



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

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**GEBELERİN, GEBELİĞE UYUM VE
DOĞUM KORKULARININ BELİRLENMESİ**

MELİKE ERGÜVEN BOĞA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EYLÜL 2019



**GEBELERİN, GEBELİĞE UYUM VE DOĞUM KORKULARININ
BELİRLENMESİ**

Melike ERGÜVEN BOĞA

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

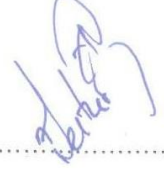
**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2019

Melike Ergüven Boğa tarafından hazırlanan, "GEBELERİN GEBELİĞE UYUM VE DOĞUM KORKULARININ BELİRLENMESİ" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

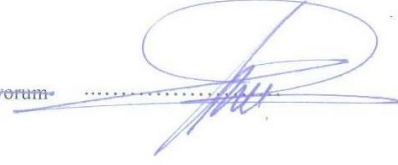
Danışman: Prof. Dr. Ayten Şentürk Erenel
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan : Prof. Dr. Zehra Gölbaşı
Hemşirelik Anabilim Dalı, Lokman
Hekim Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Doç. Dr. Şengül Yaman Sözbir
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi
Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 27/09/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Melike ERGÜVEN BOĞA

27/09/2019



GEBELERİN, GEBELİĞE UYUM VE DOĞUM KORKULARININ BELİRLENMESİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Melike ERGÜVEN BOĞA

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2019

ÖZET

Bu araştırma kadınların, gebeliğe uyumlarının ve doğum korkularını belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini 02.10.2017 ve 26.02.2018 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumevi Kampüsü'nün Obstetri Polikliniklerine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 260 gebe oluşturdu. Verilerin toplanmasında; tanıtıcı bilgi formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği A versiyonu kullanıldı. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama± standart sapma, Lilliefors"lu Kolmogorov-Smirnov testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Bonferroni düzeltme testi, Pearson ki-kare testi, Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Gebelerin yaş ortalaması 26,70±4,01, gebelik haftası ortalaması 35.51±3.01 olarak belirlendi. Kadınların WİJMA Doğum Korkusu Ölçeği toplam puan ortalaması 56,36±24,82 olup, %24,6 'sının düşük, %37,7'sinin orta, %25,4 ağır, %12,3'sinin klinik derecede doğum korkusu olduğu bulundu. Eğitim durumu, eş desteğinin yetersiz hissedilmesi durumlarına göre doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Araştırmaya katılan kadınların Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının 136,00±23,55 olduğu, eğitim düzeyi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma/olmama durumu, eş desteği ve sosyal desteğe sahip olma durumlarına göre PKDÖ ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). WİJMA ölçeği toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında orta derecede, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0.555$, $p<0.01$). Kadınların WİJMA Doğum korkusu puanları arttıkça PKDÖ puanlarında artış olup, gebeliğe uyumun azaldığı belirlendi.

Bilim Kodu : 1032.3

Anahtar Kelimeler : Gebelik, Gebeliğe Uyum, Doğum Korkusu

Sayfa Adedi : 83

Danışman : Prof. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL

DETERMINING ADAPTATION OF PREGNANCY AND THE FEAR OF
CHILDBIRTH OF PREGNANT WOMEN

(M. Sc. Thesis)

Melike ERGÜVEN BOĞA

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

September 2019

ABSTRACT

This study was conducted descriptively for the purpose of determining adaptation of pregnancy and the fear of childbirth of pregnant women. The study sample consist of 260 pregnant women who had applied to Sakarya Training and Research Hospital Maternity Ward Campus Gynecology and Obstetrics Clinics between the dates 02.10.2017 and 26.02.2018. The data were collected using; pregnant women identification form, Prenatal Self-Assessment Scale and Wijma Birth Expectation Experience Scale-Version A. The data were analyzed using; number, percentage, mean $\pm$ standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test with Lilliefors, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Variance Analysis, Bonferroni correction test, Pearson's chi-square test and Spearman's correlation analysis. Age average of the pregnant women was determined as 26,70 $\pm$ 4,01 years, whereas the average gestational week 35.51 $\pm$ 3.01. The total score average obtained by the women from the WIJMA Scale was found to be 56,36 $\pm$ 24,82 and 24,6% had a lower childbirth fear, 37,7% moderate, 25,4% severe and 12,3% clinic. It was determined that there was a statistically significant relationship between educational background, insufficient support from the spouse and the levels of childbirth fear ($p<0,05$). The total score average obtained by the women from the Prenatal Self-Assessment Scale was found to be 136,00 $\pm$ 23,55. It was determined that there was a statistically significant difference between educational background, number of pregnancies, number of living children, intention for pregnancy, support from the spouse, social support and the total score average of the scale ($p<0,05$). There was a moderately positive and significant relationship between the total score average of the WIJMA Scale and the total score average of PSAS ($r=0.555$, $p<0.01$). It was determined that as the women's WIJMA scores increased, the PSAS scores increased and adaptation to pregnancy decreased.

Science Code : 1032.3

Key Words : Pregnancy, Adaptation to Pregnancy, Fear of Childbirth

Page Number : 83

Advisor : Prof. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde katkılarıyla beni yönlendiren Hocam Prof. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL' e, çalışmama katılan gebelere ve her zaman yanımda olan aileme teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gebelik	5
2.1.1. Gebelikte annede meydana gelen değişiklikler	5
2.2. Gebeliğe Uyum.....	9
2.2.1. Birinci trimesterde uyum.....	9
2.2.2. İkinci trimesterde uyum	10
2.2.3. Üçüncü trimesterde uyum	11
2.2.4. Gebeliğe uyumu etkileyen faktörler	11
2.3. Doğum Korkusu.....	13
2.3.1. Doğum korkusu tanım	14
2.3.2. Korkunun doğum eylemine etkisi	16
2.3.3. Doğum korkusunun prevelansı	17
2.3.4. Doğum korkusuna neden olan faktörler	18
2.3.5. Doğum korkusunun sonuçları	24
2.4. Gebeliğe Uyum ve Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29

	Sayfa
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.4.1. Veri toplama araçları	30
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	33
4. BULGULAR	35
4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
4.2. Kadınların WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Puan Ortalamaları ve Puan Ortalamalarının Bazı Özelliklerine İlişkin Veriler	38
4.3. Araştırma Grubundaki Kadınların PKDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Bazı Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguları	43
4.4. Kadınların WİJMA Toplam Puan Ortalamaları ile PKDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguları	45
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	64
EK-1. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	65
EK-2. Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Hastane Çalışma İzin Yazısı	66
EK-3. Hastane İzin Yazısı	67
EK-4. Ölçek İzni	68
EK-5. Ölçek İzni	69
EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu	70
EK-7. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	73

	Sayfa
EK-8. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu	76
EK-9. Aydınlatılmış Onam	80
ÖZGEÇMİŞ	82

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	35
Çizelge 4.2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerin dağılımı.....	35
Çizelge 4.3. Doğum deneyimi olan kadınların daha önceki gebelik ve doğumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı	36
Çizelge 4.4. Kadınların bu gebelik sürecinde algıladıkları destek durumuna ve destekleyicilerinin dağılımı	37
Çizelge 4.5. Kadınların doğum eylemine ilişkin akıllarına gelen ilk ifadelerine göre dağılımı	38
Çizelge 4.6. Kadınların WJMA puanına göre doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılması	38
Çizelge 4.7. Bazı sosyo-demografik özelliklerine göre Wijma toplam puan ortalamalarının dağılımı	39
Çizelge 4.8. Kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre Wijma toplam puan ortalamalarının dağılımı	40
Çizelge 4.9. Kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı	40
Çizelge 4.10. Kadınların daha önceki gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerinde yaşadıkları sorunlarına göre Wijma toplam puan ortalamalarının dağılımı	41
Çizelge 4.11. Kadınların şimdiki gebelik sürecinde algılanan eş desteği düzeyi ve sosyal çevreden destek durumlarına göre Wijma toplam puan ortalamalarının dağılımı	42
Çizelge 4.12. Kadınların bu gebelikte eş ve sosyal destek alma özelliklerine göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı	42
Çizelge 4.13. Doğum eylemini çağrıştıran ifadelerle göre Wijma toplam puan ortalamasının dağılımı	43
Çizelge 4.14. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre PKDÖ toplam puan ortalamasının dağılımı.....	43
Çizelge 4.15. Kadınların bazı obstetrik özelliklere göre PKDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı	44
Çizelge 4.16. Şimdiki gebelik sürecinde algılanan eş desteği ve sosyal çevreden aldıkları desteğe göre PKDÖ toplam puan ortalamasının dağılımı	45
Çizelge 4.17. Kadınların Wijma doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki.....	46

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü)
PKDÖ	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
W-DEQ	WİJMA Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WİJMA Doğum Deneyimi/ Beklentisi Ölçeği)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

Gebelik, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin olduğu aynı zamanda yeni rollere uyumun gerektiği psikososyal bir süreçtir. Biyolojik olarak normal bir süreç olan gebelikte, kadının kendisinin ve fetüsün sağlığının koruması için bu yeni duruma uyum sağlaması gerekir (Kılıç ve Ezmeci, 2004). Gebeliğe uyum süreci, birçok faktörden etkilenir ve yaşantıya göre birbirinden farklılık gösterir. Bu süreçte, kadının çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modeller, gebeliğe ve doğuma yönelik yeterli bilgiye sahip olmama, gebeliğe uyumu ve doğum korkusunu etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Gümüş ve diğerleri, 2011). Ayrıca kadının eğitim düzeyi, çalışması ve sosyal güvencesi gibi faktörlerinde gebeliğe uyumu etkilediği bilinmektedir. Eğitim ve sosyoekonomik düzeyi iyi olan kadınların istenen ve planlanmış bir gebeliğe sahip oldukları ve antenatal dönemde verilen hizmetlerden daha fazla oranda faydalandıkları ve gebeliğe uyumlarının da daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Gümüş ve diğerleri, 2011). Gebeliğe uyumu etkileyen faktörlerden birisi de sosyal destektir. Literatürde gebelerin algıladıkları sosyal desteği arttıkça, gebeliğe uyumun arttığı saptanmıştır. Bunun nedenleri arasında gebelikte sağlanan sosyal desteğin, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatıldığı, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmasına neden olduğu, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmesine yardımcı olduğu ifade edilmektedir (Yılmaz ve Pasinlioğlu, 2014; Vırit ve diğerleri, 2008).

Doğum eylemi kadının hayatında önemli bir yeri olan ve sonuçları önceden tahmin edilemeyen bir yaşam deneyimidir (Körükçü, 2009). Gebeliğin kabulünde zorluk yaşayan kadınların doğum korkularının daha fazla olduğu ve gebeliğe uyumlarının daha zor olduğu bildirilmiştir (Lederman ve Weis, 2009). Hofberk ve Brockington (2000) tarafından yapılan tanıma göre doğum korkusu; kadınlarda gebelikten önce veya gebelik sırasında oluşan, doğum eylemi sırasında yaşanan ölüm korkusunun çok şiddetli boyutlara ulaşması olduğu ifade edilmiştir (Hofberk ve Brockington, 2000).

Doğum korkusuna birçok faktör neden olabilmektedir. Bunlar biyopsikososyal perspektiften değerlendirilebilmektedir. Biyolojik odaklı doğum korkusu kapsamında; ağrı, bedensel hasar olabileceği veya kadının kendinin veya bebeğinin doğum esnasında ölebileceğine ilişkin kaygıları yer almaktadır. Psikolojik faktörler kapsamında; kişilik özellikleri, önceki travmatik obstetrik deneyimler ve anne olmaya yönelik kaygılar yer almaktadır. Sosyal faktörler kapsamında ise; eş ilişkisinden duyulan memnuniyetsizlik, sosyal destek eksikliği, düşük sosyoekonomik statü, sağlık çalışanlarına yönelik kaygılar, sosyal çevre ve medyadan duyulan korkutucu doğum hikayeleri bulunmaktadır (Demirsoy ve Aksu, 2015; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Hofberk ve Ward, 2004).

Literatürde doğum korkusunun birçok faktörden etkilendiği bildirilmiştir. Körükçü ve arkadaşları nulliparlar kadınların doğum korkusunun multipar kadınlardan daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Körükçü ve diğerleri, 2010). Körükçü ve diğerlerinin (2010) Türkiye’de yaptıkları çalışmada şiddetli doğum korkusu prevelansı nulliparlarda %46.6, multiparlarda % 40 olduğunu belirlemişlerdir (Körükçü ve diğerleri, 2010). Ternström ve diğerleri (2016)’nin kalitatif çalışmalarında; primiparların daha önce doğum deneyimlerin olmaması ve güvende hissetmeme nedeniyle korku yaşadıklarını, doğum sırasında meydana gelen ağrı, anne olmanın getirdiği yeni roller ve sorumluluklar, doğum sırasında yaralanma gibi korkulara sahip olduklarını vurgulamıştır (Ternström ve diğerleri, 2016).

Doğum korkusu, şiddetli düzeye ulaştığında maternal ve neonatal komplikasyonların gelişebildiği bildirilmiştir (Uçar ve Gölbaşı, 2015; Rouhe ve diğerleri, 2013; Hofberk ve Ward, 2004; Saisto ve Helmasmaki, 2003). Doğum korkusu, kadının gebeliği süresince stres yaşamasına, doğum eyleminin uzamasına, müdahaleli doğumlara ve acil sezaryene neden olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Aslan ve Okumuş, 2017; Aksoy, 2015; Ryding ve diğerleri, 1998). Doğum korkusunun, elektif sezaryen oranlarının artmasına neden olduğu saptanmıştır (Nilsson ve diğerleri, 2018; Ternström ve diğerleri, 2016; Lukasse ve diğerleri, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü’nün “2000 yılında Herkese Sağlık” hedefleri kapsamında ideal sezaryen oranlarının %10-15 arasında olması gerektiği vurgulanmaktadır (WHO,

2015). Buna karşın Türkiye 'de tüm doğumların %53,1'inin sezaryen yoluyla olduğu açıklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu sonuçlar dünyada ve Türkiye'de sezaryen doğumlarının önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündürmektedir. Doğum şekli tercihinde tıbbi endikasyonların yanı sıra gebenin psikososyal faktörler tarafından etkilendiği de bildirilmiştir. Buna bağlı olarak gebeye verilecek destek ve doğum yöntemleri ile ilgili bilgilendirme ile gebenin doğuma yönelik korkularının azaltmada önemli olduğu ve doğru tercih yapması sağlanabileceği belirtilmiştir (Akyol ve diğerleri, 2011; Duran ve Atan, 2011). Şiddetli doğum korkusu kadınlarda kabus görme, fiziksel şikayetler, iş ve aile hayatına konsantre olamama şeklinde kendini gösterdiği bildirilmiştir (Saisto ve Helmanski, 2003).

Prenatal bakımla kadının ve fetüsün sağlığını koruyup geliştirmek, bilgi düzeyini artırmak ve kadına yeni rollere uyumu hedeflenmektedir (Katz, 2010). Gebelikle ilgili bilgi almanın gebeliğe uyumu etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hemşire ve ebeleri, kadınlara doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlere yönelik bilgi düzeylerine katkıda bulunacak danışmanlık vermeleri gerekmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Doğum korkusu öğrenilen ve sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte, gebelik kontrolleri sırasında kadının sağlık çalışanları tarafından, doğum eylemi hakkında bilgilendirilmesi, duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi ve sosyal desteğinin olması gibi faktörler sayesinde önlenebilen bir durumdur (Güleç ve diğerleri, 2014; Şahin ve diğerleri, 2009). Doğum korkusunun giderilmesinde önemli faktörlerden birisi de sağlık personelinin de bu konuda kendi engellerinden arınması ve kadına gebelik döneminde ve doğum eyleminde saygılı bakım ve bilgi vermesidir.

Bütün bu nedenler gebeliğe uyumun önemli bir konu ve doğum korkusunun da önemli bir problem olduğuna dikkat çekmektedir.

Bu araştırma gebelerin, gebeliğe uyumlarını ve doğum korkularının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, fertil erkek spermi ile fertil kadının overlerinden atılmış olan oositin döllenişmesiyle zigotun doğum anına kadar geçirdiği gelişimsel döneme verilen isimdir. Gebelik süresi son menstrüasyonun ilk gününden başlayarak 280 gün/ 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 hafta (obstetrik olarak 40, embriyolojik olarak 38 hafta) devam etmektedir (Şirin ve Kavlak, 2008). Dölleniş ile başlayıp 8. Haftanın sonuna kadar geçen dönem embriyonik, 8. Haftadan doğuma kadar geçen süre fetal dönem olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2016a).

Gebelik, kadın hayatında meydana gelen en önemli fizyolojik değişimlerden birisidir. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe bağlı fizyolojik değişimler tüm bunlar, psikolojik değişimlerin kaynağıdır. Bu süreçte kadının eşi ve diğer aile üyeleri de birtakım psikolojik ve sosyal değişim süreçlerinden geçer. Bu önemli değişimler, çeşitli adaptasyonlar gerektirdiği belirtilmiştir (Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Consonni ve diğerleri, 2010; Beydağ, 2007).

2.1.1. Gebelikte annede meydana gelen değişiklikler

Gebelikle birlikte maternal sistemlerde anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal ilerleyici değişimler meydana gelir. Bu değişimlerin büyük çoğunluğu, doğum ve laktasyon sonrasında gebelik öncesi duruma geri döner (Özkan ve Beji, 2015). Meydana gelen bu değişimler ile fetüsün büyümesi ve gebeliğin devamı sağlanır. Gebelikte meydana gelen primer değişiklikler, fetüse besin sağlayan ve doğuma hazırlayan gestasyonel hormonların etkisi ile oluşur. Sekonder değişiklikler ise büyüyen uterusun mekanik etkileri sonucu oluşur. Vücudun gebeliğe uyumunu sağlayan bu değişimlerin amacı;

- Anneyi doğuma hazırlamak,
- Annede fetüsün ihtiyaçlarını karşılayacak değişiklikleri yapmak,
- Fetüsü doğuma kadar beslemek, barındırmak ve korumak,

- Doğum sonrasında ise laktasyonla bebeği bir süre daha beslemektir (Kafkaslı, 2007).

