

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBE KADINLARDA STRES VE DOĞUM KORKUSU İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra Nur GELDİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

ORDU-2020

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Büşra Nur GELDİ tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Gebe Kadınlarda Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 17/08/2020 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

I. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL İmza
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK İmza
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN İmza
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

ONAY

.../.../2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../ 2020 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../ 2020

Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Büşra Nur GELDİ



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, görüş ve deneyimleriyle bana büyük katkısı olan, güler yüzüyle motivasyonumu arttıran ve bu zorlu sürecin her aşamasında yol gösteren çok değerli hocam ve danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi ve deneyimi ile bana yardımcı olan, her türlü yardımını ve desteğini esirgemeyen Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez savunma sınavıma gelerek önerileriyle katkı sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a,

Araştırmama gönüllü katılımları ile katkı sağlayan değerli gebelere, çalışmamda desteği geçen Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan meslektaşlarıma,

Tezimin her aşamasında sevgi ve desteğini hissettiğim ekip arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreç boyunca beni yalnız bırakmayan, her zaman sevgisini ve desteğini hissettiğim aileme,

En İçten Duygularımınla Sonsuz Teşekkürlerimi Borç Bilirim.

Büşra Nur GELDİ

ÖZET

GEBE KADINLARDA STRES VE DOĞUM KORKUSU İLİŞKİSİ

Amaç: Bu çalışma, gebelikte stres ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın örnekleme, Türkiye'nin Karadeniz bölgesinde bir üniversite hastanesinin gebe polikliniklerine başvuran 400 gebe alınmıştır. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Gebelik Stres Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36) ve Wijma Doğum Beklenti/Deneyim A (W-DEQ A) ile toplanmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Scheffe ve Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Gebe kadınlarda GSDÖ-36 puan ortalaması 59.35 ± 17.19 , W-DEQ A puan ortalaması 45.13 ± 28.88 bulunmuştur. Gebe kadınların %44'ünün “düşük” düzeyde, %24.7'sinin “orta” düzeyde, %22.8'inin “ileri” düzeyde ve %8.5 “klinik” düzeyde doğum korkusu olduğu bulunmuştur. Gebelerin eğitimi, çalışma durumu ve yaşadığı yere göre GSDÖ-36 puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Gebelerin aile tipi, gebelik haftası, gebelikte kontrole gitme sayısı ve daha önceki normal doğumun müdahaleli olup olmadığına göre W-DEQ A puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36'nın alt boyutları olan “Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres” ($r = .110$), “Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres” ($r = .284$); “Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres” ($r = -.181$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Ancak GSDÖ-36 toplam puan ortalaması ile W-DEQ A puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Gebelerin yaklaşık üçte birinin en az ileri düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin bebek bakımı, değişen aile ilişkileri ve annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stresi arttıkça; değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres azaldıkça doğum korkusunun arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, gebe kadın, stres, gebelik stresi, doğum korkusu

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN STRESS AND CHILDBIRTH FEAR AMONG PREGNANT WOMEN

Aim: This study was conducted to examine the relationship between childbirth fear and stress during pregnancy.

Material and Method: This descriptive and cross-sectional study included 400 pregnant women who applied to pregnant outpatient clinics of a university hospital in Blacksea Region of Turkey. The data of the study were collected with Personal Information Form, Pregnancy Stress Rating Scale (PSRS-36) and Wijma Birth Expectation / Experience A Scale (W-DEQ A). In data analysis were used descriptive statistical methods, t test, One Way ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Scheffe and Pearson correlation tests.

Results: It was determined that the mean score of PSRS-36 was 59.35 ± 17.19 and the mean score of W-DEQ A was 45.13 ± 28.88 in pregnant women. It was found that 44% of pregnant women experienced low level, 24.7% had moderate level, 22.8% had advanced level and 8.5% clinical level childbirth fear. The differences of PSRS-36 scores according to the education, working status and place of residence of pregnant women were found to be statistically significant between the groups ($p < 0.05$). The differences of W-DEQ A scores according to the family type of the pregnant women, gestational week, the number of visits to the doctor during pregnancy and whether the previous normal birth was intervened were found to be statistically significant ($p < 0.05$). There were statistically significant correlations between W-DEQ A scores and subdimensions of PSRS-36 including “*Stress from baby care and changing family relationship*” ($r = .110$), “*Stress from maternal role identification*” ($r = .284$), “*Stress from altered physical appearance and function*” ($r = -.181$). However there was not statistically significant correlation between the total mean score of PSRS-36 and W-DEQ A score ($p > 0.05$).

Conclusions: It is determined that approximately one third of the pregnant women have at least an advanced level childbirth fear. It was determined that the childbirth fear increased as stress increases due to the baby care of pregnant women, changing family relationships and defining the role of motherhood and as the stress caused by changing physical appearance and function decreased.

Key Words: Pregnancy, pregnant woman, stress, pregnancy stress, childbirth fear

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelikte Stres.....	4
2.1.1. Gebelik Stresinin Nedenleri ve Sonuçları.....	4
2.2. Korku.....	6
2.2.1. Korkunun Gebelik ve Doğum Sürecine Etkisi.....	7
2.2.2. Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler.....	9
2.2.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Doğum Korkusuna Etkisi.....	9
2.2.2.2. Obstetrik Özelliklerin Doğum Korkusuna Etkisi.....	10
2.2.2.3. Psikososyal Faktörlerin Doğum Korkusuna Etkisi.....	12
2.2.3. Doğum Korkusunun Sonuçları.....	15
2.3. Gebelikte Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi.....	20
2.3.1. Gebelikte Stres ve Doğum Korkusu İçin Hemşirelik Girişimleri.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23

	Sayfa No
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	24
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	24
3.3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	25
3.4.2. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36).....	25
3.4.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu.....	26
3.4.4. Veri Toplama Formunun Ön Uygulama.....	26
3.4.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	27
3.5. Verilerin Analizi.....	27
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.7. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanılan Güçlükler.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	41
5.1. Gebelerin GSDÖ-36 ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.2. Gebelerin W-DEQ A Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.3. Gebe Kadınların GSDÖ-36 ve Alt Boyutları ile W-DEQ A Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	43
5.4. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına.....	45
5.5. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	54

KAYNAKLAR	56
EKLER	72
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	72
Ek 2. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği.....	74
Ek 3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu.....	76
Ek 4. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	81
Ek 5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu'nun Kullanım İzni.....	82
Ek 6. İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	83
Ek 7. Etik Kurul Kararı.....	85
Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	86
ÖZGEÇMİŞ	87

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	29
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 4.3. Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.4. GSDÖ-36 ve alt boyutları ile W-DEQ A'nın Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanlar, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri.....	32
Tablo 4.5. Gebelerin W-DEQ A Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Sınıflandırılması.....	33
Tablo 4.6. Gebe Kadınların GSDÖ-36 ve Alt Boyutları ile W-DEQ A Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	34
Tablo 4.7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 ile W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 ile W-DEQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.9. Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Özelliklerine Göre GSDÖ-36 ile W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).....	40

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HPA	: Hipotalamik Hipofiz Adrenal
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BDTY	: Bilişsel Davranış Terapi Yöntemi
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
GSDÖ-36	: Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği
W-DEQ A	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu
N	: Evren büyüklüğü
n	: Örneklem Sayısı
SS	: Standart Sapma
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA)
t	: Bağımsız Gruplarda t Testi
KW	: Kruskal-Wallis Testi
r	: Pearson Korelasyon Analiz Testi
p	: İncelenen Olayın Görülüş Sıklığı
Ort.	: Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Korku ve stres, kişinin günlük yaşamında var olan, bununla birlikte günlük yaşama müdahale etmeye başladığı zaman önemli bir sorun olarak değerlendirilmesi gereken bir duygu durumudur. Gebe kadınların bazıları doğuma ilişkin belirsizlikler nedeniyle gebelik sürecini ve doğum sürecini korku içinde geçirebilirler. Korku aynı zamanda gebelik ve doğum süreci için olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu durum maternal ve neonatal komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (Çiçek ve Mete, 2015).

Doğum her kadının hayatında kritik bir deneyim olarak kabul edilen fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan bir süreçtir (Soltani ve ark., 2017). Bu süreçle birlikte ortaya çıkan bazı etkenler kadınların doğum ile ilgili anksiyete ve korku yaşamalarına yol açmaktadır (Demirsoy ve Aksu, 2015). Gebe kadınların bir kısmı bu korku ile kendi çabaları, sosyal destek veya tıbbi yardım ile baş edebilirken, bir kısmı bu korku ile baş edemez ve bu korku patolojik bir boyut kazanabilir. Oluşan bu duruma tokofobi denir. Tokofobi, birincil tokofobi ve ikincil tokofobi olmak üzere iki sınıfta incelenir. Birincil tokofobi, daha önce hiç gebe kalmamış bir kadının doğum eyleminden korkması, ikincil tokofobi ise daha önce yaşanmış travmatik doğum eylemi nedeniyle doğumdan korkmasıdır (Bhatia ve Jhanjee, 2012).

