



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ÜÇÜNCÜ TRİMESTRDE ERKEN DOĞUM TEHDİTİ TANISI
ALAN GEBELERLE SAĞLIKLI BİR SÜREÇ YAŞAYAN
GEBELERİN TRAVMATİK DOĞUM ALGILARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Hazırlayan

NİDANUR ÇİĞDEM

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Öznur ÇETİN

TOKAT – 2022

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Öznur ÇETİN danışmanlığında hazırlamış olduğum “Üçüncü Trimestirde Erken Doğum Tehditi Tanısı Alan Gebelerle Sağlıklı Bir Süreç Yaşayan Gebelerin Travmatik Doğum Algılarının Karşılaştırılması” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımı kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Nidanur Çiğdem

İmza

TEŞEKKÜR

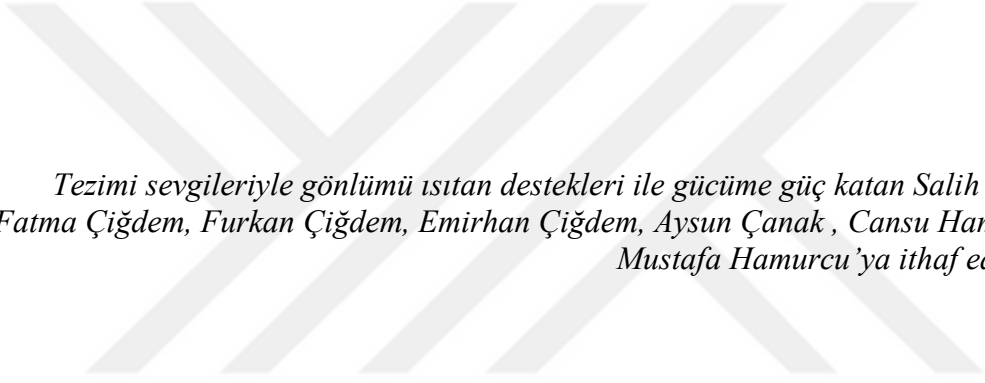
Tezimi hazırlama aşamasında, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danışman hocam Dr. Öğr.Üyesi Öznur Çetin'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca gerektiğinde tecrübelerinden faydalanma fırsatı bulduğum Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapan hocalarıma,

Yaşamının her döneminde hep yanımda olan, varlığını ve desteğini hissettiğim aileme ,

Bu dönemde stresimle, yaşadığım zorluklarla mücadele etmemi sağlayan en büyük destekçilerimden Mustafa Hamurcu'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



Tezimi sevgileriyle gönlümü ısıtan destekleri ile gücüme güç katan Salih Çiğdem, Fatma Çiğdem, Furkan Çiğdem, Emirhan Çiğdem, Aysun Çanak , Cansu Hamurcu ve Mustafa Hamurcu'ya ithaf ediyorum.

ÖZET

ÜÇÜNCÜ TRİMESTİRDE ERKEN DOĞUM TEHDİTİ TANISI ALAN GEBELERLE SAĞLIKLI BİR SÜREÇ YAŞAYAN GEBELERİN TRAVMATİK DOĞUM ALGILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çiğdem, Nidanur

Yüksek Lisans, Eğitim Programları ve Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Öznur Çetin

Ocak 2022, xi +50 sayfa

Bu araştırmada üçüncü trimestirde erken doğum tehditi tanısı alan gebelerle sağlıklı bir süreç yaşayan gebelerin travmatik doğum algılarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı, karşılaştırmalı tipte, Amasya il merkezinde bulunan Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Kadın Doğum Polikliniğinde üçüncü trimestirdaki erken doğum tehditi tanısı almış 78 gebe ile normal bir gebelik süreci geçiren 78 gebe olmak üzere toplam 156 gebe kadın ile yürütülmüştür. Araştırma verileri, gerekli izinler alındıktan sonra, “Tanıtıcı Bilgi Formu ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında lisanslı GOP İBMM izni kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada gebelik haftası 32.42 ± 2.05 olan ve EDT tanısı alan gebelerin TDAÖ puan ortalaması 92.74 ± 28.20 iken gebelik haftası 38.58 ± 0.96 olan ve normal gebelik yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalaması 38.24 ± 25.83 olarak belirlenmiştir. 3. trimestirda EDT tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalaması eğitim ve yaş durumu açısından incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). 3. trimestirda EDT tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin gebelik sayısı, doğum sayısı ve çocuk sayısı incelendiğinde ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). 3. trimestirda EDT tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algısı erken doğum tehlikesi olanların travmatik doğum algısı düzeyi (92.74 ± 28.20) normal doğum grubunda olanların travmatik doğum algısı düzeylerinden (38.24 ± 25.83) anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0.05$). Araştırma sonucuna göre EDT tanısı alan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın daha geniş yaş grupları ve farklı demografik ve sosyo-kültürel yapıda örneklemelerde çok merkezli olarak tekrarlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken Doğum Tehdidi, Travmatik Doğum Algısı, Üçüncü Trimestir, Ebe



ABSTRACT**A COMPARISON OF TRAUMATIC BIRTH PERCEPTIONS OF PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH PREMATURE BIRTH THREAT IN THE THIRD TRIMESTER AND PREGNANT WOMEN WHO LIVED A HEALTHY PROCESS**

Çiğdem, Nidanur

Master's Thesis, Division of Curriculum and INSTRUCTION

Advisor: Asistant Professor Oznur Cetin

January, 2022, xi + 50

In this study, it was aimed to comparison of traumatic birth perceptions of pregnant women diagnosed with premature birth threat in the third trimester and pregnant women who lived a healthy process. In this descriptive, comparative study, 78 pregnant women who were diagnosed with preterm birth threat in the third trimester and 78 pregnant women who had a normal pregnancy process, a total of 156 pregnant women, were studied in the Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital Gynecology Service and Obstetrics Clinic located in the city center of Amasya. The research data were collected by using the “Detailed Information Form and the Traumatic Birth Perception Scale (TCAS)” after the necessary permissions were obtained. The data obtained in the research were evaluated in computer environment using licensed GOP IBMM permission. In the study, the mean TDAS score of the pregnant women with a gestational week of 32.42 ± 2.05 and diagnosed with EDT was 92.74 ± 28.20 , while the mean TDAS score of the pregnant women with a gestational week of 38.58 ± 0.96 and a normal pregnancy was determined as 38.24 ± 25.83 . A statistically significant difference was found between the two groups when the mean TDAS score of the pregnant women who were diagnosed with EDT in the third trimester and had a normal pregnancy were examined in terms of education and age ($p < 0.05$). When the number of pregnancies, the number of births and the number of children of the pregnant women who were diagnosed with EDT in the third trimester and had a normal pregnancy were examined, no statistically significant difference was found between the two groups ($p > 0.05$). The traumatic birth perception level of the pregnant women who were diagnosed with EDT in the 3rd trimester and had a normal pregnancy, and the level of traumatic birth perception of those with preterm birth risk

(92.74±28.20) was significantly higher than the traumatic birth perception level of those in the normal delivery group (8.24±25.83) ($p<0.05$). According to the results of the research, it was determined that the level of perception of traumatic birth was higher in pregnant women diagnosed with EDT. It is recommended that the study be repeated as multicenter in samples with wider age groups and different demographic and socio-cultural structures.

Keywords: Premature Birth Threat, Traumatic Birth Perception, Third Trimester, Midwife



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	12
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	12
1.2. Araştırmanın Amacı	13
1.3. Araştırmanın Soruları	13
2. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1. Gebelik	15
2.2. Erken Doğum Tehdidi Tanımı.....	15
2.3. Erken Doğum Tehdidinin Tanımlanması	15
2.4. Erken Doğum Tehdidinin Risk Faktörleri	16
2.5. Erken Doğum Tehdidinin Sıklığı	17
2.6. Erken Doğum Tehdidinin Tedavisi	17
2.6.1. Yatak İstirahati.....	18
2.6.2. Tokolitik Ajanlar	18
2.6.3. Sedasyon.....	18
2.6.4. Hidrasyon	18
2.7. Erken Doğum Tehdidinin Anne Sağlığı Üzerine Etkisi	19
2.7.1. Fizyolojik Etkileri.....	19
2.7.2. Psikolojik Etkileri.....	19
2.8. Erken Doğumun Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkisi.....	20
2.9. Erken Doğum Tehdidinde Ebelik Bakımı	20
2.10. Travma.....	22
2.11. Travmatik Doğum Algısı.....	22
2.12. Travmatik Doğum Algısı Prevelansı	23
2.13. Travmatik Doğum Algısına Neden Olan Faktörler	23
2.13.1. Sosyo-Demografik Faktörler	23
2.13.2. Prepartum Döneme İlişkin Faktörler	24
2.13.3. İntrapartum Döneme İlişkin Faktörler.....	24
2.13.4. Postpartum Döneme İlişkin Faktörler.....	25
2.13.5. Diğer Faktörler	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2).....	27
3.4.2. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) (Ek 3)	27
3.5. Veri Toplama Süreci.....	27
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.7. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	28

3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.8.1. Bağımlı Değişkenler.....	28
3.8.2. Bağımsız Değişkenler.....	28
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.11. Araştırmanın sınırlılıkları	29
4.BULGULAR	30
5. TARTIŞMA.....	37
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR.....	45
EKLER	51
Ek 1 :Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	51
<u>Görüşme TanıŒı</u>	52
<u>Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı</u>	52
Ek 2: Anket Formu	53
EK 3: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ).....	55
EK 4: Etik Kurul Onayı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 6: Çalışmanın Yapıldığı Kurum İzni	57
EK7: Ölçek İzni.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı....	
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması ...	
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalamasının Dağılımı.....	
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalamasının Dağılımı.....	

KISALTMALAR LİSTESİ

EDT: Erken Doğum Tehditi

TDA: Travmatik Doğum Algısı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: Amerika Jinekoloji ve Obstetri Derneği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TDK: Türk Dil Kurumu

DSM-IV: (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftadır (Taşkın ,2016).Gebelik doğal bir olaydır ve gebede önemli biyolojik, fizyolojik ve psikolojik farklılıklara neden olur. (Mermer ve ark, 2010). Bu farklılıklarda yine biyolojik, fizyolojik ya da psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Gebelik dönemin de yaşanan önemli sorunlardan biri olan Erken doğum tehditi (EDT), gebelerin 37. haftasını tamamlayamadan doğumun başlaması olarak tanımlanmaktadır. 20-37. gebelik haftaları arasında oluşan EDT gebelerde düzenli uterin kontraksiyon servika lefesan ve dilatasyonun eşlik etmesi ile karakterize bir durumdur (Ville ve Rozenberg, 2018; Blencowe ve ark, 2012).

Fibronektin testi pozitif ve sonografikservikal uzunluk 30 mm'den az ise gelişme ihtimali olan EDT'nin gebelikte çalışma durumu, ileri yaş, kronik hipertansiyon, eğitim düzeyi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. (Faron ve ark, 2020; Çetinkaya ve ark, 2015) EDT prevelansı toplumdan topluma fark göstermekle birlikte ülkemizde %17,3 olarak tespit edilmiştir. Avrupa ülkelerinde yaklaşık %5 iken Afrika'da %18'e kadar değişmektedir (Blencowe ve ark, 2012). EDT'nin kesin bir tedavisi yoktur. Erken doğum riskini azaltmak için tedbir ve tedaviler uygulanmaktadır. Bunlar yatak istirahati, sedasyon, hidrasyon ve tokolitik ajanlar olarak sınıflandırılmaktadır (Nour, 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebeliklerinde kadınların %27.9 psikolojik sorun yaşadığı bulunmuştur (Karaçam ve Ançel, 2009). Başka bir çalışmada ise depresyon ve stresin EDT riskini artırdığı belirtilmektedir (Christiaens ve ark, 2015). Kanlı-sulu akıntı, karın ağrısı, kasılma gibi belirtiler ve risk faktörleri göz önünde bulundurularak risk altındaki annelerin belirlenmesi, gerekli eğitimler ve doğum öncesi bakımın iyileştirilmesi gibi faaliyetlerin uygulanması erken doğum oranlarını azaltabilir (Amini ve ark, 2017).