Anatomik ve fizyolojik değişiklikler

Uterusta meydana gelen değişimler

Uterusta görülmeye başlayan ilk değişiklikler, östrojen ve progesteron düzeylerindeki stimülasyonlar neticesinde görülür. Östrojen ve progesteron etkisi ile endometrium ve düz kas liflerinde, hiperplazi ve hipertrofi oluşur. Gebelik öncesinde 50-70 gr ağırlığında ve yaklaşık 10 ml iç hacme sahipken, termde 800-1200 gr ağırlığa ve 4500 cm³ hacme ulaşır (Özkan ve Beji, 2015; Cengiz ve Kimya, 2008). Uterus büyüdükçe solda rektosigmoid kolonun bulunmasına bağlı olarak, büyük oranda sağa doğru döner. Gebeliğin dördüncü ayında başlayan, ağrısız ve düzensiz kontraksiyonlara Braxton-Hicks kontraksiyonları denir. Kontraksiyonların gebeliğin son dönemlerinde artması kadını rahatsız edebilir, gerçek doğum kontraksiyonları ile karıştırılabilir (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Servikte meydana gelen değişiklikler

Fibröz bir doku olan servikte östrojen ve progesteron etkisi ile kanlanma ve servikal glandlarda proliferasyon ve hiperaktivite görülür. Servikte artmış vaskülarizasyon ve proliferasyon sonucunda, renk değişikliği ve yumuşama meydana gelir. Vajina ve labialara da yansıyan koyu mavi renk Chadwick işareti olarak adlandırılırken, servikteki yumuşama Godell işareti olarak adlandırılır (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Overlerde meydana gelen değişiklikler

Gebelik sırasında östrojen ve progesteron düzeylerindeki artma, luteinize edici hormon ve folikül sitümüle eden hormonun baskılamasına dolayısı ile ovum üretiminin durmasına neden olmaktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde salgılanan Human koryonik gonadotrop hormonun etkisi ile overlerde korpus luteum gelişmeye devam ederek progesteron ve östrojen hormonlarını gebeliğin 10-12. haftasına kadar salgılamaya devam eder. Gebeliğin 3. ayında korpus luteum gerilemiş olur ve

östrojen ve progesteron salgısı görevini plesentaya bırakır (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Memelerde meydana gelen değişimler

Artmış östrojen ve progesteron seviyeleri, meme bezlerinde de hiperplazi ve hipertrofi sağlayarak, memeleri laktasyona hazırlar.

Sekizinci haftadan sonra meme boyutları artar ve meme daha lobüler hale gelir. İkinci trimester de daha erektile hale gelen meme başının rengi koyulaşır, büyür ve Montgomery's tüberkülleri belirginleşir. Gebeliğin onikinci haftasında antikordan zengin, sarı renkli ve doğum sonraki ilk birkaç günde olgun süte dönüşen kolostrum adı verilen sıvı gelmeye başlar (Taşkın, 2016b; Cengiz ve Kimya, 2008).

Vajende meydana gelen değişiklikler

Vajende de diğer organlar gibi hormonların etkisi ile vaskülarizasyon artar, buna bağlı olarak kanlanma da artış ve serviskte olduğu gibi Chadwicks belirtisi görülmeye başlar. Östrojenin artması vajinal salgılarda artışa neden olur. Vajinal epiteldeki laktobasiller glikojenden laktik asit üreterek vajen pH'sını düşürerek asidik ortam oluştururlar. Vajendeki asidenin artması patojen mikroorganizmalara karşı vajen direncini artırır (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimler

Uteroplesental kan akımı gebelik boyunca artar. Artan kan ihtiyacını karşılamak için uterusta kan ve lenfatik damarlarda miktar ve boyut olarak artar. Gebeliğin sonunda annenin total kan volümünün 1/8'i uterus vasküler sistemde tutulur. Annenin plazma hacmi 10. Haftadan 30-34. haftaya kadar artar. Plazma hacmindeki artış 30-34. haftaya kadar %50 oranına ulaşır. Gebelikte oksijen ve kan volümünün artmasına bağlı olarak, kardiyak output artar. Gebe olmayan bir kadında 4.5 L/dk iken gebede 6 lt/dk ya çıkar (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Pulmoner sistemde meydana gelen değişimler

Gebelikte artan oksijen ihtiyacına bağlı olarak, gebelikte pulmoner ventilasyon % 40 oranında artar. Büyüyen uterusun etkisi ile diyafragmanın yukarı itilmesi, göğüs duvarını yanlara doğru genişlemesine neden olur. Bu durum ortaya çıkabilecek intratorasik volum kaybının dengelenmesini sağlar. Progesteron etkisi ile göğüs duvarının elastikiyeti artar, buna bağlı nefes alma kolaylaşır. Artmış östrojen seviyesi ise mukus hipersekresyonu ve nazofarinks mukozasında hiperemi ve ödeme neden olur (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Gastrointestinal sistemde meydana gelen değişimler

Gebelikte mide asit sekresyonu, pepsin sekresyonuna paralel olarak artar. Gebelikte azalan özefageal sfinkter basıncı nedeni ile mide ve safra asitlerinin özefagusa reflüsü ortaya çıkar. Gebelikte, düz kaslarda relaksasyon ince bağırsak motilitesini azalması ve kalın bağırsaklardan su ve elektrolitlerin reabsorbsiyonun artmasına neden olur (Cengiz ve Kimya, 2008).

Renal sistemde meydana gelen değişimler

Gebelik sırasında böbrekler, renal vasküler ve interstisyel hacimdeki artış nedeni ile % 30 oranında hacimleri artar. Büyüyen uterusun mesaneye mekanik basısı gebenin idrara çıkma sıklığının artmasına neden olan faktörlerden biri iken, progesteronun düz kaslarda yaptığı gevşeme etkisi de böbrek ve üreterlerde dilatasyona neden olarak idrar stazında artma nedenlerinden birisidir. Kardiyak output ve plazmadaki artışa paralel olarak gebeliğin başlangıcından itibaren böbreklerde, glomerüler filtrasyon hızı % 50 oranında artarak miada kadar devam eder (Taşkın, 2016b).

Kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler

Gebelikte 10-12. haftalarına kadar sakro-iliak ekleme ve simpifizis pubise tututan ligamentlerde relaksin hormonun etkisi ile yumuşama başlar ve esneme başlar. Üçüncü trimester başlangıcında en yüksek seviyeye ulaşan sakro-iliak eklemelelerdeki ve pelvik ligamentlerdeki gevşeme, pelvik kavitenin boyutunu artırır

ve doğum eyleyimin kolaylaştırılmasında önemli bir faktördür (Taşkın, 2016b; Özkan ve Beji, 2015).

Psikolojik değişiklikler

Gebelik biyolojik ve psikososyal değişimler sonucu ortaya çıkan yeni rollere uyumun gerektiği bir dönemdir (Dereli-Yılmaz ve Beji-Kızılkayai, 2010).

Bazı kadınlar gebeliği doyum, olgunluk, mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; bazı kadınlarda stres, aşırı yüklenme, kaygılı bekleyiş olarak ifade etmektedirler (Çalık ve Aktaş, 2011). İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgili olmakla birlikte ambivalan duyguların yoğun yaşandığı bir dönem olarak tanımlanmıştır (Taşkın, 2016a; Özkan ve Beji, 2015). İkinci trimesterde, birinci trimesterde görülen fiziksel yakınmalar azalır, fiziksel değişimler belirginleşerek kadın gebe görünümünü alır ve fetüs hareketlerini hissetmeye başlar. Üçüncü trimester, fetüsün büyümesine paralel olarak kadının fiziksel olarak daha ağırlaştığı, daha çabuk yorulduğu, hareketlerinin yavaşladığı ve beden imajındaki değişikliklerle ilişkili olarak cinselliğe karşı tutumunu değiştirdiği dönemdir (Taşkın, 2016a; Koyun ve diğerleri, 2011).

2.2. Gebeliğe Uyum

Kadın için gelişimsel kriz olarak değerlendirilen gebelik, ailede yeni rollerin ve sorumlulukların kazanıldığı, değişimlere uyumun gerektiği bir dönem olduğu belirtilmiştir (Körükçü ve diğerleri, 2017). Kadının bu yeni ve değişik durumlara vereceği yanıt gebeliği istenme durumu, sosyokültürel geçmiş ve sosyal çevreden etkilendiği belirtilmiştir (Özkan ve Beji, 2015). Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir (Özkan ve Beji, 2015).

2.2.1. Birinci trimesterde uyum

İlk dönem, üç ay boyunca süren uyum dönemidir. Birinci trimester boyunca kadının ilgisi fetüse değil kendi üzerindedir. Gebeliğin fiziksel belirtileri henüz gerçekleşmediği için, fetüsün var olduğu algısı henüz belirgin değildir (McKinney ve diğerleri, 2018). Hormonal değişimler duygusal dalgalanmalara katkıda bulunur ve

kadında içine kapanır ve giderek kendisi ve bebeği için daha kaygılı olur (Özkan ve Beji, 2015). Bununla beraber birinci trimesterde sıklıkla ambivalan duygular yaşanır (Çetin ve diğerleri, 2017). Planlı gebeliklerde de ilk tepkiler genellikle gebelikle ilgili ambivalan duygulardır (Lederman ve Weis, 2009). Ambivalan duygular kadının yetiştirilme şekli, şimdiki ailevi durumu, eşi ile olan ilişkileri ve kadının geleceğe yönelik planları gibi durumlardan etkilenir. Bazı kadınlar gebe kalmadan önce hedefledikleri kariyer planını tamamlamak istediklerinden gebeliğin zamanlaması ile ilgili endişeler yaşayabilmektedir. Bazı kadınlar ise doğacak bebeğin kadının işi, ailesi ve çevresi ile olan ilişkilerini etkileyebileceğine dair endişeler taşırlar. Bu durumlar gebelikle ilgili kararsızlıklara neden olur (Özkan ve Beji, 2015). Kadınlarda gebe olmaya karşı ilk tepki yaygın olarak ambivalan duygular olsa da birinci trimesterin sonunda genellikle gebelik durumu kabul görür. Eğer ambivalan duygular üçüncü trimesterde de hala yoğun ise bu durum gebelikle ilgili çözülmemiş çatışmaların göstergesidir. Ambivalan duyguların seviyesinin kadının gebelik sürecine olan genel cevabının önemli sonuçları olduğunu ve bu ambivalan duyguların gebeliğin reddedildiği sonucuna eşit olduğunu belirtmiştir (Lederman ve Weis, 2009).

İlk gebeliğini yaşayan kadınlar ise, sorumluluklarının artmasından endişe duyabilir ve iyi bir anne anne olup olamayacağından emin olamayabilir. Bazı kadınlar ise gebeliğin eşi ve diğer çocukları ile ilişkisini etkileyebileceği hakkında endişelenir (McKinney ve diğerleri, 2018). Eşinin duygusal desteğini alan ve değişimlere daha kolay adapte olan kadınlar gebeliğe daha kolay uyum sağlarlar (Özkan ve Beji, 2015).

2.2.2. İkinci trimesterde uyum

İkinci trimesterde kadının fiziksel yakınmaları genellikle yok olur ve genel bir iyi hissetme hali mevcuttur. Fetüs hareketleri gebeyi heyecanlandırır. Heyecana fetüs ile ilgili hayaller eşlik eder. Gebenin fetüs hareketlerini hissetmesi, fetüsün görüntüsünün ultrasonda tespiti, gebeye uterusunda gelişen bir hayatın varlığını yani fetüsün kendi vücudundan ayrı bir varlık olduğu gerçeğini kabul etmesini sağlar (McKinney ve diğerleri, 2018; Gilbert ve Broom, 1999). Artık sağlıklı bir bebek doğurabilmek için neler yapması gerektiği ile ilgilenmeye başlar. Kadının bebeği

korumaya yönelik endişeleri artar. Bu endişe çoğu kez narsizim ve içe dönme şeklinde kendini gösterir. Gebelik öncesine kıyasla şimdi kadının yedikleri, doğru kıyafet seçimi önem kazanır. Bazı kadınlar işine yabancılaşır ve işe olan ilgisini kaybeder. Gebeliğe konsantre olmuş kadın çevresel etmenlerin bebeği ve gebeliği için tehdit olarak algılayabilir (McKinney ve diğerleri, 2018).

2.2.3. Üçüncü trimesterde uyum

Üçüncü trimesterde kadın yeniden ambivalan duygular yaşar (Şahin ve diğerleri, 2009). Gebelikten nefret edebilir, bebeğe kavuşmayı ister fakat doğumdan korkar. Gebeliğin neden olduğu fiziksel rahatsızlıklar ve bedeninin hantallaşması gebenin tahammülünü azaltır, gebelikten sıkılmaya başlar ve aynı zamanda doğum ve bebeğin sağlığı hakkında endişeleri vardır (Taşkın, 2016a). Üçüncü trimesterde sırasında özellikle yedinci aydan sonra kadının duyarlılığı artar. Bebeğini kaybedebileceği ve bebeğine zarar gelebileceğini sık sık düşünmeye başlar. Bebeği tehlikelerden korumak amacıyla kalabalık ortamlardan uzak durur (McKinney ve diğerleri, 2018). Gebeliğin son haftalarında eşinden duygusal destek ihtiyacı artmıştır. Gün içinde sık sık eşini arar. Kadın eşinin ona destek olacağına emin olduktan sonra, kendini daha güvende ve güçlü hisseder. Eşine olan ihtiyacını arttığını ifade etmese bile eşinin bu ihtiyaçları anlamasını bekler. Gestasyonel ayın artması ile anneliğe hazırlanma süreci ilerler. Bebeğine olan sevgisi ve fetüsün ayrı bir varlık olduğu kabulü artar. Kadın artık diğer kadınları taklit ederek rol model ve ideal anne nasıl olur sorusunun cevabını arar. Bebeğinin kime benzeyeceği, bebeğin bakımı ve sorumlulukları hakkında yetersiz kalabileceği ve anne olma sorumluluğunu nedeniyle geçmişte yaptığı aktiviteleri artık yapip yapamayacağını düşünür. Tüm bu düşünce ve davranışlar kadını anne olmaya hazırlar (McKinney ve diğerleri, 2018).

2.2.4. Gebeliğe uyumu etkileyen faktörler

Gebelik boyunca kadında meydana gelen değişimler ile gebe ve aile üyelerindeki psikolojik değişimler birbirine paraleldir (Özkan ve Beji 2015). Yaşanan bu değişim süreci, gelişimi sağlayacağı gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun halinede gelebilmektedir (Sunal ve Demiryay, 2009; Gözüyeşil ve diğerleri, 2008). Bu

dönemde kadın gebeliğe ve annelik rolüne uyum sağlaması gerektiği vurgulanmıştır (Taşkın, 2016a). Gebeliğe uyum sürecine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Kadının çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modeller, gebeliğin planlı olması, gebeliğe ve doğuma yönelik yeterli bilgiye sahip olma, korku ve endişeleri, sahip olduğu sosyoekonomik koşullar ve benlik kavramı, gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Gümüş ve diğerleri, 2011). Kadının eğitim durumu, çalışıyor olması, gelir durumu ve sosyal güvencesi de gebelik ve sonrasında annelik rolüne uyumu etkileyen faktörlerdendir. Kadının eğitim ve gelir düzeyi arttıkça annelik rolünü kabullenme sürecinin daha kolay olduğunu saptanmıştır. Kadının çalışması ve sosyal güvenceye sahip olması, prenatal dönemde gebeliğe yönelik bilgi alması ve gebeliğin planlı olması gebeliğe uyumu kolaylaştırdığı saptanmıştır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Gebeliğe uyumu etkileyen faktörlerden birisi de sosyal destektir. Gebelik sürecinde ve doğumda, sosyal desteğin önem kazandığı ve sosyal desteğe olan ihtiyacın arttığı ifade edilmiştir. Kadınlarda algılanan sosyal destek arttıkça, kadın duygusal ve bilişsel olarak rahatlar, stres ve kaygı etkenleri ile baş etmesi kolaylaşır ve böylece kadının gebeliğe ve anneliğe uyumunun arttığı saptanmıştır (Yılmaz ve Pasinlioğlu, 2014; Vırt ve diğerleri, 2008; Mermer ve diğerleri, 2010). Sosyal desteğe sahip olan kadınların, gebelik sırasındaki olumsuz değişikliklerden fazla etkilenmediği daha uyumlu bir gebelik süreci yaşadığı ve doğum ile ilişkili korkularla baş etmede kadına destek olan önemli bir kaynak olduğu bildirilmiştir (Güleç ve diğerleri, 2014; Orr, 2004; Melender, 2002a). Sosyal destek düzeyinin artmasına bağlı gebelik ve annelik rolünün artması beklenen bir sonuçtur. Çünkü kadının yakınlarından aldığı destek, gebeliğin getirdiği değişimlere uyum sağlamasına ve gebenin güçlü ve yeterli hissetmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve Pasinlioğlu, 2014).

Kadın çevresindeki önemli kişilerce gebe olduğunun bilinmiş ve istenmiş olduğundan emin olmak istemekte ve bu durumu eşine ifade ederek desteğe olan gereksinimini ifade ettiği bildirilmiştir (Yılmaz ve Pasinlioğlu, 2014). Güleç ve diğerlerinin (2014) aktardığına göre; sosyal destek yetersizliği ve eş ile sorun yaşıyor olmanın doğum korkusuna neden olduğu bildirilmiştir (Güleç ve diğerleri, 2014). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) çalışmalarında; geniş aileye sahip kadınların

gebeliğe uyum seviyelerinin daha düşük olduğu ve bu durumun kadının bireysel bakımına yeteri kadar özen gösteremesi, eşi ile ilişkisinin zayıf ve yetersiz olmasından kaynaklı olabileceğini saptamıştır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Çekirdek aileye sahip kadınlarda, gebeliğe uyumunun daha yüksek olduğu ve sosyal desteğin daha doyurucu olduğu ve anne olma yaşının küçük olması, eğitim seviyesinin düşük olması ve geniş aileye sahip olmanın sosyal destek algısını azalttığı belirtilmiştir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Mermer ve diğerleri, 2010). Kadınlar destek gereksinimi yakın çevrelerinden karşılasalar bile, sağlık personelinin desteğine de gereksinim duydukları ifade edilmiştir (Güleç ve diğerleri, 2014).

Prenatal dönemde doğru ve yeterli düzeyde bakım alan kadınların, gebeliği daha kısa sürede kabullendikleri, gebelik ve annelik rollerine adaptasyonlarının daha kolay olduğu vurgulanmıştır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Sağlık personelinin destek olduğu kadınların öz yeterlilik ve memnuniyet seviyesinin daha yüksek olduğu, doğuma yönelik korkularının azaldığı vurgulanmıştır (Saisto ve diğerleri, 2001). Gebelik uyumu artan gebelerin, olumlu prenatal davranış geliştirmelerinin kolaylaştırıldığı ifade edilmiştir (Yekenkunrul ve Mete, 2012). Gebelerin algıladıkları sosyal desteğin azalmasıyla algıladıkları stresin arttığı, yeterli sosyal desteğin ise, yaşam streslerini azaltarak emosyonel iyilik halini koruduğu belirtilmiştir. Gebelik döneminde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği, gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliktir. Anksiyete ve depresyon, gebelik ve doğum komplikasyonlarının artması, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olmasının yanı sıra yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, gebelikte ve doğum sonrasında ruh sağlığını bozmaktadır (Şen ve Şirin, 2013; Vırt ve diğerleri, 2008; Beydağ ve Mete, 2008).

