**T.C**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DOĞUM İNDÜKSİYON UYGULAMASININ**

**DOĞUM SONRASI ÖZGÜL ANKSİYETE**

**ÜZERİNE ETKİSİ**

**BÜŞRA ÇAĞLA YORULMAZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA**

**AYDIN-2022**

**KABUL ve ONAY**

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra Çağla Yorulmaz tarafından hazırlanan “ Doğum

İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Üzerine Etkisi’’

başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/01 /2022

Üye (T.D.) : Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA Aydın

Adnan Menderes

Üniversitesi

Doç. Dr. Keziban AMANAK Aydın

Adnan Menderes

Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Elif Tuğçe ÇİTİL Kütahya Sağlık

Bilimleri Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav

Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık

Bilimleri Enstitüsünün ……………..……..… tarih ve ………………………… sayılı

oturumunda alınan …………………… numaralı Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi birikimi ve tecrübelerini benimle paylaşan, bu sürecin her anında desteğini esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA’ya,

Sahadaki desteklerinden ve ilgisinden dolayı ikinci danışmanım olan çok kıymetli hocam Prof. Dr. Hüseyin Levent KESKİN’e,

Eğitimim için ellerinden geleni yapan, maddi ve manevi desteklerini hep hissettiğim çok kıymetli annem İsminaz YORULMAZ’a ve kıymetli babam Gökhan YORULMAZ’a,

Tez sürecinde desteğini hep hissettiğim Ömer Can GÜNER’e

Çalışmamı yürüttüğüm hastanede bana destek olan doktor, ebe, hemşire ve tüm personele,

Ve tabi ki çalışmama katılmayı kabul eden tüm annelere teşekkürü borç bilirim.

Teşekkür ederim

**İÇİNDEKİLER**

KABUL ve ONAY ………….…………………………………………………………………i

TEŞEKKÜR …………………………………………………………………………………...ii

İÇİNDEKİLER …………………………………………………………………………….…iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ……………………………………………..……vi

ŞEKİLLER DİZİNİ…………………………………………………………………………..vii

TABLOLAR DİZİNİ……………………………………………………………………...…viii

ÖZET……………………………………………………………………………………….....ix

ABSTRACT…………………………………………………………………………………....x

1. GİRİŞ...……………………………………………………………………………………...1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ……………………………………………………………...1

1.2. Araştırmanın Amacı……………………………..………………………………………...2

1.3. Araştırmanın Soruları………………………….…………………………………………..2

2. GENEL BİLGİLER…………………………...…………………………………………….3  
2.1. Doğum Eylemi……………………………….……………………………………………3

2.2. Doğum Eyleminde İndüksiyon……………….…………………………………………...4

2.3. İndüksiyon .Yöntemleri……………………….…………………………………………..6

2.3.1. Farmakolojik Yöntemler………………………………………………………………...6

2.3.1.1. Prostaglandin E1 Misoprostol…………………………………………………………6

2.3.1.2. Prostaglandn E2 Dinoproston………………………………………………….……...7

2.3.1.3. Oksitosin………………………………………………………………………………8

2.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler……………….……………………………………………9

2.3.2.1. Balon Kateter………………………………………………………………………….9

2.3.2.2. Membranların Sıyırılması…………………………………………………………..…9

2.3.2.3. Amniyotomi……………………………..…………………………………………...10

2.3.2.4. Higroskopik Dilatatörler……………………………………………………………..10

2.3.2.5. Cinsel İlişki ve Memenin Uyarılması………………………………………………..10

2.3.3. Ebelik Yaklaşımı…………………………..…………………………………………...10

2.4. Postpartum Anksiyete………………………..…………………………………………..11

3. GEREÇ VE YÖNTEM…………………………………………………………………….13

3.1. Araştırmanın Şekli…………………………….…………………………………………13

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri…….…………………………………………13

3.3. Araştırmanın Zamanı…………………………………………………………………….13

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi………………………………………………………13

3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri………………………………………...14

3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri…………………………………………………….14

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri……………………………………………………..15

3.6. Veri Toplama Araçları…………………………………………………………...………15

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu…………………………………………………………………….15

3.6.2. Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği(PSAS)……………………………….……...15

3.7. Araştırmanın Uygulanması………………………………………………………………16

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi…………………………………………..………………….16

3.9. Araştırmanın Etik Yönü……………………………………………..…………………...17

4. BULGULAR………...………………………………………………..……………………18

4.1. Katılımcıların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular…….……………………………………………………………….………………...18

4.2. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular…….…...19

4.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine İlişkin Bulgular ………………………………………………………….21 4.4. İndüksiyon Uygulanan ve Uygulanmayan Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……………..…………….………………22

4.5. İndüksiyon Uygulamasına Göre Katılımcıların Postpartum Özgül Anksiyete Ölçeği Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……………...24

4.6. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puanının Dağılımına İlişkin Bulgular ………………………………….....25

5. TARTIŞMA…...………….………………………………………………………………..28

6. SONUÇ VE ÖNERİLER….,,,…………………………………………………...………...31

KAYNAKLAR…..…………………………………………………………………………...32

EKLER…..………………………………………………………………………………...….37

EK-1 Kişisel Bilgi Formu…………………...………………………………………………..37

EK-2 Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği (PSAS) ……………………………………..39

EK-3 Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin yazısı……………………………….…………….....42

EK-4 Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği (PSAS) Kullanım İzni Yazısı ……….….......43

EK-5 Etik Kurul Sonuç Raporu……………………………………………..………………..45

EK-6 İntihal Sonuç Raporu…………………………………………………………………...46

BİLİMSEL ETİK BEYANI…………………………………………………………………..47

ÖZ GEÇMİŞ………………………………...………………………………………………..48

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**ADAA:** Anxiety and Depression Association of America

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**IU:** International Unit

**Max:** Maximum

**Mcq:** Mikrogram

**Min:** Minimum

**Ml:** Mililitre

**NICE:** National Institute for Health and Clinical Excellence

**NIH:** National Institute of Health

**PSAS:** Postpartum Spesific Anxiety Scale

**WHO:** World Health Organization

**YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 1.** İndüksiyon Uygulamasına Göre Katılımcıların Postpartum Spesifik Anskiyete Ölçeği Ortalama Puanları………………………………………………………………….................23

**TABLOLAR DİZİNİ**

**Tablo 1.** Katılımcıların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları ………....18

**Tablo 2.** Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri ………………..….……18

**Tablo 3.** Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri …………………………………………………………………….………..20

**Tablo 4.** Katılımcıların İndüksiyon Uygulamasına Göre Karşılaştırılması …….………...…21

**Tablo 5.** Katılımcıların İndüksiyon Uygulamasına Göre Ortalama, Standart Sapma ve Test Değerleri…………………………...………………………………………………………….22

**Tablo 6.** Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Postpartum Spesifik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması…………………………………………....23

**ÖZET**

**Doğum İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonrası Özgül Anksiyete**

**Üzerine Etkisi**

**Yorulmaz BÇ, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.**

**Amaç:** Bu araştırma doğum indüksiyon uygulamasının doğum sonrası özgül anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma analitik ve olgu-kontrol tipte tasarlanmıştır. Doğumda indüksiyon uygulanan anneler olgu grubunu, uygulanmayan anneler ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Araştırma Kasım 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi doğum servislerinde yatan 120 anne ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya ilişkin veriler ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği’ aracılığı ile katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. İstatistiksel analizde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare testi, bağımsız örneklem t testi ve Bonferroni testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların indüksiyon uygulamasına göre postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05). Çalışmaya katılan tüm kadınların eğitim durumu, aile tipi ve gebelik sayısı ile postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<0.05).

**Sonuç:** Bu çalışmada doğum indüksiyonu uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında postpartum özgül anksiyete açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Gruplar arasında anlamlı farkın kişinin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinden kaynaklandığı gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete**,** Doğum, İndüksiyon, Postpartum

**ABSTRACT**

**The Effect of Labor Induction on Postpartum Specific Anxiety Scale**

**Yorulmaz BÇ, Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2022.**

**Aim:** The present study was conducted to determine the effect of labor induction on postpartum specific anxiety level.

**Material and Method:** This study was designed as analytical and case-control type. Mothers who underwent labor induction constituted the case group, and mothers without induction were eligible for the control group. The research was carried out between November 2020 and June 2021. It was carried out with 120 mothers who were hospitalized in Ankara City Hospital Gynecology Department. Data were collected through face-to-face interviews with the participants through the 'Personal Information Form' and the 'Postpartum Specific Anxiety Scale'. Frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, independent sample t test and Bonferroni test were used in statistical analysis.

**Results:** There was no statistically significant difference in the participants’ points of Postpartum Specific Anxiety Scale in the postpartum period in relation with undergoing labor induction (p>0.05). A statistically significant difference was found between educational status, family type and pregnancy number and postpartum specific anxiety scale points of women who attended the study (p<0.05).

**Conclusions:** In this study, it was observed that there was no significant difference in terms of postpartum specific anxiety between the groups that underwent labor induction and those that did not. It has been shown that the significant difference between the groups is due to the socio-demographic and obstetric characteristics of the individual.

**Keywords:** Anxiety, Induction, Labor, Postpartum.

**1.GİRİŞ**

* 1. **Problemin Tanımı ve Önemi**

Doğum uterusun içinde büyüme ve gelişim sürecini tamamlayarak, dış ortamda yaşamını devam ettirebilme yeteneği kazanan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve diğer birtakım yardımcı mekanizmalar ile fizyolojik olarak doğum kanalından geçmesi ve devamında, fetüs ve diğer gebelik ürünlerinin dışarıya atılmasından oluşan bir süreçtir (Taşkın, 2009). 22. gebelik haftasından sonra sulu vajinal akıntı veya vajinadan su gelmesi, kan lekeli mukus akıntısının olması, aralıklı karın ağrısı ya da kasılmanın olması ile serviksin incelmesi, servikal açıklıkta artışın olması doğum sürecinin başladığını göstermektedir (World Health Organization, 2017). Doğum sürecinin kendiliğinden başlamadığı ya da başladığı ama sürecin hızlandırılması gerektiği bazı durumlarda müdahale ile başlatmak gerekebilir.

Doğum indüksiyonu, doğum eylemi kendiliğinden başlamadığı durumda servikal dilatasyonu ve efesmanı sağlayarak, doğumun gerçekleşmesi için gerekli olan düzenli uterus kontraksiyonlarının farmakolojik veya mekanik yöntemler kullanılarak başlatılmasıdır (Daskaladis ve diğerleri, 2014; Budak ve diğerleri, 2016).

Anksiyete; huzursuzluk, ölecekmiş gibi hissi, düşünmek istenmeyen bir durumun akıldan çıkarılamaması ile seyreden ve terleme, dispne, uykusuzluk, titreme gibi fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği bir bozukluktur. Perinatal dönemde anksiyete bozukluklarının sıklığı, araştırma sonuçlarına göre %9 ve %30 arasında değişiklik göstermektedir (Özdamar ve diğerleri, 2014).

Anksiyeteye genel yaklaşımda tıbbi bir sebep, madde toksin ya da ilacın etkisi, belli bir durumda ortaya çıkıp çıkmadığı, sorunun özellikleri, yol açtığı kayıplar, mevcut ve eski başa çıkma yolları, tetikleyenler, sonuçları, sorunu arttıran ve azaltan durumlar, hastanın soruna yorumu, hastanın hayat biçimi değerlendirilmelidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Doğum sırasında kullanılan medikal indüksiyon yöntemleri (oksitosin ve prostaglandin) travay süresinde annenin anksiyetesini etkileyebildiği gibi bazı annelerde doğum sonrası dönemde de annenin anksiyetesini artırabilmekte ve hatta anne bebek arasında uyumu, bağlanmayı ve annenin bebeği ile ilgili düşüncelerini de etkileyebilmektedir. Bu da annenin doğum sonrası dönemde yaşam kalitesini düşürebilmektedir.

