu yorgunluk arasındaki ilişkinin birlikte incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma lohusaların kişilik özellikleri ile travmatik doğum algısı ve doğum sonu yorgunluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma soruları;

Soru 1: Kişilik özellikleri travmatik doğum algısını etkiler mi?

Soru 2: Kişilik özellikleri doğum sonu yorgunluğu etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Algısı

Doğum olayı, emosyonel ve fiziksel geri dönüşlerin ortaya çıktığı çok özel bir deneyimdir (32, 33). Doğum, doğal fakat oldukça hassas bir tecrübedir ve algılanmasında çok yönlü, karmaşık psikolojik bir yapı etkili olmaktadır (34).

Doğum algısı; kişinin yaşanan olaylar karşısındaki tutumu ve doğum olayının farklı açılardan değerlendirilmesi olarak nitelendirilir (34). Olumlu doğum deneyimleri kadınlarda, özgüven ve başarıyı artırırken; olumsuz doğum deneyimi ise kadınlarda korku ve kaygının artmasına sebep olmaktadır. Birçok yönden kadında spesifik değişikliklere sebebiyet veren doğum deneyimi; tekrar gebe kalma düşüncesinde, tıbbi müdahalelere bakış açısında ve doğum yönetiminde etkili olmaktadır (35). Günümüzde kadınların doğum öncesi süreçte gerekli eğitimleri alıp doğumlarının yöneticisi olmaları, ağrıyla baş etme yöntemlerini etkili şekilde kullanıp aneljeziden kaçınmaları, doğum anında sosyal destek sistemlerini kullanıp doğumu en iyi şekilde geçirmeleri ve olumlu bir doğum deneyimine sahip olmaları hedeflenmektedir (36).

2.2. Travmatik Doğum Algısı

Travma; kişinin yaşadığı ölüm tehdidi, olağanüstü durumlar, ağır yaralanmalar, şahit olduğu ölüm ve olumsuz tecrübeler olarak tanımlanır. Travma, ruhsal ve fiziksel anlamda insanları olumsuz etkileyen olaylar bütünüdür (37).

Doğum, kadınlar için fizyolojik ve doğal bir tecrübe olarak nitelendirilirken; doğum algısı, bu tecrübelerin kadının duygu ve düşünceleriyle bütünleşmesi sonucu herkeste farklılık gösteren bir olgudur (34). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğurmuşya da doğum yapacak olan kişiler için “pozitif doğum tecrübesini” değerli bir hedef noktası olarak varsaymaktadır (38). Doğumun olumlu algılanması anne-bebek bağını güçlendirirken; olumsuz doğum deneyimi kişilerde doğum sonu depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riskinin artmasına neden olmaktadır (39).

Travmatik doğum algısı, kadının, beyninde planladığı doğum olayının, doğum öncesi dönemde doğum ile ilgili öğrendiği tüm bilgilerin, doğum anında yaşadığı her olayla harmanlanması sonucu ortaya çıkan ve doğum sonu dönemi de etkisi altına alan bir kavramdır (27). Anne ve bebeğe karşı fiziksel travmanın olduğu ya da olmadığı

durumlarda yaşanabilir (40). Aynı zamanda travmatik doğum algısı, doğum şekli (vajinal ya da sezaryen), sağlık uzmanlarının kişilere karşı tutum ve davranışlarıyla doğum sırasındaki müdahalelerden etkilenmektedir (8). Kadınlar genellikle doğumu, yaşamı değiştiren ve keyifli bir an olarak tanımlarken (5, 41), bazıları ise sürekli ağrılar, hayal kırıklığı, korku, yoğun anksiyete, gereksiz müdahaleler ve acizlik gibi olumsuz bir tecrübe olarak algılamaktadır (42). Olumsuz doğum deneyimi diğer doğum deneyimlerini de etkilemekte ve korkuya sebep olmaktadır (43). Ayrıca, bu kötü deneyim, bir kadının nerede ve hangi şekilde doğumunu gerçekleştireceği ile ilgili kararlarını da değiştirebilmektedir. Kadınlar, hastanede travmatik bir doğum deneyimi yaşamaktan korktuğu için evde doğum yapma talebinde bulunabilmektedirler (44, 45). Sağlık profesyoneli olmadan doğum yapma kararı, önceki doğumda yaşanan travmatik olaylardan daha fazla etkilenmeye sebep olabilmektedir (45). Bununla birlikte travmatik doğum deneyimi, kişilerde bir daha gebelik düşünmeme ve sosyal çevre ile ilişkilerde bozulma gibi olumsuzluklara da yol açmaktadır (46, 47). Yapılan çalışmalarda travmatik doğum algısı görülme oranları farklılıklar göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların %23.6’ sının, başka bir çalışmada ise %26.9’ unun yüksek düzeyde travmatik doğum algısı deneyimlediği saptanmıştır (27, 48). İran’da bir çalışmada travmatik doğum olayını deneyimleyen kadın olasılığının %54.5 olduğu ve bu kişilerin %20’sinde travma sonrası stres bozukluğu ortaya çıktığı saptanmıştır (44).

2.3. Doğumun Travmatik Olarak Algılanmasına Yol Açan Durumlar

Doğum, kişilerin hayatındaki birçok olaydan etkilenen aynı zamanda bu olaylara zemin hazırlayan kompleks bir döngüdür. Bu bağlamda travmatik doğum algısı gebelik, doğum ve doğum sonrasında yaşanan sağlığı tehdit eden riskli tecrübeler ile ilgili olabilir. Travmatik doğuma ilişkin risk etkenlerinin öngörülmesi ve saptanması, erken tanıyla istenmeyen durumların ortadan kaldırılması ve ebelik bakım hizmetlerinin planlanması açısından oldukça önemlidir (49).

2.3.1. Doğum Ağrısı

Fizyolojik ağrı türlerinden varsayılan doğum ağrısı, bireysel faktörlere, kültürel etkilere, içerisinde bulunulan olaya veya duruma göre değişen öznel tecrübedir (29, 50). Gebelerin doğum ile ilgili beklentileri, kişisel ve çevresel farklılıklarına göre değişmektedir. Gebelerin negatif düşünceleri bir sonraki doğum ile ilgili korku duygusunun oluşmasına neden olmaktadır (28, 43). Kadının doğum anında hissettiği

korku da uterus kaslarında gerginliği artırmaktadır. Uterus kaslarında gerginliğin artması sonucu gebenin eşik değeri düşmekte ve gebe fizyolojik olarak hissedeceği ağrıdan çok daha fazla ağrı hissetmektedir (33, 51). Doğum anındaki ağrı sadece fiziksel bir acı olarak kalmayıp, ruhsal bir bileşene de sahiptir. Sağlık profesyonellerinin üzerinde durması gereken nokta da budur. Psikolojik etkiler, kişilerin acıyı algılayıp karşısında verdikleri yanıtlardan çok daha fazlası ile bağdaştırılmaktadır (52). Travmatik doğum deneyimi yaşamış kişilerin doğum sonu dönemde en çok dile getirdikleri konular; doğum anındaki ağrı, kontrolün elinde olmaması hissi ve eylem süresince sağlık personelinin tam anlamıyla destek alamamaktır (5, 27).

2.3.2. Doğum Korkusu

Korku, olayların normalin dışında algılanması sonucu ilkel kaçma içgüdüsünden dolayı ortaya çıkan koruyucu doğal bir tepkidir (53). Gebelerin hissettiği en büyük duygu ‘doğum korkusu’ dur. Bu durumun sebebi doğum olayının bazı açılardan hala tamamıyla kontrol edilemeyen, bilinmezliklerle dolu ve öngörülemeyen sonuçlarının olduğu bir süreç olmasıdır (54). Belli bir seviyeye kadar doğum korkusu zararlı olmamakla beraber doğum eylemini desteklemektedir. Ancak gebelerin korkuyu kontrol altına alamamaları ve korkunun gittikçe artması doğum eylemi için ciddi risk oluşturabilmektedir (33, 55). Ayrıca doğum anında oluşan şiddetli korkunun gebelikten önce ortaya çıkması ve mümkün oldukça doğumdan sakınılması durumunda, “tokofobi” denilen bir durum ortaya çıkmaktadır. Tokofobi, kişileri tüm yaşam dönemlerinde etkilemektedir (27, 56).

Doğum eyleminde ortaya çıkan korkunun nedeni çok yönlüdür. Düşük eğitim seviyesi, sosyal destek azlığı, küçük yaş, doğumla ilgili herhangi bir danışmanlık almamış olmak, yüksek anksiyete öyküsü, işsizlik, sağlık personelinin tutumu, ölü doğum, mental sağlığın kötü olması, cinsel istismar geçmişi, primipar olmak, abortus, düşük öz yeterlilik ve yaşanmış riskli gebelik öyküleri, doğumda yapılan çeşitli müdahaleler, olumsuz doğum tecrübeleri, operatif vajinal doğum öyküsü, acil sezaryen geçirmiş olma veya anomalili bebek sahibi olma gibi istenmeyen durumlar doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (57).

2.3.3. Uzamış Eylem

Uzamış eylem, latent faz için primiparlarda 20 saatten daha fazla, multiparlarda 14 saatten daha fazla süre aktif faza geçişin sağlanamaması olarak açıklanmakta; aktif

faz için ise uterin aktivitenin dört saat sürmesine karşın ilerleme görülmeyen, membranları açılmış, altı cm açıklığı bulunan ya da en az altı saat oksitosin verilmesine karşın uterus aktivitesinin yeterli olmaması olarak açıklanmaktadır (58). Travay sürecinin yavaş ilerlemesi bazı bireyler için normal bazen de pek çok nedeni olan bir durumdur (27, 59). Bunlar;

- **Fiziksel Nedenler;** pelvik anomaliler, fetal malpozisyon ya da malprezentasyon, servikal problemler, sefalopelvik uyumsuzluk, yetersiz uterus kontraksiyonları, annenin ıkınma güçlüğü
- **Analjezi Tercihi;** epidural anestezi
- **Stres Yanıtı ve Duygusal Distosi;** çevresel stres faktörleri, stres hormonları, psikolojik stres ve anksiyete

Doğum eyleminin uzaması; operatif müdahaleler, doğum ağrısı ve epidural kullanma olasılığının artmasına neden olabilmektedir. Gebelere doğum sürecinde uygulanan obstetrik girişim, acil sezaryen, doğumun ikinci evresindeki cerrahi müdahale psikolojik travmaya neden olmakta ve diğer doğumlar için korku ve endişeye zemin hazırlamaktadır (27, 60). Bunun sonucunda gebeler doğum eylemini travmatik olarak algılamaya başlar. Bir araştırmada travay süreci uzun süren gebelerin %34 oranında doğumlarını kötü hatırladıkları bildirilmiş ve bu anın ancak sağlık uzmanları tarafından sağlanan kaliteli bakımla azaltılacağı öngörülmüştür (61). Uzamış eylem durumunda, uygulanan girişimler açıklanmalı, kadınlara ve onların doğum planlarına saygı duyulmalı, kadının doğum planının bazı durumlarda değişebileceği açıklanmalı, öngörülemeyen müdahaleler hakkında bilgi verilmelidir (62).

2.3.4. Sürekli Fetal Monitörizasyon

Elektronik fetal monitörizasyon (EFM) hem fetüsün sağlığını hem de uterus kontraksiyonlarını aynı anda değerlendirmemizi sağlamaktadır (63). EFM fetusta oluşabilecek komplikasyonları erken tanılamamızı ve müdahale etmemizi kolaylaştırmaktadır (64). Doğum sürecinde herhangi bir risk görülmeyen gebelerde aralıklı EFM uygulanması önerilir. Riskli bir durum varsa ve fetusu yakın takip etmek gerekiyorsa sürekli EFM kullanılmaktadır (65). EFM devamlı olarak kullanıldığında gebede hareket kısıtlılığı, hipertansiyon, doğum ağrısıyla baş edememe, eylemin uzaması, tıbbi müdahale ve prematür doğum olasılığında artış görülmekte ve bu durum travmatik doğum algısı ile sonuçlanmaktadır (29, 31, 66). Travay sürecinde hareket özgürlüğünün; doğum eylemini ve doğum algısını olumlu yönde etkilediği,

travaysüresini ve hissedilen ağrıyı en aza indirdiği, gebenin rahatını ve doğumdan aldığı doyumunu artırdığı görülmektedir (67).

2.3.5. Doğum İndüksiyonu

Doğum indüksiyonu; servikal açıklığın oluşması için uterus kontraksiyonlarını etkileyen farmakolojik ve mekanik yöntemlerdir (68). Doğum eylemi gebelerde yaklaşık olarak dörtte bir oranında, farmakolojik ya da diğer yöntemlerle harekete geçirilmektedir (69). İndüksiyon genellikle sağlık profesyonelinin doğumun artık başlaması gerektiğini düşündüğü; hipertansiyon, membranların erken rüptüre olması gibi tıbbi durumlardan dolayı anne ve bebekte ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçmek için kullanılmaktadır (70). Doğum indüksiyonu uygulanan gebelerin üçte ikisinden azı başka bir girişime gerek duymadan doğum yaparken, %15’inde müdahaleli doğum ve %22’sinde acil sezaryenle doğum gerçekleştiği gözlenmiştir (27, 71). Yöntem etkili olmadığında doğum sonu iyileşme süreci de çok fazla etkilenmektedir (72).

2.3.6. Fundal Bası

Doğum sürecinin ikinci evresinde doğumun süresini kısaltmak, doğuma yardım etmek ve operatif vajinal doğumu en aza indirmek için fundusa uygulanan basıdır. Ülkemizde sıklıkla yapılmaktadır (29, 73). ‘Kristeller manevrası’ da denilmektedir. Fundal basının uygulanabileceği durumlar; doğum eyleminin ikinci evresinde ilerleme olmayışı, fetal distres, annede yorgunluk ya da (uzun süreli) ıkınmanın istenmediği (annede kalp problemleri) tıbbi sorunlarsayılabılır (73).

Bu manevra gebede fiziksel yönden ağrı, doğum sonu kanama, uterus rüptürü, yorgunluk gibi durumlara neden olurken; ruhsal yönden ise doğum sonu depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, korku gibi istenmeyen etkiler bırakmaktadır. Fundal bası sert bir şekilde uygulandığında kadınlar doğumu olumsuz ve travmatik olarak algılamaktadır (48). Yapılan bir araştırmada bazı gebelerin fundal bası yapılmasını dayanılmaz, acı veren, sert bir yöntem olarak tanımladıkları saptanmıştır (74). Fundal basının fetal sağlık üzerindeki olumsuz etkileri; kırık, fetal distres, hipoksi, fetusta brakial pleksus ve beyin hasarı, düşük apgar skoru ve asidozdur (33, 74).

2.3.7. Epizyotomi ve Perine Travmaları

Epizyotomi, doğum sürecinin ikinci evresinde perinenin taçlanmasıyla beraber vajen alanını genişletmek için mediolateral ya da median şekilde uygulanan insizyon işlemidir (53). Yapılan bir çalışmada gebelere indüksiyon ve epizyotomi işleminin %90 civarında uygulandığı gözlenmiştir (75). Uygulama sonrası estetik bozukluklar, ağrı, kanama sıkça karşımıza çıkan problemlerdendir ve epizyotomi uygulanan annelerin doğum sonrası daha uzun süre doğumhanede tutulduğu gözlenmiştir (62). Ayrıca epizyotomi sonrası enfeksiyon, cinsel fonksiyonlarda bozulma ve konforda azalma gibi durumlar fazlasıyla rapor edilmiştir (76). Doğum sırasında uygulanan epizyotomi kadınlarda doğum sonrası depresyonun artmasına, doğum eylemine travmatik bir olgu olarak bakmalarına ve doğumdaki memnuniyetlerinin olumsuz yönde etkilenmesine olanak sağlamaktadır (62). Sağlık profesyonelleri doğum öncesi dönemde tüm imkanları kullanarak epizyotomi ile ilgili uygun eğitimler vermeli ve kadınlarda farkındalık yaratarak, doğuma yönelik algılarını olumlu yönde etkilemelidir (77). Ebeler, epizyotomi uygulamasını bazı fetal ve maternal endikasyonlar dışında kullanmamalıdır (52).