2.3. Doğum Korkusu

Doğum birçok kadın tarafından pozitif bir deneyim olarak değerlendirilirken, doğumu deneyimlemiş bazı kadınlar tarafından korku verici bir olay olarak tanımlandığı belirtilmiştir (Beck, 2004).

2.3.1. Doğum korkusu tanım

Doğum eylemi, sonucu önceden tahmin edilemeyen ağrılı bir deneyimi olması nedeniyle birçok kadında doğum eylemine yönelik çeşitli düzeylerde ve çeşitli nedenlerle doğum korkusu ortaya çıkmaktadır (Rouhe ve diğerleri, 2013). Doğum korkusu Hofberk ve Brockington (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) “Eğer gebe primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadını baskılanamaz bir anksiyete içerisine iter. Kadın önceden anne olmuş ise geçmiş ve gelecekte de yaşayabileceği deneyimlerden dolayı korkuya kapılır” şeklinde ifade edilmiştir (Hofberk ve Brockington, 2000). Doğum korkusu literatürde, sosyal aktiviteleri ve ilişkileri, iş ve günlük yaşamı etkileyecek derecede güçlü olan patolojik korku ve doğum sırasında ölüm korkusu olarak tanımlanmıştır (Nilsson ve diğerleri, 2018; Melender, 2002a). Başka bir tanımda ise; bazı kadınların anne olmayı çok istemelerine rağmen doğumdan korkması ve kaçması şeklinde ifade edilmiştir (Hofberk ve Brockington, 2000). Bununla birlikte, gebelik ve doğumla ilgili korkuların gebeliğin ayrılmaz bir parçası olduğu ve kabul edilebilir düzeydeki doğum korkusunun da gebenin doğuma hazırlanmasında katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Uçar ve Gölbaşı, 2015; Melender, 2002b).

Doğum korkusu, WİJMA Doğum Deneyimi/ Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) alınan puanlara göre, düşük düzeyde doğum korkusu yaşayanlar, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanlar, ağır düzeyde doğum korkusu yaşayanlar, klinik düzeyde doğum korkusu yaşayanlar şeklinde dört alt grupta toplamıştır (WİJMA ve diğerleri, 1998). Ayrıca doğum korkusunun hafif şiddetli, orta şiddetli ya da şiddetli düzeyde şeklinde gruplandırıldığını bildiren çalışmalarda vardır (Hofberg ve Brockington, 2000). Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV'te özel bir fobi olarak tanımlanan doğum korkusu terimi tıp literatüründe ilk kez Hofberk ve Brockington (2000) tarafından primer ve sekonder korku olarak sınıflandırılmıştır (Klabbers ve Heuvel, 2016; Uçar ve Gölbaşı, 2015; Melender, 2002a). Araştırmacılar da prenatal dönemde depresyon semptomu olarak ortaya çıkan üçüncü kategoriye tanımlamışlardır (Melender, 2002a).

Primer korku

Nulliparlarda görülen, gebe kalmadan önce başlayan doğum korkusu olduğu bildirilmiştir. Primer korku adölesan veya erişkinlik döneminde ortaya çıkabildiği ve bu kadınlar doğum korkusu nedeniyle gebe kalmaktan kaçındığı belirtilmiştir (Nilsson ve diğerleri, 2018; Hofberg ve Ward, 2003). Cinsel ilişki normal karşılanmakla birlikte, kontraseptif kullanıma özen gösterdikleri ve primer korkusu olan kadınların gebeliği istediği halde gebeliği sonlandırabilirdiği ya da ilk gebeliği olmasına rağmen gebe kalmadan önce de doktorundan elektif sezaryen talep edebildiği vurgulanmıştır. Primer korkusu olan kadınlar, doğum korkusunun üstesinden hiçbir zaman gelememekte çocuksuz olarak kalmayı veya evlat edinmeyi tercih ettikleri bildirilmiştir (Bakshi ve diğerleri, 2008).

Sekonder korku

Travmatik bir doğum deneyiminden sonra ortaya çıkabildiği gibi obstetrik olarak sorunsuz sonlanan doğumlardan sonra da görülebilen patolojik doğum korkusu olduğu belirtilmiştir. Vajinal doğum, düşük yapma, ölü doğum ya da gebeliğin sonlandırılması gibi obstetrik deneyimlerde kadında travma etkisi yaratabilmekte, takip eden dönemde anne olmayı çok istemelerine rağmen, bebek sahibi olmaktan kaçınabilmektedirler (Nilsson ve diğerleri, 2018; Klabbers ve Heuvel, 2016; Hofberg ve Ward, 2003).

Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki doğum korkusu

Prenatal dönemde yaşanan depresyon yaygın olmamakla birlikte kendini doğum korkusu şeklinde de gösterdiği bildirilmiştir (Nilsson ve diğerleri, 2018). Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki doğum korkusu kadınlarda, doğumdan kaçınma davranışları ile birlikte, kadının bebeği doğuramayacağı veya doğum yapsa bile öleceğini düşünme gibi sık sık tekrarlayan tipik olumsuz inançları olduğu belirtilmiştir (Klabbers ve Heuvel, 2016).

Doğum korkusu ile gebelikte anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Körükçü ve diğerleri, 2010). Gebelikte anksiyete genelde ikinci trimesterde düşüş

gösterirken, üçüncü trimesterde önemli şekilde artar, karın ağrısı, işyerinde sık hastalık izni isteme ve obstetri kliniklerini sık ziyaret etme şeklinde gösterdiği bildirilmiştir. Şiddetli doğum korkusu kadınlarda kabus görme, fiziksel şikayetler ve iş ve aile hayatına konsantre olamama şeklinde kendini gösterdiği bildirilmiştir (Saisto ve Helmski, 2003). Bu kadınların sıklıkla sezaryen doğum şeklini talep ettikleri bildirilmiştir (Nieminen ve diğerleri, 2009; Saisto ve Helmski, 2003). Doğum korkusu olan kadınlar çocuk sahibi olmak istemelerine rağmen birkaç kontraseptif yöntem kullanmaya özen gösterirken, gebe kaldıklarında istekli olarak kürtaj yöntemini tercih ettikleri bildirilmiştir. İlk gebelikle sonraki gebeliğin arasındaki zaman farkının uzunluğu da doğum korkusuna işaret edebildiği vurgulanmıştır (Aksoy, 2015).

2.3.2. Korkunun doğum eylemine etkisi

İnsan vücudu strese yanıtı adrenalın, noradrenalin ve kortizol hormon seviyelerini değiştirerek yanıt vermektedir (Alehsen ve diğerleri, 2005). Anne adayının doğum sırasında korkulu ve endişeli olması (bu durum sosyal destek yetersizliği ve hastanede iyi davranılmaması gibi nedenlerden de olabilir) uterusu kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres hormonlarının salınımını artırır. Uterusa giden kan miktarındaki azalma, kandaki oksijen seviyesinin azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara neden olur. Adrenalin miktarındaki artış, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarındaki azalmaya, doğum eyleminin uzamasına neden olur. Adrenalin uterusun 2/3'lük alt kısmında bulunan dairesel fibrinlerin açılmasını engeller, kaslar tersine işlev göremeye başlar ve sonuçta serviksin açılmasına faydası olmayan ve ağrıya neden olan kontraksiyonlar ortaya çıkar. Doğum sürecinde annenin korku ve gerilimi ile artan nöroepinefrin, myometriumdaki alfa ve beta reseptörlerini uyararak, doğumun doğal ritmini engeller. Ağrılı kontraksiyonlara karşın doğumun ilerlemesi sonuçta anne adayında korku ve endişenin artmasına ve aynı döngünün yeniden yaşanmasına neden olur Dick-Read tarafından bu kısır döngü korku-gerginlik-ağrı siklusu olarak tanımlanmıştır (Serçekuş, 2011; Körükçü, 2009).

Doğum eylemi sırasında kadının şiddetli doğum korkusu yaşaması, hissedilen doğum kontraksiyonlarının şiddetinin artmasına, doğum sırasında yetersiz

kontraksiyonlar ortaya çıkmasına ve yetersiz kontraksiyonları nedeniyle uzamış doğum eylemi veya fetal asfiksi gibi intrapartum komplikasyon riskini artırdığı bildirilmiştir (Fenwick ve diğerleri, 2009). Adams ve diğerlerinin (2012)'de yaptığı ve 2206 gebenin dahil edildiği çalışmada; doğum korkusu olan kadınlarda, doğum eyleminin bir buçuk saat daha uzun sürdüğünü saptamıştır (Adams ve diğerleri, 2012). Şiddetli doğum korkusuna bağlı olarak ortaya çıkan yetersiz kontraksiyonların, acil sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarını artırıcı etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Aslan ve Okumuş, 2017; Aksoy, 2015; Rouhe ve diğerleri, 2013; Vatansever ve Okumuş, 2013; Duran ve Atan, 2011; Serçekuş, 2011; Yanikkerem ve diğerleri, 2010; Fenwick ve diğerleri, 2009; Gözükara ve Eroğlu, 2011). Annenin yaşadığı anksiyete prematur ya da postmatur doğuma neden olabilir. Anksiyete, fetüste uterin arter basıncının artmasına bağlı olarak fetal asfiksiye yol açar. Erken gebelik döneminde yaşanan yüksek anksiyete, depresif semptomlar, doğuma ilişkin psikolojik/psikiyatrik danışmanlık gereksinimini ve kişilik yapısına bağlı psikolojik problemler, geç gebelik döneminde yaşanabilecek olası doğum korkusu ve posttravmatik stres sendromu için hazırlayıcı faktörler arasındadır (Körükçü, 2009). Stresin gebelikte etkisi ise: artan kortizol düzeyi gebenin ve fetüsün immün sistemini olumsuz etkilemekte ve birkaç hafta boyunca devam eden yüksek kortizol düzeyi fetal hareketleri yavaşlatabildiği bildirilmiştir (Lopukhova ve Kashshapova, 2015).

2.3.3. Doğum korkusunun prevalansı

Kültürel özellikler, gebelik haftasındaki ve doğum korkusunu ölçme araçlarındaki farklılıklar nedeni ile farklı oranlarda rapor edilen doğum korkusunun nulliparlar kadınlarda, multipar kadınlara oranla daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (Aksoy, 2015; Körükçü ve diğerleri, 2010). Körükçü ve diğerlerinin (2010) Türkiye'de yaptıkları çalışmada şiddetli doğum korkusu prevalansı nulliparlarda %46.6, multiparlarda % 40 olduğunu saptamışlardır

(Körükçü ve diğerleri, 2010).

Aksoy ve diğerleri (2014), tarafından Türkiye'de yapılan başka deneysel bir çalışmada ağrısız doğum hakkında bilgi sahibi olan kadınlarda doğum korkusunun %13,2 ve ağrısız doğum hakkında bilgisi olmayan kadınlarda doğum korkusunun

görülme oranını %20,2 olarak belirtilmiştir (Aksoy ve diğerleri, 2014). Nilsson ve diğerleri (2018)'nin doğum korkusunun prevalansına ilişkin yaptıkları sistematik derlemede; W-DEQ ölçeğinin kullanıldığı bazı Avrupa ülkeleri, Avustralya, Kanada ve Amerika'da yapılmış araştırmaları dahil ettikleri çalışmalarında, çok şiddetli doğum korkusu oranını % 7,1, orta şiddetli doğum korkusunu % 11,1, hafif şiddetli doğum korkusunu ise %25,3-26,2 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Nilsson ve diğerleri, 2018). Hildingsson ve diğerleri, (2017) tarafından yapılan cohort çalışmada son yıllarda özellikle İskandinav ülkeleri (Rouhe ve diğerleri, 2009; WJMA ve diğerleri, 1998), Avustralya (Fenwick ve diğerleri, 2009) ve İngiltere'de (Johnson ve Slade, 2002) dikkat çekici şekilde artan doğum korkusu prevalansının %8-30 arasında olduğunun tahmin edildiğini ifade edilmiştir (Hildingsson ve diğerleri, 2017). Veringa ve diğerleri (2016)'nin bildirdiğine göre, WJMA Doğum Beklentisi Deneyimi ölçeğinin (W-DEQ A ve B) kullanılarak doğum korkusu seviyesinin belirlendiği çalışmaların % 25 oranında ağır derecede ve yaklaşık %10 oranında klinik derecede doğum korkusu rapor edilmiştir (Veringa ve diğerleri, 2016).

2.3.4. Doğum korkusuna neden olan faktörler

Doğum korkusu pek çok faktörden etkilenmektedir. Doğum korkusu yaşayan kadınlar, kendisi ve bebeğin sağlığı, doğum sırasında karşılaştıkları ağrı, tıbbi müdahaleler, ölüm, daha önceki doğumlarında yaşadığı travmatik deneyimler, kontrol kaybı ve kendine güvensizlik gibi kişisel faktörler ve doğumunda görevli sağlık çalışanlarının yaklaşımları ile ilgili endişelere sahip oldukları belirlenmiştir (Klabbers ve Heuvel, 2016). Ülkemizde Serçekuş ve Okumuş (2009)'un, 19 nullipar gebe ile yaptıkları kalitatif çalışmada, doğum korkusu beş kategoride sıralamıştır. Bunlar; doğum sırasında yaşanan ağrı, doğum sırasında annede ve yeni doğanda gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında uygulanan işlemler, sağlık çalışanları ve cinsellik olduğunu saptamıştır (Serçekuş ve Okumuş, 2009).

Obstetrik özellikler

Parite, gebelik haftası, doğum ağrısı ve önceki doğum deneyimlerinin, doğum korkusunu etkileyen faktörlerden olduğu bildirilmiştir (Çiçek ve Mete, 2015). Doğum korkusu sadece gebelik deneyimi olan kadınlarda görülmemekle birlikte, gebe

olmayan kadınların %13-16'sının doğum korkusundan dolayı gebe kalmak istemedikleri ya da gebeliği ertelediği belirtilmiştir. Nulliparlarda ve multiparlarda farklı nedenler doğum korkusuna neden olduğu ifade edilmiştir (Fenwick ve diğerleri, 2015). Nulliparlarda görülen doğum korkusu düzeyinin multiparlara göre daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmektedir (Ternström ve diğerleri, 2016; Körükçü ve diğerleri, 2010; Rouhe ve diğerleri, 2008). Rouhe, ve diğerleri (2013)'nin nullipar kadınla yaptıkları çalışmada şiddetli doğum korkusu oranını %8,1 olduğunu belirlemişlerdir (Rouhe ve diğerleri, 2013). Ternström ve diğerleri (2016)'nin kalitatif çalışmalarında; primiparların daha önce doğum deneyimlerin olmaması ve güvende hissetmeme nedeniyle korku yaşadıklarını, doğum sırasında meydana gelen ağrı, anne olmanın getirdiği yeni roller ve sorumluluklar, doğum sırasında yaralanma gibi korkulara sahip olduklarını vurgulanmıştır (Ternström ve diğerleri, 2016).

Multiparlarda görülen doğum korkusunun önceki negatif doğum deneyimleri ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir (Storksens ve diğerleri, 2013). Multiparların önceki doğumlarından da bağımsız olarak doğum sırasında neler olabileceğini bilememekten korktuklarını ve hem primpar hem de multiparlar doğum sırasında birşeylerin yanlış gidebileceğinden korktuklarını belirtmişlerdir (Ternström ve diğerleri, 2016).

Olumlu doğum deneyimi ve doğum ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmak, kadının doğum eylemine katkı sağlayacak manevraları yapabileceğine inanmasını sağlar ve kadınların kendilerine olan güvenlerini artırır. Kadının doğum sırasında daha az ağrı hissetmesi ile kendine güveninin artması arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (Melender, 2002a). Daha önce travmatik doğum deneyimlemiş kadınlar, gelecek doğumlarında sezaryen doğumu tercih edebilmektedirler (Şahin, 2009). Önceki doğum şekli sezaryen veya vakum ve forseps gibi müdahaleli yöntemlerle doğumu gerçekleştirilmiş kadınlarla, doğum eylemi sırasında komplikasyon gelişen kadınlar, doğum eylemi sırasında herhangi bir sorun yaşamayan kadınlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Nieminen ve diğerleri, 2009). Daha önceki doğum deneyimlerinin uzun ya da hızlı olması kadında gelecek doğumlarında da benzer şekilde gerçekleşeceği korkusunun ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir (Fisher ve diğerleri, 2006).

Doğum korkusu ile önceki gebelikte yaşanan düşük veya ölü doğum deneyiminin ilişkili olabileceği belirlenmiştir (Melender, 2002a). Çiçek ve Mete (2015)'nin aktardığına göre: düşük deneyimlemiş kadınlarda, daha önce düşük deneyimi olmayan kadınlara göre doğum korkusunun daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Düşük deneyimi olan kadınların, sonraki gebeliklerinde tekrar kayıp yaşayabilecekleri düşüncesi nedeniyle doğum korkusunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Çiçek ve Mete, 2015).

Sosyo-demografik özellikler

Doğum korkusuna neden olan faktörler arasında kadının sosyo-demografik özellikleri de yer almaktadır. Klabbers ve Heuvel (2016), aktardığına göre; düşük eğitim düzeyi veya sosyoekonomik durum gibi faktörlerin ise anksiyete ve doğum korkusunu hazırlayan faktörler olduğu belirtilmiştir (Klabbers ve Heuvel, 2016). Nulliparlarda ve bazı multipar kadınlarda yetersiz sosyoekonomik koşullar ve sınırlı sosyal desteğin doğum korkusuna neden olabileceği ifade edilmiştir (Hildingsson ve diğerleri, 2017). Doğum korkusunun; düşük eğitim düzeyi, genç anne yaşı, düşük sosyo-ekonomik düzey, eş ile sorun yaşıyor olma gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir (Laursen ve diğerleri, 2008). Nieminen ve diğerleri (2009) çalışmalarında, nulliparlarda yaştan artması ile birlikte doğum korkusunun da arttığını belirtmekte bu durumun ileri yaştaki nulliparlarda hayatlarında daha planlı davranma şekli ile de ilişkili olabileceğini, modern toplumlarda herşeyin kontrollü olması ve doğumun ise kontrol edilemez bir olay olması ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Nieminen ve diğerleri, 2009).