**1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu tez çalışması doğum indüksiyon uygulamasının postpartum özgül anksiyete düzeyi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Doğum indüksiyonu uygulanan ve uygulanmayan kadınların Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyleri nasıldır?
2. İndüksiyon uygulanan ve uygulanmayan kadınlarda Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. İndüksiyon uygulanan kadınlarda indüksiyonda kullanılan ilaç uygulama süresi Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeylerini etkiler mi?

**2. GENEL BİLGİLER**

**2.1. Doğum Eylemi**

Doğum uterusun içinde büyüme ve gelişim sürecini tamamlayarak, dış ortamda yaşamını devam ettirebilme yeteneği kazanan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve diğer birtakım yardımcı mekanizmalar ile fizyolojik olarak doğum kanalından geçmesi ve devamında, fetüs ve diğer gebelik ürünlerinin dışarıya atılmasından oluşan bir süreçtir (Taşkın, 2009). 22. gebelik haftasından sonra sulu vajinal akıntı veya vajinadan su gelmesi, kan lekeli mukus akıntısının olması, aralıklı karın ağrısı ya da kasılma olması ile serviksin incelmesi, servikal açıklıkta artışın olması doğum sürecinin başladığını tanımlamaktadır (WHO, 2017).

Vajinal doğum eylemi; son menstrual periyoddan yaklaşık 38-40 hafta sonra, uterin kontraksiyonların giderek sıklaşması ve şiddetinin artması sonucu servikal açıklığın ve silinmenin oluşmasıyla fetüs ve eklerinin, vücuttan tam olarak atıldığı fizyolojik bir süreçtir (Gül, 2008; Kaymak, 2017).

Sonuç olarak vajinal bir doğum eyleminin; termde, kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetusun olması ile verteks pozisyonunda, baş-pelvis uyuşmazlığı olmaksızın sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Taşkın, 2009).

Normal doğum dört evreden oluşmaktadır. Bunlar;

* Birinci evre; Gerçek doğum ağrılarıyla başlar, serviksin silinme ve dilatasyonu ile sona erer.
* İkinci evre; Serviksin silinme ve dilatasyonunun tamamlanmasıyla başlar, fetusun doğumuyla sona erer.
* Üçüncü evre; Fetusun doğumuyla başlar, plasentanın doğumuyla sona erer.
* Dördüncü evre; Plasentanın doğumu ile başlar, plasentanın doğumu sonrası 1-4 saatlik süreyi içerir. Bu süreye erken postpartum iyileşme dönemi de denir (Taşkın, 2009).

Sağlık profesyonelleri, doğum eylemi için doğumhaneye gelen gebenin bu gebelik ve önceki gebelikleri ile ilgili anamnezini almalı, gebelerin sağlık öyküsü sorgulamalıdır. Fiziksel muayene, yaşam bulgularının takibi, fetal kalp sesinin takibi ve non stress test takibi yine sağlık profesyonellerince yapılmalıdır. Suyunun gelip gelmediği, kanama varlığı, sancılarının sıklığı, bebek hareketlerini nasıl hissettiği sorgulanır. Gerekli görülen laboratuvar testleri ve ultrason tekrarlanır. Sonrasında doğum eyleminin ilerleyişi için servikal açıklık olup olmadığını anlamak için vajinal muayene yapılmalıdır. Gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını sağlamalı, gebeyi rahatlatmalıdır (Göçen,2021).

Gebede pelvik muayeneye herhangi bir engel yoksa vajinanın yapısını incelemeli, pelvisin doğum için uygunluğu, servikal açıklık ve dilatasyonun durumunu, fetüsün pozisyon ve prezentasyonunu, amniyon zarını, amniyon rüptüre olmuşsa amniyon maiyi değerlendirmelidir (Hopkins, 2000).

**2.2. Doğum Eyleminde İndüksiyon**

Doğum indüksiyonu, doğum eylemi kendiliğinden başlamadığı durumlarda servikal açıklığı ve silinmeyi sağlayarak doğumun gerçekleşmesi amacıyla gerekli olan düzenli uterus kontraksiyonlarının farmakolojik veya mekanik yöntemler kullanılarak başlatılmasıdır (Daskaladis ve diğerleri, 2014; Budak ve diğerleri, 2016). Anne veya fetüs için gebeliğin devam etmesi halinde risk olduğu ve doğumun başlamasının gerektiği durumlarda doğum indüksiyonu önerilmektedir. Tüm gebeliklerin yaklaşık %20 ile %30’unda doğum indüksiyonu uygulanmaktadır (Haq ve diğerleri, 2012).

Medikal doğum indüksiyonu, doğum indüksiyonunun gebelikte oluşan preeklampsi, eklampsi, kalp hastalığı gibi durumlarda maternal morbiditeyi, postterm gebelik, intrauterin gelişme geriliği, gastroşizis gibi fetal morbiditeyi en aza indirmek amacıyla uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Medikal veya obstetrik endikasyonlar olmadığı durumlarda, lojistik (hastaneye ulaşımın zor olduğu, doğumun hızlı olmasının beklendiği durumlar) ve psikososyal nedenlerde uygulanan indüksiyon ise elektif doğum indüksiyonu olarak tanımlanmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009; Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Doğum indüksiyonunda obstetrik ve medikal endikasyonlara bakıldığında spontan doğum eyleminin başlamasından önce doğum indüksiyonu, gebeliğin devam etmesi durumunda ortaya çıkacak olan maternal veya fetal risklerin erken doğum ile ilişkili risklerden daha fazla olduğu durumlarda tercih edilir (ACOG, 2009). Vajinal doğum veya doğum eylemine kontrendikasyon bulunmayan durumlarda sezaryen ile doğumda artmış olan maternal riskler nedeniyle doğum indüksiyonu tercih edilir (Şerbetçi, 2018).

Doğum eyleminin başlatılması veya gebeliğin devamının tercih edilmesi için olan rölatif riskler; gestasyonel yaş, fetal akciğer matürasyonunun varlığı/yokluğu, klinik durumun ciddiyeti ve servikal durumdan etkilenir. Her ne kadar çeşitli klinik durumlarda doğum indüksiyonunun denenmesi maternal ve fetal sonuçları iyileştirse de (Nicholson ve ark, 2008; Spong ve ark, 2011), bu klinik endikasyonları belirleyecek az sayıda yüksek kalitede kanıt bulunmaktadır (Mozurkewich, 2009).

*Doğum İndüksiyonunun Endikasyonları*

1. Gebelikte hipertansif bozukluklar

2. Erken Membran Rüptürü

3. Koriyoamnionit

4. İntrauterin büyüme kısıtlılığı (IUGR)

5. Rh uyuşmazlığı

6. Surmatürasyon

7. Fetal ölüm

8. Dekolman plasenta

9. Fetal distres şüphesi

10. Maternal diyabet (Rayburn,Zhang, 2002).

*Doğum İndüksiyonuna Kontraendikasyon Yaratan Durumlar*

1. Geçirilmiş klasik insizyon ya da daha yüksek riskli olan skar ile ilişkili sezaryen öyküsü

2. Geçirilmiş uterin rüptür

3. Geçirilmiş uterin kaviteye girilen transmural insizyon

4. Aktif genital herpes enfeksiyonu

5. Plasenta previa ya da vasa previa

6.Umblikal kord prolapsusu

7. Fetal transvers duruş

8. İnvaziv servikal kanser

9. Kategori III fetal kalp atımı trasesi (Şerbetçi, 2018).

**2.3. Doğum İndüksiyon Yöntemleri**

Doğum eyleminin başlaması ve vajinal doğumun gerçekleşmesi için gerekli olan uterus kontraksiyonlarının iatrojenik olarak uyarılmasına doğum indüksiyonu denir.Doğum indüksiyonunun farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri vardır (Kokanalı ve diğerleri, 2015).

**2.3.1. Farmakolojik Yöntemler**

**2.3.1.1. Prostaglandin E1 (Misoprostol)**

200 mcg’lık tabletler halinde bulunan sentetik prostaglandin E1 analoğudur. 1988’den beri nonsteroid antienflamatuar ilaçların neden olduğu peptik ülserin tedavi ve önlenmesinde endikedir. 1990’lı yıllarda oral kullanımıyla uterin kontraksiyonlara sebep olduğu görülmüştür. Bununla birlikte misoprostol obstetrik ve jinekoloji pratiğinde doğum indüksiyonu, abortusların tıbbi tahliyesi, postpartum kanama tedavisi ve cerrahi işlem öncesi servikal olgunlaşma gibi çeşitli endikasyonlarda kullanılır. Bu endikasyonlar FDA tarafından onaylanmamış olmasına rağmen 2002 yılında doğum indüksiyonu için kullanımı mutlak kontrendikasyon olmaktan çıkarılmıştır. Sezaryen doğum oranını anlamlı olarak azalttığı ve vajinal doğum süresini kısalttığı gösterilmiştir (Karaca, 2020).

Oral, bukkal, sublingual, vajinal ve rektal olarak uygulanabilir. Yapılan çalışmalar sonucunda vajinal uygulamanın oral uygulamaya göre daha yavaş emilimi olduğu, plazma seviyesi daha düşük olmasına rağmen servikal açılmayı ve uterin kontraksiyonları oluşturmada daha etkin olduğu gösterilmiştir (Karaca, 2020).

Bulantı, kusma, ishal, ateş, üşüme, servikal olgunlaşma ve dilatasyona neden olmaktadır ve bu etkileri doz bağımlıdır. Analjezi için alınan nonsteroid antienflamatuar ilaçlardan etkilenmez ve bilinen ilaç etkileşimi yoktur (Karaca, 2020; Khan ve diğerleri, 2004).

Vajinal uygulamasında güvenilir dozun 25 mcg olduğu gösterilmiş olup yüksek doz uygulanmasında uterusun fazla uyarılmasını ve mekonyumlu bebek görülme sıklığını arttırmaktadır. Bu nedenle misoprostol uygulanan gebenin uterin aktivite ve fetal kalp atımının takibi için sürekli monitörize edilmesi önerilmektedir (Karaca, 2020).

**2.3.1.2. Prostaglandin E2 (Dinoproston)**

Endojen prostaglandin E2 ile kimyasal bakımdan aynı yapıdadır. Preparatları lokal olarak, intravajinal, intraservikal jel ve kontrollü salınımlı intravajinal ovül olarak kullanılmaktadır. Servikal olgunlaşmayı çeşitli mekanizmalarla sağlamaktadır. Bunlardan ilki kollajenaz ve elastaz aktivitesini arttırarak ekstraselüler dokunun değişip serviksin yumuşamasıdır. Glikozaminoglikan, dermatan sülfat seviyeleri artar ve servikste esneklik artışı meydana gelir. Serviks ve uterustaki düz kasları etkiler, servikste dilatasyonu sağlamak amaçlı düz kasları gevşetirken fundusta myometrial kontraksiyon oluşturmaktadır. Ayrıca myometriumdaki hücreler arası iletiyi arttırır. Bu etkiyle uterusu oksitosine daha duyarlı hale getirmektedir (Karaca, 2020; Leszczynska – Gorzelak B , Laskowska M, Oleszczuk J, 2001). Gebe bir uterusta kontraksiyon oluşturmaktadır. Prostaglandin E2’nin farmakolojik etkisi gebelikle ilişkilidir. Term dönemdeki uterusun cevabının daha fazla olduğu görülmüştür (Karaca, 2020).

Servikal olgunlaşma için FDA tarafından onaylanan iki ticari formu bulunmaktadır. Bunlardan biri intravajinal ovül, diğeri de jel formudur. Her iki formülasyonu da soğuk depolama ihtiyacı göstermektedir (Karaca, 2020).

Ovül formu saatte 0.3 mg PG E2 salınımı yapar. Ovül 10 mg dinoproston içerir. 24 saate kadar servikal olgunlaşma yetersiz olursa çıkarılmalıdır. Aktif doğum eylemini oluşturana kadar yerinde bırakılır. Oksitosin kullanımına kontrendikasyon olan bir kontraksiyon ya da fetal kalp anormallikleri olmadığı sürece, oksitosin ovülün çıkartılmasından sonra 30 dakikayı geçen bir sürede uygulanabilir. Nihai doz sonrasında oksitosinin başlaması arasındaki zaman aralığı uterin taşisistol potansiyeli nedeniyle 6 ile 12 saat sonra olmalıdır (Karaca, 2020).