2.3.8. Operatif (Enstrümental) Vajinal Doğum

Doğum eylemi sırasında anne ve fetüse ait risk faktörü gözlemlenir ve eylemi hızlandırmak gerekirse vakum ya da forseps kullanılarak doğum sonlandırılır. Bu şekildeki doğumlara operatif vajinal doğum denir (78). Operatif vajinal doğum sanayileşmiş ülkelerde tüm doğumlar arasında %5 ila %20 oranında görülmektedir (33). Operatif vajinal doğumlar için endikasyonlar; fetal başın pozisyonu, etkisiz uterus kasılmaları, fetal distres, annede kalp hastalığı, feto-pelvik uyumsuzluk ve annenin tükenmesi gibi durumlardır. Bir çalışmada forseps komplikasyon oranı %21.9; vakum komplikasyon oranı ise %20.8 olarak belirtilmiştir (79). Bununla birlikte vakum uygulanan durumlarda yenidoğanda intrakraniyal kanama ve sefal hematoma gibi patolojilerin görüldüğü saptanmış, forseps kullanılan doğum eylemlerinde ise maternal sonuçlardan dışkı kaçırmaya, perine travması ve üriner inkontinans ön plana çıkmıştır (33, 79). Operatif vajinal doğumun psikolojik etkilerine baktığımızda karşımıza sıklıkla; endişe, başarısızlık, korku, hayal kırıklığı ve yetersizlik gibi duygular çıkmaktadır. Gebelerin hem vakum hem de forseps kullanılarak yaşadıkları doğum deneyimi travma sonrası stres bozukluğunun ve akut travma semptomlarının görülmesinde oldukça etkili

olmaktadır (52). Sağlık profesyonelleri uygulama öncesi kadını bilgilendirmeli, ortam ışıklandırmasını en aza indirmeli, mahremiyete dikkat etmeli ve annenin duygusal ihtiyaçlarını giderip ona destek olmalıdır (59).

2.3.9. Bilgi Eksikliği

Kadın gebeliğini öğrendiği andan sonra gebelik ve doğum ile ilgili korku, heyecan ve endişe gibi karmaşık duygular hissetmeye başlar. Buna bağlı olarak kadınlar gebelik boyunca yaşayacağı değişiklikler ve doğum eyleminin nasıl ilerleyeceği hakkında bilgi sahibi olmak ister (80). Gebelik ve doğuma ait korkuların giderilmesinde en iyi seçenek doğuma hazırlık sınıflarıdır (81). Doğuma hazırlık sınıflarında eğitimler kişisel ya da gruplar halinde yapılabilir (27, 82).

Kadının ihtiyacı olan bilgileri en doğru biçimde öğrenmesi doğum algısını iyi yönde etkilemektedir. Doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan kişilerin doğum algılarının pozitif yönde arttığı ve doğum korkularının en aza indiği gözlenmiştir. Ayrıca doğuma hazırlık sınıfına katılanlarda müdahaleli doğum oranı, sezaryen isteği azalmış, doğum sonu dönemde memnuniyet düzeyleri ve anneliğe uyumlarında artış gözlenmiştir (3, 81, 84). Ancak verilen eğitimin yanı sıra kadınların doğum eyleminde yeteri kadar destek alması ve baş etme becerilerini kullanması sağlanmalıdır (82).

2.3.10. Sezaryen

Sezaryen ile doğum, riskli durumların varlığında anne ve/veya bebek için hayat kurtarıcı özellikte olabilmektedir (59). Fakat tıbbi bir ihtiyaç olmadan isteğe bağlı yapılan sezaryen kadınları riske atarak kısa ve uzun vadeli patolojilere yol açmaktadır (85).

Endikasyonlar arasında; tekrarlayan sezaryen, fetal distres, makat prezentasyon ve distosi yer almaktadır (86). Ancak sezaryen ile doğumda postpartum dönemde anne-bebek buluşmasının gecikmesi, iyileşme süresinin uzaması, mortalite ve morbidite olasılığının daha fazla olması doğum şeklinin travma olarak algılanmasına neden olabilmektedir (53). Bu yüzden herhangi bir risk olmadığı sürece sezaryen doğumdan kaçınılması gerekmektedir (87). Bu durumda sağlık profesyonelleri gerekli eğitimleri vererek, çiftlerin doğum şekline karar vermesinde, doğumla ilgili olumsuz düşüncelerinin değişmesinde ve sürece uyum sağlamaları konusunda kilit nokta olarak görev yapmaktadır (88, 89).

2.3.11. Sosyal Destek

Sosyal destek çift yönlü bir olgu olup; cesaretlendirme, yardım ve konfor sağlayan bir etkileşim kaynağıdır (90, 91). Doğumda destek; kadının doğum eylemiyle nasıl baş edebileceği konusunda önerilerde bulunmak, ağrıyı gidermek için gereksinimlerini karşılamak, duygusal eksikliklerini tamamlamak için her zaman yanında olmak, cesaretlendirmek ve güven vermek, gerekli bilgi desteğini sağlamak, partner desteğine olanak sağlamak, kararlarına saygı göstermek ve ebe ile etkili iletişim kurmasına yardım etmek olarak tanımlanmaktadır (92).

Doğum eylemi sırasında verilen destek

- Konsantrasyonu artırır ve gebelerin doğum ağrısıyla daha iyi baş etmesine yardımcı olur,
- Ebelerin memnuniyeti artar,
- Perineal travma azalır,
- Eylemin süresi kısalır,
- Maternal doyum artar,
- Müdahaleli vajinal doğumlar azalır,
- Sezaryen doğum oranları azalır,
- Vajinal doğum oranları artar,
- Ebe ve kadın arasındaki uyum artar,
- 1. ve 5. dakikada apgar skoru 7'nin altında olanların oranı azalır,
- Emzirme süresi uzar,
- Postpartum depresyon oranlarının azalmasını sağlar (1, 91, 93-95).

Sosyal destek azlığında, zayıf sağlık algısı ve zihinsel semptomlar gözlenmektedir (90). Bununla birlikte gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte yetersiz sosyal destek alan kadınlarda, doğum sonu travma semptomlarına daha fazla rastlanmaktadır (5).

2.3.12. Doğum Ortamı ve Doğumda İstenilen Pozisyon

Kadınların doğumla ilgili memnuniyetlerine etki eden faktörler içerisinde en çok araştırılıp etkinliği kanıtlanan durumlar; gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte bakımın her zaman aynı çevrede verildiği ev ortamına benzeyen tek kişilik odaların varlığı ve yakınlarının yanında olmasına olanak sağlanmasıdır (96).

Gebelerin doğum alanı planlanırken amaç; korku ve kaygının en aza indirilmesi, kişisel kontrol ve özgür hareketliliğin sağlanmasıdır (33, 97). Hastanelerde çoğunlukla ev ortamını anımsatan, tek kişilik, tıbbi ekipmanlarının en aza indirildiği, perde ve ahşap dolapların olduğu, yatak odası benzeri doğum odaları oluşturulmaya çalışılmaktadır (98). Kadınların kendilerini rahat hissettikleri alanlarda, aktif hormonlarında devreye girmesi ile doğum sürecine daha az müdahalede bulunulacağı belirtilmektedir (99).

Doğum eylemi süresince hareketi kısıtlanmayan gebelerin; doğumda ağrı hissi ve doğum süresi azalmakta, doğum algısı olumlu yönde etkilenmekte, doğumdaki konfor ve memnuniyetleri artmaktadır (98).

2.3.13. Travay Sürecinde Beslenme

Travay sürecinde gebeler, fiziksel çaba içerisinde bulunduğu için enerji harcamaktadır. Harcadığı enerjiyi yerine koymak için protein, karbonhidrat ve sıvı alımına gereksinim duymaktadır. Ancak bazı acil durumlarda genel anesteziye ihtiyaç duyulması gerekebileceği için midenin boş olması gerekmektedir (53).

Travay sürecinin başlangıcında prolaktin hormonunun yükselmesi ile gebenin yeme içme isteğinde artış, eylem devam ettikçe oksitosin hormonundaki artışla birlikte kadının yeme isteğinde azalma gözlenir (33, 100, 101).

Oral alımın engellenmesi, psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz birçok patolojinin ortaya çıkmasına zemin oluşturmaktadır. Fiziksel açıdan kişide hipoglisemi, açlık ve susuzluk hissi, doğum sürecinin uzaması, hiponatremi, bulantı, kusma, ketozis, dehidratasyon ve müdahaleli bir doğum sürecine sebep olurken psikolojik açıdan, gebenin doğumdan memnun ayrılmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda ketozis ile açlık kaynaklı stres düzeyindeki artış arasında ilişki gözlenmiştir. Kadındaki açlık hissi, ağrıyı yaşamasını da etkilemekle birlikte kişide baş ağrısı, bulantı gibi problemler ortaya çıkmaktadır (33, 100).

2.4. Travmatik Doğum Algısının Kişiler Üzerindeki Etkileri

Travmatik doğum tecrübesi kişinin hayatını ve sosyal çevresini önemli düzeyde etkilemektedir. Tedavi edilmediği sürece bu etkiler uzun süre devam etmektedir (102). Travmatik doğum deneyimi yaşayan kişi bir daha gebelik düşünmeyebilir veya çocuk sahibi olma düşüncesini sürekli erteleyebilir (103). Travmatik doğum algısı kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığını bozabilir ve durum yenidoğan sağlığını da riske atarken (104) annede süt miktarını azaltabilir, uzun vadede duygusal, bilişsel ve davranışsal

problemlere yol açabilir (5). Bu olumsuz algı gebede vajinal doğum korkusuna neden olabilir ve bu durum kişilerin sezaryen doğum talep etmelerine yol açabilir (105).

Olumsuz doğum tecrübesi yaşayan kişilerin doğumdan sonra sinirli, öfkeli, negatif düşüncelere sahip, kendilerinin ve çevresinin gelecek planları ile ilgili kontrol sağlayamadıkları ve insanlarla ilişkilerinde denge kuramadıkları bildirilmiştir (5, 106).

Travmatik doğumun ortaya çıkardığı olumsuzluklar doğum sonu dönemde de gözlemlenmektedir. Doğum sonrası dönem, sosyal destek faktörlerinin bulunması ve psikolojik dengenin oluşturulması açısından önemli bir evredir (28, 107). Doğumu travmatik olarak algılayan kişilerde, daha sonra TSSB ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal sağlık problemlerinin oluşma olasılığı artmaktadır (108). TSSB, doğum sonu 4 ve 6. haftalarda devamlı olarak doğum anının anlatılması ve doğum anı ile ilgili kabus düzeyinde rüyalar görülmesi olarak tanımlanabilir (109, 110). TSSB' li anneler genel olarak doğumu anımsamak istemezler ve travmatik doğum tecrübesi ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmekte güçlük yaşarlar (28, 111).

Kadınların bir kısmı olumsuz doğum deneyimini bebeğine yansıttığı için kendisini suçlu hissederek bebeğine karşı daha korumacı olurken bazı kadınlar ise travmatik doğum tecrübesinden ötürü anksiyete duygusu yaşamakta ve bebeklerinden uzak durmaktadır (105, 112).

Travmatik doğum deneyimi aile ilişkilerinde de problemler ortaya çıkarmaktadır. Bazı kişiler cinsel isteksizlik yaşamakta ve eşlerinin onları anlamadıklarını düşünmektedirler. Eşler ise bu durum karşısında kendilerini çaresiz ve kötü hissettiklerini dile getirmektedirler (113). Bu ve bunun gibi olumsuz olaylar evlilikte boşanmalara ve kişilerde depresyona sebep olabilmektedir (108). Bu durumun oluşmaması için gerekli tedbirler alınmaz ve ortaya çıktığında tedavi edilmezse ilk olarak kişi ve sosyal çevresinin sağlığını, daha sonra da toplum sağlığını tehdit eden bir unsur karşımıza çıkabilir (111).

2.5. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem, bebek, plasenta ve eklerinin doğumu ile başlayan ve vücuttaki tüm oluşumların eski haline dönmesiyle devam eden bir evredir (114, 115). DSÖ' ye göre doğum sonu dönem; doğumdan sonra bebek ve anne için önemli bir süreç olan ilk altı haftayı kapsamaktadır (116).

Doğum sonu dönem, birbirini takip eden üç farklı dönemden oluşmaktadır; (117, 118);

Akut dönem: doğum olayı gerçekleştikten sonraki ilk 6-12 saatlik zaman dilimidir. Bu dönem içerisinde gelişebilecek bazı ani durumları barındırmaktadır. Bunlar; amniyotik sıvı embolisi, eklemsi, doğum sonu kanama ve uterus inversiyonu gibi durumlardır (117).

Subakut dönem: Akut dönemin ardından gelen doğumdan sonraki 2-6 haftalık zaman dilimini kapsar. Bu süreçte genitoüriner, hemodinamik, duygusal ve metabolik geri dönüşler gözlenir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar akut döneme kıyasla daha yavaş ilerlemektedir. Bunlar peripartum kardiyomiyopati, perineal problemler veya doğum sonu depresyona kadar geniş bir yelpazede yer alabilir (117).

Gecikmiş doğum sonu dönem: Subakut dönemin ardından gelen doğum sonu 6. aya kadar sürebilen dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan değişimler son derece yavaş ilerler ve nadir olarak patoloji gözlenebilir. Bu dönemde vücudun kas tonusu ve bağ doku doğum öncesi haline döner. Dışarıdan bakıldığında vücut eski haline dönmüş gibi görünür ancak tam dönüşüm hiçbir zaman sağlanamaz (117, 118).

Doğum sonu dönem hem fizyolojik hem de psikososyal değişimlerin ortaya çıktığı bir evredir. Doğum sonu dönemde, kadının hormonlarında gözlemlenen ani değişiklikler, yeni üstlendiği annelik rolü, yorgunluk, bebeğin fiziksel ve psikolojik bakımı, uykusuzluk gibi durumlar anneyi psikolojik yönden etkilemektedir (114, 115). Kadının vücudundaki fizyolojik değişimler 6-8 haftada geri dönüş sağlarken, yeni rollere uyumu, bebeğine alışması ve psikolojik sağlığının toparlanması 12. aya kadar sürebilmektedir (119-121).

Bu kapsamda ebeler eğitimleri sadece gebelik ve doğumla sınırlandırmamalı, doğum sonu dönem, bebek bakımı, emzirme ve annelik uyumu ile ilgili de gerekli eğitimler vermeli, annelere sürekli destek sağlamalıdır. Bu eğitimlerin kadınlara verilmesi açısından doğuma hazırlık sınıfları önemli bir hizmet sunmaktadır (15, 27). Annelerin bilgi sahibi olmaları onları daha özgüvenli, sorun çözme becerisi gelişmiş, kontrolü elinde tutan ve yaşam kalitesi gittikçe artan bireyler haline getirmektedir. Aynı zamanda bedenlerindeki değişikliklerin önceden bilincinde olan kadınlar doğum sonrası dönemde daha fazla doyum ve özsaygı hissetmektedirler (122). Sonuç olarak ebeler, kadınların doğum sonu dönemde tüm ihtiyaçlarını değerlendirip, bakım alması gereken konuları belirleyip, gerekli desteği vermeli, ebeveyn rolüne uyum sağlamasına yardımcı olmalı ve doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek problemlerin en aza indirilmesine katkıda bulunmalıdır (15, 27).

