

# Postpartum Maternal Psikolojik Dayanıklılığın Travmatik Strese Etkisi

## The Effect of Postpartum Maternal Resilience on Traumatic Stress

Fadime Bayrı BİNGÖL<sup>1</sup> , Gamze FIŞKIN<sup>1</sup> , Aleyna SARI<sup>1</sup> , Burcu KOCAMAN<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

**Sorumlu Yazar:** Fadime Bayrı BİNGÖL

**E-mail:** fadimebayri@gmail.com

**Gönderme Tarihi:** 13.10.2022

**Kabul Tarihi:** 02.12.2022

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, Postpartum maternal psikolojik dayanıklılığın travmatik strese etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın verileri, Google Form aracılığı ile sanal ortamda Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında 215 anneden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında tanımlayıcı bilgi formu, City Doğum Travması Ölçeği ve Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının  $26.2 \pm 3.88$  olduğu, %92.6'sının çekirdek ailede yaşadığı ve bebeklerinin 68.4'ünün bebeklerinin 6-12 aylık olduğu bulunmuştur. Kadınların psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalamasının  $117.76 \pm 16.179$  olduğu ve eğitim düzeyi yüksek olan, gebelikleri planlı olan ve doğumda ebe/hemşire desteği alan kadınların psikolojik dayanıklılık puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). City Doğum Travması Ölçeği toplam puan ortalaması  $13.31 \pm 10.32$  olan kadınların, geliri giderinden az olan, gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan, doğum süreci uzayan, acil sezaryen olan, ilk emzirmeye geç başlayan, doğum sürecinde kendisine saygılı davranılmadığını belirten ve yeterince desteklenmediğini hissedilen kadınların travmatik stres puanları yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kadınların psikolojik dayanıklılık toplam puanları ve travmatik stres toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizinde, çok zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p = 0.033$ ).

**Sonuç:** Postpartum psikolojik dayanıklılık ve travmatik stres açısından riskli grupta bulunan anneler daha yakından izlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, postpartum, psikolojik dayanıklılık, travmatik stres

### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to examine the effect of postpartum maternal resilience on traumatic stress.

**Methods:** The data of this descriptive study were collected from 215 mothers between February and May, 2022 via Google Form. Descriptive information form, City Birth Trauma Scale and Resilience Scale for Adults were used to collect data.

**Results:** It was found that the mean age of the women included in the study was  $26.26 \pm 3.88$ , 68-4% babies were 6-12 months old. It was observed that the mean psychological resilience score of the women was  $117.76 \pm 16.179$  and the psychological resilience scores of the women with a high level of education, planned pregnancies and receiving midwife/nurse support during delivery were higher ( $p < 0.05$ ). The traumatic stress scores of the women with a total mean score of  $13.31 \pm 10.32$  on the City Birth Trauma Scale, who had less income than their expenses, who had health problems during their pregnancy, who had a prolonged delivery period, women with emergency cesarean section, who started breastfeeding late, who stated that they were not treated with respect during the birth process and who felt that they were not supported enough, were found to be high ( $p < 0.05$ ). In the correlation analysis between the psychological resilience total scores and the traumatic stress total scores of the women, it was determined that there was a very weak negative significant relationship ( $p = 0.033$ ).

**Conclusion:** Mothers in the risk group in terms of postpartum psychological resilience and traumatic stress should be followed up more closely.

**Keywords:** Childbirth, postpartum, psychological resilience, traumatic stress

## 1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum pek çok kadın için yeni başlangıçların olduğu eşsiz bir zaman olmakla birlikte, bu dönem aynı zamanda kadınların yaşamlarında fiziksel ve duygusal olarak en kırılgan oldukları dönemdir (Stramrood ve Slade 2017; Walker ve ark. 2022). Bu süreçte anneler, fiziksel ve hormonal değişimlerin yanı sıra doğum sonrası derin bir psikolojik geçiş süreci yaşar. Ani ve dramatik hormonal değişimlerin yaşandığı doğum sonu dönemde anneler, normal zamanlarda daha kolay üstesinden gelebildiği durumlara karşı daha duyarlı hale getirir, annelerde psikoloji ve davranış değişiklikleri gözlenir. Hormonal değişikliklere ek olarak, doğumda yaşanan güçlükler, yenidoğanın bakımıyla ilgili kaygılar, diğer aile üyelerinin gereksinimleri ve uyku düzeninde bozulma gibi nedenlerle annenin anksiyetesi arttıkça baş etme gücü de azalır (Ayers, 2017; Beck ve ark., 2013). Doğum sonrasında tüm annelerin karşılaştığı fiziksel ve psikolojik zorluklara rağmen bazı anneler sürece daha kolay uyum sağlayabilirken, bazıları bu dönemde travmatik stres yaşamaktadır. Özellikle olumsuz deneyimleri içeren travmatik doğum deneyimi olan kadınlar için, doğum sonrası döneme uyum daha zor hale gelebilmektedir (Saxbe ve ark. 2018; Weeks ve ark. 2016; Ayers 2017).