Dinoproston kullanımı sonrası temel komplikasyon uterin hiperstimülasyon ve fetal kalp atımında güven verici olmayan değişikliklerdir. Bu durumlarda jel form için söz konusu olmamakla birlikte ilk olarak ovül formu çıkarılmakta; gerekli hallerde terbutalin verilmesiyle değişiklikler geriye döndürülebilmektedir (Karaca, 2020).

**2.3.1.3. Oksitosin**

Oksitosin, Yunanca “Çabuk Doğum’’ anlamına gelir. Oksitosin siklik yapıda nanopeptid bir hormondur. Oksitosin, ilk kez 1953 yılında Du Vigneud ve arkadaşları tarafından sentez edilmiştir (Gelegen, 2013).

Oksitosin, hormon ve nörotransmiter olarak fonksiyon görmektedir. Oksitosin travay esnasında uterus kontraksiyonlarını artırarak uterotonik etki yapar. Yarı ömrü 5 dakikadır. İnfüzyon ile kullanılan oksitosine yanıt 3-5 dakika içinde gözlenir ve plazmada stabil seviyelere 40 dakika içerisinde ulaşır. Oksitosine, uterus yanıtı gebeliğin 20-30. haftasından itibaren artmaya başlar. Bu yanıt 34.gebelik haftasından terme kadar değişmez. Termde hızla artan bir duyarlılık vardır. Servikal açıklık, parite ve gestasyonel yaşa bağlı olarak oksitosin yanıtı değişir (Gelegen, 2013).

Oksitosin uygulamasında kardiyotokografik bulgular ile fetal iyilik hali takibi ve kontraksiyonlara bağlı olarak doz ayarlaması, sabit doz ve aralıklarla oksitosin infüzyonu yapılmasına tercih edilir. Oksitosine uterusun yanıtı büyük değişkenlik gösterir. Oksitosin dozunun; uterus kontraksiyon sıklığı 2-3 dakikada bir, kontraksiyon süresinin 60-90 saniye ve intrauterin basıncın 50-69 mmHg olacak şekilde ayarlanmış olması önerilmektedir (Gelegen, 2013).

Oksitosinin komplikasyonları aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

1) Uterin aktivite ve fetal kalp atımı için sürekli mönitarizasyonda fetal kalp atımında değişiklik olmasada on dakika içinde beşten fazla uterin kontraksiyon olabilir.

2) Başarısız indüksiyon sonucunda ya indüksiyon tekrarlanır ya da muhtemelen sezaryen uygulanır.

3) Bazı çalışmalarda uterin rüptür için artmış risk saptanmıştır. Saptandığı zaman kritik öneme sahiptir.

4) Uzun süre yüksek dozda uygulanması hipotansiyona sebep olabilir.

5) Fazla miktarda sodyumdan fakir sıvı uygulanması halinde hiponatremi gelişebilir.

6) Yüksek dozda uygulandığında anti-diüretik hormona benzer etki gelişebilir.

7) Neonatal hiperbilirübinemi görülme riski artar, sık görülmez ancak hiperbilirübineminin tedavi edilmesi gerekebilir (Gelegen, 2013).

Sadece oksitosin indüksiyonunu National Institute for Clinical Excellence (NICE) önermemektedir. Prostaglandin E2 kullanımı sakıncalı görülmüyorsa, amniyotomi ile birlikte oksitosini de primer indüksiyon aracı olarak önermemektedir (NICE, 2008). WHO ve ACOG, oksitosin indüksiyonunu prostaglandin E2 yok olduğu veya ulaşılamadığı durumlarda önermektedir (ACOG, 2009; WHO, 2011).

**2.3.2 Nonfarmakolojik Yöntemler**

Ucuz, kolay elde edilebilir, depolaması ve saklaması sorun olmayan, yan etkileri az olan yöntemler mekanik yöntemlerdir (ACOG, 2009).

Etkinliği ile ilgili veriler sınırlı olduğundan ve neonatal enfeksiyon riskini artırabileceği düşüncesi sebebiyle NICE mekanik yöntemleri önermemektedir (NICE, 2008).

**2.3.2.1. Balon Kateter**

Serviksin membranların sıyrılmasına izin vermeyecek ölçüde kapalı olduğu durumlarda, internal os’un üzerine balon kateter uygulaması bir seçenek olabilir. Servikal değişiklikler ile birlikte uterin kontraksiyonlarda artış olduğundan dolayı oksitosin ile doğumun başlatılması kolaylaşır (Karademir, 2005). Dünya Sağlık Örgütü ise doğum indüksiyonunda balon kateterlerin kullanımını önermektedir. Balon kateterle birlikte oksitosin infüzyonu prostaglandinlerin elde edilemediği ya da kontrendike olduğu zamanda alternatif olarak kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir (WHO, 2011).

**2.3.2.2. Membranların Sıyırılması**

İnternal os’tan içeriye bir veya iki parmak sokularak olabildiğince yukarıya ulaşılır, 360 derece çevrilir ve koryoamniotik zarlar alt uterin segmentten ayrılır. Sıyrılan membran miktarı ile ilgili olarak maternal dolaşımda prostaglandin miktarında artış gerçekleşir (Karademir, 2005).

NICE, doğum öncesi muayenelerde, nulliparlara 40–41. gebelik haftalarında, multiparlara ise 41. gebelik haftasında vajinal muayene sırasında membranların sıyrılmasını önermektedir (NICE, 2008). Gebeliğin acil sonlandırılması gereken durumlarda, membranların sıyrılması ile doğum eyleminin başlaması arasında geçen süre belli olmadığından dolayı uygulanmamalıdır (WHO, 2011).

**2.3.2.3. Amniyotomi**

Amniyotomi, membranların yapay olarak açılmasıdır. Doğum eylemi sırasında en sık uygulanan işlemlerden biri amniyotomidir. Doğum eyleminin yavaş ilerlediği durumlarda amniyotomi yaygın kullanılan bir yöntemdir (Cunningham, 2005).

ACOG, doğum indüksiyonu amacıyla serviksin uygun olduğu durumda amniyotomi uygulanabileceğini bildirmiştir (ACOG, 2009). DSÖ ve NICE tek başına veya oksitosin infüzyonu ile amniyotomiyi önermemektedir (NICE, 2008; WHO, 2011).

**2.3.2.4. Higroskopik Dilatatörler**

İki tip dilatatör mevcut olup bunlarda biri doğal su yosununundan üretilmiştir (laminaria), diğeri ise sentetik olarak üretilmiştir (ör. DilapanS). Genelde term gebeliklerde servikal olgunlaştırmadan çok gebelik terminasyonu için kullanılmalarına karşın, higroskopik dilatörler servikal dilatasyon için güvenilir ve etkin metotlardır (Tülek, 2014).

**2.3.2.5. Cinsel İlişki ve Memenin Uyarılması**

Genellikle seksüel bir aktivite olarak elle veya emme şeklinde meme uyarımı oksitosin salınımını uyarır ve bu da uterin kontraksiyonları uyarır. Seminal sıvıdan oluşan ejekülat içerisinde çok miktarda prostaglandin bulundurur (Gelegen, 2013).

**2.3.3. Ebelik Yaklaşımı**

İndüksiyon uygulanmadan önce gebe işlem hakkında bilgilendirilmeli, aydınlatılmış onamı alınmalıdır. Gebenin istemediği anda işleme son verilmelidir. Gereksiz indüksiyon uygulamalarından kaçınılmalıdır. İzlemde ise fetal kalp atımı ve uterin aktivite mönitarizasyon ile yakın takip edilmelidir.

Fetal kalp atımlarında bozulma olduğunda infüzyon azaltılmalı ya da kesilmeli, gebe sol yan yatırılmalı, oksijen verilmeli ve intravenöz sıvı desteği sağlanmalıdır (ACOG, 2009). Gebeye uygulanacak nonfarmakolojik uygulamaları ebe doktor onayı alarak yapabilir. Fetal kalp atımı takibi ile mönitarizasyon devam ederken gebe ayakta durabilir ya da egzersiz yapabilir. Gebeyi rahatlatıcı uygulamalar indüksiyon devam ederken de yapılmalıdır (Göçen, 2021)

**2.4. Postpartum Anksiyete**

Anksiyete, dünya nüfusunun %25'ini etkileyen en baskın ruh sağlığı bozukluğudur (Remes ve diğerleri, 2016). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) 6,8 milyon yetişkini veya Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun %3,1'ini etkiler. Bu bireylerin yarısından azı (%43.2' si) tedavi görmektedir. Kadınların etkilenme olasılığı erkeklerden iki kat daha fazladır (Anxiety and Depression Association of America).

Perinatal ve doğum sonrası dönemdeki kadınlar, ABD'deki kadınların %11 ile %21'ini etkileyen anksiyete bozukluklarına karşı özellikle savunmasız görünmektedir. Doğum sonrası anksiyete doğum sonrası depresyondan bile daha yaygındır, ancak normal gebelik ve doğum sonrası semptomlar ile önemli bozulmaya neden olanlar arasında ayrım yapmak zor olduğu için klinisyenler ve hastalar tarafından sıklıkla yetersiz teşhis edilir. (P.Zhappas ve diğerleri, 2021 ). Perinatal dönemde anksiyete bozukluklarının prevalansı iyi bilinmemektedir. Genel popülasyonda gebe olmayan kadınlarda YAB prevalansı %5 ile %12 arasındadır. Bununla birlikte, doğum sonrası dönem, %15 ila %20 arasında önerilen yaygınlık oranları ile artan bir savunmasızlık gösteriyor gibi görünmektedir (Rados ve diğerleri, 2018).

Gerginlik, yorgunluk, sinirlilik, konsantrasyondaki değişiklikler ve uykusuzluk semptomlarının tümü YAB'nin ayırt edici özellikleridir (Misri ve diğerleri,2015). Daha önce YAB, travma sonrası stres bozukluğu öyküsü olan, eğitim eksikliği de dahil olmak üzere sağlığın diğer sosyal belirleyicileri ve sosyal destek ve istismar öyküsü olan kadınlar doğum sonrası dönemde anksiyete gelişmesi açısından büyük risk altındadır (P.Zhappas ve diğerleri, 2021).

Oksitosine maruz kalma durumu da anksiyete gelişiminde bir rol oynayabilir. Bir çalışmada doğumdan sonraki 2 hafta içinde perinatal oksitosine maruz kalan kadınların doğum sonrası kaygı geliştirme olasılığı 1.44 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Kroll-Desrosiers ve diğerleri, 2017). Doğum ve doğum sonrası dönemlerde anneye oksitosin verilebilmektedir bu yüzden bu çalışma bizim için ayrıca önemlidir.

Doğum sonrası kaygının hem anne hem de bebek için kısa ve uzun vadeli sonuçları olabilir. Tedavi edilmediği takdirde, perinatal anksiyetenin etkileri, kötüleşen komorbiditeler, tıbbi rejimlere zayıf uyum, kötüleşen mali durum, madde kullanım bozuklukları, intihar ve hatta bebek öldürmeye kadar değişebilir. İntihar, doğum sonrası ölümlerin %20'sini oluşturan, anne ölümlerinin birincil nedenlerindendir (Kendig ve diğerleri, 2017).

Kaygı, anne-bebek bağını ve annenin bebeğine bağlanma ve uyum sağlama yeteneğini etkileyebilir (Stein ve diğerleri,2012; P.Zhappas ve diğerleri, 2021). Bazı araştırmalar, doğum sonrası kaygısı olan kadınların emzirmeyi bırakma olasılıklarının daha yüksek olduğunu veya ilk etapta emzirmeye başlama olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Endişeli annelerin çocuklarında erken çocuk gelişimini, mizacını ve davranışını etkileyebilecek nörogelişimsel etkiler olabilir. Gözlemsel araştırmalar, kaygının hem anne ruh sağlığı sorunlarını, hem de okul çağındaki çocukların küresel, davranışsal, bilişsel ve sosyal ve duygusal alanlarda yetersiz gelişime sahip olma olasılığını artırdığını göstermiştir (P.Zhappas ve diğerleri, 2021).