2.6. Doğum Sonu Yorgunluk

Yorgunluk, zihinsel ve fiziksel kapasitenin düşmesi ile beraber patolojik bir tükenmişlik tablosuyla özdeşleşen, ezici ve hoş gitmeyen bir duygu şeklinde açıklanmaktadır (19, 123). Doğum sonrası dönem, anne, bebek ve aile sağlığının devamlılığı, hayat kalitelerinin yükseltilebilmesi açısından önemli bir evredir. Doğum sonu dönemde anneler önemli birçok değişimler yaşamaktadır. Bunlar sosyal, emosyonel ve fiziksel olarak ortaya çıkarken anne bu dönemde kendi ve bebek bakımı konusunda problemler yaşamaktadır (124-126). Bu dönem yoğun ve karmaşık bir hal almaya başlar ve annede bazı yakınmalar ortaya çıkar. Yorgunluk, bu dönemde karşımıza en sık çıkan yakınmalardan birisidir (127, 128). Doğum sonu yorgunluk, bir annenin kendini her zamankinden daha olumsuz, daha yetersiz ve rahatsız hissetmesine neden olan kompleks bir problem olarak açıklanmaktadır (19, 129). Doğum sonu yorgunluk, doğumdan hemen sonra başlar ve çözüm bulunmazsa, dinamik ve karmaşık krizleri de beraberinde getirerek doğum sonu 19 ay kadar gözlenebilir (19, 130). Yapılan farklı araştırmalarda, doğumdan sonra yorgunluk yaşama oranlarının %18 ile %96 arasında olduğu belirtilmektedir (131, 132). Doğum sonu dönemde kadınların yaklaşık %64'ü doğum sonu yorgunluktan etkilenmekte ve annenin bebeğiyle uyum içerisinde olması gereken bu dönemde büyük bir problem olarak karşısına çıkmaktadır (123, 133). Doğum sonu süreçte Amerika Birleşik Devletleri'nde annelerin %76'sı, Fransa ve İtalya'da %50'sinden fazlası, Kanada'da %55'i yorgunluk hissettiğini belirtmektedir (134). Doğum sonu yorgunluk görülme oranları kullanılan ölçüm yöntemi, hasta popülasyonu ve ölçüm yapılan zamana göre değişiklik göstermektedir (19, 135).

Doğum sonrası yorgunluk, kadının sosyal çevresiyle uyumunu, iyileşme süresini, bebek bakım aktivitelerini, annelik davranışlarını, öz bakım gücünü, hayat kalitesini ve iş başarısını kötü etkilemektedir (136). Ayrıca yorgunluk, bebeğin büyüme-gelişmesini ve anne- bebek ilişkilerini de çok fazla etkilemektedir (31, 137). Ortaya çıkan bu sorunlardan ötürü doğum sonu yorgunluk önemlibir sağlık problemi olarak ele alınmalıdır (31).

Doğum sonrası dönemde yorgunluğu önlemek için ebelik bakımı sadece hastanede değil evde bakımı da içine almaktadır. Sağlık profesyonelleri kadınların hastanede geçirdikleri süre boyunca, rahat etmelerini ve iyi bir şekilde dinlenebilmelerini sağlamalı, doğum sonrası yorgunluğu önlemek adına bilgi vermeli ve

her zaman danışmanlık sağlamalıdır. Ayrıca hastanedeyken olabildiğince sessiz bir ortam oluşturulmalı ve anne dinlenirken uygulanacak girişimler ve tedaviler en aza indirilmelidir. Yorgunluğu en aza indirmek için doğum sonrası bakım ve destek anne taburcu olduktan sonra da ulaşılabilir bir hale getirilmelidir (1, 31).

2.7. Doğum Sonu Yorgunluğu Etkileyen Faktörler

Doğum sonu yorgunluğun gelişmesini önlemek ve erken müdahale etmek için doğum sonu yorgunluğu etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Doğum sonu dönemde yorgunluğu etkileyen faktörler üçe ayrılmaktadır (19). Bunlar;

2.7.1. Fizyolojik Faktörler

Doğum sonu dönemde yaşanan fizyolojik, patolojik değişimler ve annede enerji kaybı yorgunluğa sebep olmaktadır. Doğum eyleminin normalden uzun sürmesi (30 saatten fazla), distosi, doğumda anestezi alımı, ferritin ve hemoglobin seviyesinin düşüklüğü (hemoglobin < 10 g/dl), zor doğum eylemi, sezaryen doğum, enfeksiyon (mastit, üst solunum yolu enfeksiyonu vb), postpartum hemoraji, hormonal değişimler, maternal kronik problemler (kardiyomyopati, tiroid hastalıkları), perineal travma (epizyotomi, laserasyon), ağrı (sırt, abdominal) doğum sonu süreçte yorgunluğu meydana getiren fizyolojik faktörlerdir (19, 123, 129). Özellikle enfeksiyon, anemi ve hipotiroidinin doğum sonu dönemde beraber görüldüğünde daha etkili olduğu ve daha fazla doğum sonu yorgunluğa neden olacağı bildirilmektedir. Ayrıca meme sorunları (tikanıklık, meme başı çatlağı, engorjman), yetersiz süt üretimi endişesi, emzirme sorunları (meme başının yanlış tutulması, emzirme pozisyonu) ile doğum sonu yorgunluk arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (123).

2.7.2. Psikolojik Faktörler

Doğum sonu dönemde görülen fizyolojik geri dönüşümlere uyum sağlamaya çalışan kadında, psikolojik değişiklikler ve davranış değişiklikleri de ortaya çıkabilir (138). Yapılan çalışmalarda, kadının psikolojik açıdan sağlık durumunun yerinde olmaması, anksiyete, algılanan stres ve depresyon ile doğum sonu yorgunluk arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (123, 139, 140).

2.7.3. Durumsal Faktörler

Kişisel özellikler ve çevresel problemler, doğum sonu dönem süresince ortaya çıkan yorgunlukla ilişkili olan durumsal faktörlerdendir (20).

Kişisel özellikler ve demografik değişkenler içerisinde bulunan kadının eğitim düzeyi, mesleği, yaşı ile doğum sonu yorgunluk arasında düşük seviyede ilişki olduğu belirtilmektedir (123, 129). Ayrıca annenin gebelik sayısı (primiparlarda daha fazla) ve medeni durumu (bekar annelerde daha çok) doğum sonu yorgunluğu etkilemektedir (19).

Çevresel sorunlar ise sosyoekonomik durum, sosyal destek düzeyi, yaşam stili, bebek bakımı, meslek, hastanede kalma süresi, evdeki bağımlı çocuklar, çocukların bakımına ilişkin sorunlar, ev işlerinde yardım alamama, eşin desteği, yüksek beklentiler, uykusuzluk ve ailevi problemlerdendir (20).

2.8. Kişilik Tanım

Kişilik, içsel kaynaklardan meydana gelen ve genellikle şahsın davranışlarına hakim olan, biyolojik doğası ve deneysel olarak öğrenilenleri içine alan, kişinin düşünme, algılama, başa çıkma, öğrenme ve davranış örüntüleridir (141).

Kişilik insan hayatında büyük ve önemli bir yere sahiptir (142, 143). Bireyin bütün huylarını, dürtülerini, becerilerini, arzularını ve eylemlerini içeren kişilik, sürekli olarak iç ve dış faktörlerden etkilenmektedir (143). Bu sayede sürekli bir gelişim halindedir. Bu gelişim sonucunda benlik dengeli ve olgun bir hale gelmektedir. Kişilik gelişimi ergenliğin sonuna kadar devam ederek temel haline ulaşır ve zamanla değişikliklere uğrar ancak ana özellikleri değişmez (144, 145).

2.9. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Modeli

Kişilik araştırmaları bireylerin kişilik özelliklerinden bahsederken birden fazla sınıflandırma ve modelden bahsetmektedir. Bu tezde ele alınan model ‘Beş Faktör Kişilik Modeli’ olduğu için sadece bu model açıklanacaktır.

Beş faktör kişilik modeli, araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılmakta olup bu model “özellik yaklaşımına” dayanır ve bireylerin kendi kişiliğinden ve diğer şahıslardan bahsederken kullandığı sıfatlardan faydalanır (142).

2.9.1. Dışa dönüklük

McCrae ve Costa' nın 1987 yılında ele aldıkları bilimsel çalışmalarda dışa dönüklüğü kişiler arasındaki etkileşimin derecesi olarak tanımlamaktadır. McCrae ve Costa' ya göre atılgan, sosyal olma ve konuşkanlık gibi durumlar yüksek seviyede dışa dönüklüğü yansıtmaktadır (146).

Dışa dönüklük alt boyutunun kişilik özellikleri; kolay iletişim kurabilen, coşkulu, hareketli, lider, güçlü, canlı, konuşmayı seven, arkadaş canlısı, sevecendir (147). Goldberg'ın 1990 yılında yaptığı çalışmada, aktivite ve baskın olma halini, dışa dönüklük alt boyutunun asıl özelliği olduğunu belirtmiştir (148). Barrick ve Mount'un 1991 yılında çalışmasına göre ise dışa dönüklük alt boyutunun en önemli iki unsuru arkadaş canlısı olma ve hırs-tutku öğeleridir (149). Aynı zamanda ödül alma isteği ve üstün olma özelliği de dışa dönük yapıdaki bireylerin önemli özelliklerindendir (147).

Dışa dönüklük seviyesi düşük olan bireylerin özellikleri; insanlarla arasına mesafe koyan, çekingen, sessiz ve asosyal şeklindedir (143). İçe dönüklük tam manasıyla dışa dönüklüğün tersidir diyemeyiz. Sosyal ve konuşkan değiller ancak bu mutsuz oldukları anlamına gelmez. Aynı zamanda yalnız olmayı severler, bunu bilerek seçerler ve bundan ötürü kaygı hissetmezler (150).

2.9.2. Uyumluluk (Geçimlilik)

Uyumluluk alt boyutu, bireylerin insancıl taraflarına ışık tutar ve hümanistik bir temele dayanır. Uyumluluk alt boyutunun kişilik özelliklerine sahip olanlar; güzel huylu, sözüne inanılan, kibar, eli açık, yardımsever, affedici, sakin ve uyumlu kişilerdir (151). Uyumluluk alt boyutu düşük olanların ise tartışmaları başlatma, küçük görme, manipülatif olma ve kin tutma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (152). Somer ve arkadaşlarının 2002 yılında yapmış olduğu çalışmada modelin alt boyutlarını sakinlik, tepkisellik/karşıtlık ve yumuşak kalplilik olarak tanımlamaktadır (152, 153). Uyumluluk boyutunda düşük puan sahibi olanlar rekabete, yüksek puan sahibi olan bireyler ise işbirliğine daha yatkındırlar (154, 155).

2.9.3. Sorumluluk

Sorumluluk alt boyutunun kişisel özellikleri; kontrollü, düzenli, organize, disiplinli, başarı yönelimli ve göreve bağlılık olarak açıklanmaktadır (154).

Sorumluluk seviyesi yüksek kişiler verilen işi en iyi şekilde yerine getirmeye çalışan, güvenilir ve ayrıntılara dikkat eden bireylerdir. Sorumluluk seviyesi düşük

insanlar ise amacı olmayan, düzensiz, yaptığı işi ihmal eden, erteleyen, tembel ve güvenilir gibi özelliklere sahiptirler (150).

Somer, Korkmaz ve Tatar'a (2004) göre bu alt boyutun olumlu ve olumsuz yanları bulunmaktadır. Bireylerde olumlu olarak verilen işi bitirme kararlılığı, yüksek motivasyon ve sonucunda başarı getirir. Olumsuz yanı ise aşırı titiz ve tedbirli olma söz konusu olup bazen bu durum rahatsız edici seviyelere ulaşabilmektedir (150, 153).

2.9.4. Duygusal dengesizlik (Nevrotiklik)

Nevrotik alt boyutunun özelliklerine sahip bireyler depresyon, öfke ve kaygı gibi istenmeyen duygulara daha fazla eğilimlidirler. Bu boyutta yüksek puan alan bireyler güvensiz, kendine acıyan, kaygılı, duygusal ve ruhsal problemlere yatkın kişilerdir (154-156).

Nevrotiklik özelliğine sahip kişiler stresle karşılaştıklarında sorunu çözmek yerine duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullanmaya çalışmaktadır (150, 157). Kişi duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandığında karşılaştığı stresli durumlarda stresi görmezden gelerek, bu durumdan kaçınarak, stresli durumun kendinde yarattığı etkileri görmezden gelmek ister (150, 158).

Duygusal dengelilik, nevrotik kişilik özelliğinin karşı boyutu sayılmaktadır. Duygusal dengelilik özelliğine sahip olan kişiler duygularını kontrol altında tutup sakin kalabilirken nevrotik özelliğe sahip olanlar daha çok üzüntü, hüsrana, korku gibi duygular yaşamaktadırlar (152).

2.9.5. Deneyime açıklık

Deneyime açıklık araştırmacıların fikir birliğine varamadıkları alt boyuttur. Bu alt boyutun kişilik özelliklerine baktığımızda geleneksel olmayan, merak eden, özerk, mucit, çözümsel, sanatla ilgilenen, sorgulayan, düşüncelerini ifade eden gibi unsurlar öne çıkmaktadır (151).

Deneyime açıklık özelliğini taşıyan bireylerin ilgi alanları oldukça geniştir. Bu bireyler sürekli yeni şeyler deneme ve öğrenmeye açıktır. Deneyime açıklık alt boyutundan düşük puan alanların ise ilgi alanları dar, yenilik ve çeşitlilik yerine rutini tercih etmektedirler (152).

Deneyime açık bireyler tartışmacıdır ve fikirleri olduğu gibi anında kabul etmezler. Bu yüzden bu kişilerle tartışma yaşama ihtimali yüksektir (150, 159).

Yeniliklere açık olmayan bireyler ise sade, düzen arayan, geleneksel, itaatkar ve kuralcı tiptedir (150, 160).

2.10. Kişilik Özelliklerinin Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluk ile İlişkisi

Gebelik kişide biyo-psiko-sosyal farklılaşmanın deneyimlendiği bir dönemdir. Gebelik boyunca farklı zamanlarda korku, kaygı, çelişki, içe dönüklük, bağımlılık ve pasif kişilik gibi psikolojik değişiklikler gözlenmektedir (141). Oluşan tüm bu farklılıklarla başa çıkma ve gebeliğe uyum sağlama da kişilik özellikleri önemli bir yer tutmaktadır (161). Gebeler savunma düzenekleri, kişilik yapısı, aile ve çevresel destek olanaklarına göre gebelik ve doğum sürecine karşı farklı yanıtlar verebilmektedir (141). Kadınların büyük bölümü gebeliği, başarıyı hissettiren bir tecrübe olarak görürken, bir kısmı ise stresli, önceden tahmin edilemez, yorucu, çok zor ve travmatik bir deneyim olarak değerlendirebilmektedir (162). Travmatik doğum deneyimi anneyi, bebeğini ve sosyal çevresini negatif yönde etkilemektedir (163). Cinsel istismar, kürtaj öyküsü, korunmasız cinsel birliktelik, multiparite, menstruasyonla ilgili problemler ve daha önceki istenmeyen doğum anıları travmatik doğum algısını artırabilmektedir (164).