Travma ruh biliminde sarsıntı anlamına gelmektedir. Tıp alanında ise dışarıdan bir güçle bütün olan doku veya organların zarar görmesi olarak ifade edilmektedir (TDK, 2021). Doğumda travma psikolojik veya fizyolojik olarak karşımıza çıkabilir ve doğumda travma oluşmaması için doktorlar, ebeler, psikologlar, psikiyatristler ve sosyal hizmet uzmanları dahil olmak üzere bütün sağlık profesyonellerinin gebelere destek sağlamaları gerekmektedir (İsbir ve İnci, 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yüksek travmatik doğum algısı olan kadınların oranı %23.6 olarak tespit edilmiştir (Aktaş, 2018). Travmatik Doğum Algısı (TDA) oluşmasına neden olan faktörleri 5 başlık altında toplanmıştır. Bunlar; sosyo-demografik faktörler,

prepartum dönemdeki faktörler, intrapartum dönemdeki faktörler, postpartum dönemdeki faktörler ve diğer faktörlerdir. Prepartum dönemdeki risk faktörleri ise ; gebelikte kadında tokofobi olmuşması, yüksek riskli gebelik, geçirilmiş TDA öyküsü, olumsuz doğum deneyimi duyumları, gebelikleri boyunca aldıkları profesyonel desteklerin beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda olmaması olarak sınıflandırılmıştır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; O'Connell ve ark, 2017; Yıldız, 2017; Stankovic, 2017; Elmir ve ark, 2010; Laursen ve ark, 2009) Travmatik doğum algısı, sağlık profesyonelleri tarafından potansiyel risk faktörlerinin bilinmesi ve kadının öznel deneyiminin anlaşılması ve desteklenmesi ile önlenabilir (Boorman ve ark, 2014). Riskli durumlarla mücadele etmek ebeler içinde zorlu bir süreç oluşturmaktadır. Ebeler için mesleki ve insanı sorumlulukları yerine getirmek ve mesleki doyumu sağlamak için EDT gibi sık rastlanan bir durum hakkında ne yapabileceğimizi bilmek önemlidir. Riskli durumlar hakkında bilgi ve deneyimi olan ebeler bu zorlu süreci gebelerle beraber daha planlı, kolay ve travmasız olarak tamamlamaktadır. Gebelerinde bu eşsiz süreci travma olarak nitelendirmemesi için fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlanılabilen en yüksek iyilik haliyle tamamlanması gerekmektedir. Bu ancak sağlık profesyonelleri tarafından bilgi birikim donanımı yüksek bir bakım planı ve tedavi sağlanabilir. Çalışmamızda EDT ve TDA için risk faktörlerinin ve belirtilerinin neler olduğu aktarılmıştır.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Travmatik doğum algısına neden olan prepartum faktörler incelendiğinde yüksek riskli gebelik faktörü ile karşılaşılır. EDT yaşayan gebelerin bu özel süreci yüksek risk ile geçirdikleri bilinmektedir. Literatürde EDT yaşayan gebelerin travmatik algı düzeylerine dair bir çalışma mevcut değildir. Bu çalışma sonucunda, Erken doğum tehlikesi tanısı alan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi ile normal sağlıklı bir gebelik süreci geçiren gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri karşılaştırıldı. Bu çalışma travmatik doğum algısı konusunda literatüre katkı sağlayacak ve aynı zamanda erken doğum tehdidi konusunda bilgi düzeyini artırılacağı düşünülmektedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Erken doğum tehditi tanısı alan ve normal gebelik süreci geçiren gebelerin travmatik doğum algıları ne düzeydedir?
2. Erken doğum tehditi tanısı alan ve normal gebelik süreci geçiren gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre travmatik doğum algılamaları ne düzeydedir?

3. Erken doğum tehditi tanısı alan ve normal gebelik süreci geçiren gebelerin obstetrik özelliklerine göre travmatik doğum algılamaları ne düzeydedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK

Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftadır (Taşkın, 2016). Gebelik doğal bir olaydır ve gebede önemli biyolojik, fizyolojik ve psikolojik farklılıklara neden olur. Döllenmeden hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu farklılıklar, hem gebenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli değişiklikleri sağlamak için oluşur (Mermer ve ark, 2010). Gebelikte meydana gelen nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler kadın hayatının diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok sebeple karşılaşma riskinin fazla olduğu bir süreçtir ve sıklıkla endişe ve depresyonla sonuçlanmaktadır.(Yıldız, H . 2011)

Sağlıklı bir gebelik, tahmin edilebilir bir riskin olmaması şu anda veya geçmişte gebelik risk bulunmaması, önemli maternal hastalığın olmaması, öncesinde maternal mortalite veya morbidite öyküsünün olmaması ve fetal büyümenin yeterli olması şeklinde tanımlanır . Gebeliklerin tümü risk faktörü varlığı ya da ileride oluşup oluşmayacağı yönünden değerlendirilmelidir. Bazı kadınlarda gebeliğin başında, yüksek risk gebe olarak tanımlanmalarına neden olan diyabet ya da erken doğum öyküsü gibi risk faktörleri mevcuttur(Aydemir ve Hazar , 2014).

2.2. ERKEN DOĞUM TEHDİDİ TANIMI

Erken Doğum Tehdidi, 20-37. haftasında olan gebelerde düzenli uterin kontraksiyon varlığı veya bu haftalarda meydana gelen düzenli uterin kontraksiyonlara servikal efesman ve dilatasyonun eşlik etmesi ile karakterize bir durumdur (Luechathananon ve ark, 2021; Ville ve Rozenberg, 2018; ACOG, 2012; Blencowe ve ark, 2012; Kamalak ve ark, 2011) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) EDT'yi, gebelik haftasına göre sınıflandırmaktadır. Doğum eyleminin:

- (32-37. hafta) orta ve geç,
- (28-32. hafta) erken ve,
- (28. hafta) aşırı erken (WHO, 2018) olarak değerlendirmektedir.

2.3. ERKEN DOĞUM TEHDİDİNİN TANILANMASI

Elektrohisterogram ile uterus miyoelektrik aktivitesinin yüzey kaydı, geleneksel yüzey basıncı kayıtlarından daha iyi bir uterin dinamik izleme tekniği olarak ortaya çıkmıştır ve erken doğum tehdidini tahmini hakkında bilgi sağlamaktadır. Endovajinal ultrasonografide erken doğum riskini tahmin etmede umut vadeden bir yöntemdir (Garcia-Casado, 2018).

Erken doğumun belirleyicisi olabilecek birincil şikayetleri incelendiğinde kadınların %70'inde kasılmalar, %59'unda sulu akıntı, 33'ünde kanlı akıntı ve 16'sında karın ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Erken doğum tehdidinde tanısallık doğruluğu arttırmanın diğer yolları, servikal uzunluğun transvajinal sonografik ölçümünü ve servikovajinal sıvıda fetal fibronektin testini bakılmasını içermektedir. Bu testlerin her ikisi de yanlış pozitif erken doğum tehdidi teşhisi olasılığını azaltarak tanının doğruluğunu arttırmaktadır. Ancak transabdominal sonografinin servikal uzunluk ölçümü için tekrarlanabilirliği zayıftır. Servikal uzunluk ve fibronektin testlerinin birlikte kullanımında, fibronektin testi pozitif olduğunda ve sonografik servikal uzunluk 30 mm'den az olduğunda erken doğum riski çok yüksek olduğu düşünülmelidir (Çetinkaya ve ark, 2015; Sotiriadis ve ark, 2010).

Transvajinal ultrason muayenesi ile ölçülen servikal uzunluğun erken doğum riskini en iyi şekilde tanımladığı bilinmektedir. Erken tarama tokolizin etkinliğini artırırken iyatrojenikliği ve maliyeti azaltmaktadır (Villa ve Rozenberg, 2018). Fibronektin testinin desidua ve amniyotik membranlar arasında normal olarak yapıştırıcı görevi gören bir glikoprotein olan fetal fibronektin, 22 ve 36. gebelik haftaları arasında servikovajinal sekresyonlardaki konsantrasyonu ≥ 50 ng/mL olduğunda pozitif olarak değerlendirilmektedir (Faron ve ark, 2020).

2.4. ERKEN DOĞUM TEHDİDİNİN RİSK FAKTÖRLERİ

Erken doğum tehdidinin oluşmasında birçok risk faktörü yer almaktadır. Litaretürde bunlar:

- Sigara, alkol ve madde bağımlılığı
- Anemi
- Müllerian kanal ve uterin anormali
- Kronik hipertansiyon ve akciğer hastalığı öyküsü
- Geçirilmiş erken doğum, erken doğum tehdidi ve düşük öyküsü
- Hamilelik sırasında proteinüri, diş problemi, preeklampsi, enfeksiyon, polihidroamnios, erken membran rüptürü tanısı alma

- Yaş>30 yıl
- Siyah etnik köken
- Hamilelik sırasında çalışma
- Düşük vücut kitle indeksi ve zayıflık
- Prenatal kontrolün yapılamaması
- Servikal uzunluğun kısalması
- Plansız gebelik
- Genito üriner sistem enfeksiyonu,
- Sosyal destek yetersizliği, depresyon ve kaygı olarak bildirilmektedir (Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016; Roozbeh ve ark, 2016; Matheus ve ark, 2016; Şen ve Şirin, 2013; Kamalak ve ark, 2011).

2.5. ERKEN DOĞUM TEHDİDİNİN SIKLIĞI

Erken doğum tehdidi sıklığı toplumdan toplama fark etmektedir. Avrupa ülkelerinde yaklaşık %5 iken Afrika'da %18'e kadar değişmektedir. Erken doğmuş bebeklerin %60'ından fazlası Güney Asya ve Sahra altı Afrika'da doğmuştur. ABD ise en fazla erken doğum yapan on ülke arasında yer alıyor.

DSÖ verilerine göre tüm dünyada her 10 bebekten 1'inden fazlası erken doğmaktadır. Erken doğum komplikasyonları nedeniyle her yıl 1 milyondan fazla çocuk ölmektedir. Hayatta kalanların çoğu bir ömür boyu öğrenme güçlüğü ve görsel-işitme engeli ile yaşamaktadır (WHO, 2018).

2.6. ERKEN DOĞUM TEHDİDİNİN TEDAVİSİ

Erken doğumu tehdidinde tedavinin amacı, maternal ve fetal riskleri en aza indirirken, prematürelliğe bağlı neonatal mortalite ve morbidite insidansını azaltmak için gebeliğin yeterince uzun sürmesini sağlamaktır (Grobman ve ark, 2013). EDT'nin tedavisinde literatürde yeterli bilgi mevcut değildir. Bugüne kadar, erken doğumu doğru bir şekilde tahmin etmek için tek bir test veya değerlendirme yöntemi geliştirilememiştir. Yalnızca erken doğum insidansını azaltmaya yönelik tedbir ve tedaviler mevcuttur (Nour, 2012). Yaklaşık her 10 kadından 3'ü için, erken doğum tehdidi kendi kendine durur. Durmaz ise, doğumu geciktirmeye çalışmak için tedaviler verilebilir (ACOG, 2019). Bu tedavilerde yatak istirahati, sedasyon, hidrasyon ve tokolitik ajanlar olarak sınıflandırılır ve doğumu önlenmesi amaçlanır (Nour, 2012).