Anksiyete tedavisinde benzodiazepinler, antidepresanlar ve betablokerler gibi bazı ilaçlar kullanılmaktadır. Ayrıca bazı psikoterapi yöntemleri de uygulanabilmektedir (National Institute of Mental Health, 2021).

Annenin anksiyetesinin arttığı dönemde ebeye düşen görevler ise anne-bebek bağlanmasını sekteye uğratmamak, annenin bebeğine bakım vermesine yardımcı olmak ve emzirmeye engel bir durum yok ise emzirmenin devam etmesini sağlamaya yardımcı olmaktır. Ayrıca anne anksiyetesinin arttığı erken dönemde fark edildiğinde tedavi için anneye destek olmaktır.

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1.Araştırmanın Şekli**

Doğum indüksiyonu uygulanan ve uygulanmayan annelerin doğum sonrası dönemde özgül anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla analitik ve olgu-kontrol tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

**3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi doğum servislerinde yürütülmüştür. Doğum servisleri 4 ayrı servis olmak üzere toplamda 64 odalı 85 yataklıdır. Hastane 2019 yılında yeni açılarak hizmet vermeye başlamıştır. Hastane anne ve bebek dostu hastane unvanını almıştır. Hastanede kadın doğum poliklinikleri, yenidoğan poliklinikleri, gebe bilgilendirme sınıfı, aile planlaması polikliniği, üremeye yardımcı tedavi merkezi (tüp bebek), kadın doğum acil ve anestezi polikliniği, yoğun bakım ünitesi ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi hizmet vermektedir. Ankara’da bulunan en büyük hastane olmasından dolayı araştırmanın burada yürütülmesi uygun görülmüştür.

**3.3. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma Kasım 2020 - Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

**3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Kasım 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi’nde vajinal yolla doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G\*Power (v3.1.9) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır.Doğum eyleminde indüksiyon uygulanan ve uygulanmayan kadınlarda indüksiyonun doğum sonrası özgül anksiyete ölçeğine göre belirlenen anksiyete düzeyine etkisini belirlemek için kullanılacak olan ki-kare analizi için daha önce benzer çalışmaya rastlanmadığından etki gücü (w) : 0,3 (orta düzey) alınarak %95 güven aralığında (α): 0,05 alınarak, Df:2, %80 güce ulaşmak için toplam en az örneklem sayısı 108 olarak hesaplanmıştır (Cohen,1988; Faul, 2007). Kayıp olasılıkları düşünülerek bu sayıya %10 ekleme yapılmış ve toplam örneklem sayısı 120 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda oksitosin indüksiyonu uygulanan gruba 60, oksitosin indüksiyonu uygulanmayan gruba 60 olmak üzere toplam 120 kadının araştırmaya alınması planlanmıştır. Araştırmaya toplam 125 kadın davet edilmiştir. Bu kadınlardan 2 tanesi araştırmaya katılmayı reddetmiş, 3 tanesi anket formunu tam olarak doldurmamış ve araştırma gelişigüzel örnekleme ile seçilen toplam 120 kadın ile tamamlanmıştır. Olgu ve kontrol grubuna atama yapılırken gebe dosyasından bilgiler alınmış ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlardan oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınlar olgu grubuna, oksitosin indüksiyonu uygulanmayan kadınlar kontrol grubuna alınmıştır.

**3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri**

**3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

* Tek fetüse sahip olmak
* Vajinal doğum yapmış olmak
* Türkçe iletişim kurmak
* Okuma yazma bilmek
* Riskli gebeliğe sahip olmamak (Hastanenin doğum salonu kliniğinde doğum yapmış olmak, yüksek riskli gebelik kliniğinde yatmamak)
* 20-40 yaş arası olmak
* Çalışmayı katılmayı kabul etmek

**3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

* 20 yaş altında, 40 yaş üstünde olmak
* Sezaryen ile doğum yapmak
* Türkçe iletişim kuramamak
* Okuma yazma bilmemek
* Veri formlarını eksik doldurmak
* Çalışmaya katılmayı reddetmek
* Riskli gebeliğe sahip olmak (Hastanenin yüksek riskli gebelik kliniğinde yatmak)

**3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında 1 veri toplama formu ve 1 ölçek kullanılmıştır. Bunlar literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilen ‘Kişisel Bilgi Formu (EK-1) ve Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği (EK-2)’dir.

**3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

İlgili literatür araştırmasından sonra gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu oluşturulmuştur ve 21 sorudan oluşmaktadır. Form EK-1 olarak sunulmuştur (Bingöl ve Bal, 2021; Göçen, 2021).

**3.6.2. Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği (PSAS)**

Bu ölçek Fallon ve arkadaşları tarafından doğum sonrası döneme özgü anksiyete belirtilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (Fallon ve ark., 2016). Orjinal ölçek 51 maddeden oluşmakta ve toplam 4 alt boyutu vardır. Bunlar: Anne yeterliliği ve bağlılık kaygıları (1-15. maddeler), Bebek güvenliği ve refah kaygıları (16-26. maddeler), Pratik bebek bakımı kaygıları (27-33. maddeler), Annelik için psikososyal uyum (34-51. maddeler) olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Duran tarafından 2019 yılında yapılmış Cronbach alfa katsayısı, r= 0.91 olarak bulunmuştur (Duran S, 2019). Orijinal ölçekte olduğu gibi, maddelerin 4 faktörlü bir yapı olarak incelendiğinde farklı alt ölçekler altında gruplandığı gözlenmiştir. Ölçeğin (1–3, 1–16, 18 ve 19.) birçok öğesinin farklı bir gruba kaydığı tespit edildiğinden, ölçeğin Türkçe versiyonunun tek boyutlu olması gerektiğine karar verilmiştir. 51 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesinin yer aldığı faktördeki faktör yükleri incelendiğinde 1-2-15-46. (ingilizce) maddelerin faktör yüklerinin 0.30’un altında kaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu 4 maddenin Türkçe formda yer almaması gerektiğine karar verilmiştir. Bu 4 madde ölçekte belirtilmiş ancak puanlamaya dahil edilmemiştir. Ölçeğin Türkçe formu tek boyutlu ve 47 madde olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten 73 ve altında puan alanların postpartum anksiyete seviyelerinin düşük, 74 ve 100 arasında puan alanların orta, 101 ve üstünde olanların ise yüksek düzeyde olduğu şeklinde değerlendirilir. (EK-2) Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı, r= 0.87 olarak bulunmuştur.

**3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın yapılabilmesi için önce Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nden etik kurul onayı alınmış ve Ankara Şehir Hastanesi’nin bağlı olduğu Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırma verileri Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi’nde doğum yapan, aynı hastanenin doğum servisinde yatmakta olan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan kadınlardan toplanmıştır. Kadınlara araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış, soruları yanıtlanmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan oksitosin indüksiyonu uygulananlar olgu grubuna, oksitosin indüksiyonu uygulanmayan kadınlar kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmanın veri toplama araçlarından kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile ve PSAS ölçeği katılımcı tarafından öz bildirim yöntemi ile doldurulmuştur.

**3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen bilgiler için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. İki kategorik değişken arasındaki benzer dağılımı test etmek için Ki-Kare testi uygulanmıştır. Kullanılan ölçeğin verileri normal dağılım gösterdiği için istatistik değerlendirmelerinde parametrik testler kullanılmıştır.

Nicel değişkenlerin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanlarının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi yapılmıştır. Araştırmada p değerleri 0,05’in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

**3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma protokolü için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. Alınmıştır. Onay sonrası Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırmanın Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi’nde uygulanabilmesi için yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırmanın yapıldığı hastanene olan Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi’nin bağlı olduğu Ankara İl Sağlık Müdürlüğü kurum izin yazısının sayı numarası 90739940-799’dur (EK-3).

Araştırmaya katılım sağlayacak olan kadınlara çalışmanın amacı, veri toplama formlarını doldurmak için gereken süre, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri verdikleri bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı gibi konularda bilgiler verilmiştir. Varsa soruları yanıtlanmış ve çalışmaya katılımları konusunda sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Kadınların çalışmaya gönüllülük esaslı katılımlarına özen gösterilmiştir. Postpartum Özgül Anksiyete Ölçeği’nin (PSAS) araştırmada kullanılabilmesi için Dr. Songül Duran’dan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (EK-4). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 04.06.2020-92340882 tarih ve sayı numarası ile son onay (Protokol No: 2020/09) alınmıştır.(EK-5).

**4. BULGULAR**

Araştırmaya ilişkin bulgular 5 ana başlık altında incelenmiştir.

* Katılımcıların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
* Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular
* Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine İlişkin Bulgular
* İndüksiyon Uygulanan ve Uygulanmayan Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
* İndüksiyon Uygulamasına Göre Katılımcıların Postpartum Özgül Anksiyete Ölçeği Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
* Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puanının Dağılımına İlişkin Bulgular

**4.1. Katılımcıların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 1.** Katılımcıların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ölçek** | **En küçük-En büyük değerler** | ***± SS*** |
| **Postpartum spesifik anksiyete** | 44-119 | 69,93±16,23 |

Araştırmada kullanılan ölçeğin (Postpartum Özgül Anksiyete Ölçeği’nin) ortalama değerlerinin 69,93±16,23 olduğu görülmüştür.

**4.2. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

**Tablo 2.** Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Özellikler** |  | N | % |
| Doğum haftası | 39+6 ve öncesi | 72 | 60,0 |
| 40 ve sonrası | 48 | 40,0 |
| İndüksiyon uygulaması | Uygulanan | 60 | 50,0 |
| Uygulanmayan | 60 | 50,0 |
| Hastanede kalış süresi (gün) | 1 | 71 | 59,2 |
| 2 | 32 | 26,7 |
| 3 ve üzeri | 17 | 14,1 |
| İndüksiyon ajanının adı | İndüksiyon uygulanmadı | 60 | 50,0 |
| Dinoproston (Propess®) | 2 | 1,7 |
| Oksitosin (Synpitan®) | 57 | 47,5 |
| Dinoproston+Oksitosin | 1 | 0,8 |
| İlacın dozu | Uygulanmadı | 60 | 50,0 |
| Dinoproston (40 mcq) | 2 | 1,7 |
| Oksitosin (5 ünite/500 ml infüzyon) | 57 | 47,5 |
| Dinoproston(40 mg)+Oksitosin(5U) | 1 | 0,8 |
| Eğitim durumu | İlkokul/Ortaokul | 40 | 33,3 |
| Lise ve dengi | 51 | 42,5 |
| Üniversite | 29 | 24,2 |
| Medeni durum | Evli | 120 | 100,0 |
| Çalışma durumu | Çalışıyor | 12 | 10,0 |
| Çalışmıyor | 108 | 90,0 |
| Sosyal güvence | Var | 118 | 98,3 |
| Yok | 2 | 1,7 |
| Eş eğitim durumu | İlkokul/ Ortaokul | 35 | 29,2 |
| Lise ve dengi | 41 | 34,2 |
| Üniversite | 44 | 36,6 |
| Eş çalışma durumu | Çalışıyor | 116 | 96,7 |
| Çalışmıyor | 4 | 3,3 |
| Aile tipi | Çekirdek aile | 107 | 89,2 |
| Geniş aile | 13 | 10,8 |
| Sigara içme durumu | Evet | 5 | 4,2 |
| Hayır | 115 | 95,8 |
| Bu gebeliğin planlı olma durumu | Planlı | 86 | 71,7 |
| Plansız | 34 | 28,3 |
| Gebelik sayısı | 1 | 40 | 33,3 |
| 2 | 39 | 32,5 |
| 3 ve üzeri | 41 | 34,2 |
| Canlı doğum sayısı | 1 | 50 | 41,7 |
| 2 | 38 | 31,7 |
| 3 ve üzeri | 32 | 26,6 |
| Ölü doğum sayısı | 0 | 117 | 97,5 |
| 1 | 3 | 2,5 |
| Yaşayan çocuk sayısı | 1 | 50 | 41,7 |
| 2 | 38 | 31,7 |
| 3 ve üzeri | 32 | 26,6 |
| Düşük sayısı | 0 | 95 | 79,2 |
| 1 | 23 | 19,2 |
| 2 | 2 | 1,6 |
| Kürtaj sayısı | 0 | 118 | 98,3 |
| 1 | 2 | 1,7 |
| Daha önce doğum yapma durumu | Evet | 71 | 59,2 |
| Hayır | 49 | 40,8 |
| Daha önceki doğum şekli | Vajinal doğum | 71 | 100,0 |
| Daha önceki gebelikte yaşanan sorunlar | Düşük | 24 | 70,6 |
| Düşük ve düşük tehdidi | 1 | 2,9 |
| Düşük tehdidi | 3 | 8,8 |
| Missed abortus | 1 | 2,9 |
| Erken doğum tehdidi | 2 | 5,9 |
| Guatr | 1 | 2,9 |
| Gebelik kolestazı | 1 | 3 |
| Gestasyonel hipertansiyon | 1 | 3 |