Doğum sonu süreçte meydana gelen sıkıntılar ilk dönemlerde daha fazlakarşımıza çıkmakla beraber altı hafta ya da bir yıl kadar süren sorunlar da görülmektedir (15). Yorgunluk, doğum sonu dönemde açığa çıkan en yaygın problemlerden biridir (16). Annelerde görülen doğum sonu yorgunluk sorunu erken dönemde fark edilip kadınlara gereken yardım sağlanmazsa doğum sonu depresyonun ortaya çıkmasına (22), kadın ve sosyal çevresinin kötü etkilenmesine (20) ve doğum sonu annelik rolüne geç geçilmesine sebep olmaktadır. Doğumun farklı algılanması, kadının çevresinin doğuma verdiği anlam ve bireylerin kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Kötü doğum tecrübeleri, doğum korkusu ve olumsuz doğum sonuçlarına bakıldığında kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu gözlenmiştir (165). Kişilik, insanların düşünce ve davranışlarını ortaya koyan, hayatına yön veren dinamik bir olgudur. Kişilik özellikleri incelendiğinde, özellikle kırılgan, depresif, kaygılı ve nevrotik özellikte olan kişiler doğumu daha fazla travmatik bir deneyim olarak algılayabilmektedirler (24, 25). Ayrıca yorgunluğu sürekli hisseden insanların kişilik özelliklerine baktığımızda mükemmelci, içe dönük, nörotik, çalışkan, sınırları zorlayan ve aşırı özenli oldukları gözlemlenmektedir (26).

Gebelik döneminde sağlık profesyoneli ve kadın arasında etkili bir iletişim ortamı oluşturulması, gebelerin kişilik özelliklerinin erken dönemde tanınması ve açığa çıkan problemlerin daha hızlı çözümlenmesine zemin hazırlar. Bu dönemdeki kişilerin; gebeliği nasıl algıladıkları, yaşadıkları stresler, yaşam kaliteleri, stres anında kullandıkları baş etme yöntemleri ve kişilik özellikleri farklı boyutlarda ele alınmalıdır. Özellikle ebeler, kişilik özelliklerini hem yaşamdaki tehdit faktörlerinin önlenmesi hem de daha sağlıklı gebeliklerin teşviki için önemli görmeli ve sıklıkla ele almalıdır (166).

2.11. Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluğa Yönelik Ebelik Yaklaşımları

Ebelik, mesleki bilgi ve beceri ile donatılmış, etik ilkeler ışığında, kadın ile işbirliği yapan, özerk ve mesleki tutumu içeren profesyonel bir meslektir (167). Travmatik doğum algısının şekillenmesinde ebenin gebeyle iletişimi ve kişilere verdiği destek oldukça önemlidir (168). Ebeler travmatik doğum algısının önüne geçebilmek için risk faktörlerini bilmeli, doğum öncesi ve sonrası takipleri esnasında risk grubunda yer alan kişileri gözlemleyebilmeli ve erken dönemde uygun müdahalelerde bulunabilmelidir (5).

Ebeler travmatik doğum açısından riskli bireyleri tanıdıktan sonra ona yeterli desteği sağlamalı ve gebeliğe uyumunu kolaylaştırmalıdır. Ayrıca ebeler gebelerle doğum tecrübelerini paylaşmalı, olumsuz olanları yeniden ele almalı, gerekirse doğru ve yeterli yönlendirmeyi yapabilmelidir (5). DSÖ, gebenin sürekli iletişim halinde olduğu bir veya birkaç ebe tarafından, gebelik döneminde, doğum anında ve doğum sonu süreçte, sürekli olarak desteklenmesini tavsiye etmektedir (169). Travmatik doğum tecrübelerini en aza indirmek amacıyla ebeler doğuma hazırlık sınıflarında gebelere doğum anında onları rahatlatacak, kendi bedenlerine odaklanmalarını sağlayacak uygulamalar ve pozisyonlar öğretmeli, kişilerin doğum korkularını ifade edebilmelerini sağlayacak cesaretlendirici eğitimler vermeli, her kadına özgü doğum anı ile ilgili baş etme yöntemlerini öğretmeli, travay süreci ile ilgili bilgiler vererek varsa soruları yanıtlamalı ve doğum ile ilgili beklentilerini dile getirmelerini sağlamalıdır (5, 111).

Anne adaylarının genel olarak bu süreçte sağlık profesyonellerinden beklentileri; güler yüzlü olma, tedavi edici dokunuş, mahremiyete saygı, cesaretlendirme, kendini iyi hissettirme, dinleme, bilgilendirme ve açık/anlaşılır bir dille konuşmadır (168). Doğum eylemi süresince gebe ile birlikte kararlar alıp, ona psikolojik ve fiziksel destek sağlamak ve isteklerini tanımlayıp ona yönelik bakım sunmak, ebelerin görev ve

sorumluluklarının başında yer almaktadır (170). Daha önceden operatif vajinal doğum deneyimi yaşamış veya travmatik doğum tecrübesi olan kişilere yapılan takipler daha sık olmalıdır. Olumsuz tecrübeleri bulunan annelere bu durumu paylaşması için destek olunmalı ve aynı durumda olan kişilerin iletişim halinde olduğu sosyal topluluklar oluşturulmalıdır (5, 171). Doğum eyleminde ebelerin desteği arttıkça kişilerin travay sürecinde aktif rol oynadıkları, doğumla ilgili bilinmezlik hislerinin, kaygı, stres ve korku gibi olumsuz düşüncelerin azaldığı tespit edilmiştir (111).

Doğum sonu dönemde, kadınlarda psikolojik sorunları ortaya çıkarabilmek için bazı ölçekler kullanılarak tarama yapılmalı, annelere doğum tecrübesi ile alakalı uzun cevap verebileceği sorular yönlendirilmeli ve travmabulguları sorgulanmalıdır (111). Annelere hastaneden taburcu olmadan önce doğum deneyimini anlatması için uygun ortam yaratılmalıdır. Bunun için mahremiyet açısından yeterli, güvenli bir alan hazırlanmalı, empatik dinleme yöntemleri kullanılarak kişinin doğum tecrübesini paylaşmasına olanak sağlanmalıdır. Olumsuz doğum deneyimi olan annelerin doğumlarına yeni anlamlar yüklemelerine destek olunmalıdır. TSSB açısından risk altında olduğu düşünülen kişiler için uygun alanlara yönlendirme sağlanmalıdır (5).

Travmatik doğum algısı görülme oranlarına baktığımızda birçok araştırmada kişilerin yaklaşık olarak yarısının doğumlarından travmatik bir olgu olarak bahsettiği görülmektedir (27, 44). Bu durum sadece kadını değil, kadının gelecekteki doğum tercihini, eş ile uyumunu, sosyal ilişkilerini, emosyonel durumunu, anne-bebek bağlanmasını ve bebeğe yaklaşımını olumsuz bir şekilde etkilemektedir (106, 172, 173). Travmatik doğum algısını en aza indirmek gebeliğin daha olumlu sonuçlarla tamamlanmasını sağlayacaktır (33). Sonuç olarak kadının doğuma yönelik algılarının ve baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde, ebeler kilit rol oynamaktadır (174).

Toplumda ve ailede çok önemli rolü olan lohusaların doğum sonu yorgunluk yaşaması, lohusanın kendi bakımı ile yenidoğan bakımını ve diğer aile bireylerinin de bakımını etkileyebilir. Doğum sonu süreçte çok sık yaşanan yorgunluk, hastane ortamında ve evde kadınları yakından izleyen ebeler tarafından bebek ve anne sağlığının korunabilmesi için önemslenmesi gereken bir semptomdur (19, 31).

Doğum sonu süreçte ebeler, doğum sonu yorgunluğun varlığı ve nedenleri bakımından lohusaları kişisel olarak tam anlamıyla değerlendirmeli, saptanan nedenler doğrultusunda kişiselleştirilmiş bir bakım planı eşliğinde müdahalede bulunmalıdır (17). Doğum sonrası hastane ortamında verilen ebelik bakımında doğum şeklinin önemslenmesi gerekmektedir. Normal doğum eylemi esnasında yüksek enerji harcama

ve beslenmenin azalmasına bağlı olarak doğum sonrası ilk saatlerde lohusaların yorgunluk hissetmeleri normal karşılanmaktadır (31, 175, 176). Bu sebeple doğum sonrası ilk saatlerde lohusaların dinlenmesine olanak sağlanmalı, hastanede kaldıkları süre boyunca rahat etmeleri sağlanmalı, doğum sonu yorgunluk ile ilgili bilgilendirilmeli ve yorgunluğu önlemek adına danışmanlık sağlanmalıdır. Sessiz bir ortam sağlanmalı ve lohusa dinlenirken tüm bakımlar en aza indirilmelidir (17, 31, 175). Kişide sürekli halsizlik varsa, kronik hastalıkları, psikolojik ve fiziksel durumu, hemoglobin düzeyi ve doğum sonu kanaması değerlendirilmeli, gerekiyorsa tedavi edilmelidir (176).

Taburculuk sonrası dönemde doğum sonu yorgunluğu en aza indirmek için annenin evdeki yorucu ve ağır işlerden kaçınması, sosyal çevresinden bu konuda yardım alması önerilmektedir (175). Evdeki iş yükünün anneye bırakılmaması ve sorumlulukların azaltılması hususunda annenin çevresi değerlendirilmelidir (31). Taburculuk sonrası telefonla yapılan izlem ve ev ziyaretlerinde annelerin doğum sonu yorgunluk bakımından değerlendirilmesi gerekmektedir (17). Bununla birlikte literatürde doğum sonu yorgunluğun iyileştirilmesinde aromaterapi, akupresür, sıcak duş, egzersiz uygulamaları, ayak banyosu ve kahkaha terapisi gibi uygulamaların da kullanıldığı görölmektedir (9, 19, 177).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi'nin kadın hastalıkları servisinde Aralık 2021- Ağustos 2023 tarihleri arasında yürütüldü.

Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi bünyesinde 3 kadın doğum polikliniği bulunmakta ve 3 kadın doğum uzmanı görev yapmaktadır. Kadın hastalıkları servisi 10 oda, 20 yataktan oluşmaktadır. Yataklar arasında paravan mevcuttur. Serviste toplam 10 ebe görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi'nde son bir yılda doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. İlgili hastanenin 2020 yılı kayıtlarına göre 1547 kadın doğum yapmıştır. Örneklem büyüklüğü genel kullanıma açık bir istatistik yazılım programı olan OpenEpi, versiyon 3 ile hesaplanmıştır. Buna göre power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; çift yönlü önem düzeyi, %5 yanlışlığı düzeyi, %97 güven aralığı ve %80 temsil gücüyle en az 362 lohusa olarak belirlenmiştir (178). Olası kayıplar göz önünde bulundurularak örneklem sayısı yaklaşık %10 artırılarak çalışma 400 kişi ile tamamlandı. Araştırmaya alınma şartlarını sağlayan lohusalar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ Türkçe konuşabilme,
- ✓ 18 yaş ve üzeri olma,
- ✓ Miadında normal (vajinal) doğum yapmış olma (38 hafta ve üzeri)
- ✓ Sağlıklı bir yenidoğana sahip olma

Araştırmaya Alınmama Kriterleri

- ✓ Formu eksik doldurma

- ✓ Türkçe konuşamama
- ✓ Annede tanılanmış psikolojik bir problem olma

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, travmatik doğum algısı TDAÖ ile, Yorgunluk YÇBDÖ ile, kişilik özellikleri OMKÖ ile elde edildi.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (24, 31) hazırlanan tanıtım formu, sosyo-demografik (yaşı, eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi ve yaşadığı yer) obstetrik, psiko-sosyal ve tıbbi öyküsü gibi özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ)

Yalnız ve ark. tarafından geliştirilen ölçek bireylerin doğumla ilgili genel algılarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte ters madde yoktur. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır vetek faktörlü bir yapıdadır. Ölçek 0 ile 10 arasında değişen likerttipdedir ve ölçek toplam puanı 0 ile 130 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan azaldıkça travmatik doğum algısı da azalmaktadır. Ölçekten alınan puanlar şu şekilde ele alınmaktadır: 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 şeklinde nitelendirilmektedir (110). Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's alfa katsayısı 0.99'dur.

3.4.3. Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği (YÇBDÖ)

Romatizmal hastaların yorgunluklarını ele almak için Belza tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir (179). Doğum sonu süreçteki yorgunluğu değerlendirmek için Fairbrother ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (180). Türkçe geçerlik ve güvenirliği Yıldırım ve Ergin tarafından 2013 yılında yapılmıştır (181). Ölçeğin yapılan iki örneklemli çalışmalarında Cronbach alfa değerini birinci örnekleme 0.92-0.96, ikinci örnekleme 0.93-0.95 bulunmuştur. ÇBYDÖ, 16 sorudan oluşan dördümlü likert tipi bir ölçektir. 1-2. sorular şiddet, 3. soru sıkıntı, 4-14. Sorular günlük yaşam aktivitelerine etki derecesi, 15-16. soru süre boyutları ile geçmiş zamanlarda meydana gelen yorgunluğu ele almaktadır. 16. madde

genel yorgunluk indeksinde bulunmadığı için hesaplamaaya dahil edilmemiştir. Ölçekteki soruların puanlaması 1’den 10’a kadardır ve alınabilecek en az puan 1, en fazla puan ise 50’dir. Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe yorgunluk seviyeside artmaktadır (181). Bu araştırmada ise Cronbach’s alfa katsayısı 0.95’tir.

3.4.4. On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ)

Beş kişilik özelliğini inceleyen ve on maddeden oluşan bu ölçek, Atak tarafından 2013 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin saptadığı kişilik özellikleri; Sorumluluk, Yumuşak Başlılık, Deneyime Açıklık, Dışa dönüklük ve Duygusal Dengelilik’ tir. Her bir maddede kendi içinde kişilik özelliklerinden bahseden ifadeler yer alır ve kişinin durumunu göstermektedir. Ölçek yedili likert tipte olup, alt boyutların her birinde ikişer madde bulunmaktadır. Ölçeğin Cronbach’s alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla “Deneyime Açıklık” için 0.83, “Yumuşak Başlılık” için 0.81, “Duygusal Dengelilik” için 0.83, “Sorumluluk” için 0.84 ve “Dışa Dönüklük” için 0.86’dır (182). Bu araştırmada ise Cronbach’s alfa katsayısı ölçek toplamı için 0.75’tir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi kadın hastalıkları servisinde toplanmıştır. Kriterlere uygun olan lohusalara araştırmada izlenecek yöntem ile ilgili bilgi verildi. Çalışmaya katılmak isteyen lohusalara gönüllü bilgilendirme formu okundu, sözlü ve yazılı izinleri alındı. Veriler gönüllü olan lohusalardan Şubat 2022-Ağustos 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin toplanması ortalama 15 dakika sürdü ve mahremiyete dikkat edilerek sağlandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni; Kişilik özellikleri ölçeğinden alınan puan ortalamaları

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni; Travmatik doğum algısı, Doğum sonu yorgunluk ölçeklerinden alınan puan ortalamaları

3.7. Verilerin Analizi

Elde edilen araştırma verileri SPSS 25.0 paket programında analiz edildi. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max) yanı sıra, Cronbach's alfa, pearson korelasyon analizi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (**Karar No:** 2022/3104) ile birlikte araştırmanın yapıldığı Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi'nden kurum izni alındı. Bilgilendirilmiş olur formu alındıktan sonra çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklediği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı. Ayrıca araştırmadan istediği vakitte ayrılacakları belirtilip, "Gizliliğin Korunması İlkesi" gereğince kişisel bilgilerinin korunacağı ifade edildi. Ayrıca Gönüllü Bilgilendirilmiş olur formu ilkesine uyularak bilgi verildi ve katılımcıların sözlü ve yazılı izin alındı. Helsinki Bildirgesi tüm araştırmacılar tarafından imzalandı ve bu doğrultuda araştırma tamamlandı.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan lohusaların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’ de verilmiştir. Lohusaların yaş ortalaması 27.17 ± 5.89 , evlilik yılı ortalaması 6.86 ± 5.02 olduğu, % 92.5’ inin çalışmadığı, % 29.0’ nun ilkokul mezunu olduğu, % 85.8’ inin çekirdek aileye sahip olduğu, %74.2’ sinin orta düzeyde gelire sahip olduğu tespit edildi.