Doğum sonrası travmatik stres, annenin doğumu, bebeği ya da kendisi için ölüm veya ciddi bir yaralanma tehdidi olarak algılamasıdır (Ford ve Ayers, 2009). Tüm sürecin yolunda gittiği doğumlarda bile anne doğumunu olumsuz algılasa postpartum dönemde travmatik stres belirtileri gösterebilir (Ayers 2017). Travmatik doğum deneyimi olan anneler doğumu heyecan ve mutluluktan öte, kabuslar, flaşbekler, irritabilite ve suçluluk hisleri gibi belirtilerle birlikte, korku, çaresizlik ve dehşet anı olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrasında kadınların olumsuz duyguları varsa, travay ya da doğumu hatırlamaktan ve konuşmaktan kaçınıyorlarsa Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) açısından değerlendirilmelidir (Bayrı Bingöl ve Bal 2020). TSSB çok stresli, korkutucu veya üzücü olaylar sonrasında gelişen, duygusal, zihinsel, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren bir durumdur (Ayers 2017). Postpartum TSSB'yi değerlendiren çalışmalarda DSM kriterlerine göre tüm tanı kriterlerini karşılayan kadınların oranı %7-8 arasında değişmekteyken (Ayers ve ark., 2018; Bayrı Bingöl ve Bal, 2020), yapılan bir çalışmada DSM'ye göre tüm tanı kriterlerini karşılamasalar da, kadınların %87'sinin en az bir ve daha fazla travmatik stres belirtisi gösterdiği bildirilmektedir (Bayrı Bingöl ve Bal 2020).

Travmatik bir doğum deneyiminden sonra postpartum ruh sağlığının korunmasında, ilişkili olduğu bildirilen anahtar kavramlardan biri psikolojik dayanıklılıktır (Walker ve ark., 2022). Psikolojik dayanıklılığı Terte ve Stephens (2004), zihinsel veya duygusal olarak bir krizle başa çıkabilme veya kriz öncesi durumuna hızlı bir şekilde dönebilme yeteneği ifade edilmektedir. American Psychological Association ise "sıkıntı, travma, trajedi, tehditler veya önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama süreci" olarak tanımlanmaktadır (APA, 2014). Postpartum dönemde travmatik stres belirtileri olan kadınların ruh sağlığının korunmasında psikolojik

dayanıklılıklarının desteklenmesi önemlidir (Walker ve ark., 2022). Gebelik sırasında düşük düzeyde psikolojik dayanıklılığın, doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon ile ilişkili olduğu (García-León ve ark., 2019; Hain ve ark., 2016; Tobe ve ark., 2020), psikolojik dayanıklılığın artırılmasına yönelik yapılan çalışmalarda, farkındalık ile bilişsel ve davranışsal becerilerin bir kombinasyonuna dayanan dayanıklılık eğitiminin, psikolojik dayanıklılığı iyileştirebileceği bildirilirken (Joyce ve ark., 2018), Waugh ve ark. (2015) stresle etkin başetme, pozitiflik ve psikolojik esneklik olarak kavramsallaştırılan psikolojik dayanıklılığın, depresyonun gelişmesinde ve tekrarlamasında önleyici olduğunu bildirmektedir.

Doğum sonrası dönemde annelerin ve bebeklerinin sağlık bakımları ve izlemleri "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi" doğrultusunda yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu rehberde annelerin duygusal durumlarının ve anne bebek ilişkisinin de değerlendirilmesi önerilmekte, ayrıca Edinburgh Depresyon ölçeğine göre 12 puan alan annelerin sevk edilmesi tavsiye edilmektedir. Ancak annelerin duygusal durumlarının değerlendirilmesinde daha fazla netlik olmadığı için, tanı kriterlerini karşılamıyor olsalar da psikiyatrik belirtisi olan pek çok anne kendi başının çaresine bakmak durumunda kalmaktadır (Bayrı Bingöl ve Bal 2020).

Psikolojik dayanıklılığın, değiştirilebilir ve geliştirilebilir doğasının yanı sıra olumsuz doğum deneyimi olan kadınların anneliğe geçişle ilgili değişiklikler ve zorluklarla başetme sürecinde önemli olduğunu düşünüyoruz. Bu doğrultuda bu çalışma, kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi ve psikolojik dayanıklılığın doğum sonrası travmatik stres gelişiminde koruyucu olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırma tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

### 2.2. Araştırmanın evren ve örnekleme

Çalışma evrenini, İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 0-24 aylık bebeği olan anneler oluşturmuştur. Çalışmada örnekleme seçimine gidilmeyerek, çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm anneler araştırma kapsamına alınmıştır.