2.6.1. Yatak İstirahati

Doğum öncesi yatak istirahati, erken doğum tehdidinde tedavinin temel dayanağı olmuştur. Etkinliğine dair kanıt olmamasına rağmen, son 30 yılda Amerika Birleşik Devletleri'nde erken doğumu önlemek için her yıl yaklaşık 1 milyon kadına yatak istirahati tedavisi uygulanmaktadır. Aslında, yatak istirahatinin kadınlar ve bebekleri arasında çeşitli olumsuz fizyolojik ve psikolojik yan etkilere neden olduğuna dair artan kanıtlar vardır (Maloni, 2010). Erken doğum riski olan kadınlar için yatak istirahati kan pıhtısı, kemik zayıflaması ve kas gücü kaybı riskini artırabileceği için önermemektedir (ACOG, 2019). Servikal uzunluğu kısa olan kadınlarda ise yatak istirahati konusunda fikir çatışmaları mevcuttur (Grobman ve ark, 2013).

2.6.2. Tokolitik Ajanlar

Doğumu geciktirmek için kullanılır. Bu gecikme ayrıca preterm bebekler için özel bakıma sahip bir hastaneye transfer için zaman tanıyabilir (ACOG, 2019). Tokoliz 34 haftanın altına serviks uzunluğunun ölçümü yapılarak tokoliz ihtiyacı olanlar belirlenmelidir. Yükleme tokoliz yapılan gebelere idame tokolizin etkinliği olmadığı tespit edilmiştir. Tokolizin maternal ve fetal olumsuz etkileri olduğu için tercih edilmemesi gerektiği düşünülmektedir (Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016; Roozbeh ve ark, 2016).

2.6.3. Sedasyon

Erken doğum tehdidi olan gebelerde sedasyon uygulanması gebenin yaşadığı anormal duruma tepki olarak oluşan kaygı ve korkusunun azaltılmasında etkili olabilir fakat yenidoğanda oluşabilecek solunum depresyonu riskine karşı dikkatli olunmalıdır (Sevil ve Ertem, 2016).

2.6.4. Hidrasyon

Erken doğum tehdidi sağlık sorunlarına neden olabilir ve bebekler için hayati tehlike oluşturabilir. Erken doğum yapan kadınların dolaşımlarında genellikle daha düşük miktarlarda sıvı bulunduğundan, bazen kadınların intra venöz sıvı alması sağlanır. Fazla sıvının bir şekilde kasılmaları yavaşlatabileceği umulmaktadır. Bununla birlikte, erken doğumu önlemeye yardımcı olmak için hidrasyon kullanımının, yararı olduğuna dair bir kanıt bulunamamıştır (Stan ve ark, 2013).

2.7. ERKEN DOĞUM TEHDİDİNİN ANNE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebeliklerinde kadınların %27.9 psikolojik sorun yaşamıştır (Karaçam ve Ançel, 2009). Hastanede yatak istirahati ile tedavi edilmesi planlanan gebelerin fizyolojik ve psikolojik sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Oskay ve Coşkun, 2012; Pamuk ve Arslan, 2009). EDT doğum ile sonuçlanması gerektiği durumlarda, birçok riskli durumdan meydana gelme ihtimali olan bir sorun olduğu için, sezeryan endikasyonu olarak kabul edilir ve anne sağlığını bu yönden de olumsuz etkilemektedir (Leal ve ark, 2016).

2.7.1. Fizyolojik Etkileri

EDT tanısı alan gebelere kanıtlanmış bir faydası olmamasına rağmen yatak istirahati tedavi olarak çok fazla tercih edilmektedir. Bu durum gebelerde kas gücü kaybı, kas ağrısı, hareket zorluğu, kilo kaybı, özofajial reflü, kasık-kalça-sırt-pelvis-baş ağrısı, konstipasyona neden olmaktadır (Sciscione, 2010; Pamuk ve Arslan, 2009). Yapılan bir çalışmada hastanede tedavi edilen gebelerin ilaç ve diğer uygulamalar için ebelerin, gebeye müdahale ettikleri süreçte gebenin uyku verimliliğinin azalmasına ve uyku düzenin bozulmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Gallo ve Lee, 2008). Doğumdan sonra erken doğum tehdidinin bazı fizyolojik etkileri devam etmektedir. Annelerin merdiven çıkarken güçlük çekmesine ve yürürken desteğe ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır (Sciscione, 2010).

2.7.2. Psikolojik Etkileri

Gebelerin EDT tedavisi için hastaneye yatırılması ev ortamından ve ailelerinden ayrı kaldıkları için hastane stresörü oluşturmaktadır (Jonighorban ve ark, 2018). Ayrıca hastaneye yatışla şiddetlenen stresörler arasında fetüsle ilgili endişeler, kayıp duygusu, hapsedilmişlik ve tutsak olma duygusu, can sıkıntısı, depresyon ve yalnızlık duyguları ve eşleriyle ilişkileri üzerindeki olumsuz etkiler yer almaktadır (Pohlmann ve ark, 2016). Depresyon ve EDT arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda kanıt mevcuttur; ancak ilişkinin nedenleri net değildir. Fetüs sağlığını tehdit eden stresin ise gebelerin EDT yaşama ihtimallerini iki kat arttırdığı tespit edilmiştir. Gebelik haftası ile stres düzeyi ters orantılıdır (Pohlmann ve ark, 2016; Christiaens ve ark, 2015; Ruiz ve ark, 2015). Gebelerde kontrol kaybı hissinin oluştuğu ve psikolojilerini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (Sciscione, 2010). Postpartum dönemde de geçirilen bu zorlu sürecin psikolojik etkileri devam etmektedir (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Fenech ve Thomson, 2014).

2.8. ERKEN DOĞUMUN YENİDOĞAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

EDT önlenemediği durumlarda doğum gerçekleşir ve prematüre yenidoğanda birtakım sorunlar oluşur. Mortalite riskinin fazla olmasına ek olarak, bazı hayatta kalanlar arasında erken doğumun etkisi yaşam boyunca devam edebilir, serebral palsi, hiperbilirubinemi, bronkopulmoner displazi, respiratuar distres sendromu, işitme kaybı, öğrenme bozukluğu ve görme bozuklukları riskini artırarak nörogelişimsel işleyişi bozmaktadır (Blencowe ve ark, 2013; Butali ve ark, 2016; Mwaniki ve ark, 2012; Greenough, 2012; Woythaler ve ark, 2011; McGowan ve ark, 2011)

Prematüre doğan bebeklerin hastane bakımına ve beslenme desteğine ihtiyacı vardır. Erken dönemde taburcu olsalar bile enfeksiyon, sarılık, solunum sıkıntısı ve beslenme sorunu gibi nedenlerden tekrar hastane desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Ahumado-Barrios ve Alvarado, 2016; Greenough, 2012). Ülkemizde yapılan bir araştırmada EDT geçiren annelerin bebekleri incelendiğinde ölüm nedeni olarak karşımıza birinci sırada prematürite çıkmaktadır (Çoban ve ark, 2013).

2.9. ERKEN DOĞUM TEHDİDİNDE EBELİK BAKIMI

Ebelik bakımı kadınlara gebelik öncesinde sağlanması gerekmektedir. Gebelik öncesi bakımın EDT için risk faktörlerinin belirlenmesi gelecekteki EDT'yi önleyebilir. Önceki EDT, gelecekteki EDT için en güçlü risk faktörü olduğundan, bu bilgiyi hasta öyküsünde ortaya çıkarmak önemlidir. Bununla birlikte, hamilelikten önce kronik hastalıkları ve davranışsal sorunları (sigara ve madde kötüye kullanımı dahil) belirlemek ve ele almak çok önemlidir. Örneğin fetal alkol sendromunu önlemek için alkolü ya da birçok hastalığın oluşmasına neden olan sigarayı bırakma konusunda eğitimler düzenlenip destek sağlanmalıdır (Nour, 2012)

Yüksek riskli gebelerin uzun süreli hastanede kalması, gebeliğe uyumu bozar. Bu hastalar hastaneye yatış sırasında özel ihtiyaçlar geliştirirler (Kent ve ark, 2015). Gebelik döneminde verilen ebelik bakımı gebeliğe gebelik sonrası sürece uyumu kolaylaştırırken (Serçekuş ve Mete, 2010) gebelikte oluşabilecek enfeksiyon ve riskleri erken dönemde tespit etmemizi sağlar (Chang ve ark, 2013). EDT tanısı almış gebeler ve aileleriyle bire bir temas halinde olan ebeler WHO tarafından 2018'te yayınlanan erken doğum sonuçlarını iyileştirmek için müdahaleler hakkında öneriler yayınında ebelerin gebe ve yenidoğanın sağlığının

korunması ve iyileştirilmesinde görevli sağlık profesyonellerinden biri olduğunu söylemektedir (WHO, 2018).

Doğum öncesi bakımın amacı, anne için minimum riskle sağlıklı bir bebeğin doğumunu sağlamaktır, bakımın içeriği ve yapısı ise, erken doğum riskinin değerlendirmesini içermelidir (Lockwood ve Magriples, 2020). Hem hamilelikten önce hem de birinci ve ikinci trimesterde erken doğum tehdidi riski yüksek olan kadınların belirlenmesi için geliştirilmiş yöntemlere ihtiyaç vardır. Erken doğum tehdidinin bilinen belirteçleri (örn., önceki bir erken doğum, etnik köken, kısa serviks ve biyokimyasal ve biyofiziksel belirteçler) ve potansiyel yeni belirteçlerin (örn. genetik belirteçler) kombinasyonları, bireyselleştirilmiş bir birleşik değerlendirmenin oluşturulmasına izin vermek için çalışılmalıdır. EDT için riskli gebeler belirlendikten sonra oluşabilecek semptomlar ve ne gibi durumlarda hastaneye başvurmaları gerektiği hakkında ebeler ve yakınlarına eğitim verilmelidir. Risk altındaki annelerin belirlenmesi, gerekli eğitimler ve doğum öncesi bakımın iyileştirilmesi gibi faaliyetlerin uygulanması erken doğum oranlarını azaltabilir (Amini ve ark, 2017)

EDT riskli bir durum olduğu için ebeler için bakım konusunda oldukça profesyonel davranılmalıdır. Oluşabilecek fizyolojik sorunların yanı sıra psikolojik sorunlara yönelikte gebe ve ailesine, kadın ve aile merkezli bakım sağlanmalıdır. Yapılan araştırmalarda psikolojik destek neticesinde stresle baş etmesi sağlanan gebelerin erken doğum oranları azalmıştır (Atiya, 2016; Hoffman ve ark, 2016; Chuang ve ark, 2012; Jallo ve ark, 2017; McDonald ve ark, 2014). Stresle baş etme yolu olarak solunum ve gevşeme egzersizlerinin etkili olduğu bilinmektedir (Chuang ve ark, 2012; Arıöz ve Ege, 2017). Gevşeme egzersizi kaygı, algılanan stres ve tükürük kortizol düzeylerini azaltarak gevşeme düzeyini arttırmaktadır. Müzik ile terapi yönteminde ağrı ve kaygıyı azalttığı içi tercih edilebilir (Chuang ve ark, 2012). EDT durdurlamadığı ve doğumun gerçekleştiği durumlarda maternal kaygıyı azalttığı ve anne-bebek ilişkisinin olumlu katkı sağladığı için müzik terapi tercih edilmelidir (Lai ve Chen, 2006). EDT teşhis edildikten sonra doğum eylemini durdurulabilecek ve durdurulamayacak gebe ve fetüsleri belirlenmeli sonrasında fetal sağlık değerlendirilmelidir (Chuang ve ark, 2012).