Tablo 4.1. Lohusaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=400)

Değişken	n	%
Çalışma Durumu		
Evet	30	7.5
Hayır	370	92.5
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	110	27.5
İlkokul	116	29.0
Ortaokul	79	19.7
Lise	52	13.0
≥ Üniversite	43	10.8
Aile tipi		
Çekirdek	343	85.8
Geniş	57	14.2
Algılanan Gelir düzeyi		
Düşük	92	23.0
Orta	297	74.2
Yüksek	11	2.8
Toplam	400	100
Yaş (Ort ± Ss)	27.17 ± 5.89	
Evlilik süresi (yıl)	6.86 ± 5.02	

Ort: Aritmetik ortalama. **SS:** Standart sapma

Araştırmaya katılan lohusaların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verildi. Lohusaların % 77.2’ sinin multipar gebe olduğu, %71.8’ nin iki ve daha fazla yaşayan çocuğunun olduğu. % 56.0’ının ailesinden sosyal destek aldığı, %87.8’ nin isteyerek gebe kaldığı, % 84.0’ının gebeliğinde sorun yaşamadığı, %35.5’ inin çok düşük düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.2. Lohusaların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=400)

Değişken	n	%
Gebelik Sayısı		
Primipara	91	22.8
Multipara	309	77.2
Yaşayan Çocuk		
1 çocuk	113	28.2
≥İki çocuk	287	71.8
Sosyal Destek		
Var	224	56.0
Yok	176	44.0
İsteyerek Gebe Kalma		
Evet	351	87.8
Hayır	49	12.2
Gebelikte Sorun Yaşanma		
Evet	64	16.0
Hayır	336	84.0
Travmatik Doğum Algı Düzeyleri		
Çok düşük	142	35.5
Düşük	70	17.5
Orta	76	19.0
Yüksek	61	15.3
Çok yüksek	51	12.8
Toplam	400	100

Tablo 4.3. Lohusaların Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları En Düşük – En Yüksek Puan ve Puan Ortalamaları (n=400)

Ölçekler	Ort ± SS	Alınanabilecek Min-Max:	Alınan Min-Max:
TDAÖ	51.06 ± 38.90	0-130	0-120
YÇBDÖ	24.56± 8.18	1-50	9-47
Derece	5.01±1.99	1-10	2-10
Şiddet	4.88±2.02	1-10	1-10
Stres	4.90±2.00	1-10	1-10
Günlük yaşam aktivitelerine engel olma	45.45±16.93	1-10	15-110
Zamanlama	6.51±2.01	2.5-10	2.5-10
OMKÖ alt boyutları	32.29±3.84	10-50	23-44
Dışadönüklük	7.26±1.92	2-14	2-13
Duygusal Dengelilik	6.12± 1.64	2-14	2-10
Deneyimlere Açıklık	6.16± 0.92	2-14	3-9
Sorumluluk	6.63± 1.86	2-14	2-11
Yumuşak Başlılık	6.11±1.47	2-14	2-10

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

YÇBDÖ: Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği

OMKÖ: On Maddeli Kişilik Ölçeği

Ort: Aritmetik ortalama

SS: Standart sapma

Min: En Düşük Puan

Max: En Yüksek Puan

Tablo 4.3’ te lohusaların ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları en düşük – en yüksek puan ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan lohusaların TDAÖ toplam puanının en düşük 0, en yüksek 120; YÇBDÖ, toplam puanının en düşük 9, en yüksek 47; derece alt boyutunda en düşük 2, en yüksek 10; şiddet alt boyutunda en düşük 1, en yüksek 10; stres alt boyutunda en düşük 1, en yüksek 10; günlük yaşam aktivitelerine engel olma alt boyutunda en düşük 15, en yüksek 110; zamanlama alt boyutunda en düşük 2.5, en yüksek 10, OMKÖ toplam puanının en düşük 23, en yüksek 44; dışadönüklük alt boyutunun en düşük 2, en yüksek 13; duygusal dengelilik alt boyutunun en düşük 2, en yüksek 10; deneyimlere açıklık alt boyutunun en düşük 3, en yüksek 9; sorumluluk alt boyutunun en düşük 2, en yüksek

11; yumuşak başlılık alt boyutunun en düşük 2, en yüksek 10 puan aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan lohusaların TDAÖ toplam puan ortalamasını 51.06 ± 38.90 , YÇBDÖ toplam puanının ortalamasını 24.56 ± 8.18 , derece alt boyut puan ortalamasının 5.01 ± 1.99 , şiddet alt boyut puan ortalamasının 4.88 ± 2.02 , stres alt boyut puan ortalamasının 4.90 ± 2.00 , günlük yaşam aktivitelerine engel olma alt boyut puan ortalamasının 45.45 ± 16.93 , zamanlama alt boyut puan ortalamasının 6.51 ± 2.01 , OMKÖ toplam puan ortalamasının 32.29 ± 3.84 , dışadönüklük alt boyut puan ortalamasının 7.26 ± 1.92 , duygusal dengelilik alt boyut puan ortalamasının 6.12 ± 1.64 , deneyimlere açıklık alt boyut puan ortalamasının 6.16 ± 0.92 , sorumluluk alt boyut puan ortalamasının 6.63 ± 1.86 , yumuşak başlılık alt boyut puan ortalamasının 6.11 ± 1.47 olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. Lohusaların Kişilik özellikleri ile TDAÖ ve YÇBDÖ Toplam Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon (n=400)

Ölçekler	Dışadönüklük	Duygusal Dengelilik	Deneyimlere Açıklık	Sorumluluk	Yumuşak Başlılık	R ^β
TDAÖ	-.104*	.340**	-.015	.216*	.318**	r
	0.38	<.001	.770	.001	<.001	p
YÇBDÖ	.120*	.223**	.002	.100*	.181**	r
	.016	<.001	.961	.045	<.001	p
Derece	.094	.234	.046	.097	.163*	r
	.060	<.001	.356	.052	.001	p
Şiddet	.134*	.219**	.031	.091	.150*	r
	.007	<.001	.542	.069	.003	p
Stres	.122*	.230**	.038	.122*	.203**	r
	.014	<.001	.447	.014	<.001	p
Günlük yaşam aktivitelerine engel olma	.104*	.203**	.025	.056	.148*	r
	.037	<.001	.621	.264	.003	p
Zamanlama	.077	.128*	.119*	.100*	.131*	r
	.125	.011	.017	.045	.009	p

β: Pearson Korelasyon

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

YÇBDÖ: Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.4.'de lohusaların kişilik özellikleri ile TDAÖ ve YÇBDÖ toplam aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki verildi.

Lohusaların TDAÖ toplam puan ortalamaları ile dışadönüklük alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde; duygusal dengelilik, sorumluluk

yumuşak başlılık, alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi (sırası ile $r=-.104$; $p<.038$, $r=.340$; $p<.001$, $r=.216$; $p<.001$, $r=.318$; $p<.001$).

Lohusaların YÇBDÖ toplam puan ortalamaları ile dışadönüklük, duygusal dengelilik sorumluluk, yumuşak başlılık, alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi (sırası ile $r=.120$; $p<.016$, $r=.223$; $p<.001$, $r=.100$; $p<.045$, $r=.181$; $p<.001$)

Lohusaların YÇBDÖ ölçeği derece alt boyutu ile yumuşak başlılık alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi ($r=.163$; $p<.001$).

Lohusaların YÇBDÖ ölçeği şiddet alt boyutu ile dışadönüklük, duygusal dengelilik yumuşak başlılık alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi (sırası ile $r=.134$; $p<.007$, $r=.219$; $p<.001$, $r=.150$; $p<.003$).

Lohusaların YÇBDÖ ölçeği stres alt boyutu ile dışadönüklük, duygusal dengelilik, sorumluluk, yumuşak başlılık, alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi (sırası ile $r=.122$; $p<.014$, $r=.230$; $p<.001$, $r=.122$; $p<.014$, $r=.203$; $p<.001$).

Lohusaların YÇBDÖ ölçeği günlük yaşam aktivitelerine engel olma alt boyutu ile dışadönüklük, duygusal dengelilik, yumuşak başlılık, alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi (sırası ile $r=.104$; $p<.037$, $r=.203$; $p<.001$, $r=.148$; $p<.003$).

Lohusaların YÇBDÖ ölçeği zamanlama alt boyutu ile duygusal dengelilik, deneyimlere açıklık, sorumluluk, yumuşak başlılık, alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlendi (sırası ile $r=.128$; $p<.011$, $r=.119$; $p<.017$, $r=.100$; $p<.045$, $r=.131$; $p<.009$).

Tablo 4.5. Lohusaların Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre TDA ve YÇBD Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=400)

Değişken	n	Ort±SS TDAÖ	İstatistiksel Analiz	Ort±SS YÇBDÖ	İstatistiksel Analiz
Çalışma durumu					
Evet	30	50.64±37.98	.565	25.71±7.05	p=.426
Hayır	370	54.02±45.22	.576	24.47±8.26	t=.798
Sosyal destek varlığı					
Evet	224	52.44±36.70	.423	24.507.67	p=.876
Hayır	176	49.90±41.55	.802	24.638.81	t=.157
Gebelik sayısı					
Primipara	91	70.71±36.92 ^a	< .001 5.695	24.60±7.94	t=.961
Multipara	309	45.27±37.58 ^b	a>b	24.55±8.26	p=.049
Yaşayan çocuk sayısı					
Bir	113	71.36±36.52 ^a	< .001 6.924	25.63±8.18	t=.100
İki ve üzeri	287	43.06±336.89 ^b	a>b	24.14±8.15	p=1.650
İsteyerek gebe kalma					
Evet	351	50.64±37.98	.565	24.01±18.03 ^a	p<.001 t=-3.638
Hayır	49	54.02±45.22	.576	28.48±8.22 ^b	b>a
Gebelikte sorun yaşama					
Evet	64	63.20±40.25 ^a	.006 0.047	28.80±9.52 ^a	< .001 4.639
Hayır	336	48.75±37.63 ^b	a>b	23.75±7.65 ^b	a>b
Kontrole gitme sayısı					
1-2 kez	23	37.21±38.88 ^a	.014	23.12±10.04	.758
3-4 kez	113	43.12±35.33 ^b	3.162	24.10±7.88	.470
5-6 kez	125	56.01±41.37 ^c	d>b	25.19±9.23	
7-8 kez	64	59.00±34.79 ^d		24.83±7.39	
≥9	75	52.24±4053 ^e		24.42±6.75	
Yaşanılan yer					
İl	30	71.66±24.32 ^a	.010	27.37±6.08 ^a	p=.013
İlçe	167	49.22±38.45 ^b	4.636	23.50±7.90 ^b	F=3.535
Kasaba-köy	203	49.53±40.25 ^c	a>c.b	25.02±8.56 ^c	a>b
Algılanan gelir düzeyi					
Düşük	92	51.47±40.83	P=.813	26.55±8.423 ^a	P=.011
Orta	297	50.76±38.88	KW=.415	23.80±7.91 ^b	KW=9.064
Yüksek	11	55.72±20.38		28.40±10.20 ^c	a>b
Eğitim düzeyi					
Okur Yazar	110	44.59±35.33 ^a	P=.005	24.48±8.13	p=.298
İlkokul	116	46.28±42.22 ^b	3.811	22.76±8.58	F=2.458
Ortaokul	79	56.34±41.07 ^c	d>a.b	25.79±8.34	
Lise	52	66.84±36.71 ^d		25.73±7.96	
≥ Üniversite	43	51.72±30.77 ^e		25.95±6.37	

t: Bağımsız gruplarda t testi

F: Tek Yönlü varyans analizi

KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.5'te lohusaların bazı obstetrik ve sosyo-demografik özelliklerine göre TDAÖ ve YÇBD ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Lohusaların çalışma durumu, sosyal destek varlığı, isteyerek gebe kalma durumu, algılanan gelir düzeyine göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları kıyaslandığında aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Lohusaların çalışma durumu, sosyal destek varlığı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kontrole gitme sayısı ve eğitim düzeyine göre YÇBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları kıyaslandığında aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Lohusaların gebelik sayısına göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında primiparların TDAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının multiparların TDAÖ'den aldıkları puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($t=5.695$, $p<0.001$).

Lohusaların yaşayan çocuk sayısına göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında bir çocuğu olanların TDAÖ puan ortalamasının iki ve daha fazla çocuğu olanlardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($t=6.924$, $p<0.001$).

Lohusalar gebelikte sorun yaşama durumuna göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında sorun yaşayanların TDAÖ'den puan ortalamalarının sorun yaşamayanlardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($t=0.047$, $p=.006$).

Lohusaların kontrole gitme sayısına göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında yedi sekiz kez kontrole gidenlerin TDAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının en yüksek; bir iki kez gidenlerin en düşük olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli ve bu farkın yedi sekiz kezile üç dört kez kontrole gidenler arasında olduğu saptandı ($F=3.162$, $p=.014$).

Lohusaların yaşanan yere göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilde yaşayanların aldıkları puan ortalamalarının en yüksek, ilçede yaşayanların en düşük olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve bu farkın il ile ilçe ve kasaba-köyde yaşayanlar arasında olduğu saptandı ($F=4.636$, $p=.010$).

Lohusaların eğitim düzeyine göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında lise mezunlarının TDAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının en yüksek, okur-yazar olanların TDAÖ puan ortalamalarının en düşük olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve bu farkın bu farkın lise mezunları ile okur-yazar ve ilkokul mezunları arasında olduğu saptandı ($F=3.811$, $p=.005$).

Lohusalar isteyerek gebe kalma durumuna göre karşılaştırıldığında isteyerek gebe kalanların YÇBDÖ'den aldıkları puan ortalamasının isteyerek gebe kalmayanlardan daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($t=-3.638$, $p<.001$).

Lohusalar gebelikte sorun yaşama durumuna göre YÇBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında sorun yaşayanların YÇBDÖ puan ortalamalarının sorun yaşamayanlardan daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($t=4.639$, $p<.001$).

Lohusaların yaşadıkları yere göre YÇBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilde yaşayanların aldıkları puan ortalamalarının en yüksek, ilçede yaşayanların en düşük olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve bu farkın il ve ilçede yaşayanlar arasında olduğu saptandı ($F=3.535$ $p=.013$).

Lohusaların algılanan gelir düzeyine göre YÇBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gelir düzeyi yüksek olanların puan ortalamalarının en yüksek, düşük olanların puan ortalamalarının en düşük olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve bu farkın düşük gelir düzeyi ile orta gelir düzeyine sahip olanlar arasında olduğu saptandı ($KW=9.064$ $p=.011$).