### 2.3. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırma süresince araştırma sorularını tam olarak yanıtlayan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan (Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı isteyen, bebeği 6 ay-2 yaş aralığında olan, Türkçe konuşup anlayabilen, 18-45 yaşları arasında, tek bebeği olan, riskli gebelik "plasenta previa, servikal yetmezlik, erken membran rüptürü, gebelik hipertansiyonu, çoğul gebelik, uterin irritabilite, fetal büyüme geriliği vb."

tanısı almamış olan, 37.hafta ve sonrasında doğum yapan, eşiyile birlikte yaşayan) 215 kadın araştırmaya dahil edilmiştir.

#### 2.4. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Bu çalışmanın verileri Araştırma “Google Formlar” aracılığı ile sanal ortamda toplanmıştır. Veriler 1 Şubat-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 2.5. Verilerin toplanması

Araştırma, web tabanlı cevaplama imkanı veren bir soru formu üzerinden, kendi kendine doldurma yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından hazırlanarak, web ortamına yüklenmiştir. Anket formunun bağlantısı ([https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdxzHZfelTeQ12\\_ojYMOzSooJdYyb2-bkiTL1BS3Cj99WX8w/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdxzHZfelTeQ12_ojYMOzSooJdYyb2-bkiTL1BS3Cj99WX8w/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0)) annelere WhatsApp aracılığıyla iletilerek, anneler araştırmaya davet edilmiştir. Araştırma linki anneleri çalışmanın bilgi sayfasına yönlendirmiştir. Anneler bilgi formunu okuyarak ve ankete devam etmeyi seçerek araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Ankete katılmaktan kaynaklanan herhangi bir risk öngörülmemiştir. Bununla birlikte, bazı endişelerin dile getirilmesi ihtimaline karşı, bilgi formunda araştırmacıların iletişim bilgileri verilmiştir. Katılımcıların cevapları veri değerlendirme programına aktarılmıştır. Elektronik ortamda hazırlanan veri toplama formu, “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve “City Doğum Travması Ölçeği” sorularını içermiştir.

**Kullanılan araçlar:** Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği” ve “City Doğum Travma Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

**Tanımlayıcı Bilgi Formu (TBF):** Araştırmacıların literatür doğrultusunda oluşturulan (Ayers 2017., Hain ve ark. 2016., Saxbe ve ark. 2018., Weeks ve ark. 2016) TBF, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu), geçmişte istismar öyküsü, gebelik (gebelik sayısı, önceki gebelik öyküsü), doğum (şekli, uygulanan girişimler, doğumun ikinci evresinin süresi, komplikasyon yaşama durumu vb.) ve yenidoğana ilişkin özellikleri içeren 30 sorudan oluşmuştur.

**Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği:** Friborg ve ark. (2003) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmıştır. 33 maddelik, beşli Likert tipi ölçeğin ‘yapısal stil’ (3, 9, 15, 21) ve ‘gelecek algısı’ (2, 8, 14, 20) dörder madde; ‘aile uyumu’ (5, 11, 17, 23, 26, 32), ‘kendilik algısı’ (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve ‘sosyal yeterlilik’ (4, 10, 16, 22, 25, 29) altışar madde, ve ‘sosyal kaynaklar’ (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) ise yedi madde ile ölçülmektedir. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi orijinal çalışmada olduğu gibi serbest bırakılmıştır. Ölçekte, tanışıklık (aşinalık) önyargısından kurtulmak için, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar için beş ayrı kutucuğun yer aldığı beşli Likert tipi format kullanılmaktadır. Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa,

cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 1, 2, 3, 4, 5 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu görüş dikkate alınarak ölçekteki; 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31 ve 33 numaralı sorular ters sorulmuştur ve cevap kutucukları 5, 4, 3, 2, 1 olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması tercihi seçilerek işlem yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin güvenilirlik katsayısı =0.86 olarak bulunmuştur (Basım ve Çetin, 2011). Bu çalışmada Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı = 0.86 olduğu saptanmıştır.