Psikososyal durum

Gebelikte psikososyal sağlığa yönelik tehdit oluşturan etmenlerden biri doğum korkusudur (Körükçü ve diğerleri, 2017). Kadınlarda karakter, benlik saygısı ve ruh halinin doğum korkusu üzerinde büyük etkisi olduğu bildirilmiştir (Saisto ve diğerleri, 2001). Genel anksiyete, nevrotiklik, depresyon, fiziksel şikayetler, hassas-kırılgan yapı, düşük özgüven, sosyal desteğin olmayışı ve eşi ile olan ilişkisinde tatmin olmamak gibi faktörlerle vajinal doğum korkusu ve gebeliğe bağlı anksiyetenin ortaya çıkmasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Saisto ve Helmski, 2003; Saisto

ve diğerleri, 2001). Psikiyatrik bir tanı almış kadınlarda, doğum korkusunun iki kat daha yaygın olduğu ve doğum korkusunun depresyonun gizli bir belirtisi olabileceği ifade edilmiştir (Klabbers ve Heuvel, 2016). Saisto ve diğerleri (2001) çalışmalarında gebelikle ilişkili anksiyete ve doğum korkusu arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir (Saisto ve diğerleri, 2001). Vajinal doğum sonrası cinsel problemlerin ortaya çıkacağına yönelik düşünceler, filmlerde vajinal doğum sahnelerinin korkutucu şekilde gösterilmesi nedeniyle oluşan algılar vajinal doğuma yönelik korkuya neden olmaktadır (TÜSEB, 2017). Doğum eylemi sırasında kadınlar, yabancı ortamda bulunma, mahremiyetini koruyamama, doğum süreci ile baş etmeye çalışma ve doğum süreci sırasında olanlara anlam verme çabası ve bilinmezlik nedeniyle endişe ve korku yaşamaktadırlar. Kadınlarda doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olan bir başka faktörde, kendi deneyimlerinin yanısıra başka kadınların negatif doğum deneyimlerini bilmenin etkili olduğu ifade edilmiştir (Serçekuş ve Okumuş, 2009; Melender, 2002b). Kızılırmak ve Başer (2016) çalışmalarında, ilk kez anne olacak kadınların, bilinmeyene yönelik korkuları nedeniyle yaygın endişe yaşadıklarını belirtmiştir (Kızılırmak ve Başer, 2016). Bazı kadınlar doğum sırasında kontrollerini kaybederek kendine ya da bebeğe zarar vermekten ve doğuma yardımcı olacak manevraları yapamama gibi korkuları olduğu bildirilmiştir (Ternström diğerleri, 2016; Aksoy, 2015; Spice ve diğerleri, 2009). Saisto ve Helmski'nin (2003) 100 kadını dahil ettikleri çalışmada, şiddetli doğum korkusu yaşayan kadınların % 65'i doğum sırasındaki performanslarına ilişkin endişe yaşadıklarını bildirmiştir (Saisto ve Helmski, 2003). Doğum sırasında uygun olmayan davranışlar nedeniyle bebeğe zarar verme korkusu ile doğum sırasında yetersizlik hissetme korkusu arasında yüksek seviyede ilişki olduğu belirtilmiştir (Melender, 2002b). Güçlü bir kişilik yapısı ve öncesinde stresli yaşam olaylarını tecrübe etmenin, gebelik ve doğum ile ilgili stres düzeyini azalttığı ifade edilmiştir (Melender, 2002a).

Vajinal muayene korkusu, vajinal kesi ve yırtık korkusu, doğum sırasında forseps ve vakum gibi enstrümanların kullanılabilmesi olasılığı da kadınlarda korkuya neden olduğu bildirilmiştir (Aksoy, 2015). Doğum sırasında gelişebilecek vajinal yırtık ve kesiler nedeni ile cinsel hayatının etkileneceğini düşünen kadınlarda sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir (Serçekuş ve Okumuş, 2009; Kwee ve diğerleri, 2004). Bazı kadınlarında doğum sonrası değişiklikler ve yeni sorumluluklar

üstlenecek olmaları nedeniyle de korku yaşayabildiği ifade edilmiştir (Klabbers ve Heuvel, 2016).

İstismar

Literatürde cinsel ve fiziksel istismar ile doğum korkusunun ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Klabbers ve Heuvel, 2016; Schroll ve diğerleri, 2011; Eberhard ve diğerleri, 2008; Heimstad ve diğerleri, 2006). Heimstad ve diğerleri (2006) 'nin çalışmalarında, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kadınların, benzer niteliklere sahip fakat çocukluğunda istimar yaşamamış kadınlardan daha yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığını saptamıştır (Heimstad ve diğerleri, 2006). Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar, kadınlarda smear testi gibi rutin jinekolojik muayenelerden rahatsızlık duymaya neden olabilmekte ve vajinal doğum geçmişte yaşanan istismara yönelik üzüntü verici anıları yeniden canlandırabileceği için travmatik bir deneyim olabileceği ifade edilmiştir. Sıklıkla aklını kaybetme, gerçeklikten uzaklaşma korkuları veya çeşitli duygular ümitsizlik ve çaresizliği ifade ettiği bildirilmiştir (Klabbers ve Heuvel, 2016). Bu tür korkular, kadının çocukluk çağında yaşanan istismar veya terkedilme gibi travmatik olaylar veya daha önceki yaşantısında yardım talep ettiğinde, örneğin bir sağlık çalışanının bu duruma kayıtsız kalması gibi durumların yaşanması sonucu ortaya çıkan korkular olduğu belirtilmiştir (Melender, 2002a).

Ağrı ile baş edememe

Doğum korkusuna neden olan en güçlü faktörlerden biri pariteden bağımsız olarak ağrı korkusudur (Melender, 2002b; Saisto ve Helmanski, 2003). Kadınlarda perineal travma ve doğum sırasında yaşanacak ağrının doğum korkusunun yaygın nedenlerinden olduğunu bildirmiştir (Kızılırmak ve Başer, 2016; Ternström ve diğerleri, 2016). Doğum ağrısı fizyolojik, psikojik ve sosyokültürel faktörlerin birbiri ile etkileşimi sonucu ortaya çıkan subjektif deneyim olduğu vurgulanmıştır (Sani, 2015). Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam, ağrının süresi ile ağrı algısını ve ağrıya toleransını etkilediği ifade edilmiştir (Köksal ve Duran, 2013). Anne yaşı, parite, anne ve bebeğin kilosu, doğumun şiddeti ve hızı, fetüsün pozisyonu, pelvisin anatomik yapısı ile doğum eylemi sırasında gelişen fizyolojik değişimler,

halsizlik ve uyku sorunları ağrıyı etkileyen fizyolojik faktörler olduğu ifade edilmiştir. Ağrıyı fiziksel veya psikolojik tehdit olarak algılama, kontrol kaybı, acı, doğumda bebeğin veya kendisinin öleceği korkusu, sosyokültürel etkenler, önceki deneyimler, ağrıyla baş etmede yetersizlik, doğum sırasında maruz kalınan kaba davranışlarında doğumda yaşanan ağrının psikolojik etkenlerinden olduğu bildirilmiştir (TÜSEB, 2017). Ağrı toleransının düşük olduğunun düşünülmesi de ağrıya yönelik korkuyu artıran bir faktör olmakla birlikte, doğum şekli tercihinde sezaryan talep edilmesinde en yaygın nedenlerinden birisi olduğu vurgulanmıştır (Saisto ve Helmski, 2003). Aksoy ve diğerlerinin (2014) Türk kadınlarına yönelik yaptıkları çalışmada kadınların sezaryen doğumu seçmelerindeki en önemli faktörün doğumda yaşanacak ağrı olduğunu saptamıştır (Aksoy ve diğerleri, 2014).

Doğum korkusu, doğum sırasında ağrının daha yoğun algılaması ve epidural anestezi talebinin artmasına neden olabilmektedir (Hall ve diğerleri, 2012). Benzer olarak Alehagen ve diğerleri (2001) çalışmalarında doğum korkusu olan kadınların, doğumun ilk ve ikinci fazlarında daha fazla analjezi kullanıma yol açtığını saptamıştır (Alehagen ve diğerleri, 2001). Önceki doğum deneyimleri sırasında komplikasyon gelişen ya da yetersiz analjezi uygulanan kadınların sezaryen doğum talep etmesinin en yaygın sebeplerinden olduğu bildirilmiştir (Saisto ve Helmski, 2003).

Kadınların sağlık çalışanları ile ilişkili olan korkuları

Doğum korkusuna neden olan faktörlerden birisi de sağlık ekibinden alacakları hizmetin kalitesidir. Ülkemizde Serçekuş ve Okumuş (2009)'da yaptıkları çalışmada çoğu kadının sağlık çalışanlarından alacakları bakım kalitesine yönelik korkuları olduğunu bildirmiştir (Serçekuş ve Okumuş, 2009). Saisto ve Helmski (2003) yaptıkları çalışmada kadınların % 73 oranında, doğum sırasında yanında bulunan sağlık çalışanlarına güvenmek konusunda emin olmadıklarını belirtmiştir (Saisto ve Helmski, 2003). Melender (2002b) ise; kadınların kaba sağlık çalışanlarından, yalnız kalmaktan, aptal görünmekten ve kararlara dahil olmamaktan endişe duyduklarını belirtmiştir (Melender, 2002b).

2.3.5. Doğum korkusunun sonuçları

Literatürde doğum korkusunun; elektif sezaryen oranlarını, müdahaleli doğumları artırdığı ve doğum sonrası dönemde post travmatik stres sendromunun ortaya çıkmasına neden olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Nilsson ve diğerleri, 2018; Ternström ve diğerleri, 2016; Lukasse ve diğerleri, 2014; Rouhe ve diğerleri, 2013; Spice ve diğerleri, 2009; Rouhe ve diğerleri, 2009; Serçekuş ve Okumuş, 2009). Majör bir abdominal operasyon olan sezaryen endikasyon varlığında anne ve bebeği için hayat kurtaran bir yöntem olmakla birlikte, tıbbi endikasyon olmaksızın uygulandığında anestezi ve cerrahi işleme bağlı olarak anne-bebek sağlığı açısından ciddi riskler barındırdığı doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu ve sağlık harcamalarının artırması nedeni ile ülke ekonomisine yük teşkil ettiği ifade edilmiştir (Çakmak ve diğerleri, 2014; Şahin, 2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) raporuna göre: 2008 verilerinde sezaryen oranı %37 iken, 2013 yılı raporunda son beş yılda yapılan tüm doğumların %48'i sezaryen ile gerçekleştiği saptanmıştır (TNSA, 2013). Türkiye, OECD ülkeleri arasında %53,1 ile en yüksek sezaryen oranına sahip olan ülkedir (OECD, 2015). 2016 yılı Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığında da tüm doğumlar içerisinde sezaryen doğum oranı %53,1 olarak açıklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Dünya Sağlık Örgütü "2000 yılında Herkese Sağlık" hedefleri kapsamında önerilen ideal sezaryen oranlarının %10-15 arasında olması gerektiğini vurgulamakta iken (WHO, 2015), ülkemizde WHO'nun önerdiği %15 oranından oldukça fazla olduğu görülmüştür (Şahin, 2009). WHO'nun önerdiği %15 optimum sezaryen oranı altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin artacağı kabul edilmiştir (Yapça ve diğerleri, 2015). Ülkemizde 2012 yılında sezaryen doğum şekline yönelik yasal düzenleme getirilmiş, gebe ve doğacak bebek için tıbbi zorunluluk bulunması halinde doğumun sezaryen şeklinde olabileceği belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2012). Sezaryen doğum oranlarının artışında kadınların vajinal doğum ile ilgili negatif beklentilerinin önemli bir etkisi olduğu bildirilmiştir (Aslan ve Okumuş, 2017). Acil sezaryen, vakum ekstrasyon uygulaması ve doğum sırasında yeterli analjezinin sağlanmadığı durumlardan sonrada kadınlarda post travmatik stress sendromunun ortaya çıkabildiği ve bu durumun kadınların gelecek gebeliklerinde, doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmiştir (Rouhe ve diğerleri,

2008; Hofberg ve Ward, 2003). Ayers, Eagle, ve Waring (2006) bildirdiğine göre; post travmatik stress sendromu, doğum sonrası dönemde kadınların yaklaşık %1-2'nde görülmektedir (Ayers, Eagle ve Waring, 2006).

2.4. Gebeliğe Uyum ve Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu döneme hazırlığı ve uyumu önemlidir. Bu süreçte kadınlar önemli olduklarını hissetmeye ve destek almaya ihtiyaçları bulunmaktadır (Bülbül ve diğerleri, 2016). Hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık personelinin hemşireler olduğu dikkate alındığında, hemşirelerin kadının yaşadığı sorunları belirleme, koruyucu bakım verme, erken tanı, uygun tedavi edici müdahaleyi yapma ve gerekli olduğunda sevk etme gibi sorumlulukları vardır (Koyun ve diğerleri, 2011). Doğum korkusunun gebeliği, doğumu ve doğum sonrası süreçleri olumsuz etkilediği bilinmektedir. Anne adayının doğuma yönelik korku düzeyinin belirlenerek korku ile baş etmesine destek olmanın, kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası sorunlarını azaltarak, süreci kolay ve olumlu şekilde geçirmesine katkı sağlamaktadır. Doğum ağrısını azaltabilecek yöntemleri bilen kadınların bu yöntemleri nasıl uygulayacakları bilmedikleri ve baş etme yöntemlerini kullanmadıkları belirtilmiştir (Çiçek ve Mete, 2015). Doğum korkusunu azaltmada kadınların, korku ile baş etme yöntemlerini kullanmaları ve doğum sırasında az ağrı yaşayacaklarına inanmaları, doğum korkusuyla baş etmelerine fayda katkı sağlamaktadır. Gebelik sırasında ebe ve hemşirelerin, kadınların doğuma yönelik korkularını belirlemek, korku ve anksiyete ile baş etmede destek olmak, kadınları doğum sürecine hazırlamak ve olumlu doğum deneyimlemelerine katkıda bulunmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Uçar ve Gölbaşı, 2015; Karaçam ve Akyüz, 2011). Doğuma danışmanlık yapan ebe ya da hemşirenin, anne adayının yaşadığı doğum korkusu, eski doğum deneyimleri ve hali hazırda doğumuna ilişkin düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Doğum sırasında sağlık çalışanlarından yeterli destek görememe veya kötü muameleye maruz kalma korkusuyla bazı kadın kadınlar evde doğumu tercih ettikleri ve bu durumun maternal-neonatal mortalite ve morbidite oranlarını artmasına neden olduğu ifade edilmiştir (Aksoy, 2015). Kadınlara doğuma yönelik danışmanlık yapılması ile korkuların azalması, olumlu duygu durumunda bulunma, kendine

güvenin artması ve doğum süreci ve sonuçlarının olumlu yönde geliştirebildiği bildirilmiştir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Serçekuş (2011)'de aktardığına göre doğum korkusunun azalmasında, gebenin aile üyeleri ve sağlık çalışanları ile korkularını konuşmalarının, doğum süreci hakkında bilgi almanın ve doğumda gebe kadının kendisinin ve diğer kadınların pozitif deneyimlerini düşünmesinin etkili olduğu bildirilmiştir (Serçekuş, 2011). Doğum korkusunun sonuçlarından birisi de, kadınlar ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin olumsuz anlamda etkilenmesidir. Bunun sonucunda da sağlık çalışanları ile kadınlar arasındaki yetersiz iletişim, hatalı klinik kararların verilmesine ya da obstetrik müdahalelerin gecikmesi olabileceği bildirilmiştir (Ryding ve diğerleri, 1998). Doğum sürecine ilişkin eğitim alan bazı kadınlarda, süreçte meydana gelebilecek komplikasyonları bilmesi durumunda kendi doğum eylemi sürecinde benzer komplikasyonları yaşayabileceği düşüncesi nedeni doğuma ilişkin korkuların ortaya çıkmasına da neden olabildiği bildirilmiştir (Serçekuş ve Okumuş, 2009; Melender, 2002a). Doğum korkusunun ortaya çıkmasını önlemek için, kadının gebe kalmaya karar verdiği andan itibaren gebelik ve doğum süresince bakım verilmesi, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri hakkında yeterli bilgi alması gerektiği ve gebeden ayrıntılı anamnez alınmasının da doğum korkusuna neden olabilecek faktörleri belirlemede katkıda bulunacağı belirtilmiştir (Çiçek ve Mete, 2015; Aktaş ve Gönenç, 2011). Doğum korkusu için risk faktörleri ve ölçeklerle doğum korkusu düzeyi belirlendikten sonra yapılacak girişimler eğitim ve danışmanlık, psiko-eğitim ve doğum desteği gibi girişimlerdir (Çiçek ve Mete, 2015). Doğum korkusu tedavisine başlangıç için en uygun zamanın anksiyetenin daha düşük aralık olduğu gebeliğin yirmi iki ve yirmi altıncı haftaları olabileceği ve yirmi altıncı haftadan sonra anksiyetenin arttığı belirtilmiştir (Rouhe ve diğerleri, 2008). Şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan kadınların liyezon psikiyatriye yönlendirilebileceği ifade edilmiştir (Şahin ve diğerleri, 2009).

Eğitim ve danışmanlık

Ülkemizde 2014 yılında yayımlanan "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi" ile gebe bilgilendirme sınıfı programları belirlenmiş, tüm gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi sahibi olmaları, anne ve baba adaylarının

normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konusunda bilgi ve beceri kazandırılması hedeflenmiştir (T.C. Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, 2014).

Sağlık Bakanlığı'nın "anne dostu" hastane uygulaması ile normal doğumu desteklemesi, yazılı ve görsel basında duyurması doğuma hazırlığın önemi konusunda farkındalığı artırdığı ifade edilmiştir (Uçar, 2014). Doğum korkusuna yönelik verilen eğitimlerle, kadınların doğum deneyimlerinden memnuniyet duyması, sezaryen doğum oranlarının ve indüksiyon kullanım oranlarının azalması, müdahaleli doğumlar ve buna bağlı anne ve bebekte gelişen komplikasyonların azalmasına katkı sağlayacağı belirtilmiştir (Çiçek ve Mete, 2015; Karabulut ve diğerleri, 2016). Aynı zamanda emzirmeye ve sağlıklı bir anne bebek ilişkisi kurulmasına katkı sağladığı vurgulanmıştır (Karabulut ve diğerleri, 2016; Çiçek ve Mete, 2015). Kızılırmak (2011) çalışmasında, doğuma hazırlık eğitiminde gebelerin doğum süreci ile bilgilendirmenin, kadınların kendilerine olan güvenlerini artırdığı böylece doğumun birinci ve ikinci evresinde korkunun azalmasına katkı sağladığını bildirmiştir (Kızılırmak, 2011).