5. TARTIŞMA

Kadın hayatının evrelerinden gebelik dönemi ve doğum deneyimi insan yaşamının sürdürülmesi, aile birliğinin sağlanması ve toplumun devamlılığı için önemli bir süreçtir. Bu süreç, kişinin hayatında farklılık ve yeni görevlere ayak uydurma da bir geçiş ve kriz dönemi olarak da sayılabilir (141). Bu sebeple doğum algısı anneler açısından “cesaret, başarı, hayat verici bir olay, diğer kadınlarla ortak bir nokta ve deneyim elde etme” gibi pozitif ifade edilebildiği gibi, “korku ve yoğun endişe” gibi olumsuz olarak da tanımlanabilmektedir (4). Doğum ile ilgili bu algıları, kadının kişilik özellikleri, beklentileri ve sosyal çevresi etkilemektedir (5). Kişilik özellikleri ile travmatik doğum algısı ve doğum sonrası yorgunluk arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Annelerin ruh sağlığı, DSÖ tarafından küresel bir sağlık önceliği olarak tanımlansa da, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde bile fazla ilgi görmemektedir. Annenin fiziksel sağlığına öncelik veren gebelik izleme protokolleri ile doğum sürecinin travmatik etkilerini belgeleyen çok az literatür vardır (62, 116). Araştırmaya katılan lohusaların TDAÖ puan ortalaması 51.06 ± 38.90 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Elde edilen sonuç lohusaların büyük bir çoğunluğunun düşük düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığını göstermektedir. Bununla beraber lohusaların %19'u orta, %15.3'ü yüksek, %12.8'i çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşamaktadır. Boorman ve ark. DSM-IV e göre yaptıkları araştırmada annelerin %29.4'ün travmatik doğum deneyimlediklerini saptamışlardır (109). İran'da yapılan başka bir araştırmada travmatik doğum yapan kadın oranı %54.5 olarak belirlenmiştir (44). Bay tarafından 2019 yılında ise TDAÖ puan ortalaması 63.45 ± 28.11 olarak bulunmuştur (27). Aktaş 2018 yılında yaptığı araştırmasında TDAÖ puan ortalamasını 70.57 ± 21.89 olarak bulmuştur. Aktaş'ın 2018 yılına ait çalışmasında kadınların %23.6'sının “yüksek düzey” travmatik doğum algısı deneyimlediğini saptamıştır (48). Bay'ın 2019 yılında TDAÖ'yü kullanarak yapmış olduğu bir çalışmada, kadınların %36.1'inin travmatik doğum algısını “orta” düzeyde bulmuştur (27). Araştırma bulgumuzagöre daha düşük travmatik doğum algısının yaşandığı görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak lohusaların büyük bir çoğunluğunun kırsal kesimde yaşıyor olmaları olabilir. Nitekim şehir merkezinde ikamet eden kadınların kırsal kesimde yaşayan kadınlara kıyasla daha çok doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (183). Elde edilen bulgu diğer çalışmalara göre daha

düşük düzeyde olsada lohusaların yaklaşık yarısı orta, yüksek ve çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşamaktadır. Bu nedenle travmatik doğum algısı için risk faktörlerinin ve olumsuz bireysel doğum deneyimlerinin belirlenmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmamızın travmatik doğum yaşama riski olan kadınların erken belirlenmesi noktasında farkındalık yaratacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Doğum sonu dönem, psikolojik ve fizyolojik başkalaşımın ciddi bir biçimde yaşandığı altı haftalık bir süreçtir. Vücuttaki tüm hormonlar ve sistemlerin ani farklılaşmasının yanında kişinin içinde bulunduğu fiziki sağlık problemleri, anne ve çevresinin yeni rol ve sorumluluklarına ayak uyduramaması çeşitli seviyede psikolojik problemlere zemin hazırlamaktadır (175, 184, 185). Literatür tarandığında yorgunluğun, doğum sonu süreçte anneler tarafından algılanan en yaygın (%63.8) fiziksel belirtiler arasında yer aldığı ve etkisini ortalama bir yıl kadar sürdürdüğü öngörülmektedir (18, 186).

Bu araştırmada YÇBDÖ puan ortalaması 24.56 ± 8.18 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Alınabilecek en yüksek puan üzerinden değerlendirildiğinde kadınların orta düzeyde bir yorgunluk yaşadığı söylenebilir. Bunun nedeni araştırmaya katılan lohusaların genel olarak kırsal kesimlerde yaşıyor olmaları (kırsal kesimde yaşayan kadınların iş yükü daha fazla), doğum eyleminin uzamış olma ihtimali, annenin emzirme ve bebek bakım ile ilgilenmesi olabilir. Türkiyede yapılan bir çalışmada kadınların %22.5'inin doğumdan sonra kendini yorgun hissettiği (187), doğum sonu ilk 24 saatte yapılan başka bir çalışmada normal doğum yapan kadınların YÇBDÖ puan ortalaması 18.82 ± 4.41 olduğu belirtilmiştir (188). Abushaikha ve ark. 2018'deki araştırmalarında benzer biçimde lohusaların postpartum süreçte orta seviyede yorgunluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (189). Yapılan çalışmalar postpartum yorgunluğun en yoğun dördüncü ve altıncı haftada hissedildiğini ve dördüncü aydan sonra yorgunluğun azaldığını belirtmektedir (188). Fakat Gialloa ve arkadaşlarının, 2015 yılında postpartum erken evrede annenin yorgunluk varlığı ile ilgili faktörleri inceledikleri araştırmalarda doğumdan ortalama üç ay sonra annedeki yorgunluğun orta ve yüksek seviyede ilerlediğini, zamanla yorgunluk düzeyinde minimal düzelme ya da hiç değişiklik yaşanmadığını bildirmiştir (190). Bu araştırmada da postpartum yorgunluğun erken dönemde başlayabileceği ve elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Kişilik, bireylerin düşünce ve davranışlarını belirleyen, hayatını yönlendiren dinamik bir yapıdır. Kişilik özellikleri bakımından ele alındığında, özellikle depresif, nevrotik, kaygılı ve kırılgan özellik sergileyen bireylerin doğumunu travmatik bir olay olarak anlama ihtimalinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (24, 25). Bu araştırmada OMKÖ toplam puan ortalamasının 32.29 ± 3.84 olduğu belirlenmiştir. OMKÖ alt boyut puan ortalamaları ise dışadönüklük 7.26 ± 1.92 , duygusal dengelilik 6.12 ± 1.64 , deneyimlere açıklık 6.16 ± 0.92 , sorumluluk 6.63 ± 1.86 , yumuşak başlılık 6.11 ± 1.47 şeklinde bulunmuştur (Tablo 4.3). Türkiye’de yapılan çalışmalarda OMKÖ alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (191, 192). Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı örneklemin büyük bir çoğunluğunun kırsal kesimde yaşıyor olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma bulgusu ile uyumlu ve farklı olan çalışmalar bulunmaktadır. Lohusaların dışadönüklük düzeyleri arttıkça travmatik doğum algılarının azaldığı, duygusal dengelilik, sorumluluk, yumuşak başlılık kişilik özelliği arttıkça travmatik doğum algısının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bunun nedeni olarak dışadönük kişilik özelliğine sahip annelerin paylaşımlarının daha çok olması ve hayata pozitif açıdan bakması, karşılarına çıkan zorluklarla baş etme yeteneklerinin iyi olması gibi nitelikleri ile gebelik dönemine daha hızlı uyum gösterdikleri ve doğum korkusu ile başa çıkabilecekleri söylenebilir (193). Ryding ve ark. 2007 yılında yaptığı bir araştırmada ise duygusal açıdan dengeli kişilerin daha tutarlı bir kişilik yapısında olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte araştırmada travmatik doğum deneyimi yüksek olan kadınların daha fazla dışadönük kişiliğe sahip olduğu saptanmıştır (194). Spice ve ark. 2009 yılında yaptığı araştırmada ise dışadönük kişilik özelliğine sahip gebelerin doğumdan daha az korktukları belirlenmiştir (193).

Araştırmamızda lohusalardan OMKÖ alt boyutları olan; dışadönüklük, duygusal dengelilik sorumluluk, yumuşak başlılık kişilik özellik arttıkça yorgunluk düzeyinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Deneyimlere açıklık kişilik özelliği dışında tüm kişilik özellikleri yorgunluk yaşamaktadır. Başka bir çalışmada iseyorgunluğu sürekli hisseden insanların kişilik özelliklerine baktığımızda mükemmelliyetçi, içe dönük, nörotik, çalışkan, sınırları zorlayan ve aşırı özenli oldukları gözlemlenmektedir (26).

Travmatik doğum algısı, obstetrik, psikososyal ve sosyo-demografik etkenler gibi pek çok çevresel ve bireysel faktörlerden etkilenebilmektedir. Araştırmamızda lohusaların TDAÖ’ den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gebelik sayısına bakıldığında primiparların multiparlara göre daha yüksek düzeyde travmatik doğum

algısı yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Literatürde primipar gebelerin daha çok doğum korkusu hissetmelerinin, aile ve sosyal çevresinden dinledikleri negatif doğum deneyimleri ve doğum konusunda tecrübe sahibi olmadıklarından kaynaklandığı belirtilmiştir (141). Bay F' nin 2019 yılındaki çalışmasında ilk çocuğunu dünyaya getiren kişilerin travmatik doğum algısı multiparlara oranla fazla bulunmuştur ancak istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (27). Bununla birlikte lohusalar yaşayan çocuk sayısına göre karşılaştırıldığında bir çocuk sahibi olanların iki ve daha fazla çocuğu olanlara göre, gebelikte sorun yaşama durumuna göre karşılaştırıldıklarında gebelikte sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre, gebelik süresince kontrole gitme sayısına göre karşılaştırıldığında kontrole 7-8 kez gidenlerin 1-2 kez gidenlere göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 4.5). İzlem yaptıran kişilerin travmatik doğum algısının en yüksek olması antenatal izlemlerin doktorda yaptırılıyor olması kadınların etkili ve yeterli antenatal bakım almadıklarından kaynaklanabilir. Nitekim sadece doktor kontrolünde yapılan izlemler USG, NST ve kısa bilgi alışverişi şeklinde yapılmaktadır (27, 48). Yaşadıkları yere bakıldığında il de yaşayanların ilçe-köy-kasaba da yaşayanlara göre, eğitim düzeyine bakıldığında ise lise mezunlarının okur-yazar olanlara göre TDAÖ den aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Elvander ve arkadaşlarının 2013'te yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça kadınların olumsuz doğum deneyimleri yaşadığını saptamıştır. Bunun nedeni olarak eğitim seviyesinin artması ile kadınların doğumdan beklentilerinin de artmasını göstermektedir (195). Şahin ve ark. 2019 yılında yaptıkları çalışmada ise kadınların eğitim seviyesinin artması ile algılama seviyelerinin arttığını ve doğum korkularının azaldığını, bunun da doğum algısını olumlu etkilediğini saptamıştır (196). Eğitim seviyesinin artması ile kadınların farkındalığının artması ve süreç hakkında daha çok bilgi sahibi olması beklenir. Çalışmalar gösteriyor ki fazla bilgiye sahip olmak bazı kadınları rahatlatırken bazılarında anksiyeteye sebep olmaktadır (195, 196). Lohusaların kişilik özelliklerinin bu farklılığa neden olduğu söylenebilir.

Doğum sonu dönemde yorgunluk düzeyine etki eden çevresel, bedensel ve obstetrik açıdan birçok faktör bulunmaktadır. Araştırmamızda lohusaların YÇBDÖ' den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında isteyerek gebe kalanların isteyerek gebe kalmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). İstenmeyen gebelikler, kişilerin hayatlarını ani bir biçimde değiştirebilir ve kadınların bu fikre alışması uzun zaman alabilir ya da hiçbir zaman alışma gerçekleşmeyebilir. Bu durum kadın ve çevresi için maddi ve manevi problemleri beraberinde getirerek psikolojik ve fiziksel

etkilere yol açabilir (27). Bununla birlikte gebelikte gebelikte sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre daha yüksek, ilde yaşayanların ilçede yaşayanlara göre daha yüksek, gelir düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre YÇBDÖ' den aldıkları puan ortalamaları daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.5). Badr ve Zauszniewski 2017 yılında doğum sonu yorgunluğu etkileyen faktörlerin meta-analizini yapmışlardır. Yorgunluk için eğitim düzeyi, yaş, doğum sonu kanama, enfeksiyon ve çocuk bakımı zorluklarının küçük düzeyde; fizyolojik hastalıkların orta düzeyde, düşük ferritin düzeyi, düşük hemoglobin düzeyi, uyku sorunları, stres, kaygı, emzirme sorunları ve depresyonun ise büyük düzeyde etki oluşturduğunu bildirmişlerdir (18). Giallo ve ark. 2015 yılındaki araştırmalarında doğum sonu dönemde yüksek yorgunluk seviyelerinin; genç ve ileri anne yaşı, sosyoekonomik dezavantajın fazla olması, sağlığı korumaya yönelik davranışları gerçekleştirme konusunda düşük öz yeterlilik düzeyi ve düşük uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (190). Yorgunluğu değerlendirmek için çok fazla değerlendirme ölçeği kullanıldığından, araştırmaları direk olarak kıyaslamak ve ortalama bir sonuca varmak mümkün olamayabilir (197).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Lohusaların kişilik özellikleri ile travmatik doğum algısı ve doğum sonu yorgunluk arasındaki ilişkinin belirlendiği çalışmada;

- Lohusaların %35.5'inin çok düşük, %17.5'inin düşük, %19.0'ının orta, %15.3'ünün yüksek, %12.8'inin çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı,
- Lohusaların TDAÖ toplam puan ortalamasının 51.06 ± 38.90 , YÇBDÖ toplam puan ortalamasının 24.56 ± 8.18 , OMKÖ toplam puan ortalamasının 32.29 ± 3.84 olduğu,
- Lohusaların dışadönüklük alt boyutu ile travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde, duygusal dengelilik, sorumluluk ve yumuşak başlılık alt boyutu ile travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Lohusaların dışadönüklük, duygusal dengelilik, sorumluluk ve yumuşak başlılık alt boyutu ile YÇBDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
- Lohusalar gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte sorun yaşama durumu, kontrole gitme sayısı, yaşanan yer, eğitim düzeyine göre TDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Lohusalar gebe kalma durumu, gebelikte sorun yaşama durumu, yaşanan yer, algılanan gelir düzeyine göre YÇBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Ebelerin lohusaların kişilik özelliklerinin travmatik doğum algısı ve yorgunluk üzerindeki etkilerini bilmesi, ebelik girişimlerini bu doğrultuda hazırlaması önerilir. Bu bağlamda postpartum erken dönemde lohusaların yorgunluğunun azaltılmasına yönelik sosyal desteğin sağlanması ve ebelerin yorgunluğun negatif etkileri ve dinlenme ile ilgili eğitim planı oluşturması önerilir. Çalışmanın postpartum erken dönemde yapılması ve ileriki haftalar hakkında bilgi vermemesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Travmatik doğum algısının azaltılması için politika yapıcılar tarafından ebeler öncülüğünde bir bakım modelinin uygulanması önerilir. Bu bağlamda farklı yerleşim bölgelerinde ve büyük örneklemli çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca konu ile ilgili nitel ve nicel araştırmaların yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

1. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale J Nurs* 2011,19(1): 45-53.
2. *National Collaborating Centre for Mental Health (UK)*. Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance. NICE: London, 2017.
3. 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. *Reprod Health* 2018,15(1): 1-11.
4. Aydın N, Yıldız H. Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Int J Human Sci* 2018, 15(1): 604.
5. İşbir GG, İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *KASHED* 2014, 1: 29-40.
6. Etheridge J, Slade P. “Nothing’s actually happened to me.”: the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17 (80): 1-15.
7. Beck TC, Watson S. Impact of birth trauma on breastfeeding: a tale of two pathways. *Nurs Res* 2008, 57(4): 22-236.
8. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *J Adv Nurs* 2010, 66: 2142-53.
9. Hsieh CH, Chen CL, Han TJ, Lin PJ, Chiu HC. Factors influencing postpartum fatigue in vaginal-birth women: testing a path model. *J Nurs Res* 2018, 26(5): 332-9.
10. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014, 34: 389-401.
11. Olde E, Hart VO, Kleber B, Son VM. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev* 2006, 26: 1-16.