Sonuç olarak ebeler profesyonel sağlık personeli olduğu için EDT gibi riskli bir durumla karşılaştıklarında gebeye ve ailesine destek olmalıdır. Gebeye sol lateral pozisyon verme, yatak istirahatinin riskli boyuta ulaşmasını engelleme, fetüsü ve kontraksiyonları NST

ile takip etme, yaşam bulguların kontrol edip normal değerlerde tutma, ilaç uygulama ve olası yan etkileri takip etme, müzik terapi, solunum ve gevşeme egzersizleri ile gebeyi rahatlatma , aile ve gebenin bilgi düzeyini ve eğitim ihtiyaçları olan konuları belirleyerek eğitim verip fizyolojik ve psikolojik iyilik halini sağlama gibi durumlar göz önünde bulundurularak ebeler bakımını sağlanıp sürdürülmelidir.

2.10. TRAVMA

Travma ruh biliminde sarsıntı anlamına gelmektedir. Tıp alanında ise dışarıdan bir güçle bütün olan doku veya organların zarar görmesi anlamına gelmektedir (TDK, 2021). Travma birincil ve ikincil olarak iki kola ayrılmaktadır. Birincil travmada kişiler direk acı verici travmatik durumu yaşarken, ikincil travmada çeşitli zorluklardaki kişilerin travmatik durumu yaşadıkları süreçlerini bilerek veya şahitlik ederek yaşamaktadırlar. İkincil travmaya vekaleten travmatizasyonda denilmektedir (Pak ve ark, 2017). Doğumda travma psikolojik olarakta fizyolojik olarakta karşımıza çıkabilir ve doğumda travma oluşmaması için doktorlar, ebeler, psikologlar, psikiyatristler ve sosyal hizmet uzmanları dahil olmak üzere sağlık profesyonellerinin gebelere destek sağlamaları gerekmektedir (Anderson, 2017; Yıldız ve ark, 2017; Elmir ve ark, 2010).

2.11. TRAVMATİK DOĞUM ALGISI

Doğum travması, dünya çapında tüm çocuk doğuran kadınlar için uluslararası bir endişe kaynağıdır (Anderson, 2017). Kadınların sağlığını ve refahını etkileyen yaygın bir sorundur ve sezaryen istemek için yaygın bir nedendir. Hamile olmak ve doğum yapmak, bir geçiş aşaması veya çocuk doğuran kadınların geçmesi gereken varoluşsal bir eşik olarak tanımlanmaktadır (Nilson, 2018).

Doğum, her kadın için çok yönlü ve benzersiz, birçok boyutu olan bir deneyimdir. Kadınların hamilelik ve doğumla ilgili beklentileri ve deneyimleri hem olumlu hem de olumsuz nitelikte olup, sevinç ve inanç duygularının yanı sıra endişe, kaygı ve korku da içerir (Nilsson ve ark, 2018). Bu korkuya tokofobi denilmektedir. Tokofobi, şiddetli hamilelik ve doğum korkusu olarak tanımlanır. Tokofobinin anne ve bebek üzerinde kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri olabileceği bilinmektedir ve tokofobi yaşayan gebelerin travmatik doğum algısı oluşması muhtemeldir (O'Connellve ark, 2017). Travmatik doğum algısını oluşmaması için

sağlık profesyonelleri, kadınların karar alma süreçlerine dahil olma ve kontrol duygularını artırmak için doğum ve doğumlarının tüm yönleri hakkında tam olarak bilgilendirilme ihtiyacını kabul etmelidir (Stankovic, 2017; Elmir ve ark, 2010). Ayrıca kadınların beklentilerine yönelik bakım verip doğumdan hemen sonra anne bebek bağlanması ve emzirme konusunda destek olunmalıdır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017).

Travmatik doğum algısı, annelerin postpartum dönemde anneleri emzirme konusunda ısrarcı olmaya itebilirken, kadınların emzirme girişimlerini kısıtlayan üzücü engellere yol açabilmektedir (Beck ve Watson, 2008). Travmatik doğum algısı potansiyel risk faktörlerinin bilinmesi ve kadının öznel deneyiminin anlaşılması ve desteklenmesi ile önlenabilir (Janighorban ve ark, 2018; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Gündücü ve ark, 2013).

2.12. TRAVMATİK DOĞUM ALGISI PREVELANSI

Ülkemizde yapılan bir çalışmada yüksek travmatik doğum algısı olan kadınların oranı %23.6 olarak tespit edilmiştir (Aktaş, 2018). Boorman ve arkadaşlarının fiziksel ve psikolojik travmayı ölçmek için geliştirdikleri DSM-IV A1 (tehdit) ve A2 (yoğun duygusal tepki) kriterlerine göre travmatik doğum algısı %14.3 olarak tespit edilmişti A2 kriterleri değerlendirilmediğinde travmatik doğum algısı %29.4'e yükselmiştir (Boorman ve ark, 2015). Yapılan başka bir çalışmada travmatik doğum algısının %54,5 diğerinde %9 bir diğerinde %34 bulunduğu tespit edilmiştir. Birçok çalışma incelendiğinde travmatik doğum algısının ortalama prevalansı %20 ile %30 arasında değişmektedir (Yalnız ve ark, 2017; Modarres ve ark, 2012; Beck ve Watson, 2010).

2.13. TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Travmatik doğum algısı kadının yaşamı boyunca herhangi bir dönemde meydana gelebilir. Bu algıya sebep olan sosyo-demografik ve dönemsel birçok faktör mevcuttur.

2.13.1. Sosyo-Demografik Faktörler

Gebelerin düşük eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal ağ eksikliği, genç-ileri yaş ve işsizlik, sigara içme ve düşük sağlık travmatik doğum algısına neden olmaktadır (Çiçek ve Mete, 2015; Størksen ve ark, 2015; Laursen ve ark, 2008). Parite, gebelik yaşı, obstetrik öykü

ve tercih edilen doğum şeklide travmatik doğum algısı değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdir (İşbir ve ark, 2016; Fenech ve Thomson, 2014; Elmir ve ark, 2010).

2.13.2. Prepartum Döneme İlişkin Faktörler

Gebelikte kadında tokofobi oluşması, yüksek riskli gebelik, geçirilmiş TDA öyküsü, olumsuz doyum deneyimi duyuları, gebelikleri boyunca aldıkları profesyonel desteklerin beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda olmadığı durumlarda travmatik doğum algısı oluşabilmektedir (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; O'Connellve ark, 2017; Yıldız, 2017; Stankovic, 2017; Laursen ve ark, 2009; Elmir ve ark, 2010).

Normal doğum yapması planlanan gebelerin sezaryen doğum yapması planlanan gebelere göre daha yüksek travmatik doğum algısı olduğu tespit edilmiştir (Aktaş, 2018). Planlanan gebelik türüne göre normal doğum travmatik doğum algısı oluşturmuş olsa da doğum yapan kadınlar arasında sezaryen geçirmiş kadınların travmatik doğum algısı daha yüksektir (Rouhe ve ark, 2009). Yapılan bir araştırmaya göre prepartum dönemde dört faktör (kişisel beklentiler, ebeden alınan desteğin düzeyi, ebe- gebe ilişkisinin kalitesi ve karar verme sürecine katılım) o kadar önemli görünmektedir ki, yaş, sosyoekonomik durum, etnik köken, doğum hazırlığı, doğuma hazırlık gibi faktörlerin etkilerini geçersiz kılmaktadır (Hodnett, 2002).

2.13.3. İntrapartum Döneme İlişkin Faktörler

Gebelikte doğum anından beklentisi yüksek olan gebelerin doğum sırasında üriner kateterizasyon, doğumda daha az destek ve kontrol kaybı, hastane bakımından memnuniyetin düşük olması ve bu süreçte bakım veren kişilerin eylemleri ve etkileşimleri, kadınların doğum sırasındaki travma deneyimlerini etkileyebilir. Bakım veren sağlık profesyonellerinde, kişiler arası doğum travmasını en aza indirmek için eğitim verilmelidir (Reed ve ark, 2017; İşbir ve ark, 2016). Bu dönemde annelerin ebelerden en büyük beklentisi empatidir ve empati sağlanamadığı durumlarda da travmatik doğum algısı gelişmektedir (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2016).

Doğumda lavman, tıraş, rutin vajinal irrigasyon, erken amniyotomi, fundal

basınç ve epizyotomi, kadınların doğumu travmatik olarak algılamalarına neden olmaktadır. Obstetrik müdahale sonrası bakım yetersizliği de TDA oluşmasına neden olmaktadır (Aktaş ve Aydın, 2018; Berghella ve ark, 2008).

2.13.4. Postpartum Döneme İlişkin Faktörler

Doğumdan sonra ebe ile bağlantı kurma, doğum deneyimleri hakkında konuşma duygularını doğrulama ihtiyacı hissederler. Bunların yanı sıra sosyal destek azlığı postpartum dönemde travmaya neden olmaktadır. İntrapartum dönemi travmatik olarak geçiren anneler de postpartum dönemde parçalanmış anne-bebek ve eş ilişkisi görülmesi, benlik ve aile ideallerini kaybedeceklerini hissederler. Travmanın postpartum dönemde devam ettiğini göstermektedir (Fenech ve Thomson, 2014). Postpartum dönemde yapılan bir araştırmada sezaryen ya da normal doğum yapmış olan kadınlar arasında travma konusunda fark bulunamamıştır (Güdücü ve ark, 2013).

2.13.5. Diğer Faktörler

Travmatik doğum algısı oluşturan diğer faktörler öz yeterliliğin eksikliği, yetersiz eş desteği, düşük sosyal destek, düşük benlik saygısı, çocukluk çağından yaşanmış istismar ve post travmatik stres bozukluğu olarak belirtilmiştir (Çiçek ve Mete, 2015). Yaşadıkları travma bireylerin gelecek nesilleri duyu ve algılarını etkiledikleri tespit edilmiştir. Travmanın kalıtsal yönü olduğu bilinmektedir. (Yehuda ve ark, 2016; Dias ve Ressler, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, üçüncü trimestirde erken doğum tehditi tanısı alan gebelerle sağlıklı bir süreç yaşayan gebelerin travmatik doğum algılarının karşılaştırılması amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve karşılaştırmalı türde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Amasya il merkezinde bulunan Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Kadın Doğum Polikliniğinde 05.02.2021 ve 10.08.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Kadın Doğum Polikliniğine başvuran ve üçüncü trimestirda olan gebeler oluşturmaktadır. Aktaş (2018)'ın çalışması göz önüne alındığında, araştırmanın örnekleme G Power analizinde %95 güven aralığı ve hata payı %5 ve $\alpha:0.80$ ile evreni temsil gücüne sahip üçüncü trimestirdaki erken doğum tehditi almış 75 gebe ile normal gebelik geçiren 75 gebe olmak üzere 150 gebe olarak belirlenmiştir. Araştırma olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak, 05.02.2021 ve 10.08.2021 tarihleri arasında Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Kadın Doğum Polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olan 156 gebe kadın ile yürütülmüştür.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2)

Form araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak (Ghanbari-Homayi ve ark, 2019; Aktaş, 2018; Güleç ve ark 2014; Rouhe ve ark 2013) hazırlanmıştır. Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini belirleyen form 17 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler içinde; gebe kadının yaşı, öğrenim ve çalışma durumu yer almaktadır. Obstetrik özellikler içinde; gebelik haftası, gebelik sayısı ve şuanki gebeliğine özgü sorular yer almaktadır.