Ülkemizde doğum korkusuna yönelik yapılan çalışmalarda; Karabulut ve diğerleri (2016), antenatal eğitimin doğum korkusunu azalttığını (Karabulut ve diğerleri, 2016), Bülbül ve diğerleri (2016), doğuma hazırlık kurslarının, doğum korkusunu azalmasına katkıda bulunarak vajinal doğum şeklini tercih etmelerini sağladığını (Bülbül ve diğerleri, 2016), Güleç ve diğerleri (2014) ve Şahin ve diğerleri (2009), gebelerin geçmiş deneyimlerinden kazandıkları şartlanmaları ve korkuları gidermede sağlık personelinin desteği ve prenatal eğitimin önemli olduğunu (Güleç ve diğerleri, 2014; Şahin ve diğerleri, 2009), Subaşı, ve diğerleri (2013) son trimester gebelerde doğum öncesi eğitimin, doğum korkusu ve doğumla ilgili olumsuz düşünceleri azalttığı (Subaşı ve diğerleri, 2013), Serçekuş ve Okumuş (2009)'da yürüttükleri kalitatif çalışmada, doğumla ilgili yanlış ve yetersiz bilginin doğum korkusuna ve elektif sezaryene neden olduğunu bildirilmiştir (Serçekuş ve Okumuş, 2009). Antenatal eğitimlerle gebenin doğum korkusunu ve doğum şekli tercihinin olumlu yönde etkilediği, (Serçekuş ve Mete, 2010) otokontrol sağladığı, özgüvenini artırdığı (Serçekuş ve Mete, 2010; Erkaya ve diğerleri, 2017), pozitif duyguların gelişmesine katkıda bulunduğu ve doğum ve doğum sonrası süreci olumlu yönde

etkilediği belirtilmiştir (Erkaya ve diğerleri, 2017). Doğum korkusunun doğum şekli tercihini de etkilemekte ve bu nedenle doğum korkusu seviyesini azaltarak vajinal doğumun tercihinde doğuma hazırlık eğitimlerinin desteklenmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir (Bülbül ve diğerleri, 2016). Gözü kara ve Eroğlu (2011) bildirdiğine göre; Gebelerin doğum konusunda yetersiz bilgilendirilmesi kadınları sezaryen tercih etmeye yönlendiren nedenler arasındadır (Gözü kara ve Eroğlu , 2011). Doğuma hazırlık eğitimlerinde çiftlerin kendilerine uygun eğitim programlarına yönlendirmede ebe ve hemşirelerinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Bayram ve şahin, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma gebelerin, gebeliğe uyumlarını ve doğum korkularını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın uygulaması 09/10/2017-06/02/2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumevi Kampüsünde yürütülmüştür. Uygulamanın yapıldığı yerde 2015 yılı itibarıyla gerçekleştirilen doğumlar içerisinde sezaryen doğum oranı %41' dir. Sağlık Bakanlığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Merkez Hastane Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği ve Doğumevi Kampüsü olarak iki birimden oluşmaktadır. Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Doğumevi kampüsünde genellikle acil hasta triajı, poliklinik ve doğum hizmetleri verilmektedir. Araştırmanın yapıldığı yerde kadınlara yönelik; doğum ve doğum sonrası dönemle ve bebek bakımı ile ilgili eğitim verilmektedir. Fakat bu eğitim bütün gebelere verilen standart bir eğitim niteliğinde değildir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 2016 yılı içerisinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumevi Kampüsü Gebe Polikliniklerine prenatal takip amacıyla başvuran 2620 (Sakarya Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekterliği verileri-2017) gebe oluşturmuştur. Araştırmada hesaplanan evren-örneklem, güç düzeyi ve etki büyüklüğü hesaplamaları G*Power Version 3.1.7. ile tespit edilmiştir. Araştırmanın örnekleme, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak, %5 kabul edilebilir hata payı ve %90 güven seviyesi ile en az 246 kadının minimum düzeyde evrenin temsil gücünü sağlayabileceği hesaplanmıştır. Araştırma 260 kadın üzerinden planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 260 hasta örneklem grubunun 0.95 örnekleme gücünü sağladığı, yapılan Kruskal Wallis testi için etki büyüklüğü düzeyinin 0,50 olduğu tespit edilmiştir.

Örneklem

18 yaşından büyük, 35 yaşından küçük,

- En az 28 haftalık gebeliği olan,
- Gebeliğinde komplikasyon gelişmeyen,
- Soruları anlayabilen ve iletişim problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınların katılımı ile oluşturulmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulaması, 02.10.2017-26.02.2018 tarihleri arasında hastanenin non-stress test odasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerini karşılayan 260 kadın örnekleme oluşturmuştur. Veri toplama formları kadınlara verilmiş ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama sırasında araştırmacı kadınların yanında bulunmuştur. Okur-yazar olmayan kadınlara veri toplama formu araştırmacı tarafından okunmuş ve kadınların verdiği cevaplar formlara kaydedilmiştir. Veri toplama işlemi 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmada toplam 352 kadına ulaşılmıştır. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı (yarım bırakılan formlar olması) 92 kadın örnekleme dahil edilmemiş ve toplam 260 kadın araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4.1. Veri toplama araçları

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu, WJMA Doğum Korkusu Ölçeği A versiyonu ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak oluşturulan tanıtıcı form; gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (12 madde), obstetrik özelliklerini (13 madde) ve sosyal destek alma durumlarını (2 madde) ve doğum ile ilgili düşüncelerini belirlemeye (1 madde) yönelik toplam 28 maddeden oluşmaktadır.

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ): Lederman tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçek, doğum öncesinde gebelerin, gebelik ve annelik rolüne uyumlarını değerlendirmektedir. PKDÖ toplam 79 maddeye sahip ve 4'lü likert tipte bir ölçektir. 7 alt boyutu olan ölçeğin, her bir alt boyutu 10 ile 15 madde içermektedir. Ölçeğin alt boyutları; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler olarak sınıflandırılmıştır (Stark, 2001; Lederman, 1979). Ölçeğin 2006 yılında Beydağ ve Mete tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçeğin iç tutarlık katsayısı yüksek düzeyde ($\alpha=0.81$), alt grupların iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam puan analizi yapılmış ($r=0.30-0.59$), hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek duyulmamıştır. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise ($r=0.84$) olan ölçeğin, Türk toplumu için geçerli ve güvenli olduğuna karar verilmiştir (Beydağ ve Mete, 2008). Çalışmamızda PKDÖ toplam Cronbach alfa katsayısının 0.88, alt boyutlar içinde 0.79-0.85 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ndeki maddelerden 47'si ters yönlü maddelerdir. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79. Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeye ölçülmektedir. Gebeliğe uyum 1'den 4'e (4: Çok fazla tanımlıyor, 3: Kısmen tanımlıyor, 2: Biraz tanımlıyor, 1: Hiç tanımlamıyor) kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 79, en çok 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Beydağ ve Mete, 2008).

WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ): WİJMA Doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçeği (W-DEQ) kadınların doğum korkusu ile ilgili yaşadığı klinik deneyimlerden faydalanarak, 1998 yılında Klaas ve Barbro Wijma tarafından hazırlanmıştır. W-DEQ, kadınlara doğumdan önceki beklentileri (versiyon A) ve doğumdan sonraki deneyimlerini (versiyon B) sorgulayan sorular yönelterek, doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkunun seviyesini ölçmek

üzere geliştirilmiştir (Wijma ve diğerleri, 1998). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Körükçü (2009) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış, altılı likert tiptedir. "0"tamamen, "5"hiç şeklinde ifade edilmektedir. Öleekten alınabilecek minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'tir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Öleekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Öleek değeriendirilmesi için, puanlar dört alt grupta toplanmıştır. Buna göre; öleekten 37 puan ve altında alanların düşük düzeyde doğum korkusu yaşadığı, 38-65 puan alanların orta derecede doğum korkusu yaşadığı, 66-84 puan alanların ağır, 85 puan ve üzerinde alanların klinik derecede doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (Körükçü, 2009).

3.5. Verilerin Değeriendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında depolanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ile değeriendirilmiştir. Sürekli değışkenlerin karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uygunluğu Lilliefors"lu Kolmogorov-Smirnov testi ile saptanmış olup, veriler bu doğrultuda analiz edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan PKDÖ ($z=0,087$, $df=260$, $p=0,000<0,05$) puanları ile WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Öleği A Versiyonu puanlarının ($z=0,080$, $df=260$, $p=0,000<0,05$) normal dağılıma uymadığı saptandığı için analizlerde grup ortalamalarının karşılaştırılmasında; iki gruplu karşılaştırmalarda non-parametrik testlerden Mann Whitney U testi, ikiden daha fazla grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Yapılan varyans analizinde fark bulunan gruplar Bonferroni düzeltme testi ile belirlenmiştir. Ayrıca kadınların obstetrik özellikleri ve sosyal destek durumlarına göre doğum korkusu düzeyleri arasında fark olma durumu Pearson ki-kare testi ile değeriendirilmiştir. WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Öleği ve PKDÖ puan ortalaması arasındaki ilişkinini incelenmesi için Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık 0,05 düzeyinde değeriendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin yazılı izni (Ek-2) ve Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (Ek-1) ve Hastane izin yazısı (Ek-3) alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ülkemizde Türkçe geçerlik güvenirliğini yapanlardan e-posta yoluyla izinler alınmıştır. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğini kullanmak için Okan Üniversitesi Doktor Öğretim Üyesi Kerime Derya Beydağ'dan (Ek-5) ve WJMA Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği A versiyonu için Akdeniz Üniversitesi Doktor Öğretim Üyesi, Öznur Körükçüden izin alınmıştır (Ek-4). Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi Prensiplerine uygun bir şekilde çalışılmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerden; yazılı ve sözlü onamları alınmış ve araştırmanın amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirterek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya katılmaya gönüllü gebelerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına giren kadınların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile doğum korkuları ve gebeliğe uyum durumlarına yönelik bulgular verilmiştir.

4.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş Grupları		
19-24 yaş	84	32,3
25-30 yaş	123	47,3
31-34 yaş	53	20,4
Yaş Ortalamaları	X±SS	
Yaş (yıl) (min:19 max:34)	26,70±4,01	
Eğitim Durumu		
Okuma-yazma bilmiyor	5	1,9
İlköğretim mezunu	107	41,2
Lise mezunu	86	33,1
Lisans-Lisansüstü mezunu	62	23,8
Kadının Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		
Evet	59	22,7
Hayır (ev hanımı)	201	77,3
Yaşadığı yer		
Şehir merkezi	100	38,5
İlçe	111	42,7
Köy	49	18,8
Aile Tipi		
Çekirdek aile	208	80,0
Geniş aile	52	20,0
Toplam	260	%100

Çizelge 4.1’de kadınların bazı tanımlayıcı özellikleri yer almıştır. Kadınların yaş ortalaması 26,70±4,01 olduğu, %47,3’ünün 25-30 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Kadınların %41,2’si ilköğretim mezunu olduğu, %22,7’sinin gelir getiren bir işte çalıştığı, %42,7’sinin ilçede yaşadığı, %80’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	N	%
Gebelik Sayısı		
1 gebelik	92	35,4
2 gebelik	93	35,8
3 gebelik	45	17,3
4 gebelik	22	8,5
5 ve üstü gebelik	8	2,7
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	108	41,5
1	90	34,6
2	51	19,6
3	11	4,2
Gebelik Haftası Ort. ($X \pm SS$) (<i>min:28 max:40</i>)	35,51 $\pm$ 3,01	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Planlı	195	75,0
Planlı değil	65	25,0
Gebelik Kontrol Sayısı		
1 defa	158	60,8
2-5 defa	28	12,2
6 ve üstü	74	32,3
TOPLAM	260	100,0

Çizelge 4.2’de kadınların obstetrik özellikleri yer almaktadır. Kadınların %35,8’inin birinci gebeliği olduğu, % 41,5’ nin hiç çocuğu olmadığı belirlenmiştir. Şimdiki gebelik sürecine ilişkin özellikler incelendiğinde; %75’inin gebeliğinin planlı olduğu, ortalama gebelik haftasının 35,51 $\pm$ 3,01 olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Doğum deneyimi olan kadınların daha önceki gebelik ve doğumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	%
Önceki Doğum Şekli (n=152)		
Vajinal doğum	84	55,3
Sezeryan doğum	56	36,8
Vajinal doğum + Sezeryan	12	7,9
Vajinal Doğum Nedenleri (n=96)		
Doktor önerisi	20	21,1
Kendi ve bebeği açısından daha kolay olacağını düşünme	55	57,9
Doğum sonrası iyileşmenin kolay olması	17	17,9
Aile büyüklerinin önerisi	4	4,0
Sezeryan Nedenleri (n= 68)		
Doktor önerisi	40	58,9
Kendi ve bebeği açısından daha kolay olacağını düşünme	10	14,7
Doğum sırasında ağrı yaşamaması	4	5,9
Daha önceki doğumun sezeryan olması	14	20,6

Çizelge 4.3. (devam) Doğum deneyimi olan kadınların daha önceki gebelik ve doğumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	%
Önceki Gebelik ve Doğum Sürecinde Sorun Yaşama (n=152)		
Düşük/Düşük Tehdidi	25	16,4
Erken Doğum	12	7,9
Geç Doğum	9	5,9
Epizyotomi	64	24,6
Vakum	3	2,0
Forseps	5	3,3
İndüksiyon	56	36,8
Doğum Sonrası Süreçte Sorun Yaşama (n= 152)		
Var	21	13,9
Yok	131	86,1
Yaşanan Sorunlar (n=21)		
Ölü doğum	4	2,6
Anormal Kanama	2	1,3
Psikolojik Sorunlar	8	5,3
Sorunlu Bebek	7	4,6
TOPLAM	152	100

Çizelge 4.3'te kadınların %55,3'nün daha önce vajinal doğumu tercih ettiği, vajinal doğum seçen kadınların % 57,9' nun vajinal doğumun kendisi ve bebeği için daha kolay olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılan kadınlarda sezaryen doğumu tercih oranı (%36,8) dir. Sezeryan doğumu tercih eden kadınlardan %58,9' u doktor önerisi nedeniyle bu yöntemi tercih ettiğini belirtmiştir.

Çizelge 4.3'te gebelik ve doğum deneyimi olan kadınların yaşadığı sorunların dağılımı verilmiştir. %28,3 'nün gebelik sürecinde sorun yaşadığı, gebelik sürecinde sorun yaşayan kadınların %16,4'nün düşük/düşük tehdidi yaşadığı saptanmıştır. Kadınlardan %55,9'nun müdahaleli doğum deneyimlediği, müdahaleli doğum yaşayan %36,8'ine ise indüksiyon uygulandığı görülmektedir. Kadınların % 10,5'nin doğum sonrası dönemde sorun yaşadığı, bu sorunlardan %5,3' nün doğum sonrası psikolojik sorunlar olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4.Kadınların bu gebelik sürecinde algıladıkları destek durumu ve destekleyicilerinin göre dağılımı

Destekleyiciler ve Destek	N	%
Algılanan eş desteği		
Yeterli	230	88,5
Yetersiz	30	11,5
Sosyal desteği		
Olan	207	79,6
Olmayan	53	20,4
Toplam	260	100,0

Çizelge 4.4'te çalışma kapsamına alınan kadınların şimdiki gebelik sürecinde sosyal çevreden almış oldukları destek durumunun dağılımı verilmiştir. Kadınların %88,5'i bu gebelikte algılanan eş desteğini yeterli olarak ifade etmiştir. Bunun yanında %79,6'sının bu gebelik sürecinde eş dışında diğer aile üyelerinden, %75,4'ünün sadece kendi yakınlarından ve %24,6 sının eş yakınından destek aldığı saptanmıştır.

Çizelge 4.5. Kadınların doğum eylemine ilişkin akıllarına gelen ilk ifadelerine göre dağılımı

İfadeler	N	%
Korku-endişe	92	35,4
Acı çekme	41	15,8
Heyecan	34	13,1
Bebeğe-çocuğa kavuşma	30	11,5
Mutluluk-sevinç-huzur	26	10,0
Mucize	17	6,5
Ağrı	10	3,8
Yenilenme-yeniden doğma	10	3,8
TOPLAM	260	100,0

Çizelge 4.5 incelendiğinde genel olarak kadınların %55,0'nin doğum eylemine ilişkin olumsuz ifade kullandıkları saptanmıştır. İlk iki sırada (%35,5 korku-endişe, %15,8 acı çekme) gibi olumsuz ifadeler yer almaktadır. Üçüncü sırada ise %13,1 ile heyecan ifadesi yer almaktadır.

4.2. Kadınların WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Puan Ortalamaları ve Puan Ortalamalarının Bazı Özelliklerine İlişkin Veriler

Bu bölümde, kadınların WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puan ortalamaları ve puan ortalamalarının bazı özelliklerine ilişkin dağılımı yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Kadınların WİJMA puanına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı

Doğum Korkusu Düzeyi	N	%
Düşük Derecede doğum korkusu (≤ 37 puan)	64	24,6
Orta Derecede doğum korkusu (38-65 puan)	98	37,7
Ağır Derecede doğum korkusu (66-84 puan)	66	25,4
Klinik Derecede doğum korkusu (≥ 85 puan)	32	12,3
TOPLAM	260	100

Çizelge 4.6'da kadınların WİJMA puanlarına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların, %24,6'sının düşük derecede, %37,7'sinin orta

derecede, %25,4'ünün ağır derecede, %12,3'ünün ise klinik derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu toplam puan ortalaması $56,36 \pm 24,82$ ' dir.(Ölçeğin bu çalışma Cronbach Alfa katsayısı 0,90 bulunmuştur).

Çizelge 4.7. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre WİJMA toplam puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler (n=260)	N	WİJMA Toplam Puanı X $\pm$ SD	Önemlilik Testi
Yaş grubu			
19-24 yaş	84	58,10 $\pm$ 22,30	KW=1,088 p=0,581
25-30 yaş	123	55,52 $\pm$ 25,15	
31-34 yaş	53	55,45 $\pm$ 27,33	
Eğitim Durumu			
Okuma-yazma bilmiyor *	5	67,40 $\pm$ 29,46	KW=11,670 p=0,004
İlköğretim	107	56,46 $\pm$ 22,19	
Lise	86	57,45 $\pm$ 24,04	
Lisans-Lisansüstü	62	53,79 $\pm$ 29,65	
Kadının Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu			
Evet	59	57,10 $\pm$ 24,52	z=5787,000 p=0,779
Hayır	201	56,14 $\pm$ 24,96	
Yaşanılan Yer			
Şehir merkezi	100	55,67 $\pm$ 25,61	KW=0,382 p=0,826
İlçe	111	56,33 $\pm$ 24,62	
Köy	49	57,85 $\pm$ 24,05	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	208	56,27 $\pm$ 25,68	z=5244,000 p=0,735
Geniş aile	52	56,71 $\pm$ 21,26	

*Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile yapılan incelemede fark oluşturan grup.

KW= Kruskal-Wallis Varyans analizi, z= Mann Whitney U testi.