Gebelikte yaşanan doğum korkusunun temelinde birçok neden bulunmaktadır. Doğum korkusuyla ilgili nedenler, ağrı, pelvik taban yaralanmaları, bebeği kaybetme korkusu, kişinin kendi hayatını kaybetme korkusu, kendini kontrol edememe korkusu, daha önce olumsuz doğum deneyimi, doğumla ilgili olumsuz hikayeler duyma ve travma sonrası stres bozukluğu, gebelik ve anneliğe hazır olamama, ileri ya da erken anne yaşı, gebelik sayısının artması, gebelikte alınan kilonun artması, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, ileri gebelik haftası, parite ve sosyal desteğin eksikliğidir (Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Rouhe ve ark., 2009; Wiklund ve ark., 2008; Şahin ve ark., 2009; Körükçü, 2010; Abdollahpour ve ark., 2015; Gao ve ark., 2015, Størksen ve ark., 2015; Sen ve ark., 2015; Klabbbers ve ark., 2016; Mazúchová ve ark., 2017).

Biyolojik bir süreç olarak doğum, bir kısım gebe kadınlar tarafından bilinemez veya kontrol edilemez olarak algılanabilen çeşitli fizyolojik faktörlerle temsil edilir. Bazıları için bu durum psikolojik olarak karmaşıktır ve güvensizlik, endişe ve doğumla ilgili yoğun korku duygularının artmasına neden olabilir. Yoğun anksiyete duyguları doğum eyleminin seyrini olumsuz etkileyebilir. Doğum eyleminin süresinin artmasına neden olabilir. Yoğun korku yaşayan kadınlar, hipertansiyon, preeklampsi, erken doğum ve acil sezaryen riskinin yüksek olması, yenidoğanda düşük doğum ağırlığı ve davranışsal ve emosyonel problemler ile karşılaşabilirler (Klabbers ve ark., 2014; Adams ve ark., 2012; Mazúchová ve ark., 2017). Ek olarak doğum korkusu, kadınların sezaryen doğum yöntemini tercih etmesini sağlayan en önemli nedenlerden biridir (Beigi ve ark., 2010). Ergöl ve Kürtüncü (2014) kadınların %47.4'ünün doğumdan korkmaları, %26.3'ünün ağrısız doğum yapma isteği nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir.

Gebeliğin başlangıcından itibaren, gebe kadınların bedenlerinde, doğum ve emzirmeye hazırlık için önemli değişiklik olur (Shih ve ark., 2015). Gebeliğe özgü stres, bebeğin sağlığı ve refahı, yaklaşan doğum, hastane ve sağlık bakım deneyimleri, doğum ve doğum sonrası ve ebeveynlik veya annelik rolü ile ilgili korkular içermektedir (Cole-Lewis ve ark., 2014).

Kadınlar gebelik sürecinde özellikle gebeliğin sonucuyla ilgili stres ve kaygı yaşarlar. Gebelik ilerledikçe stres hormonlarının seviyeleri dramatik bir şekilde artar. Gebeliğin erken döneminde yaşanan stresli olaylar terime yakın dönemdeki olaylara göre gebelikte istenmeyen daha büyük bir etkiye neden olabilir (Rowe, 2015). Ayrıca, spontan doğum kadınları gebelik sırasında fiziksel rahatsızlık, stres ve belirsizliğe maruz bırakmaktadır (Shih ve ark., 2015). Gebenin finansal sorunları, komşuluk ilişkileri, yakın ilişkilerde gerginlik, aile sorumlulukları, istihdam koşulları ve gebelikle ilgili kaygıları da içeren kadınları etkileyen diğer potansiyel stres faktörleridir (Straub ve ark., 2014).

Prenatal gebelik stresi, gebelik komplikasyonları, olumsuz fetal gelişim ve olumsuz doğum sonuçları ile ilişkilidir. Gebelik sırasındaki stres, koryoamniyonit, preeklampsi, erken membran rüptürü ve preterm doğum gibi durumlar, uzun dönem mortalite ve morbiditesi açısından risk faktörü oluşturmaktadır (Staneva ve ark.,

2015, Wainstock ve ark., 2014). Erken gebelikte tekrarlayan stresler düşüğe yol açabilir (Rowe, 2015). Stresin olumsuz sonuçları göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Bu nedenle gebelerde stresi azaltmaya yönelik girişimler oldukça önem kazanır. Maternal stresi azaltmaya yarayan çeşitli prenatal girişimler, klinikte hasta desteğini ve hasta eğitiminin iyileştirilmesi, grup desteği, ev ziyareti ya da telefon görüşmeleri ile stresi azaltma ve gelişmiş başa çıkma mekanizmalarının öğretilmesidir (Straub ve ark., 2014).

Türkiye’de az sayıda çalışmada gebeliğe ilişkin stres ve doğum korkusu ilişkisi araştırılmıştır. Gebelik ve doğuma ilişkin stres etkenlerinin ve korkuların bilinmesi, doğum korkusunun önlenmesi için önemli fırsatlar doğurabilir. Doğum korkusu, hem gebelik hem de doğum eylemi sürecinde olumsuz sonuçlara neden olabileceği için, bu konuda hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu düzeyini belirlemek ve gebelikte stres ve doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Gebelerin doğum korkusu düzeyi nedir?
- Gebelik stresi düzeyi nedir?
- Gebelik stresi ve doğum korkusu arasında bir ilişki var mıdır?
- Gebelerin doğum korkusu ve stresine etki eden faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Stres

Stres, insan fizyolojisinin zorlu bir duruma reaksiyonunun karmaşık bir modelidir. Çevremizdeki tehdit ve zorlukları algıladığımız ve ele aldığımız bir süreçtir (Engidaw ve ark., 2019). Gebelikte stres fetüsün daha düşük büyüme ve gelişmesine ve daha yüksek fetal distrese yol açmaktadır. Bu durumun olası nedenlerinden biri artmış maternal leptin ve kortizol düzeyleridir. Maternal nöroendokrin değişiklikler, fetal kortizol ve leptin düzeylerinde artışa neden olur. Maternal leptin düzeyinin yüksek olması stresli gebeliklerde fetal distressin bir habercisidir (Rabiepoora ve ark., 2018).

Stres, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini aktive eder ve uzun vadede artan stres seviyeleri işlevi etkileyebilir ve kanda artan kortizol seviyelerine yol açabilir (Rabiepoora ve ark., 2018). Maternal kortizol düzeyleri, intrauterin büyümeyi etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada gebelikte kortizol düzeyi daha yüksek olan annelerin yenidoğanlarının doğum ağırlıklarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Bolten ve ark., 2010).

Gebelik ve doğum, kadınların fizyolojik, psikolojik, sosyal ve aile rollerinde değişikliklerle sonuçlanan hassas bir dönemdir. Bu değişiklikler duygusal dengesizliği güçlendirebilir ve annelerde stres ve gerginlik gibi psiko-patolojik bozukluklara yol açabilir (Rabiepoora ve ark., 2018). Gebelik genellikle heyecan verici bir süreç olarak görülse de, bir kadının hayatında önemli duygusal uyum gerektiren stresli bir yolculuktur (Engidaw ve ark., 2019). Çalışmalar, gebelik sırasında stres prevalansının %11.6 ila %57.7 arasında değiştiğini bildirmiştir (Engidaw ve ark., 2019; Ahmed ve ark., 2017; Nagandla ve ark., 2016; Vijayaselvi ve ark., 2015).

2.1.1. Gebelik Stresinin Nedenleri ve Sonuçları

Gebelik süresince kadının, bebeğin refahı ve çocuğun doğumundan sonra hayatında gerçekleşmesi muhtemel değişiklikler hakkında psikolojik olarak kararsız ve gergin olması normaldir. Doğum öncesi dönemde hafif stres, fetüsün optimal gelişimi için iyidir, ancak stres artarsa fetüs üzerinde uzun süreli etkiye yol açabilir

ve fetal sinir sisteminin gelişimini etkileyebilir. Gebelik sırasında bir kadının vücudunda hormonların etkisiyle değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler bazen rahatsız edici olabilir ve gebelik sırasında strese neden olabilir (Pickler ve ark., 2010).

Gebelik sırasında stres ve anksiyete bozuklukları, gebelik seyri üzerinde olumsuz etkilere neden olmasının yanında, bebeğin gelişimini ve anne refahını da etkilemektedir. Gebelik sırasında stres, fetüsün nöroendokrin gelişimini ve yenidoğanın güvenli bebek-anne bağlanma oluşumunu ve sonuç olarak sosyoduygusal gelişimini etkileyebileceği yaygın olarak kabul edilmektedir (Boakye-Yiadom ve ark., 2015).

Prenatal stres, gebelik sorunlarının artmasına neden olarak bebek gelişimini ve sağlığını dolaylı olarak etkilemektedir. Gebelik sırasında yaşanan psikososyal, kültürel ve çevresel stres faktörlerinin, annenin ve fetusun sağlığına zararlı olabileceği düşünülmektedir (Coussons-Read, 2013). Gebeliğin ilk trimesteri, gebeliği kabul etme, bebek ve annelik hakkında ortaya çıkabilecek korku ve endişelerle başa çıkma zamanını temsil eder. İkinci trimester, daha büyük bir fiziksel değişimin olduğu dönemdir ve bazı kadınlarda vücutlarının yeni şekli ve işlevi ile ilgili bazı zorluklar meydana gelebilir. Doğumun yaklaşması ile birlikte, doğum ve annelik hakkında daha fazla endişe duyulur. Son trimesterde ise doğum yaklaşırken annenin doğum ve ebeveynlik konusundaki korku ve endişeleri artar (Brunton ve ark., 2015).