**City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ):** TSSB’nin DSM-V kriterlerine göre Ayers ve arkadaşları (2018) tarafından doğuma özgü olarak uyarlanmış ölçek, TSSB belirtilerinin ve tanı kriterlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bayrı Bingöl ve ark. 2021). CityDTÖ ile TSSB tanısı konulması söz konusu değildir. Ölçek sadece alınan puanlar doğrultusunda, uzmanlara yönlendirme işlevi taşımaktadır. “3-7” arası sorular doğumu yeniden yaşama belirtilerini, “8-9” arası sorular kaçınma belirtilerini, “10-16” arası sorular negatif bilişler ve duygu durumları, “17-22” arası sorular aşırı uyarılma belirtilerini değerlendirmektedir. “3-22” arası toplam puan aralığı 0-60’dır. Yüksek puanlar, TSSB semptomlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekte ayrıca 23. ve 24. sorular dissosiasyon belirtilerini değerlendirmektedir. Bu sorular TSSB belirtisi olmayıp, özellikle dissosiasyon belirtileri ile ilgileniliyorsa dikkate alınmalıdır. 25. soruda “0 puan” alınırsa doğumdan önce TSSB’nin başladığı, “2 puan” alınırsa geç başlangıçlı TSSB’nin olduğu kabul edilmektedir. 25. Soru doğumdan dolayı TSSB’nin prevalans ölçütüdür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için =0.91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada CityDTÖ ölçeğinin güvenilirlik katsayısı = 0.90 olarak bulunmuştur.

#### **DSM-V Tanı Kriterlerine Göre City Doğum Travması Ölçek Değerlendirilmesi:**

- [A] Stresör Kriterleri:** Kadınlar 1. veya 2. soruya “Evet” derse,
- [B] Yeniden Yaşama Belirtileri:** 3-7 arasındaki sorulardan herhangi birine 1 ya da daha fazla puan verirse,
- [C] Kaçınma Belirtileri:** 8. ve 9. sorulardan herhangi birine 1 ya da daha fazla puan verirse,
- [D] Negatif Bilişler ve Duygudurum :**10-16 arasındaki sorulardan en az 2 soruya 1 ya da daha fazla puan verirse,
- [E] Aşırı Uyarılmışlık:** 17-22 arasındaki sorulardan en az 2 soruya 1 ya da daha fazla puan verirse,
- [F] Devam Süresi :** 26. soruya 1 ya da daha fazla puan verirse (belirtileri en az 1 ay devam ederse),
- [G] Distress ve Bozulma:** 27. ya da 28. sorulardan herhangi birine 1 ya da daha fazla puan verirse, DSM-V ölçütünü yerine getirir.
- [H] Dışlama Kriterleri :** Kadınlar 29. soruya 1 ya da daha fazla puan verirse dışlanmalıdır.

**İstatistiksel Değerlendirme:** Verilerin istatistiksel analizi, sayı ve yüzde dağılımlarına bakılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov Z testi ile değerlendirilmiştir. Psikolojik dayanıklılık Ölçeği ve City Doğum Travması Ölçeği (CDTÖ) puanlarının değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t-Testi, Mann Whitney-U Testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır

**Araştırmanın Etik Yönü:** Bu araştırmanın yürütülebilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan (2022-06) onay alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen etik gereklilikler yerine getirilmiştir. Araştırmadaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler alınarak "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren kurallar yerine getirilmiştir.

### 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $26.26 \pm 3.88$  (min:19-max: 41) olan kadınların %49.3'ünün lisans ve üstü eğitiminin olduğu, %66.0'ünün çalışmadığı (ev hanımı), %76.7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu ve %92.6'sının çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. %86.0'ünün istismara (fiziksel, cinsel vb.) maruz kalmadığı, %93.5'inin psikiyatrik tanısının olmadığı ve %90.7'sinin psikiyatrik medikasyon öyküsünün bulunmadığı tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin bebeklerinin %68.4'ünün (n=147) 6-12 ay aralığında olduğu görülmüştür. Annelerin, %87.0'ünün düşük, %97.2'sinin kürtaj ve %99.1'inin ölü doğum yaşamadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %85.6'sının gebeliği planlı olan kadınların %95.3'ünün spontan şekilde gebe kaldığı, %79.1'inin gebelikte bir sağlık sorunu yaşamadığı ve ortalama  $39.00 \pm 1.33$  (min:35, max:42) haftada doğum yaptıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %74.4'ünün vajinal doğum yaptığı, %63.7'sinin doğumunda anestezi yöntemlerine başvurulmadığı ve %77.2'sinin sürekli monitörizasyon ile hareketlerinin kısıtlandığı bulunmuştur. Ortalama doğum sürecinin  $10.50 \pm 9.20$  (min:0, max:43) saat sürdüğü, doğum sonrasında %95.8'inin maternal, %87.4'ünün neonatal bir sağlık sorunu olmadığı tespit edilmiştir. Annelerin %58.1'i postpartum ilk 30 dakikada emzirme deneyimi yaşamış olup %51.2'sinin doğum sürecinde eş veya refakatçi desteği olmadığı ancak %83.7'sinin ebe/hemşire desteği aldığı saptanmıştır.