Çizelge 4.7'de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların eğitim durumlarına göre WİJMA toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı derecede fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Gruplar arasındaki farkın okuma-yazma bilmeyen gruptan kaynaklandığı, bu grupta yer alan kadınların doğum korkularının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların aile tipine , yaş gruplarına, çalışma durumuna, kadınların ikamet ettikleri yere göre WİJMA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.8. Kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre WİJMA toplam puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	n	WİJMA Toplam Puanı X ± SD	Önemlilik Testi
Gebelik Sayısı (n=260)			
1.gebelik	92	56,03±25,70	KW=1,630 p=0.803
2.gebelik	93	54,96±25,80	
3.gebelik	45	57,46±25,59	
4.gebelik	22	58,81±19,83	
5 ve üstü gebelik*	8	53,50±19,21	
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=260)			
0	108	55,38±25,60	KW=1,805 p=0,614
1	90	55,82±26,06	
2	51	60,21±21,95	
3	11	52,54±20,03	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu (n=260)			
Planlı	195	54,89±24,78	z=5498,000 p=0.110
Planlı değil	65	60,78±24,60	
Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı (n=260)			
1 defa kontrole giden	158	56,43±25,62	KW=0,648 p=0,723
2-5 defa kontrole giden	28	58,64±25,98	
6 ve üstü defa kontrole giden	74	55,35±23,19	
Önceki Doğum Şekli (n=152)			
Vajinal doğum	84	55,39±23,93	KW=0,002 p=0,963
Sezeryan doğum	56	56,17±25,38	
Vajinal doğum + sezeryan doğum	12	47,98±28,66	

*Bu grupta sadece 1 kişi 6.gebeliği olduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 4.8'de kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre WİJMA toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yapılan analizde gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısına, gebeliğin planlı olma/olmama durumu, kontrole gitme sayısı ve daha önceki doğum şekline göre, WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.9. Kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı

Doğum Korkusu Düzeyleri												Test** ve p
Özellikler	Düşük (≤37 puan)		Orta (38-65 puan)		Ağır (66-84 puan)		Klinik (≥85puan		Toplam			
	S	%	S	%	S	%	S	%	n	%		
	S	%	S	%	S	%	S	%	n	%		
Gebelik Sayısı												
1.gebelik	24	37,5	39	39,8	17	25,8	12	37,5	92	35,5	x²=4,699 p=0,583	
2.gebelik	25	39,1	30	30,6	27	40,9	11	34,4	93	35,9		
3.gebelik ve üstü	15	23,4	29	29,6	21	32,3	9	28,1	74	28,6		
Yaşayan Çocuk Sayısı												
0	29	45,3	43	43,9	22	33,3	14	43,8	108	41,5	x²=7,122 p=0,624	
1	24	37,5	28	28,6	27	40,9	11	34,4	90	34,6		
2	9	14,1	21	21,4	14	21,2	7	21,9	51	19,6		
3	2	3,1	6	6,1	3	4,5	-	-	11	4,2		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu												
Planlı	50	78.1	74	75.5	49	74.2	22	68.8	195	75.0	x²=1.034 p=0.793	
Planlı değil	14	21.9	24	24.5	17	25.8	10	31.2	65	25.		

Çizelge 4.9. (devam) Kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı

Doğum Korkusu Düzeyleri											Test** ve p
Özellikler	Düşük (≤37 puan)		Orta (38-65 puan)		Ağır (66-84 puan)		Klinik (≥85puan)		Toplam		
	S		S		S		S	%	n		
	%		%		%		%		%		
Kontrole Gitme Sayısı											
1 kez	40	62,5	60	61,2	38	57,6	20	62,5	158	60,8	x²=4,147 p=0.657
2-5 kez	7	10,9	7	7,1	11	16,7	3	9,4	28	10,8	
6 ve üzeri	17	26,6	31	31,6	17	25,8	9	28,1	74	28,5	
Toplam	64	100,0	98	100,0	66	100,0	32	100,0	260	100,0	
Önceki Doğum Deneyimi											
Vajinal doğum	21	61.8	34	69.4	22	56.4	7	38.9	84	60.0	x²=5.395 p=0.145
Sezeryan doğum	13	38.2	15	30.6	17	43.6	11	61.1	56	40.0	
Toplam	34	100,0	49	100,0	39	100,0	18	100,0	140	100,0	

Sütun yüzdesi alınmıştır. Pearson Ki-Kare testi.

Çizelge 4.9'da kadınların obstetrik özelliklerine göre doğum korkusu düzeyleri verilmiştir. Gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte kontrole gitme sayısı ve daha önceki doğum deneyimine göre doğum korkusu düzeyleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$).

Çizelge 4.10. Kadınların daha önceki gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerinde yaşadıkları sorunlarına göre WİJMA toplam puan ortalamalarının dağılımı

ÖZELLİK	n	%	WİJMA Toplam Puanı $X \pm SD$	Önemlilik Testi
Daha Önceki Gebelikteki Risk				
Yok	216	83	56,46±25,61	$z=-0,074$
Var	44	17	55,89±20,78	$p=0,941$
Vajinal Doğum Müdahalesi				
Yok	171	65,8	54,82±25,11	$z=-1,474$
Var	89	34,2	59,33±24,12	$p=0,140$
Doğum Sonrası Dönemde Sorun				
Yok	243	92,5	55,57±24,6	$z=-1,947$
Var	17	7,5	67,76±26,01	$p=0,052$

Çizelge 4.10'da kadınların daha önceki gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yaşadıkları sorunlara göre WİJMA toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Daha önceki gebeliğinde risk olan kadınların WİJMA toplam puan ortalaması 56,46±25,61' dir. Gebelikte risk olma durumuna göre WİJMA puan ortalamaları bakımından fark yoktur ($p>0,05$).

Daha önce müdahaleli vajinal doğum yapan kadınların WİJMA toplam puan ortalaması $59,33 \pm 24,12$ ' dir. Doğum müdahalesi olma durumuna göre WİJMA toplam puan ortalamaları bakımından fark yoktur ($p > 0,05$).

Doğum sonrasında sorun yaşayan kadınların WİJMA toplam puan ortalaması $67,76 \pm 26,01$ ' dir. Doğum sonrası dönemde sorun yaşama durumuna göre WİJMA toplam puan ortalamaları bakımından fark yoktur. ($p > 0,05$).

Çizelge 4.11. Kadınların şimdiki gebelik sürecinde algıladıkları eş desteği düzeyi ve sosyal çevreden destek durumlarına göre WİJMA toplam puan ortalamalarının dağılımı

	n	%	WİJMA Toplam Puanı X $\pm$ SD	Önemlilik Testi
Algılanan Eş Desteği				
Yeterli	230	88,5	54,50 $\pm$ 24,13	z=2245,500 p=0,002*
Yetersiz	30	11,5	70,66 $\pm$ 25,78	
Sosyal Desteği				
Olan	207	79,7	56,53 $\pm$ 24,81	z=-5390,000 p=0,845
Olmayan	53	20,3	55,71 $\pm$ 25,09	
Toplam	260	100,0		

Çizelge 4.11'de WİJMA toplam puan ortalamalarının şimdiki gebelik sürecinde algıladıkları eş destek düzeyi ve sosyal çevreden destek alma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; kadınların algıladıkları eş desteği yeterliliğine göre WİJMA toplam puan ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup ($p < 0,05$). Yeterli destek alanların doğum korkusu düşüktür. Kadınların sosyal çevreden destek durumlarına göre WİJMA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.12. Kadınların bu gebelikte eş ve sosyal destek alma özelliklerine göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı

Özellikler	Düşük (≤ 37 puan)		Doğum Korkusu Düzeyleri				Klinik (≥ 85 puan)		Toplam		Test ve p
	n	%	Orta (38- 65 puan)	n	%	Ağır (66- 84 puan)	n	%	n	%	
Algılanan Eş Desteği											
Yeterli	61	95,3	90	91,8	56	84,8	23	71,9	230	88,5	$\chi^2=13,506$ p=0,004
Yetersiz	3	4,7	8	8,2	10	15,2	9	28,1	30	11,5	
Sosyal desteği											
Olan	51	79,7	77	78,6	51	77,3	28	87,5	207	79,6	$\chi^2=1,516$ p=0,679
Olmayan	13	20,3	21	21,4	15	22,7	4	12,5	53	20,4	
Toplam	64	100	98	100	66	100	32	100	260	100	

Pearson Ki-Kare testi.

Çizelge 4.12’de Kadınların algıladıkları eş desteği yeterliliğine göre doğum korkusu düzeyleri bakımından anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,05$), eşinden yeterli destek almayan kadınlar klinik düzeyde doğum korkusu yaşamaktadırlar. Sosyal destek durumuna göre, kadınların yaşadıkları doğum korkusu düzeyleri bakımından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.13. Kadınların doğum eylemini çağrıştıran ifadelerine göre WİJMA toplam puan ortalamasının dağılımı

İfadeler	n	%	WİJMA Toplam Puanı X ± SD	Önemlilik Testi
Olumsuz*	143	55	60,47±24,15	z=6535.000
Olumlu**	117	45	51,34±24,81	p=0.002

*acı çekme, ağrı duygusu, korku-endişe

**bebeğe-çocuğa kavuşma, mutluluk-sevinç-huzur, yenilenme-yeniden doğma, mucize, heyecan

Çizelge 4.13.’ de kadınların doğum eylemini çağrıştıran ifadelerine göre WİJMA toplam puan ortalamaları verilmiştir. Doğum eylemini çağrıştıran ifadelerden, olumsuz ifadeler belirten kadınların WİJMA toplam puan ortalaması 60,47±24,15’ dir. Doğuma ilişkin olumlu ifadeler belirten kadınların ise 51,34±24,81 olup, olumsuz ifade kullananlardan anlamlı derecede farklıdır ($p<0.05$). Bu sonuca göre doğum eylemini olumlu olarak algılayan gebelerin doğum korkusu düzeyinin daha düşük olduğu söylenebilir.

4.3. Kadınların PKDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Bazı Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Bu bölümde, kadınların PKDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların PKDÖ toplam puan ortalaması 136,00±23,55 ve Cronbach alfa katsayısının 0,88 olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.14. Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre PKDÖ toplam puan ortalamasının dağılımı

Özellikler (n=260)	n	%	PKDÖ Toplam Puanı X ± SD	Önemlilik Testi
Yaş grubu				
19-24 yaş	84	32,3	134,23±22,21	KW=1,483 p=0,476
25-30 yaş	123	47,3	135,21±22,93	
34-34 yaş	53	20,3	140,62±26,69	
Eğitim Durumu				
Okuma-yazma bilmiyor	5	1,9	164,20±40,79	KW=8,024 p=0,001
İlköğretim	107	41,1	138,95±22,70	
Lise	86	33,0	133,43±21,87	
Lisans-Lisanüstü *	62	28,8	132,14±24,08	

Çizelge 4.14. (devam) Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre PKDÖ toplam puan ortalamasının dağılımı

Özellikler (n=260)	n	%	PKDÖ Toplam Puanı X ± SD	Önemlilik Testi
Kadının Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu				
Çalışan	59	22,6	134,79±22,40	z=5810,000 p=0,814
Çalışmayan	201	77,3	136,35±23,92	
Yaşanılan yer				
Şehir merkezi	100	38,4	134,95±21,47	KW=0,303 p=0,859
İlçe	111	42,6	136,15±23,46	
Köy	49	18,8	137,81±27,83	
Aile Tipi				
Çekirdek aile	208	80	135,94±24,08	z=5360,500 p=0,922
Geniş aile	52	20	136,25±21,51	

*Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile yapılan incelemede fark oluşturan grup.

Çizelge 4.14.'te kadınların eğitim durumuna göre PKDÖ toplam puan ortalaması bulunmaktadır. Kadınların eğitim düzeyine göre PKDÖ toplam puan ortalamaları bakımından fark bulunmuştur ($p<0,05$). Lise ve lisans-lisansüstü mezunu olan kadınların PKDÖ toplam puan ortalaması diğer gruplarda yer alan kadınlara göre düşük olup, göre gebelik uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınlar yaş grubu, çalışma durumu, yaşadıkları yer ve aile tipine göre PKDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Kadınların bazı obstetrik özelliklere göre PKDÖ toplam puan ortalamasının dağılımı

Özellikler	n	%	PKDÖ Toplam Puanı X ± SD	Önemlilik Testi
Gebelik Sayısı				
1.gebelik*	92	35,3	132,20 ±20,26	KW=11,800 p=0,022
2.gebelik	93	35,7	135,61 ±21,50	
3.gebelik	45	17,3	144,08 ± 30,83	
4.gebelik	22	8,4	142,40 ± 24,97	
5 ve üstü gebelik	8	3,07	144,37±19,03	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
0	108	41,5	131,37 ±19,46	KW=8,757 p=0,033
1	90	34,6	135,74 ± 22,54	
2	51	19,6	142,33 ± 29,31	
3*	11	4,2	147,36 ±23,47	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu				
Planlı	195	75	132,74±21,62	z=4630,500 p=0,000
Planlı değil	65	25	145,78±26,41	
Kontrole Gitme Sayısı				
1 defa kontrole giden	158	60,7	135,79±21,88	KW=1,981 p=0,371
2-5 defa kontrole giden	28	10,7	141,39±27,72	
6 ve üstü defa kontrole giden	74	28,4	134,41±25,29	

*Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile yapılan incelemede fark oluşturan grup.

Çizelge 4.15’de kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre PKDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan, ilk gebeliği olan kadınların PKDÖ puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı derecede düşük olup ($p<0,05$), gebeliğe uyumu daha yüksektir. Yaşayan çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde, 3 çocuğa sahip olan kadınların gebeliğe uyumu diğer gruplardan daha düşüktür ($p<0,05$). Gebeliğin planlı olma durumuna göre değerlendirildiğinde gebeliği planlı olan kadınların gebeliğe daha uyumlu oldukları saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların gebelik sürecinde sağlık kontrolüne gitme sayısına göre PKDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.16. Şimdiki gebelik sürecinde algılanan eş desteği ve sosyal çevreden aldıkları desteğe göre PKDÖ toplam puan ortalamasının dağılımı

			PKDÖ Toplam Puanı	Önemlilik Testi
Destek ve destekleyiciler	n	%	X ± SD	
Algılanan Eş Desteği				
Yeterli	230	88,4	133,41±21,97	z=1734,000 p=0,000
Yetersiz	30	11,6	155,86±26,06	
Sosyal Destek				
Olan	207	79,6	133,41±22,77	z=-3818,000 p=0,001
Olmayan	53	20,4	146,11±24,03	
Toplam	260	100		

Çizelge 4.16’da şimdiki gebelik sürecinde algıladıkları eş desteğinin yeterliliği durumuna göre PKDÖ toplam puan ortalaması bakımından anlamlı bir fark olup ($p<0,05$), eşinden yeterli destek alan kadınların gebeliğe uyumunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sosyal destek durumuna göre kadınların PKDÖ toplam puan ortalaması bakımından anlamlı bir fark olup ($p<0,05$), sosyal desteği olan kadınların gebeliğe uyumunun daha yüksek olduğu söylenebilir.

4.4. Kadınların WİJMA Toplam Puan Ortalamaları ile PKDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguları

Bu bölümde, WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin belirlenmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.17. Kadınların WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki

Ölçekler	WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği R	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği R
WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği	1.000	0.555*
Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	0.555*	1.000

r= Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0.01

Çizelge 4.18'de kadınların WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki verilmiştir. Yapılan Spearman's korelasyon analizi sonucuna göre, kadınların WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında orta derecede, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.555$, $p<0.01$). Bu sonuca göre WİJMA Doğum korkusu puanları arttıkça, PKDÖ puanları artış göstermekte olup, gebeliğe uyum azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Gebelik ve doğum birçok kültürde yaşam içinde doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte gebeliğe uyum ve doğum korkusu birçok faktörden etkilenmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Şahin ve diğerleri, 2009)

Araştırmamızdaki kadınların WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puan ortalaması $56,36 \pm 24,82$ bulunmuştur. Kadınların yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ünün düşük düzeyde, $\frac{1}{3}$ 'ünün orta düzeyde, $\frac{1}{2}$ 'sinin ağır, $\frac{1}{6}$ 'sının klinik düzeyde olmak üzere tamamında doğum korkusu olduğu saptanmıştır. Literatürde kadınların doğum korkusunun belirlendiği çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer biçimde Fenwick ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, W-DEQ puan ortalaması $57 \pm 19,66$, Adams ve diğerleri (2012)'nin çalışmalarında $56,66 \pm 19,49$, Karabulut ve diğerlerinin çalışmalarında, (2016)'nın çalışmalarında ise $53,25 \pm 25,75$ bulunmuştur. Buna karşın Şahin ve diğerlerinin (2009) çalışmasında kadınların doğum korkusu puan ortalaması bizim çalışmamızdan yüksek $85,63 \pm 13,76$, Aksoy ve diğerlerinin (2014) çalışmasında $69,6 \pm 12,4$ bulunmuş olup kadınların doğum korkusu puan ortalamalarının bizim çalışmamızda belirlenenen sonuçtan daha yüksektir.

Çalışmamızda klinik seviye doğum korkusu olan kadınların oranının %12,3 olduğu saptanmıştır. Doğum korkusu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda klinik düzey doğum korkusu görülme oranının, % 7,5-%15,8 arasında olduğu saptanmıştır (Adams ve diğerleri, 2012; Nordeng ve diğerleri, 2012; Spice ve diğerleri, 2009; Nieminen ve diğerleri, 2009). Araştırmamızda ve literatürde doğum korkusu düzeyleri ve oranlarındaki farklılıkların, çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki kültürel, sosyo-ekonomik farklılıklar gibi faktörlerden etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Doğum korkusu birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bunlardan birisi yaştır. Literatürde yaş gruplarına göre doğum korkusunun değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda yaş, doğum korkusunu etkilememiştir ($p > 0,05$). Araştırmamız sonucuna benzer olarak literatürde, yaş ve WİJMA doğum korkusu puanları arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar

mevcuttur (Ternström ve diğerleri, 2015; Subaşı ve diğerleri, 2013). Buna karşın, Nieminen ve diğerleri (2009)'nin çalışmasında, ileri anne yaşının ağır düzey doğum korkusunun ortaya çıkma olasılığını arttırdığını saptamıştır (Nieminen ve diğerleri, 2009). Laursen ve diğerleri (2008) ise, nulliparlarla yaptıkları bir kohort çalışmada genç anne yaşının, doğum korkusunu artıran bir faktör olduğunu saptamışlardır (Laursen ve diğerleri, 2008). Sonuçlardaki farklılığın nedeninin araştırmamızdaki kadınların farklı sosyodemografik özelliklere sahip olması olabilir.

Kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörler arasında eğitim düzeyi, çalışması, gelir durumu ve sosyal güvencesi olması yer almaktadır (Taşkın, 2016b). Araştırmamızda kadınların eğitim durumuna göre WİJMA toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmamızda okuma-yazma bilmeyen gruptaki kadınların, diğer gruplara göre doğum korkusu düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı sonuçlar bulunmakla beraber, bulgumuza benzer olarak; Rouhe ve diğerleri, (2013) ve Laursen ve diğerlerinin (2008) çalışmalarında düşük eğitim seviyesinin, doğum korkusunu artırdığı saptanmıştır (Rouhe ve diğerleri, 2013; Laursen ve diğerleri, 2008). Buna karşın Nieminen ve diğerlerinin (2009) çalışmalarında, kadının eğitim düzeyinin, doğum korkusu seviyesini etkilemediğini belirtmiştir (Nieminen ve diğerleri, 2009). Ülkemizde Subaşı ve diğerlerinin (2013), çalışmalarında da eğitim düzeyinin doğum korkusunu etkilemediğini belirlenmiştir (Subaşı, ve diğerleri, 2013).

Literatürde doğum korkusu ile parite arasındaki farkı belirlemeye yönelik farklı çalışmalar mevcuttur. Araştırmamızda kadınların sahip olduğu çocuk sayısına göre WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalamaları ve doğum korkusu şiddeti bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde paritenin doğum korkusu bakımından fark olmadığını bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (Körükçü ve diğerleri, 2017; Aksoy ve diğerleri, 2014), canlı doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığını gösteren çalışmalar da vardır (Erkaya ve diğerleri, 2017; Subaşı ve diğerleri, 2013; Şahin ve diğerleri, 2009). Paritenin doğum korkusunu etkilememesi bizim çalışmamızda primiparların çoğunlukta olması ve çalışmamızdaki kadınların farklı düzeylerde olsa bile tamamının doğum korkusu olması olabilir.

Literatürde gebeliğin planlı olma durumuna göre doğum korkusunun araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Çalışmamızda gebeliğin planlı olma durumunun WJMA toplam puan ortalamalarını ve doğum korkusu şiddetini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmamızı destekler biçimde; Coşkuner ve diğerlerinin, (2017) çalışmalarında gebeliğin planlı olma/olmama durumunun doğum korkusunu etkilemediği saptanmıştır (Coşkuner ve diğerleri, 2017). Buna karşın, Lukasse ve diğerleri (2014)'nin 6 Avrupa ülkesinde yürüttükleri çalışmada, planlı gebelikler ile ağır doğum korkusu arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (Lukasse ve diğerleri, 2014). Aksoy ve diğerlerinin (2015), çalışmalarında da planlı gebeliklerde doğum korkusu düzeyinin daha düşük olduğunu saptamıştır (Aksoy ve diğerleri, 2015). Bizim çalışmamızda gebeliğin planlı olma durumu bakımından doğum korkusu düzeylerinde fark olmasının nedeni çizelge (4.5) doğuma yönelik algıların genellikle negatif olması olabilir.

Gebeliğe uyumu etkileyen faktörlerden en önemlileri eş desteği ve sosyal destektir (Çiçek ve Mete, 2015; Sani, 2015). Kadın yaşamında gebelik ve doğum sosyal desteğe en çok gereksinim duyulan dönemlerdendir. Doğum korkusu genellikle sosyal destekleri arttıkça azalmaktadır (Güleç ve diğerleri, 2014). Araştırmamızda kadınların büyük bir kısmı eş desteğini yeterli bulmuş, ayrıca önemli bir kısmı da sosyal desteği vardır. Araştırmamıza katılan kadınların önemli bir kısmında, algılanan eş desteğinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Kadınların eş desteği alma durumuna göre, doğum korkusu yaşama düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0,05$), eşinden yeterli destek almayan kadınların klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Araştırmamızdan elde edilen sonucu destekler biçimde Elsenburch ve diğerlerinin (2006) çalışmalarında gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal desteğin, gebeleri duygusal ve bilişsel olarak olumlu etkilediği, stres etkenleri ve kaygıları ile daha kolay başetmelerine katkı sağladığını belirlemişlerdir (Elsenburch ve diğerleri, 2006). Benzer biçimde eş desteği yetersiz olan kadınlarda ve aldıkları destekten memnun olmadığını belirten kadınlarında doğum korkusu seviyelerinin, destek algısı olumlu olan kadınlardan yüksek olduğu saptanmıştır (Okumus ve Sahin, 2017; Laursen ve diğerleri, 2008).

Prenatal uyum birçok faktörden etkilenebilmektedir. Gebeliğe uyum anne ve bebek sağlığı bakımından önemlidir. Araştırmamızda kadınların PKDÖ toplam puan ortalaması $136,00 \pm 23,55$ olarak saptanmıştır. Literatürde PKDÖ'nün toplam puan ortalaması; Demirbaş ve Kadioğlu, (2014)'nın çalışmalarında $147,87 \pm 27,43$, Yıldırım, (2015)'in çalışmasında ise $145,6 \pm 26,5$ olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda gebeliğe uyumun literatürde belirtilen örneklerden daha iyi olmasının nedeni, araştırmanın yapıldığı hastanenin doğuma özel bir hastane olması, standart olmamakla birlikte doğuma hazırlık eğitimlerinin veriliyor olması olabilir.

Araştırmamızda yaş grupları ile PKDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Literatürde yaş grupları ile gebeliğe uyumun değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar saptanmıştır. Demirbaş ve Kadioğlu (2014), araştırmamızla benzer olarak yaş grupları ile PKDÖ puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamıştır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Yıldırım, (2015) ise kadının yaşı arttıkça, gebeliğe uyumunun azaldığını saptamıştır (Yıldırım, 2015). Coşkun ve diğerleri (2017), çalışmasında ise PKDÖ ölçeği gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü alt ölçeğinin yaş grupları ile ilişkili olmadığını saptanmıştır (Coşkun ve diğerleri, 2017).

Eğitim durumu prenatal uyumu etkileyebilen faktörler arasında yer almaktadır. Çalışmamızda lise ve lisans-lisansüstü mezunu olan kadınların prenatal uyum puanlarının diğerlerinden düşük olduğu, gebeliğe ve annelik rolüne uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Demirbaş ve Kadioğlu, (2014)'nin çalışmalarıda araştırma bulgularına benzer olarak lise/üniversite mezunu kadınların gebeliğe uyumlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Çalışmamızda ilk gebeliği olan kadınların gebeliğe uyumunun diğer gruplarda yer alan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Araştırmamızdaki bu sonucun ortaya çıkmasında ilk çocukların genellikle, kadınların anne olma hayallerini gerçekleştirme, kadın olarak yeterli olduklarını gösterme ve evliliklerini güçlendirdiği algısıyla ilk gebeliklerde daha uyumlu oldukları söylenebilir.

Araştırmamızda 3 çocuğa sahip olan kadınların gebeliğe uyumu diğer gruplardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Yıldırım (2015), PKDÖ toplam ölçek puanı ile

yaşayan çocuk sayısı arasında ilişki olmadığını, gebeliğin kabulü alt ölçeği değerlendirmesinde ise 1 çocuğa sahip olan kadının gebeliğe uyumunun yüksek olduğunu saptamıştır (Yıldırım, 2015). Kadınların çocuk sayısının artmasına bağlı olarak gebeliğe uyumun azalmasının, çocuk sayısının artması ile beraber ebeveyn olarak sorumluluklarının artması, kadınların geleneksel kadın ve annelik rolüne bağlı yükünün fazla olması nedeniyle, uyum güçlüğü yaşadığı düşünülebilir.

Gebeliğin planlı ve isteyerek olması gebelik sürecine olumlu etki eden durumlardan biridir. Çalışmamızda planlı gebe kalan kadınların gebeliğe daha uyumlu oldukları saptanmıştır. Literatürde, Demirbaş ve Kadioğlu, (2014) isteyerek gebe kalan kadınların, gebeliğe uyumlarının daha fazla olduğunu saptamıştır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Yıldırım, (2015), çalışmasında isteyerek gebe kalan kadınların gebeliği kabulü ve annelik rolünün kabulünün, istemeyerek gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Yıldırım, 2015).

Gebelik rolüne uyumu etkileyen faktörlerden birisi de sosyal destektir. Literatürde sosyal desteğe sahip olan gebelerin, bu süreçte yaşanan olumsuz değişikliklerden fazla etkilenmediği, daha uyumlu bir gebelik süreci yaşadığı ve doğum ile ilişkili korkularla baş etmede başarılı olduğu belirtilmektedir (Güleç ve diğerleri, 2014; Orr, 2004; Melender, 2002a). Çalışmamızda eşinden yeterli destek almadığını belirten kadınların gebeliğe uyumunun anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca (Çizelge 4.17) görüldüğü gibi eş desteği yeterli olamayan kadınların doğum korkuları da yüksek bulunmuştur.

Şen ve diğerleri (2012) çalışmalarında; gebelikte eş, aile ve arkadaş tarafından sağlanan sosyal desteğin, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlattığını, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarını, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olduğunu ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (Şen ve diğerleri, 2012). Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014), Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında sosyal desteğin gebeliğe ve annelik rolüne uyumu artırdığını saptamışlardır. Aynı çalışmada eş ve arkadaş desteğinin gebeliğin kabulünü etkilemediği, aile desteği ile annelik rolünün kabulü arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemli olduğunu saptamıştır (Yılmaz ve Pasinlioğlu, 2014).

Çalışmamızda WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı orta derecede pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r=0.555$, $p<0.01$). Bu sonuca göre WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları arttıkça, PKDÖ puanlarının da arttığı, doğum korkusu arttıkça gebeliğe uyum da olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Araştırmamızı destekler biçimde, gebeliğe uyum sağlayamayan kadınların, gebeliği kabullenememe, gebelikteki fizyolojik değişikliklere bağlı rahatsızlıklarla baş edememe, gebelik kontrollerini düzenli yaptırmama, öz bakımını yeterince yapamama gibi problemler yaşadıkları; gebeliği kabullenmede zorluk yaşayan kadınların, gebeliğe, anneliğe uyumlarının daha zor olduğu ve doğuma ilişkin çok fazla korku yaşandığını belirtmiştir (Lederman ve Weis, 2009; Mete ve Gökçe, 2007).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtildiği gibidir:

WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu toplam puan ortalaması $56,36 \pm 24,82$ olduğu ve katılımcıların tamamında doğum korkusu olduğu belirlenmiştir.

Kadınların yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'nde düşük düzeyde, $\frac{1}{3}$ 'den biraz fazlasında orta düzeyde, $\frac{1}{4}$ 'nün ağır düzeyde, $\frac{1}{10}$ 'dan biraz fazlasında klinik derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.6).

Araştırmamızda eğitim durumuna göre doğum korkusu düzeylerinin anlamlı derecede farklılaştığı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.7). Okuma-yazma bilmeyen kadınlarda doğum korkusu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eşi desteğini yeterli bulan kadınların doğum korkusu düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p < 0,05$) (Çizelge 4.11), eşinden yeterli destek almayan kadınların klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı ($p < 0,05$) (Çizelge 4.12) belirlenmiştir.

Araştırmamızda kadınların PKDÖ toplam puan ortalaması $136,00 \pm 23,55$ olarak bulunmuştur.

Eğitim düzeyi, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma/olmama durumu, sosyal desteğe sahip olma durumu ile PKDÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim düzeyi lise ve lisans-lisansüstü mezunu, ilk gebeliği olan, gebeliği planlı olan ve sosyal desteğe sahip olan kadınların gebeliğe daha uyumlu oldukları belirlenmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı ve algılanan eş desteği ile PKDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Üç çocuğa sahip olan ve eşinden yeterli destek almadığını belirten kadınların gebeliğe uyumunun anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir.

Kadınların WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki verilmiştir. WİJMA doğum korkusu toplam puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında orta derecede, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Bu sonuca göre WİJMA Doğum korkusu puanları arttıkça, PKDÖ puanları artış göstermektedir (Çizelge. 4.17).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda kadınlara prenatal takiplerde;

Kadınların doğum korkusu yönünden değerlendirilmesi, doğum korkusu olanların, gebeliğe uyumlarının düşük olması nedeniyle prenatal takiplerinde risk grubuna dahil edilerek bakım verilmesi,

Gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin bilgi verilmesi,

Olumsuz gebelik ve doğum deneyimleri olan kadınların özellikle prenatal izlemlerde riskli gruplar olarak ele alınması,

Gebe eğitimlerine ve prenatal takiplere eş desteğinin artırılması için, eşlerinde dahil edilmesi,

Doğum korkusunun azaltılması ve gebeliğe uyumun artırılmasına yönelik bakım,

Kadınların duygularını paylaşmasına izin verilmeli,

Olumlu gebelik ve doğum hikayesi olan kadınların öykülerinin dinletilmesi, deneyimlerinden faydalanılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Adams, S., Eberhard-Gran, M. ve Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (119), 1238-1246.
- Aksoy, A. N. (2015). Doğum korkusu: Literatür değerlendirmesi. *Odu Tıp Dergisi*, (2), 161-165.
- Aksoy, A. N., Ozkan, H. ve Gundogdu, G. (2015). Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 42(2), 179-183.
- Aksoy, M., Aksoy, A. N., Dostbil, A., Gürsac Çelik, M. ve İnce, İ. (2014). The Relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-7.
- Aktaş, D. ve Gönenç, İ. M. (2011). Sezaryen ve etik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 19(3), 186-195.
- Akyol, A., Yağcı Gönen, Ş. ve Tekirdağ, A. İ. (2011). Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. *Jinekoloji Obstetri Pediatri Dergisi*, 3(2), 55-63.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U. and Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetricsve Gynecology*, 26(3), 153-165.
- Alehagen, S., Wijma, K. and Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315-320.
- Aslan, Ş. ve Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 32-40.
- Ayers, S., Eagle, A. and Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health ve Medicine*, 11(4), 389-398.
- Bakshi, R., Mehta, A. and Sharma, B. (2008). Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10(1), 9-11.
- Bayram, G. O. ve Şahin-Hotun, N. (2010). Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(3), 36-42.
- Beck, C. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The after math. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
- Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.

- Beydağ, K. D. ve Mete, S. (2008). Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 16-24.
- Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A. ve Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25, 126-130.
- Cengiz, C. ve Kimya, Y. (2008). *Maternal fizyoloji*. A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L. S. Önderoğlu, H. Yaralı, ve K. Yüce, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 163-176.
- Consonni, E. B., Calderon, I. M., Consonni, M., De Conti, M. H. and Prevedel, T. T. (2010). *A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: Maternal anxiety and perinatal outcome*. Reproductive Health, 7, 1-28.
- Coşkun, D., Mamuk, R., Şahin, N. H., Demirci, N. ve Hamlacı, Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, 64(4), 576-583.
- Çakmak, B., Arslan, S. ve Nacar, M. C. (2014). Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 19(3), 122-125.
- Çalık, K. Y. ve Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri, tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 142-162.
- Çetin-Coşar, F., Demirci, N., Çalık Yeşilçiçek, K. ve Akıncı-Çil, A. (2017). Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 135-141.
- Çiçek, Ö. ve Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8(4), 263-268.
- Demirbaş, H. ve Kadioğlu, H. (2014). Preanatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4), 200-206.
- Demirsoy, G. ve Aksu, H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve başatme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 36-45.
- Dereli-Yılmaz, S. ve Beji-Kızılkaya, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Duran, E. ve Atan, Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K. and Eskild, A. (2008). Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology*, 29(4), 258-261.

- Elsenbruch, S., Benson, S., R  cke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K. and Arck, P. C. (2006). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877.
- Erkaya, R., Karabulutlu,  . ve  alık Ye il   ek, K. (2017). Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 237, 1045-1052.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S. and Hauck, Y. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667-677.
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. and Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246.
- Fisher, C., Hauck, Y. and Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fear of childbirth: A western australian example. *Social Science ve Medicine*, 63, 64-75.
- Gilbert, K. and Broom, B. L. (1999). *Physical and psychosocial changes of pregnancy*. J. C. Novak, ve B. L. Broom, Maternal and Child Health Nursing. Mosby, 121-136.
- G   kara, F. ve Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artı ını önlemenin bir yolu: 'Bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 89-100.
- G   ye il, E. Y.,  irin, A. ve  etinkaya,  . (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 40-62.
- G    , D.,  zt rk, R., Sevil,  . ve Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecol Obstet*, 24(1), 36-41.
- G    , A. B.,  evik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen,  ., Keskin, G. ve Tuna Malak, A. (2011). Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ili kili  zellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1), 7-14.
- Hall, W., Stoll, K., Hutton, W. and Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low risk british columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 78.
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E. and Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 85, 435-440.

- Hildingsson, I., Haines, H., Karlström, A. and Nystedt, A. (2017). Presence and process of fear of birth during pregnancy—Findings from a longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(5), e242-e247.
- Hofberk, K. and Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Hofberk, K. and Ward, M. (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric psychiatric interface. *Clinical Obstetric Gynecology*, 47(3), 527-534.
- İnternet. OECD. (2015). Health at a Glance. OECD ibrary: Web: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page183, Son Erişim Tarihi: 17.02.2018.
- İnternet. Resmi Gazete. (2012, 07 12). Web: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120712-12.htm>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2018.
- İnternet: T.C. Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü. (2014). Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi Hakkında. Web: <http://www.adanasm.gov.tr/Duyuru.aspx?id=892>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2018.
- İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). İstatistik Yıllıkları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı: Web: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>, Son Erişim Tarihi: 17.02.2018.
- İnternet: TNSA. (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TNSA-2013 Ana Rapor- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Web: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Son Erişim Tarihi: 02.17.2018.
- İnternet: TÜSEB. Doğum şekli tercihinin multidisipliner irdelenmesi çalıştay sonuç raporu. (2017). 02.24.2018 tarihinde Tüseb Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü: Web: <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/do-um-ekli-tercihinin-multidisipliner-rdelenmesi-al-tay-sonu-raporu> Son Erişim Tarihi: 02.11.2018.
- İnternet: WHO. (2015, 04). WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization: Web: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ Son Erişim Tarihi: 17.02.2018.
- Johnson, R. and Slade, P. (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section. . *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (109), 1213-1221.
- Kafkaslı, A. (2007). *Annenin gebeliğe uyumu*. M. N. Çiçek, ve M. T. Mungan, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 79-89.
- Karabulut, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 210-218.

- Karabulut, Ö., Coşkuner-Potur, D., Doğan-Merih, Y., Cebeci-Mutlu, S. ve Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth?. *International Nursing Review*, 63(1), 60-67.
- Karaçam, Z. ve Akyüz, E. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 43-53.
- Katz, V. L. (2010). *Prenatal bakım. Danforth's obstetrik ve jinekoloji*. (S. Gibss, Y. Karlan, F. Haney, I. Nygonard, Dü, & A. A, Çev.) İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi, 56.
- Kılıç, D. ve Ezmeçi, T. (2004). Utilization Conditions of The Maternal Child Health Services Offered by Public Health Centers by Mothers Aged 15-49 Living in The Povincial Center of Erzurum and The Affecting Factors on The Utilization. *Journal of Human Sciences*, 1(1), 2-13.
- Kızılırmak, A. (2011). *Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 48.
- Kızılırmak, A. ve Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24.
- Klabbers, G. A. and Heuvel, M. M. (2016). Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107-127.
- Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
- Köksal, Ö. ve Duran, T. E. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(3), 114-148.
- Körükçü, H. Ö. (2009). *Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği a versiyonunun geçerlilik güvenirlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 41.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R. ve Kabukcuoğlu, K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7, 152-158.
- Körükçü, Ö., Fırat, M. Z. ve Kukulu, K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among turkish pregnant women. *Procedia Social and Behaviroal Sciences*, (5), 467-470.
- Laursen, M., Hedegaard, M. and Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the danish national birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics ve Gynaecology*, 115(3), 354-360.