Stres, anneleri perinatal depresyona yatkın hale getirerek bebek gelişimi üzerinde dolaylı bir etki yaratmaktadır. Bu durum annenin bebeği ile etkileşimi üzerinde olumsuz bir etki yaratır ve doğum sonrası bakım kalitesini etkiler. Prenatal stres, fetal nörobiyolojik gelişimin seyrini değiştirerek bebek sağlığı üzerinde doğrudan etkilere sahip olmaktadır (Coussons-Read, 2013). Psikososyal durum, gebeliğin sonucunu doğrudan fizyolojik durumdaki değişiklikler yoluyla veya dolaylı olarak annedeki sağlık davranışı üzerindeki etkisi ile veya bu iki mekanizma arasındaki etkileşimler yoluyla etkilediği varsayılmaktadır (Vijayaselvi ve ark., 2015). Birçok toplumda, annenin psikolojik durumunun bebeği anne rahminde etkileyebileceğine olan inancı göz önüne alındığında, anksiyete bozukluğu bebeğin gelişiminde risk faktörlerinden biri olarak kabul edildiği, prematürite, düşük doğum

ağırlıklı yenidoğan gibi olumsuz sonuçlar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Silva ve ark., 2017). Aynı zamanda, stres sigara içmek ve alkol tüketimini arttırmak gibi sağlıksız davranışların artmasına neden olarak, istenmeyen gebelik sonuçlarına yol açmaktadır (Rabiepoora ve ark., 2018).

Pais ve Pai (2018) yaptıkları bir sistematik derlemede artan anne stresinin doğumdaki gebelik yaşı, aile geliri, prematürite ve erken doğum ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bazı çalışmalarda, düşük gebelik haftası, planlanmamış gebelik durumu ve gebenin eşinin istihdam durumunun, gebe kadınlarda algılanan stres ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Engidaw ve ark., 2019; Vijayaselvi ve ark., 2015).

2.2. Korku

Korku genellikle bireyin korunması için gerekli olan olağan ve fizyolojik bir reaksiyondur (Scollato ve Lampasona, 2013). Bu insani reaksiyon kişileri tehlikeli bir durum karşısında uyardırmaya ve kendisini savunmasına yönelik uygun davranışı sergilemesine neden olur. Kişilerin stresli ve beklenmedik durumlar ile baş edebilmesi ve gerekli önlemleri almasını sağlayan, doğal ve evrensel bir duygu durumudur (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Korku, kişinin günlük yaşamında var olan, bununla birlikte günlük yaşama müdahale etmeye başladığı zaman önemli bir sorun olarak değerlendirilmesi gereken bir duygu durumudur. Korku aynı zamanda gebelik ve doğum süreci için olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu süreçte kadınların bazıları doğuma ilişkin belirsizlikler nedeniyle gebelik sürecini ve doğum sürecini korku içinde geçirebilirler. Bu durum maternal ve neonatal komplikasyonların gelişmesine yol açabilir (Çiçek ve Mete, 2015).

Korku zihinsel ve fiziksel unsurları içerir. Duyguların oluşumu ve dışa vurumu hipotalamus ve limbik sistem ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Limbik sistemin yapısında bulunan amigdala, korkunun öğrenilmesinde temel rol oynar. Amigdala çekirdekleri, korku ile ilişkili anıların kodlanmasını sağlar. Hipotalamus ise korku ile ilgili uyarılar aldığı anda Korticotropin Releasing Hormon (CRH) salgılar. CRH, pitüiter bezden Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) salınımını sağlar ve ACTH'nin artmasına neden olur. ACTH, adrenal korteksi uyararak kortizol hormonunun salınımını sağlar. Kortizolun etkisi ile sempatik sinir istemi aktive olur ve vücudun savunma

mekanizmasını çalıştırır. Sempatik sinir sisteminin etkinleşmesi vücutta bir takım değişikliklerin oluşmasına neden olur. Gözler büyür, solunum hızı ve sayısı artar, kalp atışları hızlanır. Vazokontrüksiyon meydana gelir ve organların kanlanması azalar. Korku ile ilişkili diğer yapı ise prefrontal kortektir. Prefrontal korteks tehlike anında oluşan durumu değerlendirir ve kaçma, uzak durma, kendini koruma gibi öğrenilmiş korku davranışlarının sergilenmesini sağlar (Serçekuş, 2011).

2.2.1. Korkunun Gebelik ve Doğum Sürecine Etkisi

Gebelik çoğu kadın için güzel bir deneyim olmak yerine, bazen endişe verici ve korkutucu bir olay haline gelebilir. Bu durum tanı ve tedavi edilmesi gereken bir bozukluktur. Kadınların bir kısmı bu korku ile kendi çabaları, sosyal destek veya tıbbi yardım ile baş edebilirken, bir kısmı bu korku ile baş edemez ve korku patolojik bir boyut kazanabilir. Oluşan bu duruma tokofobi denir (Bhatia ve Jhanjee, 2012).

“Tokofobi” terimi tıbbi bir durum olarak tanımlanmış ve 2000 yılında Hofberg ve Brockington tarafından ilk kez kullanılmıştır. Heuvel tarafından 2008 yılında, bazı kadınların umutsuzca bir bebek istemesine rağmen, gebelikten ve doğumdan korkmaları, sonuç olarak doğumdan kaçınmalarıyla sonuçlanan yoğun bir kaygı durumu olarak tanımlanmıştır (Alessandra ve Roberta, 2013). Tokofobi, birincil tokofobi ve ikincil tokofobi olarak sınıflandırılmaktadır. Birincil tokofobi, daha önce gebelik deneyimi olmayan bir kadında bulunan doğum korkusudur. Doğum korkusu ergenlik döneminde veya erken yetişkinlikte başlayabilir. İkincil tokofobi, önceki gebelikte travmatik obstetrik olaydan sonra gelişen doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır (Bhatia ve Jhanjee, 2012).

Tokofobi etiyolojisi multifaktöriyeldir ve anksiyete veya depresyona yatkınlık, diğer psikiyatrik bozukluklar, cinsel veya fiziksel istismar geçmişi, travmatik jinekolojik muayene ve doğuştan gelen travmatik deneyimler gibi hazırlayıcı nedenler ile ilişkilendirilebilir (Demšar ve ark., 2017). Aynı zamanda geçmiş doğum deneyimi ile ilgili endişe, doğum sancısı ve doğum hakkındaki efsaneler tokofobiye neden olabilen diğer faktörler arasındadır (Anniverno ve ark., 2013).

Tokofobi, dramatik sonuçlara yol açabileceğinden, göz ardı edilmemesi gereken bir konudur. Bazı durumlarda patolojik doğum korkusu yaşayan kadınlar, bu korku ile başa çıkamayacağı inancını oluşturur ve bu durum kadınların bir bebek

istememesine rağmen gebeliği sona erdirmesine neden olabilir. Çoğu kadın, doğum korkusu nedeniyle başka bir medikal neden olmaksızın ve ameliyatın risklerine rağmen, sezaryen ile doğumu tercih edebilirler. Ayrıca, doğum korkusu çok yoğun ve patolojik olan bazı kadınlar, benimsedikleri biyolojik annelikten vazgeçmeyi tercih edebilir ve bu durumdan tamamen kurtulmak için sterilizasyon gibi geri dönüşümsüz aile planlaması yöntemlerine başvurabilirler (Alessandra ve Roberta, 2013).

Korku, uterusu hormonal seviyede değişikliklere neden olmakta ve bu değişikliklerin sonucunda obstetrik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Doğum öncesinde yaşanan korkular, doğum süresince endişe ve ağrı, acil sezaryen ve postpartum dönemde de abartılı duygudurum bozuklukları ile karşı karşıya kalma riskini arttırmaktadır (Kitapçioğlu ve ark., 2008).

Doğum sürecinde korkunun oluşması ile savunma sistemi etkinleşir ve stres hormonları salgılanır. Doğum sırasındaki stres, anksiyete ve korku, gerginliğe ve katekolamin sentezine yol açarak ağrının şiddetini artırır. Katekolaminlerin artması ile uterusu ve plasentaya giden kan akımı azalır. Aynı zamanda, tehlike anında yalnızca bedenin savunma sisteminde bulunan organlara kan giderken, diğer organlara kan akımı azalır. Uterus bu savunma sisteminin dışında kalmaktadır. Uterusa giden kan akımı azalır, dolayısıyla oksijen seviyesi azalır. Bu süreçte, oksitosin hormonu baskılanır ve adrenalin seviyesi artar. Sonuçta uterus kontraksiyonlarının etkinliği azalır ve düzensiz kontraksiyonlar meydana gelir, doğum eylemi uzar ve birey daha fazla ağrı duyar. Ağrının artmasına katkıda bulunan bir diğer faktör ise endorfindir. Anksiyete ve korku endorfin salınımını baskılar ve kadının daha fazla ağrı yaşamasına neden olur (Serçekuş, 2011; Taşkın, 2016; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2016; Mete, 2013). Endorfin korkunun artması dolayısıyla doğumun uzamasına, maternal kan basıncında artışa ve toksemiye neden olabilir. Adams ve arkadaşları (2012), doğum korkusu olan kadınların, diğer kadınlara göre doğum süresinin daha uzun (1 saat 32 dakika) olduğunu belirtmiştir. Korku ayrıca, uterus arteriyel basıncında artışa, Apgar skorlarında düşmeye ve bebeklerde doğumun uzun sürmesine bağlı asfiksinin artması nedeniyle, pre-term veya post-term doğuma neden olabilir (Sen ve ark., 2015).