Kadınların %94.0'ünün mahremiyetine özen gösterildiği, %90.0'üne sağlık profesyonellerinin saygı gösterdiği ve %88.4'ünün postpartum dönemde sosyal desteği olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların tüm tanıtıcı özellikleri Tablo 1' de sunulmuştur.

**Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=215)**

Değişkenler	n	%	
Eğitim durumu	Ortaokul ve daha az	29	13.5
	Lise	80	37.2
	Üniversite ve üstü	106	49.3
Çalışma durumu	Çalışıyor	73	34.0
	Çalışmıyor	142	66.0
Ekonomik durum	Gelir giderden az	29	13.5
	Gelir giderden eşit	165	76.7
	Gelir giderden fazla	21	9.8
Aile tipi	Çekirdek	199	92.6
	Geniş	16	7.4
İstismar öyküsü varlığı	Evet	30	14.0
	Hayır	185	86.0
Psikiyatrik tanı varlığı	Evet	14	6.5
	Hayır	201	93.5
Psikiyatrik medikasyon öyküsü	Evet	20	9.3
	Hayır	195	90.7
Yaşayan çocuk sayısı	1	204	94.9
	2 ve üzeri	11	5.1
Düşük sayısı	Yok	187	87.0
	1 ve üzeri	28	13.0
Kürtaj sayısı	Yok	209	97.2
	1 ve üzeri	6	2.8
Ölü doğum sayısı	Yok	213	99.1
	1 ve üzeri	2	0.9
Planlı gebelik	Evet	184	85.6
	Hayır	31	14.4
Gebe kalma şekli	Spontan	205	95.3
	Tedavi ile	10	4.7
Gebelikte sorun yaşama	Evet	45	20.9
	Hayır	170	79.1
Doğum şekli	Vajinal doğum	160	74.4
	Planlı sezaryen	34	15.8
	Acil sezaryen	21	9.8
Anestezi şekli	Anestezi yok	137	63.7
	Genel	36	16.7
	Epidural/spinal/kombine	42	19.6
Postpartum maternal sağlık sorunu	Evet	9	4.2
	Hayır	206	95.8
Neonatal sağlık sorunu	Evet	27	12.6
	Hayır	188	87.4
Doğumda refakatçi varlığı (eş/aile vb)	Evet	105	48.8
	Hayır	110	51.2
Özel ebe/hemşire bakımı	Evet	180	83.7
	Hayır	35	16.3
Mahremiyete özen gösterme	Evet	202	94.0
	Hayır	13	6.0
Sağlık profesyonellerinin saygı gösterme durumu	Evet	195	90.7
	Hayır	20	9.3
Postpartum sosyal destek varlığı	Evet	190	88.4
	Hayır	25	11.6

Araştırmadaki kadınların psikolojik dayanıklılık puan ortalamasının  $117.76 \pm 16.17$  (min:46, max:157) olduğu ve en yüksek puanı “Sosyal Kaynaklar” alt boyutundan ( $25.95 \pm 4.47$ ) aldıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Bu çalışmada, psikolojik dayanıklılık açısından eğitim düzeyi yüksek (lisans ve lisansüstü) olan ( $X^2: 6.497, p=0.039$ ), psikiyatrik ilaç kullanmayan ( $Z: -2.028, p=0.043$ ), gebelikleri planlı olan ( $Z: -2.741, p=0.006$ ) ve doğumda ebe/hemşire desteği alan ( $Z: -3.095, p=0.002$ ) kadınların yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Annelerin tanıtıcı diğer özellikleriyle psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 2.** Kadınların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları (n=215)

Değişkenler	Toplam Puan Ortalama $\pm$ SS	min-max
Yapısal stil	13.29 $\pm$ 16.17	6-20
Gelecek algısı	13.93 $\pm$ 2.85	4-20
Aile uyumu	22.11 $\pm$ 4.06	6-30
Kendilik algısı	21.06 $\pm$ 3.73	6-30
Sosyal yeterlilik	21.39 $\pm$ 4.07	12-30
Sosyal kaynaklar	25.95 $\pm$ 4.47	9-35
TOPLAM	117.76 $\pm$ 16.17	46-157

CityDTÖ toplam puan ortalaması  $13.31 \pm 10.32$  (min:0, max:56) olan kadınların %66.5’inin “Aşırı Uyarılmışlık” kriterine evet yanıtı verdiği belirlenmiştir (Tablo 3). Kadınların yaş, eğitim durumu, aile tipi, istismar öyküsü, psikiyatrik tanı varlığı ya da ilaç kullanımı, bebeğin kaçınıcı ayda olduğu, gebelik sayısı, gebeliğin istenmesi, gebe kalma şekli, doğum ve anestezi şekli, doğumdaki müdahaleler, postpartum maternal sağlık sorunu, doğumda refakatçi varlığı, ebe/hemşire bakım desteği ve doğumda mahremiyete gösterilen özen gibi faktörlerin doğum travması puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 3.** Kadınların City Doğum Travması Ölçeği Puanları (n=215)