12. Baranowsky AB, Young M, Johnson-Douglas S, Williams-Keeler L, Mccarrey M. PTSD Transmission: A review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Can Psychol* 1998, 39 (4): 247-56.
13. Dekel R, Goldblatt H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veteran's children. *Am J Orthopsychiatry* 2008, 78(3): 281-9.
14. Gürcüoğlu EA, Vural G. Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri. *Gazi Med J* 2017, 29(1): 34-40.
15. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002, 6(2): 42-9.
16. Rezaee R, Kingsberg S. How to prepare your patient for the many nuances of postpartum sexuality: up-to-date strategies for educating and advising your patient are more effective (and efficient) than traditional counseling. *OBG Management* 2012, 24(1): 24-34.
17. Troy NW, Dalgas-Pelish P. The Effectiveness of a self-care intervention for the management of postpartum fatigue. *Appl Nurs Res* 2003, 16(1): 38-45.
18. Badr H, Zauszniewski J. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Appl Nurs Res* 2017, 36: 122-7.
19. Atilla R. Normal Yolla Doğum Yapan Kadınlarda Sıcak Duşun Postpartum Yorgunluk, Duygudurum ve Rahatlığa Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2019.
20. Ulukavak M. Gebeliğin Üçüncü Trimestirinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2004.
21. Ko Y. Postpartum Fatigue, *Hu LiZaZhi* 2004, 51(6):75-9.
22. Thomas KA, Spieker S. Sleep, Depression, and Fatigue in Late Postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016, 41(2):104-9.

23. Asselmann E, Garthus-Niegel S, Martini J. Personality impacts fear of childbirth and subjective birth experiences: A prospective-longitudinal study. *PLoS One* 2021, 16(11): e0258696.
24. Yılmaz B, SEL İ, Şahin NH. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Travmatik Doğum Algısına Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2021, 14(4): 423-32.
25. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord* 2016, 44: 80-91.
26. Van Geelen SM, Sinnema G, Hermans HJ, Kuis W. Personality and chronic fatigue syndrome: methodological and conceptual issues. *Clin Psychol Rev* 2007, 27(8): 885-903.
27. Bay F. Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2019.
28. Şahin M. Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanması İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2020.
29. 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.
30. Can R, Sayiner Fd, Ünsal A, Ayrancı Ü. Postpartum dönemdeki kadınların depresyon ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2020, 2(2): 73-80.
31. Aktaş N, Karaçam Z. Doğum sonrası yorgunluk, kadının özbakım gücü ve ilişkili faktörler. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2017, 27(3): 186-96.
32. Yıldırım G, Sahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003, 7: 14-20.
33. Barut S. Travmatik Doğum Algısı Olan Nulliplarlarda Motivasyonel Görüşmelerin Doğum Algısı ve Özyeterliliğine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2021.

34. Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G. The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Hum Dev* 2020, 142:1-5.
35. Apay ES, Çelik SA, Derya AY. Turkish version of the childbirth perception scale: Reliability and validity study. *Perspect Psychiatr Care* 2019, 56: 28-36.
36. Demirci N, Coşar F. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Sağlık Enstitüsü Dergisi* 2012, 3(1): 18-30.
37. İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? *J Psychiatr Nurs* 2013, 4: 80-4.
38. *World Health Organization*. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. WHO; Geneva, Switzerland, 2019.
39. Mukamurigo UJ, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population- 54 based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17: 1-7.
40. Greenfield M, Jomeen J, Glover L. What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *Br J Midwifery* 2016, 24(4): 254–67.
41. Frickberg Middleton EJ. Without Country Or Kin: How A Fragile Existence Influences Birth Trauma Perception and Responses in Mexican Immigrant Mothers. Doktora Tezi, University Of California: San Francisco, 2015.
42. Etheridge J, Slade P. “Nothing’s actually happened to me.”: the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17(80): 1-15.
43. Özkars NB. Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, 2017.
44. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnema P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, 12(1): 88.

45. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17(1): 1-10.
46. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, Khalifé S. Doğum sonrası TSSB: Kanadalı kadınlarda insidans ve risk faktörlerine ilişkin prospektif bir çalışma. *J Psychosom Res* 2012, 73 (4): 257-63.
47. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery J* 2014, 30(2): 255–61.
48. 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(1): 203-9.
49. Dilcen Hy, Genç Re. Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebeğin Rolü. *Life Sci* 2019, 14(3): 64-73.
50. Köksal Ö, Duran TE. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013, 6: 144-8.
51. Nilsson C, Lundgren İ. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009, 25(4): 1–9.
52. MacDonald S, Magill-Cuerden J. (eds). *Mayes' Midwifery* (14th ed.). Edinburgh: Bailliere Tindall Elsevier 2015.
53. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2018.
54. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in sweden and denmark. *J Reprod Infant Psychol* 2008, 26(4): 340-50.
55. Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterr J Clin Psychol* 2013, 1(1): 1–18.
56. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003, 79(935): 505–10.
57. Aksoy AN. Doğum korkusu literatür. *ODÜ Tıp Dergisi / ODU J Med* 2015, 2: 161–5.

58. Başkaya Y, Sayiner FD. Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları/evidence-based midwifery practices to reduce cesarean rat. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi* 2018, 5(1): 113- 9.
59. Chapman V, Charles C. *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*, 3th ed. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
60. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery* 2006, 22(1): 56–65.
61. Astrid NM, U Högberg, B Lundman. The negative birth experience of prolonged labour: a case–referent study. *J Clin Nurs* 2005, 14(5): 579-86.
62. Almagro JR, Martínez AH, Almagro DR, García JMQ, Galiano JMM, Salgado JG. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *Int J Environ ResPublic Health* 2019, 16(9): 1654.
63. Cömert N, Yıldırım G, Güngördük K, Aktaş FN, Ark HC. Elektronik fetal kalp hızı monitörizasyonu: normal monitör, fetal stres, fetal distres ile ilişkili erken neonatal sonuçlar. *türkiye klinikleri. J Obstet Gynecol* 2007, 17(3): 186-95.
64. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Köse MR. Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2013, 56: 105-21.
65. Başgöl Ş, Kızılkaya BN. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce ÜniversitesiSağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 5(2): 32-9.
66. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. ACOG 2009, 114: 192-202.
67. Baldisserotto ML, Filha MMT, Da Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the “birth in Brazil” National Research Study, 2011/2012. *Reprod Health* 2016, 13(3): 199- 206.

68. Yount SM, Lassiter N. The pharmacology of prostaglandins for induction of labor. *J Midwifery Womens Health* 2013, 58: 133–44.
69. Kelly AJ, Alfirevic Z, Ghosh A. Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database SystRev* 2013, 12(11):CD007372.
70. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, 9(5):CD004945.
71. National Institute for Health and Care Excellence. Induction of labour: misoprostol vaginal delivery system. *Womens Health* 2014, 10(1): 29-36.
72. Daskalakis G, Zacharakis D, Simou M, Pappa P, Detorakis S, Mesogitis S, Antsaklis A. Induction of labor versus expectant management for pregnancies beyond 41 weeks. *J Matern Fetal Med* 2014, 27: 173–6.
73. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Curtbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 7(3): CD006067.
74. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure for shortening the second stage of labour (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 7(4): CD006067.
75. Özcan Ş, Aslan E. Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015, 23(1): 41-8.
76. Leal I, Lourenço S, Oliveira R, Carnevalheira A, Maroco J. Sexual function in women after delivery: Does episiotomy matter?. *Health* 2014, 6: 356–63.
77. Oluwasola TAO, Folasade A. Knowledge and Perception of Pregnant Women to Episiotomy in Ibadan. *J Basic Clin Reprod Sci* 2017, 6(2): 64-8.
78. Tanaçan A, Beksaç MS. Üçüncü basamak bir merkezdeki operatif vajinal doğum sıklığının dekatlar arasındaki değişiminin retrospektif olarak incelenmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2019, 82: 139-43.
79. Çetin O, Zebitay AG, Yücel O, Şen C, Uludağ S, Çetin İD. Operatif vajinal doğum: Beş yıllık deneyim *Perinatoloji Dergisi* 2012, 20(2): 55-8.
80. Altıparmak S, Coşkun AM. Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *J Human Sci* 2016, 13(2): 2610-24.

81. Mete S, Çiçek Ö, Tokat MA, Çamlıbel M, Uludağ E. The Effect of Childbirth Preparation Classes on Fear of Childbirth, Birth Preference and Preparation of Labor. *Turk Klinikleri J Nurs* 2017, 9(3): 201– 6.
82. Mete S. Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013, 6(2): 93–8.
83. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, Lumbiganon P, Gruen RL, Betran AP. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, 9(9): CD005528.
84. İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied nursing research* 2016, 32: 227-32.
85. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye 2019 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Son Erişim Tarihi 20 Ağustos 2022
86. Ergin AB. Riskli Doğumlar. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı, Genişletilmiş 2. Baskı*. İzmir, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
87. Yanıkkereem E, Göker A, Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi* 2013, 29(2): 75-81.
88. Gözükar F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Huhemfad* 2008, 15(1): 32–46.
89. Büyükbayrak EE, OO Kaymaz, Kars B, Karsidag AY. Caesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *JObstet Gynaecol* 2010, 30(2): 155-8.
90. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SMA, Nedjat S. Social support for women of reproductive age and its predictors: A populationbased study. *BMC Womens Health* 2012, 18: 12-30
91. Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N. Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018, 8(2), 97-103.

92. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 7(7): CD003766.
93. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, (7): CD003766.
94. Medforth J, Battersby S, Evans M, Marsh B, Walker A. *Oxford Handbook of Midwifery*, 2th ed. New York, Oxford University Press 2011: 142-3.
95. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016, (4): CD004667.
96. Güngör İ. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.
97. Hodnett ED, Stremler R, Weston JA, McKeever P. Re-conceptualizing the hospital labor room: the Place (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) pilot trial. *Birth* 2009, 36(2): 159-66.
98. Karaman ÖE, Yıldız H. Freedom of Movement during Labor: How? What does it Provide? What is the Role of Obstetrics and Gynecology Nurses? *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018, 10(1): 78-87.
99. Sercekus P, Isbir G. Investigation of Active Birth Method with Evidence Based Practice. *TAF Preventive Med Bull* 2012, 11(1):97.
100. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ* 2009, 338: 784.
101. Hunt L. Literature review: Eating and drinking in labour. *BrJMidwifery* 2013, 21(7): 1.
102. Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *PsycholHealth* 2011, 26(12):1553-70.
103. Blainey SH, Slade P. Exploring the process of writing about and sharing traumatic birth experiences online. *BrJ Health Psychol* 2015, 20: 243-60.

104. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16: 1-10.
105. Müslüman M. Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ve Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2021.
106. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery* 2014, 30(2): 185–93.
107. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery J* 2009, 25: 21-30.
108. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Trauma- and Stressor-Related Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07>. Son Erişim Tarihi 27 Temmuz 2022.
109. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery J* 2014, 30(2): 255–61.
110. Yalnız H, Canan F, Etki Genç R, Kuloğlu MM, Geçici Ö. Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi. Orijinal Çalışma. *Türk Tıp Dergisi* 2016, 8(3): 81-8.
111. Yalnız Dincel H, Etki Genç R. Travmatik doğumun önlenmesinde ebeğin rolü. *Life Sci (NWSALS)* 2019, 14(3): 64-73.
112. Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth* 2007, 34: 253-63.
113. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *J Adv Nurs* 2010, 66(10), 2142–53.
114. Hacker FN, Gambone CJ, Hobel JC. *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 6th ed. Elsevier, Philadelphia. 2016:1-450.
115. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 16. Baskı. Akademisyen Kitabevi: Ankara, 2020.

116. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and new born. 2014.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatalcare_recommendations/en/ Son Erişim Tarihi 21 Nisan 2022
117. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: Three distinct but continuous phases. *JPrenat Med* 2010, 4(2): 22-5.
118. Karadağ A. Doğum Sonu Dönemde Kadınların Doğum Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2021.
119. Austin M-P, Committee MSPSA. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol* 2014, 28(1): 179-87.
120. Practice CoO, The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol* 2015, 125(5): 1268-71.
121. Eroğlu Ş. Doğum Sonu Dönemde Annelerde Sosyal Destek Algısı, Anksiyete ve Depresyon Durumlarının Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Düzeyi ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2021.
122. Bulut, A. Knowledge and attitudes of women regarding the situations affecting their own health in the postpartum process. *Istanbul Bilim Uni Florence Nightingale JMed* 2018, 2(2): 90–9.
123. Badr H, Zauszniewski J. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Appl Nurs Res* 2017, 36: 122-27.
124. Bağcı S, Altuntuğ K. Problems experienced by mothers in postpartum period and their associations with quality of life. *J Human Sci* 2016, 13(2):3266-79.
125. Pereira TR, De Souza FG, Beleza AC. Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Braz J Phys Ther* 2017, 21(1): 37-43.

126. Işık G, Cetişli NE, Başkaya VA. Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018, 11(3): 224-32.
127. Giallo R, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. “I didn’t know it was possible to feel that tired”: exploring the complex bidirectional associations between maternal depressive symptoms and fatigue in a prospective pregnancy cohort study. *Arch Womens Ment Health* 2016, 19:25-34.
128. Kingsberg S, Rezaee R. How to prepare your patient for the many nuances of postpartum sexuality. *OBG Manag* 2012, 24(1):24-38.
129. Pugh LC, Milligan R. A framework for the study of childbearing fatigue. *ANS Adv Nurs Sci* 1993, 15(4): 60-70.
130. Troy NW, Dalgas-Pelish P. The Effectiveness of a self-care intervention for the management of postpartum fatigue. *Appl Nurs Res* 2003, 16(1): 38-45.
131. Bakker M, van der Beek AJ, Hendriksen IJM, Bruinvels DJ, van Poppel MNM. Predictive factors of postpartum fatigue: a prospective cohort study among working women. *J Psychosom Res* 2014, 77(5):385-90.
132. Rychnevsky JD. Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007, 36(1):38- 46.
133. Corwin EJ, Arbour M. Postpartum fatigue and evidence-based interventions. *MCN* 2007, 32(4): 215-20.
134. Cheng C, Fowles E, Walker L. Postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ* 2006, 15(3): 34-42.
135. Henderson J, Alderdice F, Redshaw M. Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ Open* 2019, 9(7): 1-9.
136. Chen S-L, Chen C-H. Effects of lavender tea on fatigue, depression, and maternal-infant attachment in sleep-disturbed postnatal women. *Worldviews Evid Based Nurs* 2015,12(6):370–9.
137. Mori E, Maehara K, Iwata H, Sakajo A, Tsuchiya M, Ozawa H, et al. Comparing older and younger Japanese primiparae: Fatigue, depression and biomarkers of stress. *Int J Nurs Pract* 2015, 21(Suppl. 1):10-20.