Doğum korkusu hafif, orta, şiddetli ve klinik düzeyde olabilir (Çiçek ve Mete, 2015). Kjærgaard ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada kadınların %10'nun şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. Benzer şekilde Adams ve arkadaşlarının (2012) Norveç'te yaptıkları çalışmada kadınların %7.5'i şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını bildirilmiştir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada gebe kadınların yaklaşık %25'inin doğum korkusunun olduğu belirlenmiştir (Toohill ve ark., 2014a). Bazı araştırma sonuçlarına göre kadınların yaklaşık %23.6'sı hafif düzeyde (Bülbül ve ark., 2016), %29.4'ü orta düzeyde (Bülbül ve ark., 2016), %10-%38.8'i şiddetli düzeyde (Kjærgaard ve ark., 2008; Fenwick ve ark., 2013; Bülbül ve ark., 2016), %7.5-%8.2'si klinik düzeyde (Adams v ark., 2012; Nordeng ve ark., 2012; Bülbül ve ark., 2016) doğum korkusu yaşadığını bildirmişlerdir. Türkiye'nin İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada, kadınlarda doğum korkusu yaygınlığı %75 oranında klinik düzeyde bulunmuş, Siirt ili örnekleminde ise kadınların %60'ının şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (Okumus ve Sahin, 2017).

2.2.2. Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler

Doğum yapma korkusunun artan prevalansı ile ilişkili faktörleri sosyo-demografik, obstetrik ve piko-sosyal ve diğer faktörler olarak üç başlık altında incelenebilir (El-Aziz ve ark., 2017; Güleç ve ark., 2014; Rouhe ve ark., 2011; 2009).

2.2.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Doğum Korkusuna Etkisi

Yaş ve sosyo-ekonomik düzey gibi faktörler, kadınların doğum korkularının gelişiminde önemli bir rol oynayabilir (Toohill ve ark., 2014a). Genç maternal yaşın kadınların doğum korku düzeyini önemli derece arttırdığını bildirilen çalışmalar olmakla birlikte (Gao ve ark., 2015), ileri maternal yaşın da kadınların doğum korkularını arttırdığına (Şahin ve ark., 2009) veya maternal yaşın bir etkisi olmadığını belirten çalışma sonuçları da mevcuttur (Rouhe ve ark., 2009).

Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, gebelik ve doğum sırasında anksiyeteye yatkınlığı artırır. Eşleri ve kendileri çalışmayan kadınların gebelikle ilgili kaygılarını bildirme olasılığı daha yüksektir (Klabbers ve ark., 2016). Sosyoekonomik kaygıların doğum korkusunu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir

(Toohill ve ark., 2014a). Yılmaz (2017), gelir durumu kötü olan kadınların gebelikte ve doğum sonrası dönemde gelir durumu iyi olan kadınlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadıklarını saptamıştır. Benzer şekilde başka bir araştırmada, gelir durumu iyi olan kadınların doğum korkusu düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Güleç ve ark., 2014).

2.2.2.2. Obstetrik Özelliklerin Doğum Korkusuna Etkisi

Gebelik Haftası

Gebelik haftası arttıkça, doğum zamanının yaklaşması ile ilişkili olarak doğum korkusunun kadınlarda giderek arttığı bilinmektedir (Aksoy, 2015). Doğum korkusu, gebeliğin son trimesterinde baskın bir hale gelebilir ve bu durum doğum eylemini zorlaştırır ve uzatır (Størksen ve ark, 2015). Nekoe ve Zarei (2015) çalışmasında 37-42 gebelik haftasında olan kadınların en yüksek anksiyete puanına sahip olduğunu, en az anksiyete puanının 29-32 haftalar arasında olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Adams ve arkadaşları (2012) çalışmasında doğum korkusu olan kadınlarda doğum sürelerinin, böyle bir korkuya sahip olmayan kadınlara göre daha uzun olduğunu bildirmişlerdir.

Parite

Doğum korkusuna neden olan bir diğer faktör paritedir. Kadınların daha önce doğum deneyimlemiş olmasının doğum korkusunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015; Çiçek ve Mete, 2015). Nullipar kadınlar doğuma ilişkin bilinmeyenden, yani acıdan ve kontrol kaybından korkarlar. Daha önce doğum yapmış kadınlarda ise, korku önceki deneyimlerinden kaynaklanır (Rouhe ve ark., 2009). Alehagen ve arkadaşları (2001) çalışmasında primipar kadınların, multipar kadınlara göre doğum sırasında daha fazla korku yaşadıklarını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada primipar kadınların doğum eylemi multiparlara göre daha uzun sürdüğü belirlenmiştir. Başka bir çalışmada gebelik sayısı ile doğum korkusu arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Şahin ve ark., 2009).

Olumsuz Doğum Deneyimleri

Doğum deneyimi olumsuz olan multipar kadınlarda, doğum korkusu yaşama daha fazla görülmektedir (Kjærgaard ve ark., 2008). Olumsuz bir doğum deneyimi, rahatsız edici olabilir, ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir ve sonraki doğumlarda korkuya neden olabilir (Størksen ve ark., 2013). Nilsson ve arkadaşları (2012), negatif doğum deneyimi ile doğum korkusu arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Gebe kadınların güvenilir kaynaklar tarafından yeterli seviyede bilgilendirilmesi doğum eyleminin daha sağlıklı bir şekilde sürdürülmesine yardımcı olmaktadır (Bülbül ve ark., 2016). Körükcü ve arkadaşları (2017), gebelik sürecinde doğuma ilişkin bilgi alma durumunun doğum korkusunu azaltmadığını, benzer şekilde bir diğer çalışmada doğuma ilişkin bilgi eksiklikleri ya da doğumla ilgili aşırı bilgilendirmenin doğum korkusuna yol açtığını belirtmektedir. Sen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kadınların %24.1'i olumsuz doğum deneyimlerini başkalarından duyduğu ve bu kadınların %69.7'si bu deneyimlerden olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. Niteliksel bir çalışmada, katılımcıların çoğu arkadaşları ve aileleri tarafından bildirilen doğum ve sağlık personeli hakkında olumsuz hikayeler, medyada doğum hakkında duydukları olumsuz bilgiler ve televizyonda gördükleri olumsuz doğum görüntülerinden dolayı korkularının arttığını belirtmişlerdir (Sercekus ve Okumus, 2009). Aynı zamanda kadınların geçmiş olumsuz doğum hikayeleri de doğum korkusunun ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Yılmaz (2017) çalışmasında, doğum sürecinde epizyotomi ve oksitosin uygulamasına maruz kalan kadınların daha çok doğum korkusu yaşadığını bildirmiştir. Bir diğer çalışmada, doğum korkusu ile negatif doğum deneyimi arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Størksen ve ark., 2013).

Doğum Ağrısı

Kadınların doğumdan korkmasının en yaygın nedenlerinden biri olan ağrı korkusu, düşük ağrı toleransına sahip olan kadınlarda doğum korkusunun başlıca nedenlerinden biridir. Ağrı yaşama korkusu, kadınların doğum ağrısından kurtulmak için sezaryen ile doğumu tercih etmelerine neden olabilmektedir (Klabbers ve ark., 2016; Guszowska, 2014). Doğum ağrısı, daha fazla veya daha az invazif

girişimlerle azaltılabilir (Guszkowska, 2014). Bu girişimler içerisinde ağrısız doğum yöntemleri son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Ağrısız doğum yöntemleri arasında farmakolojik (bölgesel anestezi, paraservikal blok, pudendal blok ve sistemik analjezi gibi) ve psikofilaktik yöntem, hipnoz ve akupunktur gibi farmakolojik olmayan yöntemler yer alır (Aksoy ve ark., 2014). Ağrısız doğum yöntemlerinin tercih edilmesi, kadınların doğum sırasında memnuniyetini arttırmakta ve kadınların doğuma ilişkin korkularının azaltılmasına olanak sağlamaktadır (Kamali ve ark., 2018). Aksoy ve arkadaşları (2014) ağrısız doğum yöntemleri hakkında bilgi sahibi olan gebe kadınlarda bu konu hakkında bilgisi olmayanlara göre doğum korkusu sıklığının daha düşük olduğunu bulmuştur.

Literatürde doğum korkusu ile ilişkili olarak sıklıkla bahsedilen korku, doğum ağrısıdır (Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Sercekus ve Okumus, 2009). Niteliksel bir çalışmada, gebe kadınların ağrı ile ilişkili olarak korkularını *“Bu benim en büyük korkum. Her zaman korkum var. Çok ağrı çekersem ne yapacağım.”*, *“Doğum ağrısı en korkunç şeydir”* şeklinde belirtmişlerdir (Sercekus ve Okumus, 2009).

Bebek Sağlığı

Doğum korkusunu etkileyen bir diğer etmen ise bebek sağlığı hakkındaki belirsizliklerdir. Geissbuehler ve Eberhard'ın (2002) 8000 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların doğum korkusu ile ilişkili olarak yarısının (%50) en fazla bebeklerinin sağlığı için doğum korkusu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Sercekus ve Okumus'un (2009) yaptıkları bir kalitatif çalışmada, bazı kadınların doğum sırasında komplikasyon gelişmesiyle bebeklerinin incinmesinden veya ölmesinden korktuklarını bildirmişlerdir.