Değişkenler	n	%	Toplam Puan Ortalama $\pm$ SS	min-max
CITY Doğum Travması Ölçeği	A kriter	106	49.3	
	B kriter	138	64.2	
	C kriter	79	36.7	
	D kriter	132	61.4	
	E kriter	143	66.5	
	F kriter	53	24.7	
	G kriter	127	59.1	
	H kriter	39	18.1	
	Hiç belirti yok	33	15.3	
	En az 1 belirti var	166	77.2	
DSM-5 tüm kriterleri karşılayan	16	7.4		
TOPLAM	215	100.0	13.31 $\pm$ 10.32	0-56

Araştırma kapsamına alınan kadınlar arasında, çalışmayan ( $Z: -2.960, p=0.003$ ), geliri giderinden az olan ( $X^2: 4.900, p=0.027$ ), gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan ( $Z: -2.112, p=0.035$ ), doğum haftası erken olan ( $X^2: 4.980, p=0.027$ ), doğum süreci uzayan ( $X^2: 15.635, p=0.004$ ), acil sezaryen olan ( $X^2: 2.120, p=0.035$ ), postpartum süreçte neonatal sağlık sorunu yaşayan ( $Z: -3.672, p=0.000$ ), ilk emzirmeye geç başlayan ( $X^2: 12.508, p=0.002$ ), doğum sürecinde kendisine saygılı davranılmadığını belirten ( $Z: -3.585, p=0.000$ ) ve yeterince desteklenmediğini hisseden ( $Z: -2.825, p=0.002$ ) kadınların travmatik stres puanları yüksek bulunmuştur.

Kadınların psikolojik dayanıklılık toplam puanları ve travmatik stres toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizinde, çok zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=-0.146, p=0.033$ ).

#### 4. TARTIŞMA

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar, her 5 anneden 1’ini etkilemesi ve bu hastalıklara sahip her 10 anneden 7’sinin tedavi alamaması yönüyle önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Barnes 2015; Stramrood ve Slade 2017).

Bu çalışmada kadınların CityDTÖ toplam puan ortalamasının  $13.31 \pm 10.32$  olduğu ve kadınların %7.4 DSM-V tanı kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. CityDTÖ’i geliştiren Ayers ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada saptanan CityDTÖ puan ortalaması ( $11.7 \pm 11.0$ ) ve DSM-V tanı kriterlerini karşılama oranları (%7.1) ile çalışma bulgularımız benzerdir. TSSB belirtilerini değerlendiren diğer çalışmalarda bu oranın %7-10 arasında değiştiği görülmektedir (Ayers ve ark. 2018 Bayrı Bingöl ve Bal 2020; Çapık ve Durmaz, 2018). Çalışmalarda, yaklaşık olarak her 10 kadından birisinin doğum sonrası dönemde TSSB yaşadığı bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün postpartum depresyon için açıkladığı %13 evrensel rakamından sonra, ikinci sırada görülen postpartum sorunun TSSB olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada geniş aile ve ekonomik durumun yetersiz olmasının travmatik stres açısından kadınları savunmasız bıraktığı gözlenmiş olup, bu bulgular Srkalovic İmşiragi (2017) arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermiştir. Bizim kültürümüzde geniş aile kavramı kültürel olmakla birlikte ekonomik sebepleri de içinde barındırmaktadır. Ekonomik durumu kötü olanlar, sıklıkla geniş ailede yaşamayı tercih etmektedirler.

Literatüre benzer şekilde (Bayrı Bingöl ve Bal 2020; Srkalovic İmşiragi ve ark., 2017) bu çalışmada da acil sezaryen girişiminin CityDTÖ puanlarını artırdığı belirlenmiştir. Antenatal dönemde kadınlarla, anne ve bebek hayatı risk altına girmesi durumunda sezaryene hayat kurtarıcı olarak başvurulabileceği bilgisi mutlaka paylaşılmalıdır. Bu şekilde gebelikte annenin sezaryeni, gerekli ise normalize etmesi sağlanabilir. Literatürde belirtildiği gibi (Furuta ve ark., 20016) bu çalışmada da doğumdan hemen sonra yenidoğanda görülen sağlık sorunlarının postpartum dönemde annelerinin TSSB puanlarının daha yükselttiği belirlendi. Doğumdan

hemen sonraki dakikalarda anne bebek bağlanması açısından büyümlü saatin önemini gösteren Phillips (2013) ile uyumlu olarak, bu çalışmada doğumdan sonraki ilk 1 saatte bebeğini emziren annelerin postpartum dönemde CityDTÖ puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Doğumdan hemen sonra anne bebek birlikteliği yalnızca bağlanmayı sağlamamakta, ayrıca daha önceki çalışmalarda da saptandığı (Abdollahpour et al. 2016) gibi postpartum dönemde anneleri TSSB açısından koruyucu özellik taşımaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından “sihirli zaman” olarak tanımlanan bu saatlerde anne ve bebek birlikteliği desteklenmelidir.