Araştırmaya katılan katılımcıların genel özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.Araştırmaya katılanların %60’ının 39+6 hafta öncesi, %40.0’ının 40 hafta ve üzeri olduğu görülmüştür. Katılımcıların %50’sine indüksiyon uygulanmış, %50’sine uygulanmamıştır. Katılımcıların %59,2’sinin 1, %26,7’sinin 2 gün hastanede kalış süresinin olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %47,5’ine oksitosin 5 ünite 500 ml Laktatlı Ringer içinde intravenöz infüzyon şeklinde uygulanmıştır. Uygulama yapılan katılımcılara indüksiyon ortalama 6,29±5,24 saat süreyle uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 27,03±4,51 olduğu görülmüştür. Katılımcıların %42,5’inin lise ve dengi, %33,3’ünün ilkokul/ortaokul mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların tamamı evlidir. Katılımcıların evlilik yıl ortalaması 5,41±4,50 yıldır. Katılımcıların %10’unun çalıştığı, %98,3’ünün de sosyal güvencesi olduğu görülmüştür. Katılımcıların eş yaşı ortalaması 30,41±5,09’dur. Katılımcı eşlerinin %36,6’sinin üniversite, %34,2’sinin lise ve dengi okul mezunu olduğu görülmüştür. Eşlerin %96,7’si çalışmaktadır. Katılımcıların %89,2’sinin aile tipi çekirdek ailedir. Katılımcıların %95,8’inin sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %71,7’sinin bu gebeliklerinin planlı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan %33,3’ünün 1, %32,5’inin 2 gebeliğe sahip olduğu, %41,7’sinin 1, %31,7’sinin 2 canlı doğumu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %2,5’inin bir kez ölü doğum yaptığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %41,7’sinin 1, %31,7’sinin 2 yaşayan çocuğu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %79,2’si daha önce düşük yapmamıştır. Katılımcıların %1,7’sinin bir kez kürtaj geçirdiği görülmüştür. Katılımcıların %59,2’sinin daha önce doğum yaptığı ve bu doğumların tamamının vajinal doğum olduğu tespit edilmiştir. Daha önce gebelikte sorun yaşayanların %70,6’sının abortus sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.

**4.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine İlişkin Bulgular**

**Tablo 3.** Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Özellikler *± SS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İlaç uygulama süresi (saat) | 6,29±5,24 (min:0.35, max:24) |  |  |
| Yaş ortalaması | 27,03±4,51 (min:20, max:40) |  |  |
| Evlilik süresi (yıl) | 5,41±4,50 (min:1, max:20) |  |  |
| Eş yaşı | 30,41±5,09 (min:21, max:48) |  |  |

Katılımcılara ait bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikler ile ilgili ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3’de gösterilmiştir. Katılımcılara indüksiyon uygulama süresi en az 35 dakika en fazla 24 saat olarak görülmüştür. Ortalama 6,29±5,24 saat indüksiyon uygulandığı görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 27,03±4,51’dir. Katılımcıların en az 1 yıl en fazla 20 yıl ortalama ise 5,41±4,50 yıl evli oldukları görülmüştür. Katılımcıların eşlerinin ortalama yaşı 30,41±5,09’dur.

**4.4. İndüksiyon Uygulanan ve Uygulanmayan Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

**Tablo 4.** Katılımcıların İndüksiyon Uygulamasına Göre Karşılaştırılması

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Uygulanan** | **Uygulanmayan** | **Test****ve p**  **Değerleri** |
|  | **Sayı (%)** | **Sayı (%)** |
| Doğum haftası |  |  | X2=2,222  p=0,192 |
| 39+6 ve öncesi | 32 (53,3) | 40 (66,7) |
| 40 ve sonrası | 28 (46,7) | 20 (33,3) |
| Hastanede kalış süresi (gün) |  |  | X2=2,749  p=0,282 |
| 1 | 32 (53,3) | 39 (65,0) |
| 2 | 20 (33,3) | 12 (20,0) |
| 3+ | 8 (13,3) | 9 (15,0) |
| Eğitim durumu |  |  | X2=2,639  p=0,274 |
| İlkokul/ortaokul | 24 (40,0) | 16 (26,7) |
| Lise ve dengi | 24 (40,0) | 27 (45,0) |
| Üniversite | 12 (20,0) | 17 (28,3) |
| Çalışma durumu |  |  | X2=0,370  p=0,762 |
| Çalışıyor | 5 (8,3) | 7 (11,7) |
| Çalışmıyor | 55 (91,7) | 53 (88,3) |
| Eş eğitim durumu |  |  | X2=2,000  p=0,395 |
| İlkokul/ortaokul | 20 (33,3) | 15 (25,0) |
| Lise ve dengi | 17 (28,3) | 24 (40,0) |
| Üniversite | 23 (38,3) | 21 (35,0) |
| Aile tipi |  |  | X2=0,086  p=1,000 |
| Çekirdek aile | 53 (88,3) | 54 (90,0) |
| Geniş aile | 7 (11,7) | 6 (10,0) |
| Bu gebeliğin planlı olma durumu |  |  | X2=0,657  p=0,544 |
| Planlı | 45 (75,0) | 41 (68,3) |
| Plansız | 15 (25,0) | 19 (31,7) |
| Gebelik sayısı |  |  | X2=3,241  p=0,364 |
| 1 | 23 (38,3) | 17 (28,3) |
| 2 | 21 (35,0) | 18 (30,0) |
| 3 | 8 (13,3) | 14 (23,3) |
| 4+ | 8 (13,3) | 11 (18,3) |
| Canlı doğum sayısı |  |  | X2=3,809  p=0,162 |
| 1 | 30 (50,0) | 20 (33,3) |
| 2 | 15 (25,0) | 23 (38,3) |
| 3+ | 15 (25,0) | 17 (28,3) |
| Yaşayan çocuk sayısı |  |  | X2=3,809  p=0,162 |
| 1 | 30 (50,0) | 20 (33,3) |
| 2 | 15 (25,0) | 23 (38,3) |
| 3+ | 15 (25,0) | 17 (28,3) |
| Düşük sayısı |  |  | X2=2,846  p=0,206 |
| 0 | 51 (85,0) | 44 (73,3) |
| 1 | 8 (13,3) | 15 (25,0) |
| 2 | 1 (1,7) | 1 (1,7) |
| Daha önce doğum yapma durumu |  |  | X2=2,794  p=0,137 |
| Evet | 31 (51,7) | 40 (66,7) |
| Hayır | 29 (48,3) | 20 (33,3) |

İndüksiyon uygulanan katılımcılardan %53,3’ünün doğum haftası 39+6 ve öncesi, %53,3’ünün hastanede kalış süresi 1 gün, %40,0’ının eğitim durumu lise ve dengi mezunu, %8,3’ünün çalıştığı, %38,3’ünün eşinin üniversite mezunu olduğu, %88,3’ünün aile tipinin çekirdek aile olduğu, %75’inin gebeliğinin planlı olduğu, %38,5’inin gebelik sayısının 1 olduğu, %50’sinin bir canlı doğumu olduğu, %50’sinin bir yaşayanı olduğu, %85’inin daha önce düşük yapmadığı, %51,7’sinin daha önce doğum yapmış olduğu tespit edilmiştir.

İndüksiyon uygulanmayan katılımcılardan %66,7’sinin doğum haftasının 39+6 ve öncesi, %65’inin hastanede kalış süresinin bir gün, %45’inin eğitim durumunun lise ve dengi okul mezunu olduğu, %11,7’sinin çalıştığı, %40’ının eşinin lise ve dengi okul mezunu olduğu, %90’ının aile tipinin çekirdek aile olduğu, %68,3’ünün bu gebeliği planladığı, %30’unun iki gebeliğe sahip olduğu, %38,3’ünün iki canlı doğumu olduğu , %38,3’ünün iki yaşayan çocuğu olduğu, %73,3’ünün daha önce düşük yapmadığı , %66,7’sinin daha önce doğum yapmış olduğu tespit edilmiştir.

İndüksiyon uygulanan ve uygulanmayan grubun genel bazı özellikler (doğum haftası, hstanede kalış süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, abortus sayısı) bakımından benzer olduğu görülmüştür (p>0,05).

**4.5. İndüksiyon Uygulamasına Göre Katılımcıların Postpartum Özgül Anksiyete Ölçeği Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

**Tablo 5.** Katılımcıların İndüksiyon Uygulamasına Göre Ortalama, Standart Sapma ve Test Değerleri

**Uygulanan Uygulanmayan**

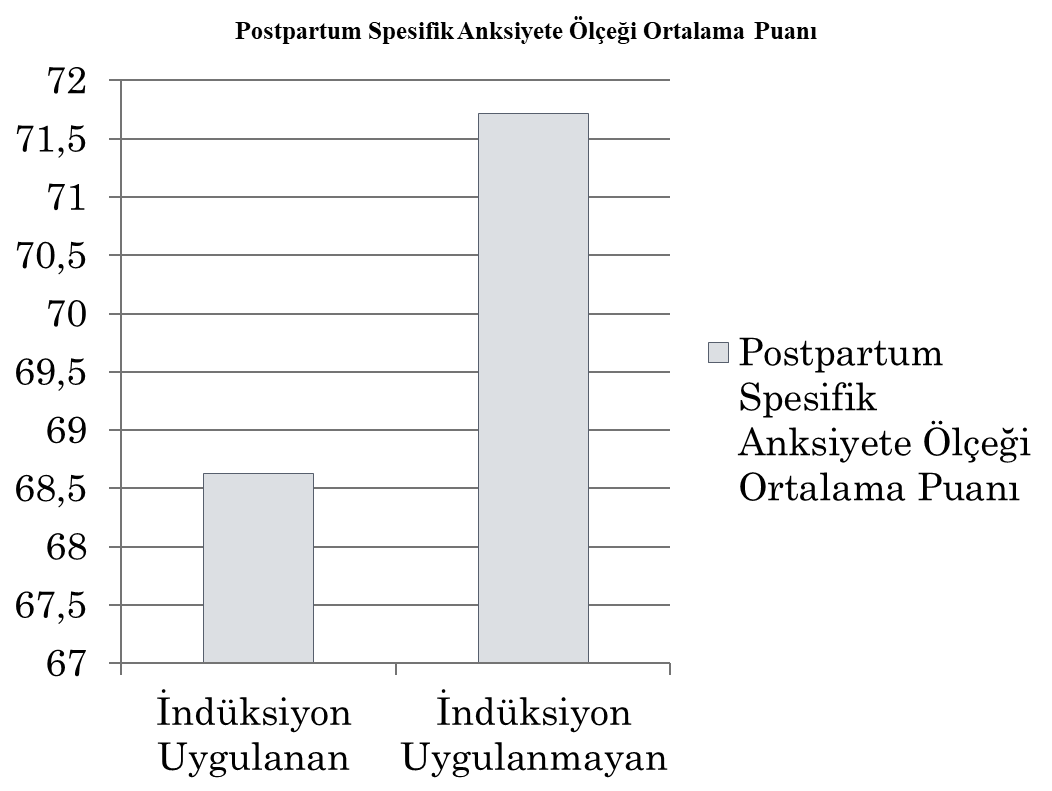
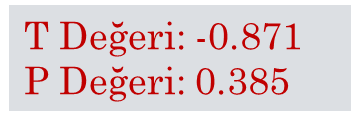
**Sayı(%) Sayı (%)**