Gebelik sırasında anksiyete ve stres yaşamak, hem anne hem de bebeği, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişim geriliği, düşük ve erken doğum dahil olmak üzere birçok fizyolojik sonuçlara ve doğum sonrası depresyon, yeni doğanla zayıf bağlanma gibi psikolojik riske maruz bırakabilir (Grote ve ark., 2010). Staneva ve arkadaşları (2015) çalışmasında gebelik stresinin düşük ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Doğum sonrası dönemde doğum korkusunun olumsuz sonuçları, annelik rolüne uyumda gecikme, emzirmede gecikme ve bebeğe bağlanmada gecikmeye neden olmaktadır (Lazoglu, 2014).

2.2.2.3. Psikososyal Faktörlerin Doğum Korkusuna Etkisi

Sağlık Profesyonellerinin Tutumu

Doğum sürecinde sağlık personellerinden istenilen düzeyde destek alınamaması, kadınlarda doğum korkusunu arttıran faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Aksoy, 2015). Ayrıca doğum korkusu gebeler ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin daha zayıf olmasına neden olabilir. Dolayısıyla zayıf iletişim, klinik kararları olumsuz etkileyebilir ve gerekli obstetrik müdahaleleri geciktirebilir (Adams ve ark., 2012). Yılmaz (2017) çalışmasında sağlık personeli tutumunun kendi beklentileri ile uyumlu olmayan ve sosyal desteğe ihtiyaç duyan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığını saptanmıştır.

Doğum korkusu yaşayan kadının dikkati dağılabilir, tehdide neden olan faktöre odaklanabilir ve kaygısı artabilir. Bu durum, gebelik sırasında kadınları olumsuz bir ruh haline sokar ve doğumu başarıyla tamamlayamama düşüncesine yol açabilir. Bu döngü olumsuz doğum sonuçların gerçekleşmesine neden olabilir ve doğum sırasında birçok komplikasyona yol açabilir (Koroglu ve ark., 2017). Hildingsson ve arkadaşları (2019), doğum ve doğum sırasında tanınan bir ebe ile birlikte olmanın doğum korkusu yaşayan kadınların doğum deneyimi ve onların acı algısı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu, ancak doğumun başlangıcı veya doğum şekli arasında bir fark olmadığını bildirmiştir. Bununla birlikte, ebelerden bakım alan kadınlar; bilgi, karar verme sürecine katılım ve kontrol algısı konularında daha iyi bakım gördüğünü bildirmişlerdir.

Sosyal Destek Düzeyi

Destekleyici bir ilişkinin, insanların sağlığını yükseltme, sağlık problemlerinin oluşumunu engelleme, stresin olumsuz etkilerine karşı korunma ve bu problemlerle baş etme becerilerinin güçlendirilmesinde önemli bir yeri vardır. Bu durum gebelik dönemi için de geçerlidir. Sosyal çevreden alınan destek, kadının gebelik deneyimini olumlu bir şekilde etkiler. Buna karşın sosyal desteğini yetersiz gören kadınlar ise, bu gebelik ve doğum süreci deneyimini negatif algılayabilir (Taşkın, 2016).

Gebelerin, gebelik sırasında algıladıkları sosyal destek, doğum deneyiminin olumsuz klinik yönlerini azaltarak, hem doğrudan hem de dolaylı olarak doğum

sonrası depresyona karşı bir koruma faktörü olarak önemli bir rol oynamaktadır (Tani ve Castagna, 2017). Racinea ve arkadaşları (2019) çalışmasında gebelikte eş ve arkadaş desteği alması gebelikte ve doğum sonrası dönemde stres ve anksiyete gibi ruh sağlığı zorluklarını azaltmak için güçlü bir faktör olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada perinatal dönemde bireysel stres ve endişe artışları yaşayan kadınların, arkadaş ve aile desteğinde azalma yaşama riski altında olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada olumlu sosyal desteği olan kadınlar, olumsuz sosyal desteği olan kadınlardan önemli ölçüde daha az strese sahip olduğu bildirilmiştir (Iranzad ve ark., 2014).

Sosyal destek ve gebelik sağlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrasında sosyal destek ve sağlıklı davranışlar fetal ve maternal sağlık sonuçlarına olumlu etki eder (Abdollahpou ve ark., 2015). Gebelerin partnerleri ile yaşamalarından memnun olmamaları, gebelik ile ilgili endişe duymasına ve doğum korkusunun gelişimine katkıda bulunabilir (Klabbers ve ark., 2016). Güleç ve arkadaşları (2014) gebelerin sosyal destek düzeyi arttıkça, doğum korkularının azaldığını saptamıştır. Azimi ve arkadaşları (2018), algılanan sosyal destek puanı ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada en güçlü sosyal destek kaynağının aile desteği olduğu bulunmuş ve eşin desteğinin gebelik sırasında benlik saygısı ve güvenlik hissi yaratan önemli bir kaynak olduğu belirtilmiştir. Elsenbruch ve arkadaşları (2007), gebelik sırasında eşin sosyal desteğinin, kadının doğum deneyimi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu bildirmiştir. Sercekus ve Okumus'un (2009) 19 nullipar kadın ile yaptıkları kalitatif bir çalışmada, gebelerin çoğunun sağlık personellerinin tutumundan korktukları, bir kısmının ise doğum sırasında bağırıktan ve hata yapmaktan korktuklarını ve yeterli desteğe sahip olmayacaklarına inandıkları belirlenmiştir (Güleç ve ark., 2014).

Şiddet

Kadınlar gebelik sürecinde şiddete maruz kalma ile ilişkili olarak risk altındadırlar. Moghaddam Hossieni ve arkadaşları (2017) çalışmasında şiddete maruz kalan tüm gebe kadınların doğum korkusunu daha yoğun yaşadıklarını, doğum korkusu yaşama düzeylerinin %61.5 olduğunu bulmuştur. Eberhard-Gran ve

arkadaşları (2008), yetişkinlik döneminde cinsel istismara maruz kalan kadınların doğum sırasında aşırı bir korku riski taşıdıklarını bildirmiştir. Norveç'te yapılan bir araştırmada, çocuklukta fiziksel veya cinsel şiddet gören kadınların, şiddet görmeyen kadınlara kıyasla doğum korkusunun önemli derecede daha yüksek olduğunu ve kadınların doğum şeklini tercih etme durumlarını etkilediği bulunmuştur (Heimstad ve ark., 2006). Başka bir çalışmada, şiddetli fiziksel şiddete maruz kalan kadınların doğumdan sonra, daha önce hiç şiddet yaşamamış kadınlara kıyasla doğum korkusunun daha şiddetli olduğunu bildirmişlerdir (Schroll ve ark., 2011).

Doğum korkusunun gelişimi için diğer önemli risk faktörleri; genel anksiyete ve depresyon gibi psikolojik arka plan faktörleri ve geçmiş çocukluk deneyimleridir. Bu faktörler kadınların daha fazla doğum korkusuna maruz kalmalarına neden olabilmektedir (Kjærgaard ve ark., 2008).

2.2.3. Doğum Korkusunun Sonuçları

Gebelik ve Doğuma İlişkin Genel Sorunlar

Doğum korkusu gebe kalma, gebelik ve doğum sürecini birçok yönden etkileyebilmekte, olumsuz sonuçlara zemin hazırlamakta, gebe kadınların gebe kalmaktan kaçınmalarına, istenmeyen gebeliklere ve gebeliği sonlandırmalarına neden olabilmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Şiddetli doğum korkusu yaşayan kadınlar, hipertansiyon, preeklampsi, erken doğum, acil sezaryen, doğum sırasında fazla analjezik kullanımı ve uzamış doğum dahil olmak üzere çeşitli olumsuz durumlar için risk altındadırlar. Yenidoğanlar, düşük doğum ağırlığı ve davranışsal ve emosyonel problemler ile karşılaşabilirler (Klabbers ve ark., 2014; Adams ve ark., 2012). Ayrıca, doğum korkusunun postpartum dönemde travma sonrası stres bozukluğu, emzirme ile ilgili zorluklar ve bağlanma ile ilişkili bozukluklar da dahil olmak üzere olumsuz psikolojik sonuçları olabilir (Guszkowska, 2014).

Doğum korkusunun depresyon, anksiyete ve panik bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Rouhe ve ark., 2011). Doğum korkusu, gebelik sürecinde kadınların mental sağlığını ve iyilik halini olumsuz yönde etkileyerek emosyonel bir stres faktörü haline gelir. Bu durum gebelikte kan

basıncının yükselmesine ve erken doğum tehlikesine neden olabilir. Ayrıca kadının gebelik sırasında yaşadığı korku, yetersiz anne-bebek etkileşimi ile ilişkilendirilir (Aksoy, 2015).

Doğum korkusu ağrı ve stres faktörleri ile birleştiklerinde doğum sürecinde annenin daha fazla korkmasına neden olarak fetüsün kalp atımını ve kan dolaşımını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle doğum sürecinde yaşanan ağrı ve stres faktörleri ile baş etme mekanizmalarını oluşturmak oldukça önemlidir (Mete, 2013). Kadınların doğum öncesi ve sonrasındaki doğum korkularına ilişkin düşüncelerinin karşılaştırıldığı çalışmada, kadınların doğum öncesi ve sonrasında doğum sancıları sırasında korku, doğumun aşırı ağrılı olması, doğum sürecinde yalnız kalma, gergin ve panik olma gibi benzer düşünce ve beklentilere sahip olduklarını saptamıştır (Güneysu, 2016).