138. Taşkın L. Riskli Doğum Eylemi.İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2019: 342-79.
139. McQueen A, Mander R. Tiredness and fatigue in the postnatal period. *J Adv Nurs* 2003, 42(5): 463-9.
140. Wilson N, Lee JJ, Bei B. Postpartum fatigue and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019, 246: 224–33.
141. Dursun E. Gebelerin Kişilik Özellikleri Ve Kaygı Düzeyleri ile Doğum Korkuları Arasındaki İlişki. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2018.
142. Doğan, T. Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 2013, 14 (1): 56-64
143. Biçer Fi. Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddeti ve Flört Şiddetine Yönelik Tutumlarında Benlik Saygısı ve Kişilik Özelliklerinin Rolü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Gedik Üniversitesi, 2022.
144. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT. Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4(4): 566-89.
145. Baştarcan Ç. Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2020.
146. McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *JPers Soc Psychol* 1987, 52(1): 81-90.
147. Barrick MR, Stewart GL, Piotrowski M. Personality and Job Performance: Test of the Mediating Effects of Motivation Among Sales Representatives. *JAppl Psychol* 2002, 87 (1): 43-51.
148. Goldberg LR. An alternative ‘description of personality’: the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol* 1990, 59: 1216-29.
149. Barrick MR, Mount MK. The big five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Pers Psychol* 1991, 44: 1-25.

150. Bozkurt N. Yöneticinin Kişilik Özelliklerinin Astlarının Örgütsel Adalet Algısına Etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İnsan Kaynakları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi, 2022.
151. Güney C. 15-18 Yaş Arası Ergenlerde Beden İmgesi ile Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkide Kişilik Özelliklerinin Aracı Etkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi, 2018.
152. Tokatlı A. Mentorluk Fonksiyonları ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki ve Kişilik Özelliklerinin Mentorluk Fonksiyonlarına Etkisi: Beş Faktör Kişilik Modeli Çerçevesinde Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi, 2020.
153. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. Kuramdan uygulamaya beş faktör kişilik modeli ve beş faktör kişilik envanteri (5FKE). *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi* 2004, 128: 45-66.
154. İnanç BY, Yerlikaya EE. *Kişilik, Kişilik Kuramları*, 15.Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2019: 1-10.
155. Çelik B. Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin ve İşe Bağlı Stres Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat: Bozok Üniversitesi, 2022.
156. Horzum MB, Ayas T, Padır MA. Beş Faktör Kişilik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması. *Adaptation Of Big Five Personality Traits Scale To Turkish Culture. Sakarya University J Educ* 2017, 7(2): 398-408.
157. O'Brien TB, DeLongis A. The interactional context of problem-, emotion- and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *JPers* 1996, 64(4): 775-813.
158. Bulut SS. Beş faktör kişilik özellikleri, stresle başa çıkma ve depresyon arasındaki ilişkiler: Gazi Eğitim Fakültesi örneği. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim (TEKE) Dergisi* 2017, 6(2): 1205-21.
159. Basım HN, Çetin F, Tabak A. Beş faktör kişilik özelliklerinin kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarıyla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2009, 24(63): 20-34.

160. Çiffiliz G. Yetişkin Bağlanma Stilleri, Keşfetme Yönelimi ve Deneyime Açıklık Kişilik Özelliği ile Eşcinselliğe İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkiler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Sosyal Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009.
161. Dağlar ÖŞ. Gebe Kadınların Kişilik Özelliklerinin Stres ve Gebelik Uyumuna Etkisi. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2020.
162. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a metaethnography. *J Adv Nurs* 2015, 66: 2142-53.
163. Furuta M, Horsch A, Ng ES, Bick D, Spain D, Sin J. Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2018, 9:591-608.
164. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz, N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health* 2018, 15(1):73- 86.
165. Asselmann E, Garthus-Niegel S, Martini J. Personality impacts fear of childbirth and subjective birth experiences: A prospective-longitudinal study. *PloS One* 2021, 16.11: e0258696.
166. Gönenç İM, Aker MN, Güven H, Moraloğlu Tekin Ö. The effect of the personality traits of pregnant women on the fear of childbirth. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56(2): 347-54.
167. ICM. International Confederation of Midwives, 2019. <https://www.internationalmidwives.org/ourwork/policy-and-practice/icm-definitions.html>. Son Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022
168. Attarha M, Keshavarz Z, Bakhtiari M, Jamilian M. The outcome of midwifemother relationship in delivery room: a qualitative content analysis. *Health* 2016, 8(4): 336-43.
169. World Health Organization. Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience WHO Recommendations; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018

170. 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(2): 60-5.
171. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: a literatre review. *Women Birth* 2016, 29: 203-7.
172. James S. Women’s experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health* 2015, 18(6): 761–71.
173. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Posttraumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour: a cohort study. *Midwifery* 2016, 32: 87–92.
174. Mucuk , zkan H. Travmatik doğum eylemi ve ebelik bakımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2021, 30(4): 218-25.
175. Taşkın L. Doğum Sonu Dönem. İçinde: Taşkın L(editör).*Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 8. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2016: 534-71.
176. Er Güneri S. Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015, 4(3): 482-496.
177. Effati Daryani F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Taghizadeh M, Bekhradi R, Zarei S. Effect Of Lavender Cream With Or Without Footbath On Sleep Quality and Fatigue in Pregnancy and Postpartum: A Randomized Controlled Trial. *Women Health* 2018, 58(10): 1179-1191.
178. Schaeffer RL, Mendenhall W, Ott L. Elementary Survey Sampling, <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.html> Son Erişim Tarihi 22 Mayıs 2022.
179. Belza BL. Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *J Rheumatol* 1995, 22(4): 639-43.

180. Fairbrother N, Hutton EK, Stoll K, Hall W, Kluka S. Psychometric evaluation of the Multidimensional Assessment of Fatigue scale for use with pregnant and postpartum women. *Psychol Assess* 2008, 20(2): 150.
181. Yildirim Y, Ergin G. A validity and reliability study of the Turkish Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) scale in chronic musculoskeletal physical therapy patients. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2013, 26(3): 307-16.
182. Atak H. On-Maddeli Kişilik Ölçeği'nin Türk Kültürü'ne uyarlanması. *Arch Neuropsychiat* 2013, 50(4): 312-9.
183. Okumus F, Sahin N. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul* 2017, 4(3): 247-56.
184. Güleç D, Kavlak O, Sevil Ü. Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014, 11(1): 54-60.
185. Brassel A, Townsend ML, Pickard JA, Grenyer BFS. Maternal perinatal mental health: associations with bonding mindfulness and self criticism at 18 months' postpartum. *Infant Ment Health J* 2020, 41(1):69-81.
186. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* 2014, 30(3): 378-84.
187. Göker N, Bilgin Z. Aktif eylem süresinin doğum sonrası yorgunluk ve konfor üzerine etkisi. *Klinik ve Deneyisel Sağlık Bilimleri* 2022, 12(4): 867-74.
188. Çolak MB, Bıhter A, Turfan EÇ. İlk kez doğum yapan kadınlarda doğum şeklinin postpartum yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Life Sci* 2019, 14(2): 30-40.
189. Abushaikha L, Safadi R, Ahmad M. Assessing the association between fatigue and functional status during postpartum. *Sex Reprod Health* 2018, 18:19-23.
190. Giallo R, Seymour M, Dunning M, Cooklin A, Loutzenhiser L, McAuslan P. Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *J Reprod Infant Psychol* 2015, 33(5):528-44

191. Zengin H, Tiryaki Ö, Bostancı MS, Çınar N. Gebelerin kişilik özellikleri ile doğum sonrası bebeklerinin hijyenik bakımlarına hazır oluşlukları arasındaki ilişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2021, 30(6): 377-85.
192. Sunay Z. Travayda Sanal Gerçeklik Uygulamalarının Primiparlarda Algılanan Doğum Ağrısı Ve Memnuniyete Etkisi: Tasarım tabanlı bir çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2021.
193. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *JPsychosom ObstetGynecol* 2009, 30(3):168-74.
194. Ryding E, Wirfelt E, Wängborg I, Sjögren B, Ryding E, Wirfelt E. ve ark. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007, 86 (7): 814-20.
195. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff HK. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: Findings from the first baby study. *Birth* 2013, 40(4): 289-96.
196. Şahin S, Güler SD, Özdemir K, Ünsal A. Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2019, 15(1): 5-14.
197. Öztoprak PU, Calpbinici P. Doğum sonu yorgunluğun yönetilmesinde farmakolojik olmayan girişimler: randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2022, 5(1): 104-13.

EKLER

EK-1. Öz geçmiş



EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma “Lohusaların Kişilik Özellikleri ile Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluk Arasındaki İlişki” incelemek amacıyla yapılmaktadır. Soruların doğru şekilde yanıtlanması, sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN
Araştırmacı: Zeliha Gülsüm AKSAKAL

1. Yaşınız nedir?.....

2. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile
- c) Parçalanmış aile

3. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur- yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite ve üzeri

4. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz ?

- a) Evet
- b) Hayır

5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Düşük
- b) Orta
- c) Yüksek

6. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?

- a) İl
- b) İlçe
- c) Kasaba
- d) Köy

7. Evlilik süreniz (yıl)?.....

8. İsteyerek mi gebe kaldınız?

- a) Evet
- b) Hayır

9. Gebelik Sayısı:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ve üstü

10. Yaşayan Çocuk Sayısı

- a) Yok
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ve üstü

11. Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Cevabınız evet ise nasıl bir sorun yaşadınız?

- a) Fiziksel
- b) Psiko-sosyal
- c) Diğer.....

13. Gebeliğinizde size destek olan biri/ birileri var mı?

- a) Evet (.....)
- b) Hayır

14. Bu gebeliğinizde doğum öncesi kontrole ne kadar sıklıkta gittiniz?

- a) 1-2 kez
- b) 3-4 kez
- c) 5-6 kez
- d) 7-8 kez
- e) 9 kez ve üzeri

15. Doğum öncesi kontroller için hangi sağlık kuruluşuna gittiniz?

- a) Aile Sağlığı Merkezi
- b) Devlet Hastanesi
- c) Üniversite Hastanesi
- d) Özel Hastane



EK-3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. 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

Çok kaygılandırır

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

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

Hiç korkutmaz

Çok korkutur

8. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

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

Hiç korkmam

Çok korkarım

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

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

Hiç huzursuz etmez

Çok huzursuz eder

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?

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

Hiç hissetmem

Çok hissederim

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 hissedermisiniz?

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

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

EK-4. Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği

Açıklama: Bu sorular, yorgunluk ve yorgunluğun faaliyetleriniz üzerine etkisi ile ilgilidir. Aşağıdaki sorulardan her biri için, geçtiğimiz 7 gün boyunca neler hissetmiş olduğunuzu en yakından gösteren rakamı daire içine alın.

Örneğin: Sabahları geç saatlere kadar uyumayı gerçekten sevdiğinizi farzedin. Bu durumda muhtemelen çizginin sonundaki “çok fazla” ya yakın bir rakamı, aşağıda görüldüğü gibi daire içine alırsınız.

Örnek: Sabahları geç saatlere kadar uyumayı genellikle ne ölçüde seversiniz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

Çok fazla

Şimdi lütfen aşağıdaki soruları geçtiğimiz 7 günü göz önüne alarak cevaplayınız.

○ Ne derece yorgunluk hissettiniz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

Çok fazla

Yorgunluk hissetmediyseniz burada durun.

○ Yaşadığınız yorgunluk hangi şiddetteydi?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hafif

Ağır

○ Yorgunluk size ne ölçüde sıkıntıya soktu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sıkıntı

yok

Çok

miktarda

sıkıntı

Yorgunluğun çok boyutlu değerlendirilmesi ölçeği (devamı)

Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluğun, aşağıda sıralanan faaliyetlerden her birini yapabilmenizi ne derecede engellediğini en iyi gösteren rakami daire içine alın. Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluk dışındaki nedenlerle yapmadığınız faaliyetler için (örneğin, emekli olduğunuz için işe gitmemek), faaliyetin adının sol yanındaki haneyi işaretleyin.

Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluk, şunları yapabilmenizi ne derecede engelledi?

(NOT: Geçtiğimiz 7 gün boyunca yapmadığınız faaliyet varsa ilgili soru numarasının solundaki kutucuğu işaretleyin.)

○ **4. Günlük ev işlerini yürütme**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

○ **5. Yemek pişirme**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

○ **6. Yıkanma ve yıkama**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

○ **7. Giyinme**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									Büyük ölçüde

○ **8. İş yerinde çalışma**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük
ölçüde

○ **9. Aile ve arkadaşları ziyaret etme veya onlarla sosyal ilişkiler kurma**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük
ölçüde

(NOT: Geçtiğimiz 7 gün boyunca yapmadığınız faaliyet varsa ilgili soru numarasının solundaki kutucuğu işaretleyin.)

○ **10. Cinsel faaliyetlerle uğraşma**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük
ölçüde

○ **11. Boş zamanları değerlendirme ve yenilenme faaliyetleriyle uğraşma**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük
ölçüde

○ **12. Alışveriş yapma ve ayak işlerini yürütme**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük
ölçüde

○ **13. Yürüyüş yapma**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük
ölçüde

○ **14. Egzersiz yapma(yürüyüş dışında)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç Büyük

15. Geçtiğimiz 7 gün boyunca ne sıklıkta yorgunluk hissettiniz?

- 4-Her gün
- 3-Her gün değilse de çoğunlukla
- 2-Çoğu gün olmasa da ara sıra
- 1-Pek az gün

16. Geçtiğimiz 7 gün boyunca yorgunluğunuz ne ölçüde değişti?

- 4-Arttı
- 3-Yorgunluk bazen arttı bazen azaldı
- 2-Aynı kaldı
- 1-Azaldı

EK-5. On Maddeli Kişilik Ölçeği

Aşağıda kişilik özelliklerine yönelik 10 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadenin sizi tanımlama düzeyini dikkate alarak, her bir ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtmek amacıyla 1 ve 5 arasında bir rakam işaretleyin.

1= Kesinlikle katılmıyorum

2= Katılmıyorum

3= Kararsızım

4= Katılıyorum

5= Tamamen katılıyorum

Kendimi ... olarak görürüm:		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Dışa dönük, istekli	1	2	3	4	5
2	Eleştirel, kavgacı	1	2	3	4	5
3	Güvenilir, öz-disiplinli	1	2	3	4	5
4	Kaygılı, kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayan	1	2	3	4	5
5	Yeni yaşantılara açık, karmaşık	1	2	3	4	5
6	Çekingen, sessiz	1	2	3	4	5
7	Sempatik, sıcak	1	2	3	4	5
8	Altüst olmuş, dikkatsiz	1	2	3	4	5
9	Sakin, duygusal olarak dengeli	1	2	3	4	5
10	Geleneksel, yaratıcı olmayan	1	2	3	4	5

EK-6. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN danışmanlığında” Lohusaların Kişilik Özellikleri İle Travmatik Doğum Algısı ve Doğum Sonu Yorgunluk Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir.**

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar yardımcı araştırmacı Zeliha Gülsüm AKSAKAL tarafından karşılanacaktır.

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 olarakta 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		

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ	Zeliha Gülsüm AKSAKAL	
ADRES	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	
TELEFON		
TARİH		

**EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi**



EK-8. Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi Kurum İzin Formu