**N=60(%50) N=60(%50) T ve P değerleri**

**Postpartum Spesifik** T -0,871

**Anksiyete Ölçeği Puanı**68,63±15,1071,22±17,31 P 0,385

***± SS***

**Şekil 1. İndüksiyon Uygulamasına Göre Katılımcıların Postpartum Spesifik Anskiyete Ölçeği Ortalama Puanları**

İndüksiyon uygulanan katılımcıların postpartum spesifik anksiyete ölçeği ortalama puanı 68,63±15,10, indüksiyon uygulanmayanların ise 71,22±17,31’dir. Uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında postpartum spesifik anksiyete puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

**4.6. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puanının Dağılımına İlişkin Bulgular**

**Tablo 6.** Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Postpartum Spesifik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Tanıtıcı Özellikler** | **Postpartum spesifik anksiyete puanı** |
| ***± SS*** |
| Doğum haftası |  |
| 39+6 hafta ve altı | 71,11±16.,83 |
| 40 hafta ve üstü | 68,15±15,27 |
| *T* | 0,981 |
| *P* | 0,329 |
| Hastanede kalış süresi (gün) |  |
| 1 | 70,06±16,69 |
| 2 | 71,38±15,37 |
| 3+ | 66,65±16,30 |
| F | 0,473 |
| *P* | 0,624 |
| Eğitim durumu |  |
| İlkokul/ortaokul (1) | 61,00±9,92 |
| Lise ve dengi (2) | 70,73±15,30 |
| Üniversite (3) | 80,83±18,05 |
| F | 15,810 |
| *P* | 0,000\* |
| *Bonferroni* | 1<2; 1<3; 2<3 |
| Çalışma durumu |  |
| Çalışıyor | 81,75±21,71 |
| Çalışmıyor | 68,61±15,06 |
| T | 2,042 |
| *P* | 0,063 |
| Eş eğitim durumu |  |
| İlkokul/ortaokul | 64,37±11,54 |
| Lise ve dengi | 72,80±17,43 |
| Üniversite | 71,66±17,45 |
| F | 3,048 |
| *P* | 0,051 |
| *Bonferroni* | - |
| Aile tipi |  |
| Çekirdek aile | 70,95±16,49 |
| Geniş aile | 61,46±11,07 |
| T | 2,017 |
| *P* | 0,046\* |
| Bu gebeliğin planlı olma durumu |  |
| Planlı | 69,58±16,53 |
| Plansız | 70,79±15,63 |
| T | -0,368 |
| *P* | 0,714 |
| Gebelik sayısı |  |
| 1 (1) | 74,85±17,33 |
| 2 (2) | 71,72±15,82 |
| 3 (3) | 63,73±14,73 |
| 4+ (4) | 63,05±12,29 |
| F | 3,851 |
| *P* | 0,011\* |
| *Bonferroni* | 4<1 |
| Canlı doğum sayısı |  |
| 1 | 73,14±16,22 |
| 2 | 70,39±17,33 |
| 3+ | 64,34±13,69 |
| F | 2,987 |
| *P* | 0,054 |
| *Bonferroni* | - |
| Daha önce doğum yapma durumu |  |
| Evet | 67,58±15,84 |
| Hayır | 73,33±16,33 |
| T | -1,929 |
| *P* | 0,056 |

\*p<0,05

Postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanının katılımcıların genel bazı özelliklerine göre farklılaşma durumunu tespit etmek üzere yapılan bağımsız örneklem t testi ve Bonferroni testi sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. (p<0,05). Buna göre üniversite mezunu olan grubun postpartum spesifik anksiyete puanı diğer gruplara göre daha yüksektir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi yapılmıştır. Postpartum spesifik anksiyete düzeyinde lise ve dengi ile üniversite gruplarının postpartum spesifik anksiyete puanı ilkokul/ortaokul grubundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Üniversiteli grubun postpartum spesifik anksiyete puanı lise ve dengi mezunu gruptan daha yüksektir.

Katılımcıların aile tipine göre postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre çekirdek ailede yaşayanların postpartum spesifik anksiyete puanı geniş aileye sahip olanlara göre daha yüksektir.

Katılımcıların gebelik sayısına göre postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre gebelik sayısı bir olan grubun postpartum spesifik anksiyete puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi yapılmıştır. Postpartum spesifik anksiyete düzeyinde gebelik sayısı bir olan grubuun postpartum spesifik anksiyete puanı gebelik sayısı 4 ve üzeri gruptan daha yüksektir.

**5. TARTIŞMA**

Doğumda indüksiyonu uygulamasının doğum sonrası özgül anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, indüksiyon uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında anksiyete düzeylerinde anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıca bazı özellikler (doğum haftası, hastanede kalış süresi, çalışma durumu, canlı doğum sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, abortus sayısı) açısından da gruplar arasındaki anksiyete düzeyleri benzerlik göstermektedir (p>0,05). Çalışmaya katılan tüm kadınların eğitim durumu, aile tipi ve gebelik sayısı ile postpartum spesifik anksiyete ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Eğitim düzeyi yükseldikçe anksiyete düzeyinin arttığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin indüksiyon ile ilgili internet ve sosyal medyada araştırmalarda bulunmaları, indüksiyon verilen annelerin yorumlarına ulaşmaları anksiyete düzeylerini etkileyebilir. Benzer şekilde anne adaylarının eşlerinin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde de lise ve dengi okul ile üniversite mezunu eşi olan anne adaylarında eşi ilkokul-ortaokul mezunu olan anne adaylarına göre anksiyete seviyeleri daha yüksek olduğu bulunmuş ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye erişmemiştir. Aile tipinin de anksiyete düzeyini etkilediği görülmüştür. Çekirdek ailede yaşayan annelerin anksiyete düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Bunun sebebi ise bu ailelerde sosyal destek eksikliği yaşamaları olabilir şeklinde yorumlanabilir. Gebelik sayısının da anksiyete düzeyini etkilediği görülmüştür. Gebelik sayısı azaldıkça anksiyete düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bunun sebebi ise deneyim ve tecrübe olarak yorumlanabilir. Bulgulara göre annenin doğum deneyimi arttıkça sonraki gebeliklerinde anksiyete düzeyi azalmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre daha önce doğum yapmış olan annelerde doğum yapmamış anne adaylarına göre postpartum özgül anksiyete düzeyleri daha düşük seviyelerde bulunmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeylere ulaşmamıştır.

Çalışmamızın bulgularına göre indüksiyon uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında postpartum özgül anksiyete düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Yani indüksiyon uygulamasının postpartum özgül anksiyeteyi etkilemediği görülmektedir. Bu nedenle indüksiyon uygulaması gerekli görüldüğü durumlarda sağlık profesyonelleri gözetiminde anksiyeteyi artıracak endişesi taşımadan kullanılabilir.

Gu ve arkadaşları’nın (2015) yaptığı çalışmada intrapartum dönemde uygulana oksitosin dozu ile postpartum ikinci aydaki endojen oksitosin seviyeleri ile pozitif ilişki gösterdiği görülmüştür. Daha yüksek düzeyde oksitosin bulunan kişilerde, daha fazla depresyon, endişe ve somatizasyon belirtileri görülmüştür. Çalışmamızda oksitosin seviyeleri ölçülmemekle birlikte sonuçlarımız bu çalışmanın sonuçları ile örtüşmemektedir.

Tichelman ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada intrapartum dönemde oksitosine maruz kalan katılımcılar doğum sonrası dönemde daha fazla depresif semptomlara sahip olduğu ancak aradaki ilişkinin zayıf olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın sonucu bu sonuçlarla örtüşmemekle birlikte indüksiyon uygulamasının anksiyete düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Takacs ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada intrapartum dönemde uygulanan oksitosinin annenin postpartum ruh haline etkisini incelediği bu çalışmada intrapartum dönemde uygulanan oksitosinin postpartum dönemde annenin ruh halini etkilemediği bulunmuştur. Oksitosin alan ve almayan gruplar arasında primiparite, aktif fazın süresi, yenidoğanın doğum sonrası hastanede yatış süresi, ortalama yaş açısından anlamlı fark bulunduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da uyumlu olarak gebelik sayısı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada medeni durum, doğum şekli, doğum deneyimi, gebelikte depresif semptomların şiddeti, önceki antidepresan tedavisi açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür. Çalışmamızda da bu bulgularla uyumlu olarak medeni durum açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Podilla ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada yüksek eğitim düzeyi ile doğum sonrası kaygı belirtileri arasında ters ilişki olduğu ve gebelik sırasında düşük sosyal destek gören gebelerin doğum sonrası daha fazla kaygı belirtisi bildirmesinin beş kat arttığı ve aralarında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu olarak katılımcıların eğitim düzeyleri açısından anlamı fark bulunmuştur, ancak çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı görülmüştür.

Kroll-Desrosiers ve arkadaşlarının (2017) gebelik öncesinde depresif veya anksiyete bozukluğu olmayan ve doğumda oksitosin uygulanan kadınlarda uygulanmayanlara göre doğum sonrası depresif durumun veya anksiyete bozukluğu riskinin %32 arttığı görülmüştür.

Martinez-Galiano ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada paritenin doğum sonrası dönemde belirli sorunların varlığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Primiparların emzirme sorunları, depresif belirtiler, anksiyete, üzüntü ve fekal inkontinans yaşama olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da, bu çalışma ile uyumlu olarak gebelik sayısı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bulgularımıza göre gebelik sayısı arttıkça anksiyete düzeyleri düşmektedir.

Bingöl ve Bal’ın (2020) yaptığı bir çalışmada parite, postpartum dönemde kadının eşi ile ilişkisi, postpartum dönemde anne ile ilişkisi, postpartum uyum güçlüğü ve son iki haftada üzgün ve mutsuz hissetme ile postpartum anksiyete arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada primiparların anksiyetesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da uyumlu olarak gebelik sayısı azaldıkça anksiyetenin arttığı bulunmuştur.

Karademir’in (2021) postpartum dönemde anneler ile yaptığı çalışmada anne yaşı, meslek, eş eğitim durumu, eş mesleği ve gebeliğin planlı olması ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı gösterilmiştir. Çalışmamızın sonuçları bu çalışma sonuçlarıyla örtüşmemekedir.

Göçen’in (2021) yaptığı bir çalışmada doğum indüksiyon uygulamasının durumluluk kaygı düzeyini artırdığı süreklilik kaygı düzeyini etkilemediği bildirilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız ölçek farklı olsa da sonuçlarımız bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

İncelediğimiz az sayıda çalışma doğum indüksiyonunun postpartum anksiyeteyi etkilediği gösterilmektedir. Ancak bizim çalışmamızda postpartum özgül anksiyeteyi indüksiyonun etkilemediği ve anksiyetenin kişinin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinden etkilendiği görülmüştür. Bu nedenle gerekli görüldüğü durumlarda sağlık profesyonelleri indüksiyon uygulamasını kullanmayı tercih edebilir. Bu alanda literaürde daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Doğum indüksiyon uygulamasının postpartum özgül anksiyete düzeyi üzerine etkisini inceleyen az sayıda çalışmanın olması konu ile ilgili farklı gruplarda ve daha fazla sayıda çalışma ile iyi bir sonuca ulaşılabileceğini göstermektedir.

**6. SONUÇ ve ÖNERİLER**

Doğum indüksiyon uygulamasının doğum sonrası özgül anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

* Doğum indüksiyonunun postpartum özgül anksiyete düzeyini etkilemediği,
* Doğum indüksiyonunda kullanılan ilaç süresinin postpartum anksiyete düzeyini etkilemediği,
* Eğitim durumu, aile tipi, gebelik sayısının postpartum özgül anksiyeteyi etkilediği görülmüştür.

İndüksiyon zorunlu haller dışında gebelere uygulanmamalıdır. Uygulanmadan önce gebe sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirilmeli ve onamı alınmalıdır. İndüksiyon sonrasındaki süreç hakkında (ağrılarının artması, tek başına ayağa kalkmaması vb.) gebe bilgilendirilmelidir. İndüksiyon sırasında fetal mönitarizasyon ile fetal kalp atımları yakından takip edilmelidir. Fetal kalp atımında yaşanan herhangi bir sıkıntılı durumda ise indüksiyon durdurulmalı, gebe sol yan yatırılmalıdır. Doktor istemine göre oksijen ve mayi uygulanmalıdır.