3.4.2 Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) (Ek 3)

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ); 2016'da Yalnız ve arkadaşları (2016) tarafından, kadınların doğum eylemini travmatik olarak algılama düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Bu ölçek, doğum eyleminin, bazı bireylerde normalden uzaklaşıp travmatik hale gelmesi nedeniyle 15-49 izlemlerinde, prekonsepsiyon döneminde, prenatal ve postpartum izlemler sırasında ya da doğumhane ve obstetrik servislerinde, hassas bireylerin tespit edilmesi amacıyla kullanılabilir. TDAÖ'nün güvenilirliğini belirlemek için yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.895 olarak bulunmuştur. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır ve ölçek minimum puanı 0, maksimum puanı 130'dır. Sıfırdan ona doğru olan derecelendirme ölçeği, ölçek toplam puan ortalamaları; 0-26 puan aralığı çok düşük, 27- 52 puan aralığı “düşük”, 53-78 puan aralığı “orta”, 79-104 puan aralığı “yüksek”, 105-130 puan aralığı “çok yüksek” travmatik doğum algısı düzeyi olduğunu göstermektedir. Araştırmamız için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.900 bulunmuştur.

3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Tanımlayıcı olarak tasarlanan bu araştırma, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Kadın Doğum Polikliniğine başvuran ve üçüncü trimestırda olan gebelerle yapılmıştır. Araştırmada veriler toplanmaya başlanmadan önce gebelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatıldıktan sonra “ Tanıtıcı Bilgi Formu” yüz yüze görüşme yöntemiyle

araştırmacı tarafından doldurulmuş, TDAÖ ise gebelere verilerek, kendilerinin doldurması sağlanmıştır. Araştırmada veri toplama formlarının doldurulma süresi 10-15 dakika sürmüştür. Gebelere hastanenin uygulama protokolleri dışında, herhangi bir girişim ya da analiz yapılmamıştır.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1. Araştırmaya katılmayı kabul eden,
2. 18 yaş üzerinde olan,
3. En az okuryazar olan,
4. Gebeliğinin 3.trimesterde olan,
5. Yazılı/sözlü iletişim kurabilen,
6. Erken doğum tanısı alan ve normal gebelik geçiren gebeler araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.7.ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

1. Çoğul gebeliği olanlar
2. Psikolojik rahatsızlığı olan gebeler araştırmaya alınmamıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.8.1. Bağımlı Değişkenler

Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Ölçek (TDAÖ) puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu vb.) ve obstetrik özellikleri (gebelik haftası, yaşayan çocuk sayısı vb.) araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmada elde edilen veriler GOP İBMM izni kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sürekli değişkenler sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma olarak ifade edilmiştir. Bağımsız gruplarda farkın anlamlı olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Grup karşılaştırmaları tek yönlü varyans analizi ile yapılmış olup farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey testi kullanılmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Amasya İl Sağlık Müdürlüğünden İl Sağlık İzni (Ek 6), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u İzni (Ek 4) ve kullanılan ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğini yapan kişilerden gerekli izinler (Ek 7) alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak “sözel ve yazılı onam” alınmıştır (Ek 1). Katılımcılara kişisel bilgilerinin ve görüşme kayıtlarının gizli tutulacağı ve hiçbir şekilde paylaşılmayacağı açıklanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı bir ilişki olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Amasya il merkezinde bulunan Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniğine ve polikliniğine gelen normal gebelik yaşayan ve EDT tanısı alan, en az okur yazan olan, bilinci açık ve yazılı/sözlü iletişim kurabilen gebe kadınlar ile sınırlandırılmıştır.

4.BULGULAR

Üçüncü trimestirde erken doğum tehditi tanısı alan gebelerle sağlıklı bir süreç yaşayan gebelerin travmatik doğum algılarının karşılaştırılması amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=156)

Sosyo Demografik Özellikler	EDT Tanısı Alan		Normal Gebelik Yaşayan	
Yaş ortalaması ($\bar{x} \pm SS$)	27.38 $\pm$ 4.18		27.74 $\pm$ 5.20	
	n	%	n	%
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu	25	32.1	19	24.4
Ortaöğretim mezunu	38	48.7	42	53.8
Yüksekokul/Fakülte mezunu	15	19.2	17	21.8
Çalışma Durumu				
Çalışan	15	19.2	17	21.8
Çalışmayan	63	80.8	61	78.2
Gelir Durumu				
Geliri giderinden az	19	24.4	25	32.1
Geliri giderine eşit	53	67.9	46	59.0
Geliri giderinden fazla	6	7.7	7	9.0
Sosyal Güvence				
Var	72	92.3	76	97.4
Yok	6	7.7	2	2.6

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan gebelerin sosyo demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. EDT tanısı alan gebelerin yaş ortalaması 27.38 $\pm$ 4.18, gebeliğini sağlıklı bir şekilde sürdüren gebelerin yaş ortalaması ise 27.74 $\pm$ 5.20’dir. EDT tanısı alan gebelerin %48.7’si ortaöğretim mezunu, %19.2’sinin çalıştığı, %92.3’ünün sosyal güvencesi olduğu ve %37.9’unun gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Normal gebelik yaşayan gebelerin ise %53.8’i ortaöğretim mezunu, %21.8’inin çalıştığı, %97.4’ünün sosyal güvencesi olduğu ve %59.0’unun gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı(n=156)

Obstetrik Özellikler	EDT Tanısı Alan		Normal Gebelik Yaşayan	
Gebe Haftası (X ± SS)	32.42 ± 2.05		38.58 ± 0.96	
	n	%	n	%
Gebelik Sayısı				
1	22	28.2	16	20.5
2	27	34.6	30	38.5
3	18	23.1	12	15.4
4 ve daha fazla	11	14.1	20	25.6
Çocuk Sayısı				
0	28	35.9	18	23.1
1	27	34.6	33	42.3
2	16	20.5	13	16.7
3 ve daha fazla	7	9.0	14	17.9
Doğum Sayısı				
0	28	35.9	18	23.1
1	25	32.1	33	42.3
2	18	23.1	12	15.4
3 ve daha fazla	7	9.0	15	19.2

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. EDT tanısı alan gebelerin gebelik haftası 32.42 ± 2.05 iken normal gebelik yaşayan gebelerin ise 38.58 ± 0.96 ’dır. EDT tanısı alan gebelerin %34.6’sının gravidası 2, %32.1’nin paritesi 1 ve %35.9’nun yaşayan çocuk sayısı yoktur. Normal gebelik yaşayan gebelerin ise %38.5’inin gravidası 2, %42.3’ünün paritesi 1 ve %23.1’nin yaşayan çocuk sayısı yoktur.

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması (n=156)

Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması	EDT Tanısı Alan		Normal Gebelik Yaşayan	
	92.74 ± 28.20		38.24 ± 25.83	
	n	%	n	%
Çok Düşük	5	6.4	29	37.2
Düşük	3	3.8	27	34.6
Orta	6	7.7	17	21.8
Yüksek	33	42.3	3	3.8
Çok Yüksek	31	39.7	2	2.6
r	-,294**		-,352**	
p	,009		,002	

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. EDT grubundaki gebelerin; %42.3’inin travmatik doğum algısı puan ortalaması yüksek olarak belirlenmiştir. Normal gebelik yaşayan grupta ise; %37.2’sinin travmatik doğum algısı puan ortalaması çok düşük olarak bulunmuştur. Bağımsız gruplarda yapılan t testi ve korelasyon analizi sonuçlarına göre erken doğum tehlikesi olanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi (92.74±28.20) normal gebelik yaşayan gebelerde ise travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeylerinden (38.24±25.83) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalamasının Dağılımı(n=156)

	EDT Tanısı Alan		Normal Gebelik Yaşayan	
	Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması $\bar{x} \pm SS$	P	Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması $\bar{x} \pm SS$	P
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu	81.24±33.14	0,045*	31.63±25.27	0,438
Ortaöğretim mezunu	98.11±23.51		40.76±27.82	
Yüksekokul/fakülte mezunu	98.33±26.13		39.41±20.96	
Çalışma Durumu				
Çalışan	87.40±31.30	0,418	43.88±20.62	0,318
Çalışmayan	94.02±27.53		36.67±27.04	
Gelir Durumu				
Geliri giderinden az	86.47±35.26	0,538	39.32±33.24	0,724
Geliri giderine eşit	94.94±24.05		38.80±23.09	
Geliri giderinden fazla	93.17±39.43		30.71±8.46	
Sosyal Güvence				
Var	93.39±26.99	0,487	39.16±25.53	0,053
Yok	85.00±42.73		3.50±3.54	

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalamasının erken doğum tehlikesi olanlarda ve normal gebelik yaşayanlarda eğitim durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Erken doğum tehlikesi olan gebelerde travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p<0.05$), normal doğum grubunda travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Erken doğum tehlikesi olan gebelerde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; ortaöğretim ve yüksekokul/fakülte mezunu olanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi ilkökul mezunlarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Diğer bir ifade ile her iki

grupta da çalışan ve çalışmayanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyleri benzer bulunmuştur. Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi aylık gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Her iki grupta da farklı gelir düzeyine sahip kişilerin travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyleri benzer bulunmuştur. Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi sosyal güvence durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Her iki grupta da sosyal güvencesi olan ve olmayanların kişilerin travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyleri benzer bulunmuştur.



Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalamasının Dağılımı(n=156)

	EDT Tanısı Alan		Normal Gebelik Yaşayan	
	Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması $\bar{x} \pm SS$	p	Travmatik Doğum Algısı Puan Ortalaması $\bar{x} \pm SS$	p
Gebelik sayısı				
1	106.45±9.28	0,000	60.69±27.29	0,000
2	99.30±21.04		37.43±18.36	
3	90.06±28.28		40.58±20.59	
4 ve daha fazla	53.64±34.75		20.10±24.11	
Doğum sayısı				
0	108.89±10.58	0,000	61.39±25.86	0,000
1	96.00±19.81		35.12±17.38	
2	85.61±28.12		37.67±29.28	
3 ve daha fazla	34.86±23.88		17.80±18.29	
Çocuk sayısı				
0	108.89±10.58	0,000	61.39±25.86	0,000
1	97.26±19.59		35.12±17.38	
2	82.19±27.96		34.77±29.91	
3 ve daha fazla	34.86±23.88		19.07±18.28	

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre travmatik doğum algılarının dağılımı yer almaktadır. Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalaması gebelik sayına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; erken doğum tehdidi tanısı alan gebelerde gebelik sayısı arttıkça travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi artmaktadır. Normal gebelik yaşayan gebelerde ise tek gebeliği olan gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi 2, 3 ve 4 ve daha fazla gebeliği olanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı grupta 2 ve 3 çocuğu olan gebelerin travmatik doğum algısı puan

ortalaması düzeyi 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde travmatik doğum algısı puan ortalaması doğum sayına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; erken doğum tehlikesi olan grupta doğum sayısı arttıkça travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi artmaktadır. Normal gebelik yaşayan grupta, tek doğum yapanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi 2 ve 3. gebeliği olanlardan ve 4'den daha fazla gebeliği olanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı grupta 2 ve 3 çocuğu olanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde travmatik doğum algısı puan ortalaması çocuk sayına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; erken doğum tehlikesi olan grupta çocuk sayısı arttıkça travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi artmaktadır. Normal gebelik yaşayan gebelerde tek çocuğu olanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi 2 ve 3 çocuğu olanlardan ve 4'den daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı grupta 2 ve 3 çocuğu olanların travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik ve doğum eylemi doğal bir süreçtir. Ancak hem gebelik hem de doğum eyleminin gebe kadın üzerinde birçok fiziksel, hormonal ve psikososyal etkisi bulunmaktadır. Kadının, gebelik ve doğum eylemini olumsuz algılaması mevcut sağlık durumu ve gebelik sırasında ortaya çıkan risklerle ilişkilidir. Risklerin derecesine ve gebe kadının gebelikten ne ölçüde etkilendiğine bağlı olarak doğum öncesi dönemde ve doğumda çeşitli kaygı ve korku düzeyleri gelişebilir. Gebelik sırasında ortaya çıkan önceden var olan riskler ve komplikasyonlar kaygı ve korkunun artmasına neden olmaktadır. Travmatik doğum algısı, gebenin yaşadığı kaygı ve korku düzeyindeki artışa paralel olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu araştırmada EDT yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalaması 92.74 ± 28.20 iken normal gebelik yaşayan kadınların TDAÖ puan ortalaması 38.24 ± 25.83 olarak belirlenmiştir. Aktaş'ın (2018) multigravidaların travmatik doğum algısını incelediği bir çalışmada, gebelik haftası 30.45 ± 7.71 olan 161 kadının TDAÖ puanı 70.57 ± 21.89 olduğu bulunmuştur. Aktaş'ın (2018) bu çalışmasında TDAÖ puanları çok düşük (%1.9), düşük (%28.6), orta (%39.1) ve yüksek (%23.6) düzey olarak 4 alt başlığa ayrıldığı görülmüştür (Aktaş, 2018). Ölçeğin orijinalinde ve yapılan bu araştırmada, bu durum değişiklik göstermekle birlikte 5 alt grup altında incelenmiştir (Yalnız ve ark., 2016). Araştırmada EDT grubunda; çok düşük travmatik doğum algısı olanların oranı %6.4, düşük travmatik doğum algısı olanların oranı %3.8, orta düzey travmatik doğum algısı olanların oranı %7.7 olarak belirlenmiştir. Yüksek travmatik doğum algısı olanların oranı %42.3 olup, çok yüksek travmatik doğum algısı olanların oranı %36.7'dir. Normal gebelik yaşayan grupta; çok düşük travmatik doğum algısı olanların oranı %37.2, düşük travmatik doğum algısı olanların oranı %34.6, orta düzey travmatik doğum algısı olanların oranı %21.8'dir. Yüksek travmatik doğum algısı olanların oranı %3.8 olup, çok yüksek travmatik doğum algısı olanların oranı %2.6'dır. Yapılan bir çalışmada travmatik doğum algıları “yüksek” ve “çok yüksek” olan kadınların oranının %33.8 olduğu, ölçek puan ortalamalarının 63.45 ± 28.116 olarak “orta” düzeyde olduğu bulunmuştur (Bay, 2019). Yılmaz ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada kadınların TDAÖ puan ortalaması 64.57 ± 31.48 olarak “orta” düzeyde olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark, 2021). Benzer şekilde başka bir çalışmada ise TDAÖ puan ortalaması 73.21 ± 28.34 olarak “orta” düzeyde travmatik doğum algısı olduğu belirlenmiştir (Şahin, 2020). Ghanbari-Homayi ve arkadaşlarının (2019) İran'da 800 primipara kadın ile yaptığı çalışmada kadınların %34'ünün doğumu travmatik olarak algıladıkları bulunmuştur. Kadınların %37'sinde “yüksek” oranda travmatik bir doğum algı

oluştugu sonucuna ulaşılmıştır (Ghanbari-Homayi ve ark, 2019). Yılmaz ve arkadaşlarının (2020) Postpartum 1-7. Günde travmatik doğum algısının anne bebek bağlanması üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada kadınların TDAÖ puan ortalaması 72.53 ± 23.95 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada EDT tanısı alan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi (92.74 ± 28.20) normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyinden (38.24 ± 25.83) anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0.05$). Literatürde EDT yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalaması ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılan çalışmalarda normal gebelik yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalaması incelenmiştir (Yılmaz ve ark, 2021; Bay, 2019; Aktaş, 2018). Bay ve Sayiner'in (2021) yaptığı çalışmada gebelikte sağlık sorunu yaşamak doğumu travma olarak algılamaya sebep olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bay ve Sayiner, 2021). Yapılan bu araştırmada EDT tanısı almış gebelerin, normal gebelik yaşayan gebelere göre TDAÖ puan ortalamalarının "yüksek" olmasının sebebi gebelerin EDT tanısı aldıkları için hastanede takip edilme ve tıbbi bakım alma gereksinimlerinin ortaya çıkması ile hastanede kalmaları nedeniyle deneyimleyecekleri doğum eylemini de bir travma olarak değerlendirmeleri olarak yorumlanabilir.

Gebelerin düşük eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal ağ eksikliği, genç-ileri yaş, işsizlik, sigara içme, parite, gebelik yaşı, obstetrik öykü, tercih edilen doğum şekli, gebelikte kadında tokofobi oluşması, yüksek riskli gebelik, geçirilmiş travmatik doğum algısı öyküsü, olumsuz doğum deneyimi duyumları, gebelikleri boyunca aldıkları profesyonel desteklerin beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda olmadığı durumlarda travmatik doğum algısı artmaktadır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; O'Connell ve ark, 2017; Stankovic, 2017; Yıldız, 2017; Çiçek ve Mete, 2015; Størksen ve ark, 2015; Elmir ve ark, 2010). Bu araştırmada EDT tanısı alan grupta yaş ile travmatik doğum algısı arasında %29.4 düzeyinde, normal gebelik yaşayan grupta ise yaş ile travmatik doğum algısı arasında %35.2 düzeyinde negatif yönlü anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Aktaş'ın (2018) 161 gebe kadın ile travmatik doğum algısını incelediği çalışmasında yaş ile travmatik doğum algısı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu sonucunu elde etmiştir (Aktaş, 2018). Doğumu travma olarak algılayan kadın oranının % 37 bulunduğu bir çalışmada ise kadınların %66.3'ünün 18 ila 25 yaşları arasında olduğu belirlenmiştir (Ghanbari-Homayi ve ark, 2019). ASM gelen 461 gebeyi kapsayan tanımlayıcı tipte yapılan başka bir çalışmada TDAÖ ortalaması 57.16 ± 29.47 olan gebe kadınların yaş ortalaması 28.30 ± 5.26 olarak belirlenmiştir (Yalnız-Dilçen ve ark, 2021). Aktaş

(2018)'ın çalışmasında ve çalışmamızda yaş küçüldükçe gebelerin TDAÖ puanının artmasının nedeni erken yaş ya da adölasın gebeliğin TDA oluşması için risk faktörü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Travmatik doğum algısının erken doğum tehlikesi olanlarda ve olmayanlarda eğitim durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan, tek yönlü varyans analizine göre erken doğum tehlikesi olan grupta travmatik doğum algısı düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p<0,05$), normal gebelik yaşayan grupta ise travmatik doğum algısı düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Erken doğum tehlikesi olanlarda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; ortaöğretim ve yükseköğretim/fakülte mezunu olanların travmatik doğum algısı düzeyi ilköğretim mezunlarından anlamlı derecede daha yüksektir. Multigravidalarda travmatik doğum algısını inceleyen bir çalışmada eğitim durumunun TDAÖ puan ortalamasında anlamlı bir farklılık göstermediği sonucu elde edilmiştir (Aktaş, 2018). Doğumu travma olarak algılayan kadın oranının %37 bulunduğu bir çalışmada kadınların %44.4 lise, sadece %19.3'ü üniversite mezunu olduğu sonucu bulunmuştur. Başka bir çalışmada eğitim durumunun TDAÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir (Ghanbari-Homayi ve ark, 2019). Yalnız-Diçen ve arkadaşlarının çalışmasında TDAÖ puan ortalaması 57.16 ± 29.47 olan gebe kadınların %37.3'ünün lise mezunu olduğu ve travmatik doğum algısını anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur (Yalnız-Dilçen ve ark, 2021). Literatürde TDA ile eğitim düzeyinin ilişki olup olmadığına dair fikir birliği sağlanamamaktadır.

Bu araştırmada erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal doğum grubunda travmatik doğum algısı düzeyi çalışma durumuna göre anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile her iki grupta da çalışan ve çalışmayanların travmatik doğum algısı düzeyleri benzerdir. Güleç ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışma ile bu çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Güleç ve arkadaşlarının doğum korkusu üzerine yaptıkları çalışmada, çalışma durumunun etkili olmadığı bulunmuştur. Zengin ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada ise çalışan gebelerin doğum korkusunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğumu travma olarak algılayan kadın oranının %37 bulunduğu bir çalışmada kadınların %94.3 ev hanımı olduğu bulunmuştur (Ghanbari-Homayi ve ark, 2019). 461 gebe kadın ile tanımlayıcı tipte yapılan başka bir çalışmaya göre TDAÖ puan ortalaması “orta” düzeyde olan (57.16 ± 29.47) kadınların %50.3'ü bir işte çalıştığı ve gebelerin çalışma durumunun travmatik

doğum algı puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir (Yalnız-Dilçen ve ark, 2021). Bizim çalışmamızda farklılıkların çıkmasının nedeni gebelerin çalışma şartları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan grupta travmatik doğum algısı düzeyi aylık gelir durumuna göre anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki grupta da farklı gelir düzeyine sahip kişilerin travmatik doğum algısı düzeyleri aynıdır. Bu araştırma sonuçlarıyla paralel olarak Aktaş (2018)'in yaptığı çalışmada gelir durumunun travmatik doğum algısı üzerinde anlamlı düzeyde farklılık oluşturmadığı sonucu elde etmiştir. Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak Güleç ve ark (2014) yaptıkları bir çalışmada düşük gelir düzeyinin doğum korkusunu arttırdığı sonucunu elde etmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde travmatik doğum algısı düzeyi geliri giderden az olan grupta daha yüksek bulunmuştur (Bay ve Sayiner, 2021). Doğumu travma olarak algılayan kadın oranının %37 bulunduğu bir çalışmada kadınların %67.8'inin orta derecede ekonomik durumu olduğu sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada ekonomik durumun travmatik doğum algısını anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Ghanbari-Homayi ve ark, 2019). TDAÖ puan ortalaması 63.45 ± 28.116 geliri giderinden az olan grupta travmatik doğum algısı; geliri giderine eşit veya fazla olan gruba göre yüksek bulunmuştur ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadınlarda travmatik doğum deneyimi prevalansının daha yüksek olduğuna bildirilmiştir (Bay, 2019). Yapılan başka bir çalışma bulgulara göre TDAÖ ortalaması “orta” düzeyde (57.16 ± 29.47) olan kadınların %83.3'ü orta düzeyde bir gelire sahip olduğu bulunmuştur (Yalnız-Dilçen ve ark, 2021). Literatürde TDA ile gelir durumu arasında ilişki olup olmadığına dair fikir çatışmaları mevcuttur. Bu çatışmanın nedeni ise kültürel farklılıklar ve yaşam standartları olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan grupta travmatik doğum algısı düzeyi sosyal güvence durumuna göre anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Her iki grupta da sosyal güvencesi olan ve olmayanların kişilerin travmatik doğum algısı düzeyleri benzerdir. Bu araştırma bulgularından farklı olarak Yalnız-Dilçen ve arkadaşlarının (2021) ASM başvuran gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada TDAÖ puan ortalaması “orta” düzeyde olduğu belirlenen gebelerin %95.4'ünün sosyal güvencesi olduğu belirlenmiş ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur (Yalnız-Dilçen ve ark, 2021).