Doğum süresince sağlık personelinin yaklaşımları da TSSB gelişimini etkilemektedir (Stramrood ve Slade 2017). Literatüre (Çapık 2018, Kendall-Tackett 2015, Haagen et al., 2015, De Schepper et al. 2016), benzer şekilde bu çalışmada da, doğum süresince yeterince desteklenmediğini hisseden ve saygılı davranılmadığını belirten kadınların travmatik stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. TSSB gelişiminde önlenabilir nedenler arasında yer alan bu nedenlerin, ülkelerin sağlık sistemlerinde, doğumlarda kadınların süreç boyunca birebir desteklenmesiyle değiştirilebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma kapsamına alınan kadınların travmatik stres puanlarının psikolojik dayanıklılık puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kadınların psikolojik dayanıklılıkları azaldıkça, travmatik stres puanları artmaktadır. Bu çalışmaya benzer şekilde perinatal dönemde kadınların dayanıklılığını inceleyen çalışmalarda, annelerin iyilik halinin (Bennett ve ark., 2018), depresyon ve anksiyete (Andersson ve ark., 2021), yaşam kalitesi (Fonseca ve ark., 2014) ve postpartum duygusal distressin azaltılmasıyla (Assal-Zrike ve ark., 2021) ilişkilendirildiği görüldü. Gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların psikolojik dayanıklılıkları artırılarak yaşadıkları zorluklara karşı güçlendirilmelerinin, doğum sonrası döneme uyumlarını kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca travmatik stres belirtisi olan kadınların sorunlarının, büyümeden erken dönemde belirlenmesi, annelerin ve dolayısıyla bebeklerinin yaşam kalitesini de artıracaktır. Gelecekteki araştırmalarda, travmatik stres gelişiminde önlenabilir nedenlerin ele alınması ve bu dönemde kadınların psikolojik dayanıklılığının artırılmasına yönelik araştırmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan annelerin TSSB oranının %7.4 olduğu ve kadınların %77.2'sinin en az bir ve daha fazla travmatik stres belirtisinin olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi yüksek olan, gebelikleri planlı olan ve doğumda ebe/hemşire desteği alan kadınların psikolojik dayanıklılık puanlarının daha yüksek olduğu; geliri az olan, gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan, doğum süreci uzayan, acil sezaryen olan, ilk emzirmeye geç başlayan, doğum sürecinde kendisine saygılı davranılmadığını belirten ve yeterince desteklenmediğini hisseden kadınların travmatik stres puanları yüksek bulundu. Kadınların psikolojik dayanıklılıkları

ve travmatik stres düzeyleri arasında, çok zayıf negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Doğum öncesinde kadınların psikolojik dayanıklılıklarının artırılması ve doğuma hazırlık eğitimleri verilmesi, doğum sürecine daha hazırlıklı olmaları ve doğum sürecinde karşılaştıkları güçlükleri normalize edebilmeleri ve travmatize olmamaları açısından önemlidir. Ayrıca postpartum psikolojik dayanıklılık ve travmatik stres açısından riskli grupta bulunan kadınlar daha yakından izlenmelidir. Böylelikle sorunlar daha fazla büyümeden kadınların erken dönemde desteklenmeleri sağlanmalıdır.

**Çalışmanın sınırlılıkları:** Bu çalışma kapsamında toplanan tüm veriler kişisel beyana dayandığından yanılma payı göz önünde bulundurulmalıdır. DSM-V kriterlerine göre hazırlanan CityDTÖ ile TSSB tanısı konulması söz konusu değildir. Ölçek sadece alınan puanlar doğrultusunda, doğum psikoterapistine ya da psikiyatri uzmanına yönlendirme işlevi taşıdığı göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