Gebenin sağlık durumu uygunsa indüksiyon almaya devam ederken gebeyi rahatlatıcı teknikler uygulanmaya devam edilmelidir. Gebenin de isteği halinde kendisi iyiyse indüksiyon ve fetal mönitarizasyon devam ederken yatak kenarında ayakta durabilir, egzersiz yapabilir veya pilates yapabilir (Göçen, 2021)

Ebenin doğum sürecindeki desteği kadar doğum sonrası dönemdeki desteği de anne ve bebek sağlığı için önemlidir. Bu yüzden doğum sonu dönemde ten tene temasın ve emzirmenin erken dönemde başlaması için anne desteklenmeli. Annenin ruh hali ve bebeğin sağlığı ve bakımı gözlenmelidir. Eksiklik görülen konularda gerekli danışmanlıklar sağlık profesyonelleri tarafından verilmelidir.

**KAYNAKLAR**

Anxiety and Depression Association of America. Facts and Statistics.

<https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics> adresinden erişim sağlandı.

Bayrı Bingöl B., Demirgöz Bal M. (2021). Doğum Sonrası Maternal Anksiyete ve Bağlanmayı Etkileyen Faktörler. *STED*, 30(1), 60-68

Budak M.Ş., Kaya C., Akgöl S., Şentürk M.B., Kanat-Pektaş M., Yaman-Görük N., Tosun Ö., (2016). Prostaglandin E2 ile doğum İndüksiyonu Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Deneyimi*. Jinekoloji Obstetrik Neonataloji Tıp Dergisi*, 13(2)61-64

Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed).(1988) *Lawrence Erlbaum Associates*, New York, pp. 274-87.

Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno, K.J., et al., *Williams Obstetrics.* 21th ed. Nobel Tıp Kitabevi, 2005, s:40, 267-72, 470-81, 872.

Çetinkaya Ş.F., Söylemez F. (2013). Doğum İndüksiyonunda Başarıyı Etkileyen Faktörler ve Doğum İndüksiyonu Yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1),52

Daskalakis G., Zacharakis D., Simou M., Pappa P., Deterokis S., Mesogitis S., Antsaklis A. (2014). İnduction of labor versus expectant management for pregnancies beyond 41 weeks. *Journal Of Maternal Fetal Neonatal Medicine* . 27, 173-176

Duran, S. (2019). Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS): Reliability and validity of the Turkish version. *Perspectives in Psychiatric Care.* <https://doi.org/10.1111/ppc.12385>

Fallon, V., Halford J.C.G., Bennett K.M., Harrold J.A. (2016). The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Archives Of Womens Mental Health*, 19, 1079-1090. doi: 10.1007/s00737-016-0658-9

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods,* 39, 175–191.

Gelegen K. (2013). *Postdate Gebelik Nedeni İle Doğum İndüksiyonu Uygulanan Düşük Servikal Bishop Skoru Olan Gebelerde İndüksiyon Başarısını Etkileyen Faktörler*, Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Göçen NN, (2021). *Doğumda İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonu Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın

Gu V., Feeley N., Gold I., Hayton B., Robins S., Mackinnon A.,… Zelkowitz P. (2016). Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum, *BİRTH*, 43(1) 28-35

Gül N. (2008) *Normal Doğum ve Sezeryan Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Haq A.N., Ahsan S., Sher Z. (2012). İnduction of labour in post dates pregnant women. *Journal Of College Of Physicians and Surgeons Pakistan.* 644-647

Hopkins K. (2000). Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver Cesarean. *Social Science & Medicine* 51(5), 725-740

Karaca D. (2020). *Postterm Gebelikte Doğum İndüksiyonunda Oral Misoprostol (PGE1-CYTOTEC®) ve Vajinal Dinoproston (PGE2-PROPESS®) Kullanımının Karşılatırılması.* Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

Karademir Ö. (2005). *Bishop Skorunun Başarılı Doğum İndüksiyonunun Öngörülmesindeki Değeri.* Uzmanlık Tezi, Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İstanbul

Karademir T. (2021). *Annelerin Postpartum Dönemde Anksiyete Düzeyi İle Yenidoğan Bakımına Yönelik Özgüvenleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,* 45(2), 65-74

Kaymak A. (2017). *Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihlerine İlişkin Görüşleri.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Kendig S., P.Keats J., Hoffman M.C., B. Kay L., S. Miller E M., Moore Simas, T.A.,… Lemieux L.A. (2017). Perinatal Depression and Anxiety *Obstetrics & Gynecology*,129 (3), 422-430. doi: 10.1097/AOG.0000000000001902

Khan RU., El-Refaey H., Sharma S., Sooranna D., Stafford M. (2004) Oral, rectal, and vaginal pharmacokinetics of misoprostol. *Obstetrics and Gynecology*,103(5) part.1

Kroll-Desrosiers A.R., Nephew B.C., Babb J.A., Guilarte-Walker Y., Moore Simas T.A., Deligiannidis K.M. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year *Depression and Anxiety*. 34(2), 137-146. https://doi.org/10.1002/da.22599

Kokonalı M.K., Kokonalı D., Güzel A.İ., Topçu H.O., Cavkayter S., Doğanay M. (2015). Gebelikte ve Uygun Bishop Skoru Varlığında İntravenöz Sentetik Oksitosin İnfüzyonu İle Doğum İndüksiyonu Sonucuna Etki Eden Faktörlerin Analizi. *Çukurova Medical Journal* 40(2) 317-325

Leszczynska – Gorzelak B., Laskowska M., Oleszczuk J. (2001). Comparative analysis of the effectiveness of misoprostol and prostoglandin E2 in the preinduction and induction of labor. *Medical Science Monitor*. 7(5):1023-1028

Martínez-Galiano J.M., Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Delgado-Rodríguez M., Gómez-Salgado J. (2019). Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Scientific Reports*, 9, 11763

Misri S., Abizadeh J., Sanders S., Swift E. (2015) Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment . *Journal of Women's Health*. 24(9),762-770

Mozurkewich E, Chilimigras J., Koepke E., Keeton K., King V.J. (2009). Indications for induction of labour: a best‐evidence review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology,* 116(5), 626-636. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02065.x>1

National İnstitute of Mental Health https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders

NICE guideline. Induction of labour. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. National Institute for Health and Clinical Excellence 2008; [www.nice.org.uk/nicemedia/live/1201 2/41255.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/1201%202/41255.pdf). adresinden ulaşıldı. Erişim Tarihi: 10.09.2021

Nicholson, J.M., Parry S., Caughey A.B., Rosen S., Keen A., Macones G.A. (2008). The impact of the active management of risk in pregnancy at term on birth outcomes: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 198(5) 511. e1-511. e15. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.03.037

Obstetricians, A.C.O. and Gynecologists, Induction of labor, ACOG Practice Bulletin No. 107, Obstet Gynecol, 2009. 114: p. 386-397

Özdamar Ö., Yılmaz O., Beyca H.H., Muhcu M. (2016). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 214;45: 71-77

Padilla J.J., Lara-Cinisomo S., Navarrete L., Lara M.A. (2021) Perinatal Anxiety Symptoms: Rates and Risk Factors in Mexican Women. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*. 18(1): 82. doi: 10.3390/ijerph18010082

P. Zappas M., Becker K., Walton-Moss B. (2021). Postpartum Anxiety. *The Journal For Nurse Practitioners* 17, 60-64. DOI:https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.017

Radoš S.N., Tadinac M., Herman R. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta clinica Croatica*, 57( 1) 39-51. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.05>

Remes O., Brayne C., Rianne van der Linde R., Lafortune L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior,* 6(7),1-33. https://doi.org/10.1002/brb3.497

Spong, C.Y., Mercer B.M., D’Alton M., Kilpatrick S., Blackwell S., Saade G. (2011). Timing of indicated late-preterm and early-term birth. Obstetrics and Gynecology. 118(2 Pt 1): p. 323-333. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182255999

Stein A., G. Craske M., Lehtonen A., Harvey A., Savage-McGlynn E., Davies B.,… Counsell N. (2012). Maternal Cognitions and Mother–Infant Interaction in Postnatal Depression and Generalized Anxiety Disorder *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 795-809.

Şerbetçi H. (2018). *Bishop Skoru ≤4 Olan Vertex Geliş Hastalarda Doğum İndüksiyonunda PGE2(Dinoproston) ve Servikal Olgunlaştırıcı Balon Kateterin Klinik Kullanımdaki Yeri.* Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

Takács L., Seidlerová J.M., Štěrbová Z., Čepický P., Havlíček J. (2019). The effects of intrapartum synthetic oxytocin on maternal postpartum mood: findings from a prospective observational study *Archives Of Womens Mental Health.* 22(4): 485–491.

Taşkın L,2009, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*,Ankara ,Sistem Ofset Matbaacılık

Tichelmanab E., Warmink-PerdijkabJens W., Lillian H.(2021). Intrapartum synthetic oxytocin, behavioral and emotional problems in children, and the role of postnatal depressive symptoms, postnatal anxiety and mother-to-infant bonding: A Dutch prospective cohort study*. Midwifery* .100,103045

Tülek F. (2014). *Doğum İndüksiyonunda İntravenöz Oksitosin İnfüzyonu İle Servikal Olgunlaştırıcı Balonun (Cervical Ripening Balloon) Karşılaştırılarak Sonuçlarının Değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

World Health Organization recommendations for induction of labour 2011. [http://whqlibdoc.who.int/publication s/2011/9789241501156\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publication%20s/2011/9789241501156_eng.pdf) adresinden erişildi.

WHO. (2017). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf>

**EKLER**

**EK-1 Kişisel Bilgi Formu**

EK 1

Doğumda medikal indüksiyon uygulamasının doğum sonrası özgül anksiyete üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu anketi içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

Büşra Çağla YORULMAZ

|  |
| --- |
| Doğumda Gebelik Haftası : …………..  Hastanede yattığı süre: …………………….  İndüksiyon uygulandı mı: a)Evet b)Hayır  İndüksiyon uygulanan ilacın adı:  İndüksiyon uygulanan ilacın dozu:  İndüksiyon uygulama süresi: |
| 1. **Sosyo-Demografik Özellikler**   1.Yaşınız : …………..  2.Eğitim durumunuz  a) İlkokul mezunu  b) Ortaokul mezunu  c) Lise ve dengi mezunu  d) Üniversite/yüksekokul mezunu  3. Medeni durumunuz nedir?  a) Evli  b) Bekar  c) Boşanmış  4. Kaç yıllık evlisiniz?.........  5.Çalışma durumunuz  a.Çalışıyorum (Mesleğinizi/işinizi belirtiniz)…  b.Çalışmıyorum  6.Sosyal güvenceniz var mı ?  a. Evet ………………………………  b. Hayır  7.Eşinizin yaşı: ……………….  8.Eşinizin eğitim durumu :  a)Okuryazar değil  b) İlkokul mezunu  c) Ortaokul mezunu  d) Lise ve dengi mezunu  e) Üniversite/ yüksekokul mezunu  9.Eşinizin çalışma durumu:  a.Çalışıyor (Mesleğinizi/işinizi belirtiniz)…………………………….  b.Çalışmıyor  10.Aile tipiniz:  a.Çekirdek aile  b.Geniş aile |
| **B-Genel Sağlık Alışkanlıkları**  11. Sigara içiyor musunuz?  a. Evet. Günde kaç adet ……… Ne kadar süredir? ……….  b. Hayır |
| **C-Gebenin Obstetrik Öyküsü**  12.Bu gebeliğiniz planlı mıydı?  a.Planlı  b.Plansız  c.Tedavi ile  13.Gebelik sayısı………..  14. Canlı doğum sayısı…..  15. Ölü doğum sayısı …………  16. Yaşayan çocuk sayısı ………….  17.Düşük sayısı ………  18. Küretaj sayısı. …..  19. Daha önce doğum yaptınız mı?  a. Evet  b. Hayır (21. soruya geçiniz)  20. Daha önceki doğum şekliniz nedir?  a. Normal doğum  b. Müdahaleli doğum ( vakum, forseps)  c. Sezaryen doğum  21. Daha önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?  a) Düşük/ Düşük tehdidi  b) Erken doğum/Erken doğum tehdidi  c) Preeklampsi/Eklampsi  d) Diabet  e) Diğer………… |