- Lederman, R. and Weis, K. (2009). *In psychosocial adaptation to pregnancy. :Assessment of seven dimensions of maternal development*. New York: Springer, 1-56.
- Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B. A. and McCann, D. S. (1979). *Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor*. Nursing Research, 121.
- Lopukhova, O. G. and Kashshapova, V. E. (2015). Fear of childbirth in pregnant women: External and internal factors. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(4), 114-125.
- Lukasse, M., Schei, B. and Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99-106.
- McKinney, S., E., Ashwill-Weiler, J., Murray-Smith, S., James-Rowen, S., Gorrie-Myers, T. and Droske-Colvert, S. (2018). *Adaptations to pregnancy. Maternal-child nursing*. Elsevier Health Sciences, 214-249.
- Melender, H.L. (2002a). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in finland. *Journal of Midwifery ve Women's Health*, 47(4), 256-262.
- Melender, H.L. (2002b). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U. ve Çeber, E. (2010). Evaluation of perceived social support levels in pregnancy and postpartum periods. *Journal of Psychiatric Nursing*, 71-76.
- Mete, S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 93-98.
- Mete, S. ve Gökçe, G. (2007). Gebelikte bulantı-kusma, etkileyen faktörler ve yaklaşımlar. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*, 21(2), 104-108.
- Mete, S., Çiçek, Ö., Tokat Aluş, M., Çamlıbel, M. ve Uludağ, E. (2017). Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(3), 201-206.
- Nieminen, K., Stephansson, O. and Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, (88), 807-813.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M. and Sparud-Lundin, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of ear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Chilbirth*, 18(28), 1-15.
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S. and Eberhard-Gran, M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 203-209.

- Okumuş, H. ve Şahin, F. (2017). Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *Northern clinics of Istanbul*, 4(3), 247.
- Orr, S. T. (2004). Social support and pregnancy outcome: a review of the iterature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(4), 842-855.
- Özkan, A.S. and Beji, K.N. (2015). *Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler*. N. Beji K., Ebe ve Hemşirelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara:Nobel Tıp Kitabevi, 228-244.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. and Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics ve Gynaecology*, 116(1), 67-73.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E. and Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women-randomisal trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(1), 75-84.
- Ryding, E., Wijma, B., Wijma, K. and Rydhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 77, 542-547.
- Saisto, T. and Helmanski, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, (83), 201-208.
- Saisto, T., Salmelo-Aro, K., Nurmi, J. and Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing caginal childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Sani, R. (2015). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Hacettepe University Faculty of Sciences Journal*, 2(1).
- Sani, R. (2015). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Hacettepe Universty Faculty of Sciences Journal*, 2(1).
- Sayiner, F. D. ve Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148.
- Schroll, A. M., Tabor, A. and Kjaergaard, H. (2011). Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology*, 32(1), 19-26.
- Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239-242.
- Serçekuş, P. ve Mete, S. (2010). Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review*, 57(3), 395-401.
- Serçekuş, P. ve Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25, 155-162.

- Spice, K., Shannon, L. J., Heather, D., Hadjistavropoulos, D., Kowalyk, K. and Stewart, S. H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetricsve Gynecology*, 30(3), 168-174.
- Stark, M. A. (2001). Relationship of psychosocial tasks of pregnancy and attentional functioning in the third trimester. *Research in Nursing & Health*, 24(3), 194-202.
- Storksén, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. and Eberhard-Gran, M. (2012). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S. ve Budak, B. (2013). Doğum eğitimin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167.
- Sunal, N. ve Demiryay, A. (2009). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 99-110.
- Şahin, E. M. ve Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, (1), 51-58.
- Şahin, N. H. (2009). Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 94-98.
- Şahin, N., Dinç, H. ve Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğum korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.
- Şen, E. ve Şirin, A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(3), 159-163.
- Şen, S.N.E. ve Saruhan, A. (2012). Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *International Journal of Human Sciences*, 9(2), 1-13.
- Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (Birinci Basım b.). (P. D. Coşkun, Dü.) İstanbul: Bedray Yayıncılık, 112.
- Taşkın, L. (2016a). *Gebeliğin oluşumu ve fetüsün fizyolojisi. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademişyen Tıp Kitabevi, 69-83.
- Taşkın, L. (2016b). *Gebelikte annenin fizyolojisi*. L. Taşkın içinde, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademişyen Tıp Kitabevi, 87-101.
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. and Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the fear of birth scale. *Women and Birth*, 29, 44-49.
- Uçar, T. (2014). *Gebeler uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine*

- etkisi*. Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 35.
- Uçar, T. ve Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54-58.
- Vatansever, Z. ve Okumuş, H. (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(2), 82-87.
- Veringa, I. K., de Bruin, E., Bardacke, N., Duncan, L., van Steensel, F., Dirksen, C. and Bögels, S. (2016). 'I've changed my mind', mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: Study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 377.
- Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H. ve Sertbaş, G. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, (45), 9-13.
- Wijma, K., Wijma, B. and Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics ve Gynecology*, 19(2), 84-97.
- Yanikkerem, E., Kitapçıoğlu, G. ve Karadeniz, G. (2010). Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 107-123.
- Yapça, Ö. E., Karaca, İ. ve Çatma, T. (2015). Artan sezaryen oranlarını nasıl azaltabiliriz? üç yıllık sezaryen verilerimiz eşliğinde değerlendirme. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 7(3), 97-102.
- Yıldırım, H. (2015). *Gebe kadınların ebeveynlik öz-yeterliliklerinin prenatal uyumlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 36.
- Yılmaz, F. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1(1), 15-24.

EKLER

EK-1. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Onayı

02/10/2017-E.14745



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/ **174**
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Ayten Şentürk ERENEL
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi : 15.08.2017 tarihli 159 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Gebelerin Doğum Korkuları ve Öz Değerlendirme Durumlarının Belirlenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
02.10.2017.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6E4D1B9>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-2. Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Hastane Çalışma
İzin Yazısı**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAKARYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SAKARYA İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
25/08/2017 16:07 - 23916764 - 702.99 - E.1601
00051828980

Sayı : 23916764-702.99
Konu : Araştırma Hk.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde araştırma görevlisi olarak görev yapmakta olan Melike ERGÜVEN BOĞA' nın dilekçesi üzerine "Gebelerin doğum korkuları ve öz değerlendirme durumlarının belirlenmesi" isimli çalışmalarını Genel Sekreterliğimize bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumevi Kampüsünde yürütebilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Tıbbi Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2017

Doç. Dr. Hasan Salih SAĞLAM
Genel Sekreter

EKLER:

1- Protokol Formu (1 Sayfa)

İstiklal Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Bulvarı No:3 Serdivan / SAKARYA Tel: 444 54 01

Dahili: 1218 Faks: 0(264) 2751142

Faks No:

e-Posta:halilibrahim.uster@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 1254

Bilgi için:Halil İbrahim ÜSTER

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:4445401

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ce74b8a1-46c3-4784-ba89-d249115a21d6 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Hastane İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 23916764-702.99
Konu : Araştırma Hk.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi:25/08/2017 tarihli ve 23916764-702.99-1601 sayılı yazımız;

Genel Sekreterliğimizin ilgi tarihli olur yazısına istinaden Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde araştırma görevlisi olarak görev yapmakta olan Melike ERGÜVEN BOĞA' nın dilekçesi üzerine "Gebelerin doğum korkuları ve öz değerlendirme durumlarının belirlenmesi" isimli çalışmasını hastanenizde gerçekleştirmesi için alınan olur ekte sunulmuş olup yapılacak olan çalışmaya gerekli yardımın sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EKLER:

1- Olur Yazısı

İstiklal Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Bulvarı No:3 Serdivan / SAKARYA Tel: 444 54 01
Dahili: 1218 Faks: 0(264) 2751142
Faks No:

e-Posta:halilibrahim.uster@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 1254

Bilgi için:Halil İbrahim ÜSTER

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:4445401

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ee74b8a1-46c3-4784-ba89-d249115a21d6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Ölçek İzni

WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

2 ileti

Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>

25 Nisan 2018 22:46

Alıcı: "erguvenboga@sakarya.edu.tr" <erguvenboga@sakarya.edu.tr>

Sayın Melike Ergüven Boğa,
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunu çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçeği geçerlik güvenirlik makalesi ile birlikte ekte gönderiyorum. Araştırmanızda kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle..

Dr.Öğr. Üyesi Öznur Körükcü

2 eklenti **W-DEQ A (2).doc**
66K **W-DEQ A makale (2).pdf**
100K

EK-5. Ölçek İzni

Kerime Derya Beydağ <derya.beydag@okan.edu.tr>
Alıcı: MELİKE ERGÜVEN BOĞA <erguvenboga@sakarya.edu.tr>

2 Mayıs 2018 20:39

Merhaba Melike

Ölçeği çalışmada kullanmadan memnuniyet duyarım . Çalışmada başarılar dilerim.

iPhone'umdan gönderildi

MELİKE ERGÜVEN BOĞA <erguvenboga@sakarya.edu.tr> şunları yazdı (2 May 2018 15:45):

EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu

GEBELERİN DOĞUM KORKULARI VE ÖZ DEĞERLENDİRME DURUMLARININ
BELİRLENMESİ

Değerli anne adayı bu çalışmada “gebelerin doğum korkularının saptanması ve gebelikte kendilerini değerlendirme durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre kadınların doğum korkularının giderilmesine yönelik girişimlerinin planlanması hedeflenmektedir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ayten Şentürk Erenel
Ar. Gör. Melike Ergüven Boğa

KADINLARI TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Boyunuz:

3. Kilonuz:

4.Kronik bir hastalığınız var mı ?

a) Evet, belirtiniz.....

b) Hayır

5.Aylık Gelir ?

a)Gelir gidere eşit

b) Gelir giderden az

c)Gelir giderden fazla

6.Aile Tipiniz:

a) Çekirdek aile

b) Geniş aile, kimlerle oturuyorsunuz belirtiniz.....

7.Yaşadığınız yer:

a) Şehir

b) İlçe

c) Köy

8. Eğitim Durumunuz:

a) Okuma yazma bilmiyor

b) İlköğretim

c) Lise

d) Üniversite ve üzeri

9. Sizin düzenli olarak para getiren bir işte çalışma durumunuz;

a)Evet, belirtiniz.....

b)Hayır, ev hanımı

10.Eşinizin düzenli olarak para getiren bir işte çalışma durumu;

a)Evet, belirtiniz.....

b)Hayır

11.Eşinizin Yaşı:.....

12. Eşinizin Eğitim Durumu:

a) Okuma yazma bilmiyor

b) İlköğretim

c) Lise

d) Üniversite ve üzeri

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

Toplam gebelik sayınız:

EK-6. (devam) Tanıtıcı Bilgi Formu

Yaşayan çocuk sayısı:

Şimdiki gebelik haftanız:

Bu gebelik planlı mıydı:

Şimdiki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a) Düşük tehdidi b) Erken doğum tehdidi c) Yüksek Tansiyon
d) Şeker hastalığı e) Kalp hastalığı f) Diğer.....

Şimdiki gebeliğiniz sırasında, bir sağlık görevlisinden doğum öncesi bakım aldınız mı?

a) Evet, bu kaçınıcı kontrolünüz?

b) Hayır

Daha önceki doğumunuz/doğumlarınız hangi şekilde gerçekleşti?

- a) Normal (vaginal) doğum b) Sezeryan Doğum

Normal doğum ise, bu yönetime karar verme nedenleriniz aşağıdakilerden hangisi/ hangileri?

a) Dr önerisi

b) Kendiniz ve bebeğiniz açısından daha kolay olması (Çabuk iyileşme, Çabuk taburcu olma, Emzirmeye çabuk başlama vb.)

c) Doğum sonrası daha çabuk toparlanma

d) Aile büyüklerinin önerisi

Sezaryen olma nedenleriniz aşağıdakilerden hangisi/ hangileri?

a) Dr önerisi

b) Kendiniz ve bebeğiniz açısından daha güvenilir olması

c) Ağrısız olması

d) Daha önceki doğumunuzun da sezeryanle yapılması

Daha önceki doğumunuzda/doğumlarınızda Epizyotomi yapıldı mı?

- a) Evet b) Hayır

Daha önceki doğumunuzda/doğumlarınızda Epizyotomi yapıldı mı?

- a) Evet b) Hayır

Daha önce iri, kilolu bebek doğurdunuz mu?

a) Evet (Kaç kg.....)

b) Hayır

Daha önceki doğumda doğum sancılarının başlangıcından, doğumun gerçekleşmesine kadar geçen süre ne kadardı?.....

EK-6. (devam) Tanıtıcı Bilgi Formu

Daha önceki Gebeliklerinizde/ doğumlarınızda aşağıdaki durumlardan herhangi biri oldu mu?

(Gerekiyorsa birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Evet	Hayır
Hızlı doğum		
Uzun doğum		
Sunî sancı		
Düşük/ Düşük tehdidi		
Forseps uygulaması		
Vakum uygulaması		
Erken Doğum (37. Gebelik haftasından önce)		
Geç doğum (42. Gebelik haftası veya sonrasında)		
Çoğul gebelik		
Doğum sonrası, normal kabul edilmeyen kanama		
Psikolojik problemler		
Ölü doğum		
Fiziksel veya zihinsel engeli olan bebek		
Kronik bir sağlık sorununa sahip olan bebek		

Gebelik sürecinde, eşinizin size olan desteğini nasıl değerlendirir siziz?

a)Yeterli b)Yetersiz

Gebelik sürecinde eşiniz dışında size destek olan birileri var mı?(Anne, kızkardeş, Kayınvalide, Görümce, Hizmetli vb.)

a)Evet (kim olduğunu belirtiniz:.....)

b)Hayır

Doğum denildiğinde aklınıza gelen ilk gelen şeyi yazınız

.....

EK-7. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				

EK-7. (devam) Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacıklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağırlı olsa bile tüm gücümle ıkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				

EK-7. (devam) Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiriyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenilebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK-8. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

**Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi
Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu**

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0'dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli*ni değil.

I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	mükemmel					mükemmel
	değil					
2	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	korkunç					korkunç değil

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	yalnız					yalnız değil
4	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	güçlü					güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	kendinden					kendinden emin
6	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
						korkmamış
7	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	yüzüstü bırakılmış					

EK-8. (devam) Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
10	0	1	2	3	4	5
	Son derece bağımsız					Bağımlı
11	0	1	2	3	4	5
	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
12	0	1	2	3	4	5
	Son derece gergin					Gerginlik yok
13	0	1	2	3	4	5
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14	0	1	2	3	4	5
	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5
	Son derece terkedilmiş					Hiç terkedilmemiş
16	0	1	2	3	4	5
	Tamamen kendine hakim değil					Hiç kendine hakim
17	0	1	2	3	4	5
	Son derece rahat					Hiç rahat değil
18	0	1	2	3	4	5
	Son derece mutlu					Hiç mutlu değil

EK-8. (devam) Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19	0	1	2	3	4	5
	Aşırı panik					Hiç panik değil
20	0	1	2	3	4	5
	Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok
21	0	1	2	3	4	5
	Aşırı çocuğa kavuşma isteği yok					Hiç çocuğa kavuşma isteği
22	0	1	2	3	4	5
	Aşırı öz güvenli					Öz güveni yok
23	0	1	2	3	4	5
	Son güvenli					Kendine güvensiz
24	0	1	2	3	4	5
	Aşırı ağrılı					Hiç ağrı yok

IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25	0	1	2	3	4	5
	Son derece kötü bir şekilde davranacağım					Kötü bir şekilde davranmayacağım
26	0	1	2	3	4	5
	Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim					Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin
27	0	1	2	3	4	5
	Kontrolümü tamamen kaybedeceğim					Kontrolümü kaybetmeyeceğim

EK-8. (devam) Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

- 28 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
keyif verici keyif verici değil
- 29 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
doğal doğal değil
- 30 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması Hiç olması
gerektiği gibi değil
gerektiği gibi
- 31 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

- 32 ...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok

- 33 ... doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK-9. Aydınlatılmış Onam

“Gebelerin Doğum Korkuları ve Öz Değerlendirme Durumlarının Belirlenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ayten Şentürk Erenel’in danışmanlığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Melike Ergüven Boğa’nın sorumluluğu altındadır.

Bu çalışma gebelerin doğum korkuları ve öz değerlendirme durumlarını belirlemek üzere planlanmıştır. Araştırmaya sizinle birlikte 260 gebe katılacaktır. Sizin de katıldığınız bu çalışmada sizi tanımlayıcı özellikler ve gebelik öykülerinizi içeren form, gebeliğe uyumu değerlendiren Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve doğum korkusunu değerlendirmek amacıyla da Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği A Versiyonu sorularını içeren formları yanıtlamanızı isteyeceğiz.

Araştırmacılar kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecek, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksininiz halinde aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı: Melike Ergüven Boğa

Görevi: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon: 05304093694

Katılımcının Beyanı

Araştırma Görevlisi Melike Ergüven Boğa tarafından yürütülen, Gebelerin Doğum Korkuları ve Öz Değerlendirme Durumlarının Belirlenmesine yönelik Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik/ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

EK-9. (devam) Aydınlatılmış Onam

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan **araştırmacının** Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar **tanıklık eden kuruluş görevlisinin** Adı-soyadı, İmzası, Görevi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı Adı : ERGÜVEN BOĞA Melike
 Uyruğu : T.C.
 Doğum Tarihi/Yeri : Alaca/ 1984
 Medeni Hali : Evli
 Telefon : 05304093694
 E-mail : melikeerguven@gmail.com



Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Atılım Üniversitesi/ İşletme Ana Bilim Dalı	2013
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi/ Hemşirelik	2006
Lise	Fatih Lisesi	2001
İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2017-devam ediyor	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Görevlisi
2007-2017	Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Alagöz, A., Ergüven, M., Tunç, M., Sazak, H. ve Pehlivanoğlu, P. (2012). preoperatif anksiyete skoru ile torakotomi sonrası ağrı arasında bir korelasyon var mıdır?. *Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi*, 4(3).

Sözbir, Ş. Y., Herek, B., Boğa, M. E., Koçak, G. ve Akbaş, P. (??). Postpartum ilk 48 saatte verilen aile planlaması eğitiminin yöntem seçimi ve kullanımına etkisinin değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 29-39.

Hobiler

Paintball, Halk Dansları, Doğa Fotoğrafları Çekmek



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