Doğum Şeklini Tercih Etme

Doğuma ilişkin korkular kadınların doğum şeklini tercih etme durumlarını etkileyebilmektedir. Bu durum hem kadın hem de bebek sağlığı için dezavantajlara ve komplikasyonlara yol açmasına karşın, genellikle sezaryen doğumun seçilmesiyle sonuçlanmakta, yüksek oranda sezaryen doğuma neden olmaktadır (Toohill ve ark., 2014b; El-Aziz ve ark., 2017).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre tüm doğumların %52'si sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen ile gerçekleşen doğumların %38'inde sezaryen kararı, doğum sancuları başlamadan önce verilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Dünya Sağlık Örgütü, istenilen sezaryen oranının toplum düzeyinde %10 ila %15 arasında olması gerektiğini bildirmektedir (WHO, 2015). Doğum korkusu genel olarak ağrı korkusuyla güçlü bir şekilde ilişkilidir ve olumsuz doğum öyküsü kadınlar arasında sezaryen doğumu talep etmelerine yol açan bir etkidir (Saisto ve Halmesmäki, 2003). Sydsjö ve arkadaşları (2012), vajinal doğum planlayan ve gebelikte doğum korkusu olan kadınların acil sezaryen ile daha sık doğum yaptıklarını ve doğum korkusu olan multipar kadınlar arasında sezaryen doğumun daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Bülbül ve arkadaşları (2016), gebelerin %28.6'sının doğum korkusundan dolayı sezaryen doğum şeklini tercih ettiklerini bildirilmişlerdir. Benzer şekilde başka

araştırmalarda, doğum korkusunun kadınların sezaryen doğum şeklini tercih etmelerine neden olduğu bildirilmektedir (Handelzalts ve ark., 2017; El-Aziz ve ark., 2017).

Daha önceki olumsuz doğum deneyimleri, aynı zamanda, gebe kadınların sezaryen yöntemini tercih etmelerine neden olan yaygın faktörlerden biridir (Störksen ve ark., 2013). Hem elektif hem de acil sezaryen ile doğum sayısını azaltmak için, kadınların doğum korkusunun uygun şekilde tedavi edilmesi çok önemlidir (Rouhe ve ark., 2013).

Doğum Korkusu ile Baş Etme

Kritik bir dönem olan gebelik ve doğum süreci, gebelerin doğum korkusunu yaşaması ile daha önemli bir süreç olmaya başlar. Gebelerin bu sürece ilişkin bilgi alma ihtiyacı giderek artmaktadır (Mete ve ark., 2017). Doğum için ebeveynleri hazırlayacak doğum öncesi eğitime, çok sayıda gebe katılmaktadır. Ancak, bu tür eğitimlerin gebelerin kaygı düzeyine, doğumda kontrol duygusuna, doğum sırasında ağrı deneyimi ve doğum desteği üzerindeki etkileri halen tümüyle bilinmemektedir (Kjærgaard ve ark., 2008). Doğum korkusu yaşayan kadınlar için doğum öncesi görüşmeler, doğuma bağlı anksiyete ve sezaryen oranlarının azaltılmasında ve doğuma hazırlıklı olmada önemli bir yere sahiptir. Dünyanın birçok yerinde doğum öncesi eğitim, gebelik, doğum ve ebeveynlik için çiftlerin hazırlanmasında önemli bir rol oynar. Birçok gelişmiş ülkede standart eğitim programları olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerin bazılarında örgün eğitim programları ile doğum öncesi hazırlanma sağlanamamakta ve doğuma ilişkin bilgi annelerden kızlarına aktarılmaktadır (Sen ve ark., 2015). Mete ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerin doğuma hazır oluř durumlarının eğitim öncesine göre arttığını, ancak doğum korkuları üzerine bir etkisi olmadığını saptamıştır. Buna karşın, Subaşı ve arkadaşlarının (2013) gebeler ile yaptıkları çalışmada doğum öncesi verilen eğitimin, üçüncü trimesterdaki gebelerde doğum ile ilgili olumsuz düşüncelerinin azalmasında etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Andaroon ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ebeler tarafından primipar kadınlara verilen bireysel danışmanlık programının gebelerde doğum korkusunu azalttığı belirlenmiştir. Doğum korkusu yaşayan nullipar kadınlar için internet tabanlı

bilişsel davranış terapi yöntemi (BDTY) uygulanan bir çalışmada, doğum korkusunun önemli ölçüde azaldığı ve BDTY'nin gebelik sırasında şiddetli doğum korkusunu tedavi edebileceği bildirilmiştir (Nieminen ve ark., 2016).

Bazı çalışmalarda kadınlarda psiko-eğitimin etkisi incelenmiş ve gebelik ve doğum sonrası dönemde ölçülen doğum korkusunda önemli düzeyde azalma olduğu bildirilmiştir (Toohill ve ark., 2014b; Rouhe ve ark., 2015). Rouhe ve arkadaşları (2015) tarafından, şiddetli doğum korkusu olan 371 İsveçli nullipar kadın ile yapılan bir çalışmada, psiko-eğitim grubu ile kontrol grubu arasında doğum korkuları ortalama puanlarında önemli bir fark olduğu gösterilmiştir. Randomize kontrollü bir çalışmada, şiddetli düzeyde doğum korkusuna sahip kadınlara verilen psiko-eğitim grup terapisinin, kontrol grubuna göre sezaryen doğum şeklini azaltmada daha etkili olduğu ve tatmin edici doğum deneyimi açısından olumlu etkilendiği saptanmıştır (Rouhe ve ark., 2013). Ayrıca, Avustralya'da yapılan bir pilot çalışmada, farkındalık temelli doğum eğitiminin yeni bir doğum eğitimi modeli olarak etkisi incelenmiştir. Dikkat, iletişim ve karar verme becerilerinden oluşan bu model, doğum korkusunun azaltılması için önemli ve etkili bir müdahale yöntemi olduğunu görülmüştür (Byrne ve ark., 2014).

Doğum korkusu ile başetmede kullanılan yöntemlerden biri de hipnozdur. Hipnoz yönteminin, endorfin salınımını arttırarak doğum sürecinde analjezik kullanım ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir (Cyna ve ark., 2006). Ağrı ile başetmede hipnozun kullanıldığı yöntemlerden biri de "HypnoBirthing"tir. Ülkemizde sık kullanılan bir yöntem olmasa da Amerika'da HypnoBirthing Enstitüsü, dünyada birçok eğitimciler yetiştirmektedir. HypnoBirthing, derin gevşeme ve hipnozun kullanıldığı, gebelikte kadınların doğum korkuları ile baş etmesi ve doğuma ilişkin düşüncelerini ve güdülerini keşfetmesi üzerine kurulan bir metottur (Serçekuş, 2011). Hipnoz ile kadının gebelik sürecini ve doğumunu rahat bir şekilde geçirmesi hedef alınır ve doğuma ilişkin korkularının yerini pozitif düşüncelerin alması amaçlanır. Bu yöntemin uygulanmasıyla kadınların doğuma ilişkin korkularının giderilmesi, gebelik sürecini doğum korkusu olmaksızın rahat bir şekilde geçirmesi sağlanabilir (Gökçe-İşbir ve Okumuş, 2011).

Werner ve arkadaşları (2013), antenatal dönemde hipnoz eğitimi verilen, çeşitli gevşeme yöntemleri eğitimi ve sıradan doğum öncesi bakımı alan kadınların doğum deneyimlerini karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda, hipnoz grubundaki gebelerin, diğer iki gruba kıyasla doğumlarını daha iyi deneyimledikleri bildirilmiştir. Benzer bir çalışmada hipnoz yöntemi uygulanan gebelerin kontrol grubundakilere göre doğum eylemlerini daha az şiddetli olarak değerlendirmiştir (Cyna ve ark., 2006). Kalitatif bir çalışmada, kadınlar doğum sırasında hipnoz ile ilgili duyguları; rahatlama hissi, kendine güven, memnuniyet, doğum ağrısının olmaması, doğal doğum korkusunda azalma, yorgunluğun olmaması, endişenin olmaması şeklinde ifade etmişlerdir. Aynı zamanda artan konsantrasyon ile uterus ve servikal kas üzerinde, doğumun tüm aşamaları hakkında farkındalıklarının arttığını ve olumlu düşüncelere sahip olduklarını ifade etmişlerdir (Abbasi ve ark., 2009). Klappers ve arkadaşları (2019) benzer bir yöntem olan haptoterapinin uygulandığı gruptaki kadınların doğum korkularında önemli bir azalma bulmuştur. Haptoterapide, dokunma yoluyla hastalar duygularıyla bağlantı kurmayı öğrenirler ve oradan hastalıklarıyla, kendileriyle ve çevrelerindeki dünyayla daha iyi bir şekilde nasıl başa çıkacaklarını öğrenirler (Van den Berg ve ark., 2006). Haptoterapi egzersizleri, kadının gebelik algısında bir değişiklik yaratmak ve gebelik ve doğum konusunda daha olumlu bir tutum geliştirmek için tasarlanmıştır. Ek olarak, haptoterapi yoluyla, gebe kadın yaklaşan doğum süreci için hazırlığını artırabilir, bu da doğum korkusunun azalmasıyla sonuçlanır (Klappers ve ark., 2014).