Bu araştırmada erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algısı gebelik sayına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; erken doğum tehlikesi olan grupta gebelik sayısı arttıkça travmatik doğum algısı düzeyi artmaktadır. Normal dağılım grubunda tek gebeliği olanların travmatik doğum algısı düzeyi 2 ve 3 gebeliği olanlardan ve 4 ve daha fazla gebeliği olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. 2 ve 3 çocuğu olanların travmatik doğum algısı düzeyi 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Aktaş (2018) normal gebelik yaşıyan gebelerle yaptığı çalışmada TDAÖ puan ortalaması gebelik sayısı ile negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu sonucunu elde ederken, gebelik haftası ile bir ilişkisi olmadığı belirlenmiştir. Güleç ve ark (2014) yaptıkları çalışmada paritenin doğum korkusu ile ilişkisi olmadığı sonucunu elde edilmiştir. Bizim çalışmamızda farklı olmasının nedeni ise çalışmalarda kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde travmatik doğum algısı doğum sayına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; erken doğum tehlikesi olan grupta doğum sayısı arttıkça travmatik doğum algısı düzeyi artmaktadır. Normal dağılım grubunda tek doğum yapanların travmatik doğum algısı düzeyi 2 ve 3 gebeliği olanlardan ve 4 ve daha fazla gebeliği olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. 2 ve 3 çocuğu olanların travmatik doğum algısı düzeyi 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Rouhe ve ark (2013) yaptıkları çalışmada nullipar olmanın doğum korkusunu arttırdığı belirlenmiştir. Güleç ve ark (2014) yaptıkları çalışmada gravidanın doğum korkusu ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Yılmaz ve ark (2020) yaptıkları çalışmada doğum sayısı ve TDAÖ puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Rouhe ve ark (2013) sağlıklı gebelerde yaptığı çalışma ile bu araştırmadaki normal gebelik yaşayan gebeler incelendiğinde çalışma sonuçlarının benzer olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalardaki farklılığın nedeni kültürel özellikler ve örneklem sayısından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerde Travmatik doğum algısı çocuk sayına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre; erken doğum tehlikesi olan grupta çocuk sayısı arttıkça travmatik doğum algısı düzeyi

artmaktadır. Normal dağılım grubunda tek çocuğu olanların travmatik doğum algısı düzeyi 2 ve 3 çocuğu olanlardan ve 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. 2 ve 3 çocuğu olanların travmatik doğum algısı düzeyi 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Şahin (2020)'in sağlıklı gebelerde yaptığı çalışmada çocuk sayısı arttıkça TDA puanı artmaktadır. Bizim çalışmamızda farklı olmasının nedeni geçirilmiş olumsuz doğum deneyimi ya da sağlık profesyonellerin gebelere tutumundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde EDT ve TDAÖ puan ortalamasını inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle araştırmanın tartışma kısmı genel itibariyle kendi verileriyle sınırlıdır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada üçüncü trimestirde erken doğum tehdidi tanısı alan gebelerle sağlıklı bir süreç yaşayan gebelerin travmatik doğum algılarının karşılaştırılması yapılmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda sonuçlar:

- Çalışmamızda gebelik haftası $32,42 \pm 2.05$ olan ve EDT yaşayan gebelerin TDAÖ puanı $92,74 \pm 28,20$ iken gebelik haftası 38.58 ± 0.96 olan ve normal gebelik yaşayan kadınların TDAÖ puanı $38,24 \pm 25,83$ olarak tespit edilmiştir.
- 3.trimestirde EDT tanısı alan ve almayan gebelerin sosyo demografik ve tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; TDA eğitim ve yaş durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). EDT tanısı alan ve almayan gebelerin çalışma durumu, aylık gelir, sosyal güvence yeri incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0,05$).
- Erken doğum tehdidi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalaması gebelik sayına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre; erken doğum tehdidi tanısı alan gebelerde gebelik sayısı arttıkça travmatik doğum algısı puan ortalaması düzeyi artmaktadır.
- 3. trimestirde EDT tanısı alan ve almayan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi ($92,74\pm28,20$) normal doğum grubunda olanların travmatik doğum algısı düzeylerinden ($38,24\pm25,83$) anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaş, eğitim durumu gibi riskli faktörler belirlenip, tüm gebeler EDT açısından taranması ve tüm gebelere bu konu hakkında eğitim verilmesi,
- Risk grubundaki gebeler belirlenip yakın takip yapılmalı, aile ve gebenin bilgi düzeyini ve eğitim ihtiyaçları olan konuları belirleyerek eğitim verip fizyolojik ve psikolojik iyilik halini sağlama gibi durumlar göz önünde bulundurularak ebelik bakımı sağlanıp sürdürülmesi,
- Ebelerin, gebeliklerinde riskli durum yaşayan gebelerin sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarakta bu durumdan etkilendiği unutmamalı ve bu durum göz önünde

bulundurularak sorunlarla baş etmesine yardımcı yaklaşımlar geliştirerek travma yaşama riskini en aza indirmeli,

- Gebelik planlayan tüm kadınların var olan sağlık sorunlarının belirlenip kontrol altına alınması için prekonsepsiyonel danışmanlık alması,
- Çalışmanın özellikle yaş, eğitim durumu, gebelik, doğum ve çocuk sayısı verileri ile anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. EDT ve TDA bu kriterler ile daha geniş yaş grupları ve farklı demografik ve sosyo-kültürel yapıda örneklemelerde çok merkezli deneysel bir çalışma olarak tekrarlanması önerilmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ebeler ve diğer sağlık profesyonellerine düşen görev ve sorumluluklar yerine getirildiği takdirde gebelerin doğumun mucizevi yönü ile tanışması sağlanır ve gebelik, lohusalık, annelik dönemlerini anne-bebek bağlanması sağlanmış travma, stres, korku gibi olumsuz faktörlerden uzak keyifle geçirmeleri sağlanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

- Ahumada-Barrios, M. E., & Alvarado, G. F. (2016). Risk Factors for premature birth in a hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24.
- Aksu, H., & Şirin, A. (2007). Preterm eylem tanısı konmuş gebelerde solunum ve progressif egzersizlerin gebelik süresine etkisi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 17(5), 368-375.
- Aktaş, S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Sience*, 7(1), 203-209.
- Aktaş, S., & Aydın, R. (2018). Fundal Bası Uygulamasının Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkisi ve Bu Uygulamada Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 86-92.
- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 60-65.
- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2016). Ebeinin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19.
- American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Preterm labor and birth. 2019. <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Labor-and-Birth?IsMobileSet=false> (ET: 02.05.2021)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *Obstetrics and gynecology*, 119(6), 1308-1317.
- Amini, P., Maroufizadeh, S., Samani, R. O., Hamidi, O., & Sepidarkish, M. (2017). Prevalence and determinants of preterm birth in Tehran, Iran: a comparison between logistic regression and decision tree methods. *Osong public health and research perspectives*, 8(3), 195.
- Anderson, C. A. (2017). The trauma of birth. *Health care for women international*, 38(10), 999-1010.
- Atiya, K. M. (2016). Maternal satisfaction regarding quality of nursing care during labor and delivery in Sulaimani teaching hospital. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 8(3), 18-27.
- Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.
- Aynoğlu, Ö. (2014). 35 Yaş Üzeri Doğum Yapan Gebelerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2), 152-155.
- Bay, F. (2019). Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı Ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi (Doctoral dissertation).
- Bay, F., & Sayiner, F. D. (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women & Health*, 1-11.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nursing research*, 57(4), 228-236.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing research*, 59(4), 241-249.
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A. B., ... & Lawn, J. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive health*, 10(1), 1-14.

- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creed, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255-261.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creed, D. K., & Fenwick, J. (2015). Childbirth and criteria for traumatic events-Midwifery-Vol. 30, 2-ISBN: 0266-6138-p. 255-261.
- Butali, A., Ezeaka, C., Ekhuagere, O., Weathers, N., Ladd, J., Fajolu, I., ... & Ryckman, K. (2016). Nijerya, Lagos'ta üçüncü basamak bir merkezde erken doğumların özellikleri ve risk faktörleri. *Pan Afrika Tıp Dergisi*, 24 (1).
- Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S, Lackritz EM, Lee SK, Mason E, Serazin AC, Walani S, Simpson JL, Lawn JE.(2013). Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*, 19;381(9862):223-34.
- Christiaens, I., Hegadoren, K., & Olson, D. M. (2015). Adverse childhood experiences are associated with spontaneous preterm birth: a case-control study. *BMC medicine*, 13(1), 1-9.
- Chuang, L. L., Lin, L. C., Cheng, P. J., Chen, C. H., Wu, S. C., & Chang, C. L. (2012). Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 170-180.
- Çiçek, Ö., & Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 263-268.
- Çoban A, Bilgen H, Karatekin G, Önal E, Tatlı M. (2013). Neonatal mortalitenin daha da azaltılması için geliştirilecek stratejiler konusunda öneriler. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*. Sayı: 25.
- Derbent, A., Turhan, N. Ö., & Öztürk, N. (2009). Erken doğum riski ve tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(139-44).
- Dias, B. G., & Ressler, K. J. (2014). Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *Nature neuroscience*, 17(1), 89-96.
- Düzgün, A. A., & Ege, E. (2017). Effects of relaxation exercises on the ways of coping with stress and anxiety level in primiparous pregnant women diagnosed with preterm labor. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3158-3166.
- Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Arıöz D.A., & Koçoğlu, D. (2009). Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(3), 197-205.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153.
- Emine, Ş. E. N., & Şirin, A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Medical Journal*, 19(3), 159-163.
- Eroğlu, D., Öktem, M., Esinler, İ., Yanık, F., & Zeyneloğlu, H. B. (2007). Uterin anomalili vakalarda gebelik sonuçları ve literatürün gözden geçirilmesi. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 4(1), 43-46.
- Faron, G., Balepa, L., Parra, J., Fils, J. F., & Gucciardo, L. (2020). The fetal fibronectin test: 25 years after its development, what is the evidence regarding its clinical utility? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(3), 493-523.
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': a meta-

- synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185-193.
- Gallo, A. M., & Lee, K. A. (2008). Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6), 715-721.
- Gamble, J., & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2), e21-e30.
- Garcia-Casado, J., Ye-Lin, Y., Prats-Boluda, G., Mas-Cabo, J., Alberola-Rubio, J., & Perales, A. (2018). Electrohysterography in the diagnosis of preterm birth: a review. *Physiological measurement*, 39(2), 02TR01.
- Gedikbaşı, A., Akyol, A., Mağar, V., Ark, C., & Ceylan, Y. (2006). 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. *Perinatoloji Dergisi*, 14(1), 1-6.
- Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Asghari-Jafarabadi, M., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2019). Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-9.
- Greenough, A. (2012, April). Long term respiratory outcomes of very premature birth (< 32 weeks). In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 17, No. 2, pp. 73-76). WB Saunders.
- Grobman, W. A., Gilbert, S. A., Iams, J. D., Spong, C. Y., Saade, G., Mercer, B. M., ... & Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. (2013). Activity restriction among women with a short cervix. *Obstetrics and gynecology*, 121(6), 1181.
- Güdücü, N., İşçi, H., Başgül Yiğiter, A., Dünder, İ., & Kayan, B. Ö. (2013). Sezaryenle ve normal doğum yapan kadınlarda postpartum posttravmatik stres bozukluğu.
- Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., & Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 36-41.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S160-S172.
- Hoffman, M. C., Mazzoni, S. E., Wagner, B. D., & Laudenslager, M. L. (2016). Measures of maternal stress and mood in relation to preterm birth. *Obstetrics and gynecology*, 127(3), 545.
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> WHO 2018
- İsbir, G. G., Inci, F., Bektaş, M., Yıldız, P. D., & Ayers, S. (2016). Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*, 41, 96-103. Cervical sonography in preterm labor. *Obstetrics and gynecology*, 84(1), 40-46.
- Jallo, N., Thacker, L. R., Menzies, V., Stojanovic, P., & Svikis, D. S. (2017). A stress coping app for hospitalized pregnant women at risk for preterm birth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(5), 257-262.
- Janighorban, M., Heidari, Z., Dadkhah, A., & Mohammadi, F. (2018). Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(3), 1327-1335.
- Kamalak, Z., Simavlı, S., İltemir D, Z. C., & Turhan, Ö. N. (2011). Preterm eylem yönetimi. *Yeni Tıp Dergisi*, 28(1), 13-16.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-356.
- Kent, R. A., Yazbek, M., Heyns, T., & Coetzee, I. (2015). The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalisation. *Midwifery*, 31(1), 164-169.

- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 354-360.
- Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(10), 1350-1355.
- Leal, M.C., Esteves-Pereira, A.P., Nakamura-Pereira, M., Torres J.A., Theme-Filha, M., Dominguas, R.M.S.M., Dias, M.A.B., Moreira, M.E., Gama, S.G. (2016). Prevalence and Risk Factors Related to Preterm Birth in Brazil, *The Author(s) Reproductive Health*.13(3), 163- 174.
- Lockwood, C. J., & Magriples, U. (2020). Prenatal care (second and third trimesters). *UpToDate*, Ver, 19.
- Luechathananon, S., Songthamwat, M., & Chaiyarach, S. (2021). Uterocervical Angle and Cervical Length as a Tool to Predict Preterm Birth in Threatened Preterm Labor. *International Journal of Women's Health*, 13, 153.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.
- Mattheus, D., Shannon, M., Lim, E., & Gandhi, K. (2016). The Association Between Socio-demographic Factors, Dental Problems, and Preterm Labor for Pregnant Women Residing in Hawai 'i. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 75(8), 219.
- McDonald, S. W., Kingston, D., Bayrampour, H., Dolan, S. M., & Tough, S. C. (2014). Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Archives of women's mental health*, 17(6), 559-568.
- McGowan, J. E., Alderdice, F. A., Holmes, V. A., & Johnston, L. (2011). Early childhood development of late-preterm infants: a systematic review. *Pediatrics*, 127(6), 1111-1124.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 1-6.
- Mwaniki, M. K., Atieno, M., Lawn, J. E., & Newton, C. R. (2012). Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *The Lancet*, 379(9814), 445-452.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., ... & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-15.
- Nour, N. M. (2012). Premature delivery and the millennium development goal. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 5(2), 100.
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920.
- Oskay, Ü. Y., & Coşkun, A. (2012). Hastanede Yatak İstirahatındaki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Verilen Kapsamlı Hemşirelik Bakımının Etkinliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2).

- Pak, M. D., Özcan, E., & Çoban, A. İ. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Journal of International Social Research*, 10(52).
- Pamuk, S., & Arslan, H. (2009). Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 23-32.
- Pohlmann, F. C., Kerber, N. P., Viana, J., Carvalho, V. F. D., Costa, C. C., & Souza, C. S. (2016). Premature birth: Approaches presents in national and international scientific production. *Enfermería Glob*, 42, 410-423.
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-10.
- Roosbeh, N., Moradi, S., Soltani, S., Zolfizadeh, F., Hasani, M. T., & Yabandeh, A. P. (2016). Factors associated with preterm labor in Hormozgan province in 2013. *Electronic physician*, 8(9), 2918.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75-84.
- Ruiz, R. J., Dwivedi, A. K., Mallawaarachichi, I., Balcazar, H. G., Stowe, R. P., Ayers, K. S., & Pickler, R. (2015). Psychological, cultural and neuroendocrine profiles of risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-9.
- Sciscione, A. C. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(3), 232-e1.
- Seçkin, K. D., Çetinkaya, S., Karşlı, M. F., Başer, E., Tetik, K., Murat, Ö. Z., & Özakşit, M. G. (2015). Preterm Eylem Tehdidi Olgularında Akut Faz Reaktanlarının Preterm Doğumu Öngörmedeki Yeri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1), 6-9.
- Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of advanced Nursing*, 66(5), 999-1010.
- Sevil, Ü., Ertem, G. (Ed) (2016). *Perinatoloji ve Bakım*. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri. s.123-124.
- Stan, C. M., Boulvain, M., Pfister, R., & Hirsbrunner-Almagbaly, P. (2013). Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11)
- Stankovic, B. (2017). Women's experiences of childbirth in Serbian public healthcare institutions: A qualitative study. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 803-814.
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-10.
- Stringer, M., Gennaro, S., Deatrck, J. A., & Founds, S. (2008). Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 196-202.
- Şahin, M. (2020). *Gebelerde Travmatik Doğum Algısı Ve Anne Bağlanması İlişkisi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Akademisyen Tıp Kitap Evi Türk Dil Kurumu. (n.d.). Travma. Erişim Tarihi: 30.03.2021. <http://tdk.gov.tr/>
<https://sozluk.gov.tr/>

- Ville, Y., & Rozenberg, P. (2018). Predictors of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 23-32.
- World Health Organization (WHO). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; (2015). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birthguideline/en/ (E.T. 23.04.2021)
- World Health Organization; March of Dimes; Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Save the Children. (2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Erişim adresi: www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en (ET: 29.04.2021)
- Woythaler, M. A., McCormick, M. C., & Smith, V. C. (2011). Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics*, 127(3), e622-e629.
- Yalnız Dilcen, H., Aslantekin, F., & Aktaş, N. (2021). The relationship of psychosocial well-being and social support with pregnant women's perceptions of traumatic childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 650-658.
- Yalnız, H., Canan, F., Ekti Genç, R., Kuloğlu, M. M., & Geçici, Ö. (2017). Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi.
- Yalnız, H., Canan, F., Genç, R. E., Kuloğlu, M. A., & Geçici, Ö. (2016). Development of a scale of traumatic childbirth perception. *Türk Med J*, 8(3), 81-88.
- Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F., & Binder, E. B. (2016). Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological psychiatry*, 80(5), 372-380.
- Yıldırım, G., & Bilgin, Z. (2021). Risk status and traumatic birth perception in pregnancy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1897-1904.
- Yıldız, H. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 63-74.
- Yılmaz, B., Sel, İ. & Şahin, N. H. (2021). Kadınların Kişilik Özelliklerinin Travmatik Doğum Algısına Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 423-432.
- Yılmaz, E., Şaşmaz, S., Çakıroğlu, S., Özdoğan, Ş., & Bay, F. (2020). Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı Ve Anne-Bebek Bağlanma Durumlarının İncelenmesi.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634-645.
- Yücesoy, G. (2007). Erken doğum eylemi: tanı ve yönetim. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 17(3), 207-216.
- Zengin, H., Bafalı, I. O., Caka, S. Y., Tiryaki, O., & Cinar, N. (2020). Childbirth and postpartum period fear and the related factors in pregnancy.

EKLER

EK 1 :BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının/Hekimin Açıklaması

Bu araştırma üçüncü trimestirdeki erken doğum tehditi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algılarını karşılaştırmak amaçlı planlanmıştır. Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni üçüncü trimesterde erken doğum tehditi tanısı almış yada normal gebelik yaşıyor olmanızdır. Bu araştırma Ebelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi işbirliği ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmada araştırılacak olan üçüncü trimestirdeki erken doğum tehditi tanısı alan ve normal gebelik yaşayan gebelerin travmatik doğum algılarını karşılaştırması amaçlanmaktadır.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur ÇETİN ve Nidanur ÇİĞDEM tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Nidanur ÇİĞDEM 05418973676 numaralı telefonda ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı :
Adres :
Telefon :
İmza :

(Tüm sayfaları imzalı bu formun bir kopyası katılımcıya verilecektir)

EK 2: ANKET FORMU

Sayın Katılımcı; Bu araştırma; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda "Üçüncü trimesterde erken doğum tehditi tanısı alan kadınlar ve normal gebelik geçiren kadınların travmatik doğum algısını karşılaştırmak" başlıklı tez çalışmasının uygulama kısmına aittir. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankete vereceğiniz yanıtlarda herhangi bir kimlik bilgisi alınmayacak olup, araştırma sonuçları bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Vereceğiniz samimi yanıtlar çalışma açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamıza katılmayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Nıdanur ÇİĞDEM

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) İlkokul mezunu b) Ortaöğretim mezunu c) Yüksekokul/Fakülte mezunu
d) Yüksek Lisans mezunu e) Doktora mezunu

3.Çalışıyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

4. Mesleğiniz nedir?.....

5. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b)Bekar

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) İlkokul mezunu b) Ortaöğretim mezunu c) Yüksekokul/Fakülte mezunu
d) Yüksek Lisans mezunu e) Doktora mezunu

7.Eşiniz çalışıyor mu?

- a)Evet b)Hayır

8. Eşinizin mesleği nedir?.....

9. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile

10. Aylık ortalama gelir durumunuz?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

11. Sosyal güvenceniz var mı?

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

12. İkamet ettiğiniz yerleşim yeri neresidir?

- a) İl b) İlçe c) Belde d) Köy

13.Kaçıncı

haftasındasınız?.....

gebelik

14.Gebelik sayınız kaçtır ?

15.Doğum sayınız kaçtır ?

16.Çocuk sayınız kaçtır ?

17.Gebeliğiniz yaşadığınız herhangi bir sağlık sorunu var mı?

a)Evet b)Hayır

18.Evet ise nedir?.....



EK 3: TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ (TDAÖ)

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. Doğumda 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 korkmam

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 yabancılaşmı veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?

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 derecekaygılanırsınız?

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

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?

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

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

EK 6: ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI KURUM İZİNİ



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 68724985-044
Konu : Dr.Öğrt.Üyesi Öznur ÇETİN Anket
İzni

Sayın ÖZNUR ÇETİN

İlgi : 01/10/2020 tarihli ve 91734550 sayılı Dilekçeniz.

Dr.Öğr.Üyesi Öznur ÇETİN ve Nidanur ÇİĞDEM 'in Müdürlüğümüze vermiş olduğu anket çalışması "Üçüncü Trimesterde Erken Doğum Tehdidi Tanısı almış Kadınlar ile Normal Bir Gebelik Süreci Yaşayan Kadınların Travmatik Doğum Algılarının Karşılaştırılması" konulu anket araştırması 06.10.2020 tarihinde Etik kurul almak şartıyla Bilimsel Araştırma Danışma kurulu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüştür.
Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Dr. Öner NERGİZ
İl Sağlık Müdürü