**EK-2 Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği (PSAS)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KATILIMCI:** | | **HAFTA OLARAK BEBEĞİN YAŞI:** | **TARİH:** | | | |
| **Sorular** | **Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği** | | **1 = Hiç** | **2 =Bazen** | **3= Çoğu kez** | **4Neredeyse Her zaman** |
| 1. | Diğer sorumluluklarım ile anneliği dengelemekte yetersiz hissediyorum. | |  |  |  |  |
| \*2. | Ailem ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine oranla daha çok endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| 3. | Bebeğime istemeyerek zarar verme konusunda endişe duyuyorum. | |  |  |  |  |
| 4. | Etrafımda bana yardım edebilecek birileri olmadığında bebeğimle nasıl başa çıkacağım diye endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| 5. | Yeterince destek almadığımı hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 6. | Basit görevlere bebeğim doğmadan öncekinden daha az konsantre olabiliyorum. | |  |  |  |  |
| 7. | Bebeğime bakmam için yardıma ihtiyaç duymamam gerektiğini hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 8. | Bebeğim benimle birlikte değilken korktuğumu hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 9. | Bebeğim ağladığında ne yapacağımı bilememekten endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| \*10. | Eşim ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine göre daha fazla endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| 11. | Bebeğimin başka birinin bakımından daha fazla hoşnut olmasından endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| \*12. | Ailemden ve arkadaşlarımdan soyutlanmış hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 13. | Bebeğimin kilosu hakkında endişe duyuyorum. | |  |  |  |  |
| 14. | Bebeğimi rutine sokmak ile ilgili endişe duyuyorum. | |  |  |  |  |
| 15. | Bebeğime bakamayacak kadar çok hasta olmaktan endişe duyuyorum. | |  |  |  |  |
| 16. | Bebeğimin kazara birisi ya da bir şey tarafından zarar görmesinden endişe duyuyorum. | |  |  |  |  |
| 17. | Bebeğimin temel bakım ihtiyaçlarını karşılamada kendimi yetersiz ve güvensiz hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 18. | Bebeğimi yatıştırma konusunda yetersiz kalmaktan endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| 19. | Bebeğim doğmadan öncekine göre işleri daha belirli ve düzenli bir şekilde yapma konusunda daha fazla ihtiyaç hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 20. | Bebeğimle olan ilişkimle alakalı olumsuz düşüncelere sahibim. | |  |  |  |  |
| \*21. | Arkadaşlarımla olan ilişkimle alakalı bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum. | |  |  |  |  |
| 22. | Bebeğimin mikroplara maruz kalmasını önlemenin yollarını düşünüyorum. | |  |  |  |  |
| 23. | Bebeğimin diğer bebeklerden daha az mutlu olmasından endişeleniyorum. | |  |  |  |  |
| 24. | Diğer annelerin bebekleriyle benden daha iyi baş ettiğini hissediyorum. | |  |  |  |  |
| 25. | Olmak istediğim şekilde bir ebeveyn olmadığımı hissediyorum | |  |  |  |  |
| 26. | Ev işlerini tamamlama konusunda bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum. | |  |  |  |  |

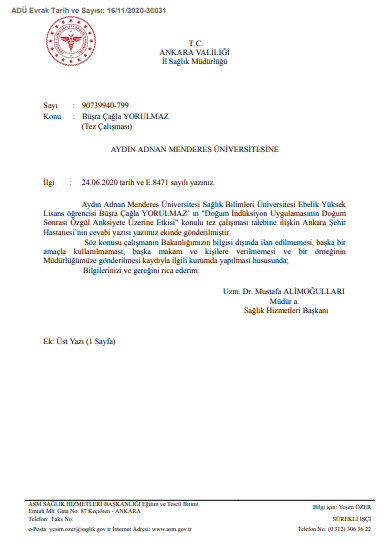
**EK-2 Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği(PSAS) Devamı**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sorular** | **Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği** | **1 = Hiç** | **2 =Bazen** | **3= Çoğu kez** | **4Neredeyse Her zaman** |
| 27. | Bebeğimin zarar görme ihtimalinden korktuğum için günlük aktivitelerde bebeğimle birlikte katılmıyorum. |  |  |  |  |
| 28. | Bebeğimin süt alımı ile ilgili endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| 29. | Bebeğim doğmadan öncekine göre geçen günümle ilgili daha az kontrole sahip olduğumu hissediyorum. |  |  |  |  |
| 30. | Mali durumum hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| 31. | Başkalarından güvence aldıktan sonra bile bebeğimin sağlığı hakkında endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| 32. | Yardım aldığımda bir faydası olmadığını hissediyorum. |  |  |  |  |
| 33. | Bebeğim uyurken nefesinin kesilmesinden endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| 34. | Bebeğimin sağlığı hakkında emin olmak için interneti kullanıyorum. |  |  |  |  |
| 35. | Bebeğimi Çocuk Bakım ortamına bırakma konusunda endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| 36. | Bebeğimin başkası tarafından daha iyi bakılacağını hissediyorum. |  |  |  |  |
| 37. | Uykumu yeterince almayacağım konusunda endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| 38. | Anneliğin beklediğimden çok daha zor olduğunu hissediyorum. |  |  |  |  |
| 39. | Bebeğimin benim kaygılarımı fark edeceğinden endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| 40. | Bebeğimle aramdaki bağ hakkında endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| 41. | Bebeğimin uyurken geçirdiği sürenin uzunluğu hakkında endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| \*42. | İşe geri dönme konusunda endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| 43. | Görünüşüm hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| 44. | Uyuma şansım olduğunda bile uyuma konusunda güçlük çekiyorum. |  |  |  |  |
| 45. | Diğer insanların ebeveynlik becerilerimin yetersiz olduğunu düşünmesinden endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| \*46. | Eşimin beni bebeğim doğmadan öncekine göre daha az çekici bulmasından endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| 47. | Bebeğimin diğer bebekler kadar hızlı gelişmemesinden endişeleniyorum. |  |  |  |  |
| \*48. | Eşime karşı kırgınlık hissediyorum. |  |  |  |  |
| 49. | Bebeğimi besleme şeklim hakkında endişe duyuyorum. |  |  |  |  |
| 50. | Uyuyan bebeğimi defalarca kontrol ediyorum. |  |  |  |  |
| 51. | İyi miktarda bir dinlenmeden sonra bile yorgun hissediyorum. |  |  |  |  |
| **- SON -** | | **SONUÇ: / 204** | | | |

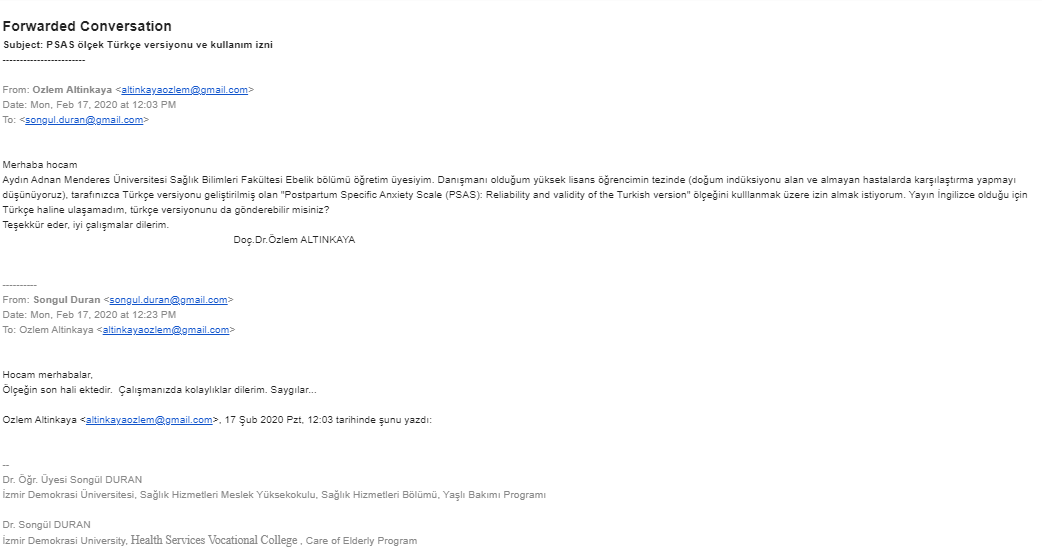
**EK-3 Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı**



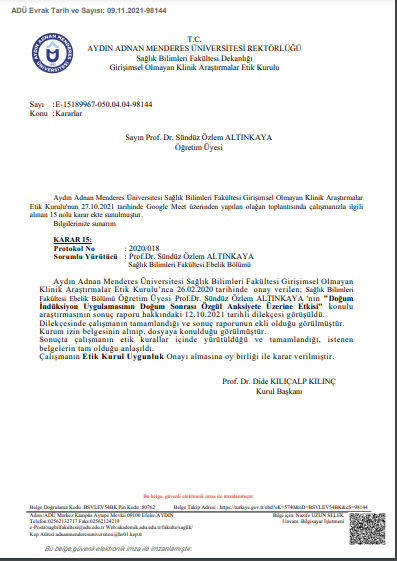
**EK-3 Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı Devamı**



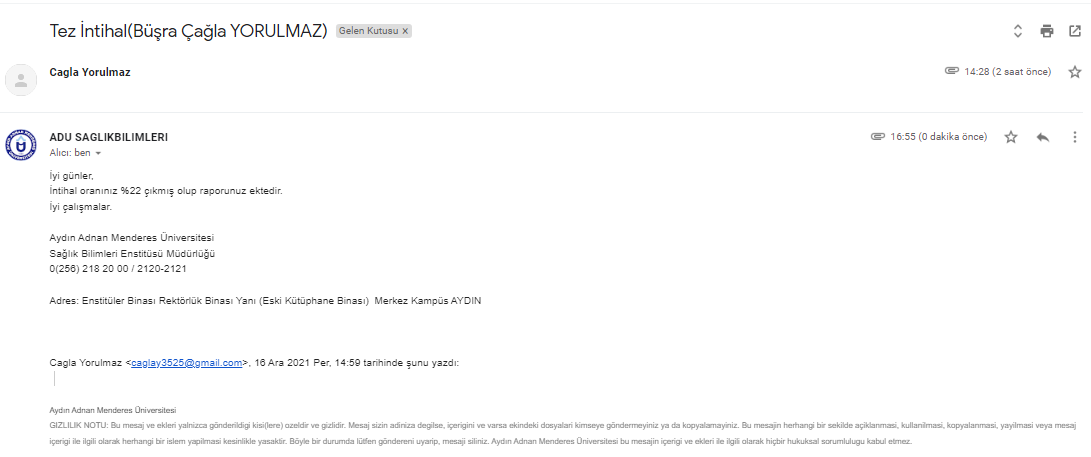
**EK-4 Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Ölçeği (PSAS) Kullanım İzni Yazısı**



**EK-5 Etik Kurul Sonuç Raporu**



**EK-6 İntihal Sonuç Raporu**



**T.C. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

‘Doğum İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonrası Özgül Anksiyete Üzerine Etkisi’ başlıklı yüksek lisans tezimdeki tüm bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarah hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilgi kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Büşra Çağla YORULMAZ

… / ... / ……..

**ÖZ GEÇMİŞ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soyadı, Adı** | : YORULMAZ Büşra Çağla |
| **Uyruk** . | : T.C. |
| **Doğum yeri ve tarihi** | : Bornova / 13.11.1996 |
| **Telefon** | : 0 542 455 33 85 |
| **E-posta** | : [caglay3525@gmail.com](mailto:caglay3525@gmail.com) |
| **Yabancı dil** | : İngilizce |

**EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |
| Yüksek Lisans  Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi  Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı  Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu | 07.06.2018 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Unvan** |

2019-Halen Sağlık Bakanlığı Ebe