Doğum korkusu ile baş etmede uygulanabilecek bir diğer yöntem Lamaze felsefesine dayalı doğumdur. Lamaze metodu doğum sürecini doğal bir durum olarak kabul ettirmek ve doğum algısını olumlu yönde değiştirmek üzerine kurulmuş bir felsefedir. Bu yöntemde göre, kadın doğum eyleminde ağrı ve korkuya karşı şartlı cevabı durdurabilir ve yerine pozitif düşünceler koyabilir. Lamaze felsefesi, doğum algısını pozitif yönde değiştirerek, gereksiz tıbbi girişimler olmaksızın doğumun kendi kendine başlamasını esas alır (Demirsoy ve Aksu, 2015). Coşar ve Demirci (2012), Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum sürecinde destek verilen kadınların kontrol grubuna göre doğum süreçlerinin daha iyi geçtiğini ve doğum algısının daha olumlu olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada kadınların travayın aktif fazında gösterdikleri duygusal davranışlar incelenmiş,

Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınlar kontrol grubundaki kadınlara göre daha az korku ifadesi ve huzursuzluk davranışları göstermiştir.

Doğum korkusu ile baş etmek için fiziksel egzersizin etkisi tartışılmaktadır. Fiziksel egzersizin hem durumluk ve sürekli kaygıyı hem de doğum korkusunu azaltabileceği düşünülmektedir. Bireyin nefes almayı kontrol etme yeteneği ve doğum ağrısı ile başetmek için gevşeme tekniklerini bilmesi doğum ağrısının kontrol edilebilmesine katkı sağlar. Böylece doğum korkusu da azalır (Serçekuş, 2011; Guskowska, 2014). Bir araştırmada gebeler için hazırlanan egzersiz programına katılan kadınlarda doğum korkusunun önemli ölçüde azaldığı, ancak geleneksel doğum sınıflarına devam eden kadınlarda doğum korkusunun azalmadığı saptanmıştır (Guskowska, 2014).

Gebelikte Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi

Gebeler, yaklaşan doğumla birlikte beklenen strese sahip olsa da, bazı kadınlar özellikle doğum korkusu yaşamaktadır. Kadınların bir kısmında sıkıntı o kadar şiddetli görülmekle birlikte gebelerin günlük yaşamları olumsuz etkilenmekte, zihinsel, fiziksel refahlarını ve kişilerarası ilişkilerini de etkilemektedir (Adams ve ark., 2012; Lukasse ve ark., 2014; Zar ve ark., 2002).

Doğum korkusu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir sonucu olabilir. Gebelik döneminde bireyin finansal problemleri, aile içindeki sorumlulukları ve doğuma yönelik kaygıları gibi stres faktörlerinin varlığı, önceki obstetrik ve jinekolojik deneyimleri, doğum yapamama ve ağrı ile baş edememe korkusu ve çeşitli psikososyal faktörler doğum korkusuna yol açmaktadır (Cole-Lewis ve ark., 2014; Straub ve ark., 2014; Saisto and Halmesmäki, 2003). Özellikle üçüncü trimesterde şiddetli korku, doğum sırasında ağrı ve stres olasılığı konusunda kaygıya yol açar (Melender, 2002). Doğum korkusunun birincil nedeni çözülmezse sonuç olarak doğumun uzaması, anne ve bebek yorgunluğuna, gecikmiş laktasyona ve emzirme sıklığında azalmaya yol açar. Gebelerle yapılan bir çalışmada pretravmatik stres semptomlarının doğum korkusu semptomları ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır (Poggi ve ark., 2018). Başka bir çalışma da ise önceki doğumunda olumsuz deneyimlere sahip ikinci çocuklarına hamile olan gebelerin doğum korkusu, doğum

yapma yeteneklerine olan inançta azalma ve yalnızlık hissini geliştirdiği bulunmuştur (Nilsson ve ark., 2010).

2.3. Gebelikte Stres ve Doğum Korkusu İçin Hemşirelik Girişimleri

Gebeleri doğuma hazırlayan ve doğum sırasında onlara bakım veren sağlık profesyoneli için doğum korkusu önemli bir sorundur. Doğum korkusunu azaltmanın etkili yollarını bulma ihtiyacı, tıbbi endikasyonlar olmaksızın, artan sezaryen doğum sayısı nedeniyle gittikçe daha önemli hale gelmiştir (Guszkowska, 2014).

Doğum eyleminin yarattığı zorluklar nedeniyle birçok gebe kadında doğum kaygısı görülebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, bir kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde geçirebileceği duygusal değişikliklerin ve korkuların farkında olmalıdır. Hemşireler, kadınların yaşadıkları bu değişiklikleri ve korkuları azaltmak için, gebelik ve doğum sürecinde destek olmalı ve koçluk yapabilmelidirler (Egelioğlu-Çetişli ve ark., 2016).

Doğum korkusu şiddetli düzeyde ise, doğum eylemini olumsuz etkiler. Bu durum anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyecek durumların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle doğum öncesi ve doğumda hizmet sunan sağlık çalışanlarının doğum korkusunun nedenlerinin ve sonuçlarının farkında olmaları, bu durumla baş etme mekanizmalarını bilmeleri ve gerekli müdahaleleri yapmaları önemlidir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Doğum korkusu ve gebelik stresi ile ilgili olarak, hemşirelerin gebe kadınlara yapabilecekleri girişimler aşağıda belirtilmiştir (Fenwick ve ark., 2013; Çiçek ve Mete, 2015);

- Gebelik ve doğum sürecinde kadın ile terapötik iletişim kurmalı, kadını dinlemeli ve doğuma ilişkin bakış açısı öğrenilmelidir.
- Doğumla ilgili yanlış bilinenleri düzelterek netleştirmeli ve bilgi vermeli, soruları gerçekçi bir şekilde yanıtlamalı, bakış açısını anlamak için önemli konular hakkında sorular sormalıdır.
- Kadının önceki doğum deneyimleri ile güncel duygu ve davranışları birleştirip birleştirmediyini belirlemek için sorular sormalıdır.

• Kadını gebelikte doğum sürecine yeterli düzeyde bilgilendirmeli ve doğuma psikolojik olarak hazırlamalıdır.

• Doğuma ilişkin korkuların nedenlerini sorgulamalı, doğum korkularının nedenleri ve sonuçlarının farkına varmasını sağlamalı ve bu nedenler ile baş etmek için yol gösterici olmalıdır.

• Doğum korkusu ile başa çıkmada doğuma ilişkin olumsuz düşünceler yerine, pozitif düşünceleri benimsemesi için yardımcı olmalıdır.

• Doğum korkusu nedeniyle herhangi bir tıbbi neden olmaksızın sezaryen doğumu tercih eden kadınların, bu doğuma ilişkin risk faktörlerini ve komplikasyonları hakkında bilgilendirmeli ve normal doğum için cesaretlendirmelidir. Doğal doğumun nasıl daha olumlu bir sonuca yol açabileceğini gerçekçi bir şekilde açıklamalıdır.

• Mevcut sosyal destek kaynaklarını sorgulamalıdır. Mevcut desteğin yetersizliği durumunda ek duygusal destek alma yolları hakkında konuşmalıdır.

• Destekleyici gruplar, özel bilgi almak için bire bir danışmanlık, gevşeme teknikleri gibi potansiyel çözümleri araştırmaya ve karar vermek için kadınlar desteklenmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı–Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerinde yürütülmüştür. Hastane bünyesinde yedi adet gebe polikliniği bulunmaktadır. Hastanede ek olarak, gebe izlem birimi, NST odası, laktasyon birimi, gebe okulu mevcuttur. Gebe okulunda anne ve baba adaylarına gebelikte, doğumda ve doğum sonrası hazırlık eğitimi verilmektedir. Laktasyon biriminde emzirme konusunda annelere destek verilmektedir. Hastanenin 2017 verilerine göre, 979 normal doğum, 1154 sezaryen doğum olmuştur. Sezaryen doğumların 547'i primer sezaryen doğumdur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı- Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerine araştırmanın yapıldığı tarihlerde başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem ise, tam sayım tekniği kullanılarak araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan gebe kadınlar alınmıştır. Örneklem büyüklüğü bilinen evren formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için evrenin bilinmesi halinde kullanılan aşağıdaki formül kullanılarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, Körükçü ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında bulunduğu %41 doğum korkusu oranı incelenen olayın görülüş sıklığı olarak alınmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evren büyüklüğü (2133)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.41)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.59)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d:Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)
 $n:2133 \times 1.96^2 \times 0.41 \times 0.59 / 0.05^2 (2133-1) + 1.96^2 \times 0.41 \times 0.59 = 363 = 363$ gebe kadın çalışmanın örnekleme alınması gerektiği bulunmuştur.

Veri kayıpları göz önüne alınarak belirlenen örneklem sayısı olan 363'ün %10 fazlası alınarak **400** gebe kadın çalışma tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Evli olmak,
- 18-45 yaşları arasında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Gebeliğinin 28-40.haftasında olmak
- Sağlıklı bir fetusa sahip olmak
- Sözel iletişim kurabilmek
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek.