- [1] Abdollahpour S, Khosravi A, Bolbolhaghghi N. The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *J Reprod Infant Psychol.* 2016;34:403-412.
- [2] Andersson S, Bathula DR, Iliadis SI, Walter M, Skalkidou A. Predicting women with depressive symptoms postpartum with machine learning methods. *Sci. Rep.* 2021,11, 7877
- [3] APA, 2014; American Psychological Association. The Road to Resilience. American Psychological Association, 2014 (<https://uncw.edu/studentaffairs/committees/pdc/documents/the%20road%20to%20resilience.pdf>)
- [4] Assal-Zrike S, Marks K, Atzaba-Poria N. Prematurity, maternal emotional distress, and infant social responsiveness among arab-bedouin families: The role of social support as a resilience factor. *Child Dev.* 2021, 93, 582-593.
- [5] Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry.* 2018;18:409.
- [6] Ayers S. Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience, *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2017; 35(5):427-430.
- [7] Barnes DL. *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan.* Basel, Switzerland: Springer Publishing; 2015.
- [8] Basım HN, Çetin, F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;22(2):104-114.
- [9] Bayrı Bingöl F, Bal MD, Dişsiz M, Sormageç MT, Yıldız PD. Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale (CityBiTS). *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 2021;41(7),1023-1031. <https://doi.org/10.1080/01443.615.2020.1821354>
- [10] Bayrı Bingöl F, Demirgoz Bal M. The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;56(4):851-857. doi:10.1111/ppc.12501
- [11] Beck CT, Driscoll JW, Watson S. *Traumatic Childbirth.* Routledge Publishing. Simultaneously published in the USA and Canada. 2013.

- [12] Bennett AE, Kearney JM. Factors associated with maternal wellbeing at four months post-partum in Ireland. *Nutrients* 2018; 10, 5.
- [13] Capik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15:455-463.
- [14] De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-traumatic stress disorder after child birth and the influence of maternity team care during labour and birth: a cohort study. *Midwifery*. 2016;32:87-92.
- [15] Fonseca A, Nazare B, Canavarró MC. Parenting an infant with a congenital anomaly: An exploratory study on patterns of adjustment from diagnosis to six months post birth. *Child Health Care* 2014;18,111-122.
- [16] Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control, *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23, 260-268.
- [17] Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19:987-999.
- [18] García-León MÁ, Caparrós-González RA, Romero-González B, González-Perez R, Peralta-Ramírez I. Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: its relationship with the psychological state, and with hair cortisol concentrations. *Midwifery* 2019; 75: 138-45.
- [19] Haagen JFG, Moerbeek M, Olde E, van der Hart O, Kleber RJ. PTSD after childbirth: a predictive ethological model for symptom development. *J Affect Disord*. 2015;185:135-143.
- [20] Hain S, Oddo-Sommerfeld S, Bahlmann F, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Risk and protective factors for antepartum and postpartum depression: a prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2016; 37(4): 119-29.
- [21] Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open* 2018;8(6): e017858.
- [22] Kendall-Tackett K. Birth trauma: the causes and consequences of childbirth-related trauma and PTSD. In: Barnes DL, ed. *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. Basel, Switzerland: Springer Publishing; 2015.
- [23] Phillips R. The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2013;13:67-72.
- [24] Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum posttraumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion 2012;14:347-53.
- [25] Saxbe D, Horton KT, Tsai AB. The birth experiences questionnaire: A brief measure assessing psychosocial dimensions of childbirth. *J Fam Psychol* 2018;32(2):262-8.
- [26] Srkalović Imširagić A, Begić D, Šimičević L, Bajić Ž. Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth—a Croatian longitudinal study. *Women Birth*. 2017;30:e17-e23.
- [27] Stramrood C, Slade PA. Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. Paarlberg, K.M., Van de Wiel, H.B.M. (Ed.), *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. Switzerland: Springer. 2017; 33-47.
- [28] Terte de I, Stephens C. Psychological Resilience of Workers in High-Risk Occupations. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2014;30 (5):353-355.
- [29] Tobe H, Kita S, Hayashi M, Umeshita K, Kamibepu K. Mediating effect of resilience during pregnancy on the association between maternal trait anger and postnatal depression. *Compr Psychiatry* 2020;102:152190.
- [30] Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2018, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/28086/0/dogumsonubakimyonetimrehberipdf.pdf>
- [31] Walker AL, Witteveen AB, Otten RHJ, Verhoeven CJ, Henrichs J, de Jonge A. Resilience-enhancing interventions for antepartum depressive symptoms: systematic review. *BJPsych Open*. 2022;8(3):e89. Published 2022 May 6. doi:10.1192/bjo.2022.60
- [32] Waugh CE, Koster EH. A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clin Psychol Rev* 2015; 41: 49-60.
- [33] Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Womens Health* 2016;62(2):196-203.

**How to cite this article:** Bingöl FB, Fışkın G, Sarı A, Kocaman B. Postpartum maternal psikolojik dayanıklılığın travmatik stres üzerinde etkisi. *Journal of Health Sciences and Management* 2023; 1: 16-22. DOI: 10.29228/JOHESAM.19