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Evli olmamak,
- 18-45 yaş aralığında olmamak
- Okur- yazar olmamak
- Riskli gebeliğe sahip olmak
- Daha önce sezaryen deneyimine sahip olmak
- Fetusta komplikasyon saptanmış olmak
- Sözel iletişim kuramamak
- Kronik hastalığı olmak
- Psikiyatrik bir sorunu bulunmak

3.3.3. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı Değişkenler: Doğum korkusu, gebelik stresi
- Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve gebelik ve doğumla ilgili özelliklerine ait değişkenler.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (**Ek-1**), Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36) (**Ek-2**) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu (**Ek-3**) ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formunda, kadınların sosyo-demografik özellikleri; yaşı, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, aile tipi, ekonomik durumu, en uzun süre yaşanan yer ile ilgili soruları içerir. Obstetrik özellikler ise; toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı ile ilgili soruları içerir. Aynı zamanda kişisel bilgi formunda kadınların doğum korkusu ilişkin algılarını belirlemeye yönelik sorular olmak üzere toplam 22 soru bulunmaktadır (Akın, 2018; Chen, 2015; Uçar ve Gölbaşı, 2015), (**Ek-1**).

3.4.2. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği

Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36), gebelerde gebeliğe bağlı stres faktörlerini tanımlamak için Chen (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Akın ve Erbil tarafından yapılmıştır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve beş alt boyutu vardır. GSDÖ-36'nın alt boyutları; "*Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından kaynaklanan stres*" (1.-9. maddeler); "*Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres*" (10.-18. maddeler); "*Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres*" (19.-26. maddeler); "*Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres*" (27-30. maddeler); "*Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres*"dir (31.-36. maddeler). Ölçekteki maddelerde, gebelerin yaşadığı endişe, sıkıntı ve kaygıların derecesi, "kesinlikle hayır", "hafif", "orta", "ciddi" veya "çok ciddi" şeklinde 5'li likert tipte cevaplanır ve

0'dan 4'e değişen puanlar verilir. GSDÖ-36'dan en az "0" puan, en fazla "144" puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça gebelerde stresin arttığı şeklinde yorumlanır. Ölçeğin geçerlik güvenilirliğinin yapıldığı özgün çalışmada, Cronbach alfa katsayısı; GSDÖ-36'nın tamamı için 0.92, alt boyutlar için sırasıyla 0.84, 0.86, 0.81, 0.83 ve 0.85 bulunmuştur (Akın ve Erbil, 2018). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı; GSDÖ-36'nın tamamı için 0.77, alt boyutlar için sırasıyla 0.66, 0.64, 0.73, 0.95, 0.77, ve 0.94 bulunmuştur (Ek-2).

3.4.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu

Gebelerin doğum eylemine ilişkin bilişsel değerlendirmesi ile kadınların duygu ve korkularını ölçmek için kullanılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ), Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından A ve B olmak üzere iki versiyonda geliştirilmiş bir ölçektir. A versiyonu, kadınların doğum öncesi beklentilerini sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir. A versiyonun Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 2012 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Araştırmada kullanılan W-DEQ A Ölçeği'nin yönergesinde göre 28.-40. gebelik haftasında olan gebelerin alınması gerektiği bildirilmiştir.

Doğuma ilişkin korkuları içeren toplam 33 maddeden oluşan altılı likert tipi ölçek, 0'dan 5'e puanlanır, 0: tamamen 5: hiç olarak yorumlanır. W-DEQ A'dan en düşük 0 puan en yüksek 165 puan alınabilmektedir. Ölçeğin bazı maddeleri ters kodlanmaktadır (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31). Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır.

W-DEQ A puanları düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ A puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu (W-DEQ A puanı 38-65 arasında olanlar), ileri derecede doğum korkusu (W-DEQ A skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu (W-DEQ A puanı ≥ 85), olmak üzere dört grupta derecelendirilir (Wijma ve ark., 1998). Körükçü ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, W-DEQ A Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir (Ek-3), bu çalışmada ise 0.94 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Kişisel Bilgi Formu, Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği ve Wijima Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu ön uygulaması 40 kadına yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Ön uygulama sonrasında değişikliğe gerek olmadığı için, toplanan veriler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışmanın verileri 10 Ocak 2019 - 28 Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler yazılı onam formunu imzaladıktan sonra, kişisel bilgi formu ve ölçekleri doldurmuşlardır. Veri toplama formlarının doldurulması 25 dakika kadar sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi bilgisayarda istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri içeren tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı kontrolünde Kurtosis ve Skewness katsayısı kullanılmıştır. Parametrik veriler için, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Nonparametrik veriler için Kruskal-Wallis testi ve Mann Whitney-U testleri kullanılmıştır. İki'den fazla grupta ortaya çıkan farklılıkları belirlemek için ileri analiz olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Ölçeklerden alınan puanların ilişkisinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçeğin iç geçerliliği Cronbach Alfa kat sayısı ile değerlendirilmiştir. Veriler 0.05 anlamlılık düzeyine göre test edilmiş ve yorumlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, ilgili hastanesinin polikliniklerine başvuran, daha önce sezaryen deneyimine sahip olmayan, gebeliğinin 28-40. haftasında olan ve araştırmaya katılmayı onaylayan gebe kadınlar ile sınırlı kesitsel bir çalışmadır. Bu araştırma Türkiye'nin kuzeydoğusunda bir şehirde gerçekleştirilmiştir. Türkiye'nin farklı coğrafi bölgeleri arasındaki kültürel ve geleneksel farklılık nedeniyle, araştırma

sonuçları doğum korkusu ve gebelik stresi ilişkisi açısından araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmayan diğer gebe kadınlara ve tüm ülkeye genellenemez. Literatürde konu ile ilgili yapılmış sınırlı çalışmaya rastlanması bulguların tartışılması sırasında bazı sınırlılıklar ortaya çıkarmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanılan Güçlükler

Toplamda iki ölçek ve bir soru formu olması sonucu kadınların araştırmaya gönüllü olmada isteksizlik göstermesi araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüklerdendir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Veri toplanması için Prof. Dr. Nülüfer Erbil'den “Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği”nin (Ek-4) ve Doç. Dr. Öğretim Üyesi Hikmet Öznur Körükçü'den “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu”nun (Ek-5) kullanım izni alınmıştır. Giresun İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (05.12.2018 tarih ve 49005789-799 sayılı karar) (Ek-6) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (15.11.2018 tarih ve 2018/230 sayılı karar) alınmıştır (Ek-7). Ayrıca, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmanın amacı ve araştırmadan beklenen katkılar açıklanarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek-8).

4. BULGULAR

Gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan gebe kadınların sosya-demografik özelliklerine göre dağılımları belirtilmiştir. Araştırma katılan gebelerin %47.3’ünün 24-29 yaş grubunda olduğu, %37.7’sinin lise mezunu olduğu, %43.3’nün eşlerinin lise mezunu olduğu, %61.3’ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı, %74’ünün gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %86’sının çekirdek aileye sahip olduğu ve %60.3’nün en uzun süre şehir merkezinde yaşadığı, belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=400)

Sosya-demografik özellikler	n	%
Yaş grupları		
18-23 yaş	50	12.5
24-29 yaş	189	47.3
30-35 yaş	124	31.0
36 yaş ve üzeri	37	9.2
Eğitim düzeyi		
İlkokul	31	7.8
Ortaokul	89	22.2
Lise	151	37.7
Üniversite	109	27.3
Lisansüstü eğitim	20	5.0
Eşinin eğitim düzeyi		
İlkokul	27	6.8
Ortaokul	69	17.3
Lise	173	43.3
Üniversite	102	25.4
Lisansüstü eğitim	29	7.2
Gelir getiren bir işte çalışma		
Evet	155	38.7
Hayır	245	61.3
Gelir durumu		
Gelir giderden az	52	13.0
Gelir gidere denk	296	74.0
Gelir giderden fazla	52	13.0
Aile tipi		
Çekirdek aile	344	86.0
Geniş aile	56	14.0
En uzun süre yaşanılan yer		
Köy	69	17.3
İlçe	90	22.4
Şehir	241	60.3

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Gebelerin %55’inin ‘‘3 gebelik ve üzeri’’ gebeliğinin olduğu, %33.5’inin en az ‘‘2 doğum’’ yaptığı, %32.5’inin yaşayan ocuk sayısının ‘‘2 ocuk’’ olduğu ve %19’unun düşük öyküsü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik zelliklerine Göre Dağılımları (n=400)

Obstetrik zellikler	n	%
Gebelik sayısı		
1 gebelik	111	27.7
2 gebelik	69	17.3
3 gebelik ve zeri	220	55.0
Doğum sayısı		
Hiç doğum yok	113	28.2
1 doğum	78	19.5
2 doğum	134	33.5
3 doğum ve zeri	75	18.8
Yaşayan ocuk sayısı		
ocuk yok	114	28.5
1 ocuk	83	20.7
2 ocuk	130	32.5
3 ocuk ve zeri	73	18.3
Düşük yks		
Evet	76	19.0
Hayır	324	81.0

Tablo 4.3’te araştırmaya katılan gebelerin gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Gebelerin %65.5’inin gebelikten önce dismenore öyküsü olduğu, %65.5’inin 36-41 gebelik haftası grubunda olduğu, %62.3’nn gebelikte ‘‘9-16’’ kilo aldıkları, %75.8’nin gebeliğinin planlı olduğu, %46’sının ‘‘10 ve üzeri’’ kez gebelikte kontrole gittiği bulunmuştur. Gebelerin %61.8’inin gebelik ve doğum hakkında eğitim aldıkları, %80.5’inin çevresinden doğu hikayesi dinlediği, %53.5’ini normal doğum ile ilgili bilgilerin olumlu etkilediği ve %43.5’inin normal vajinal doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Gebelerin %63.2’sinin müdahalesiz ve epizyotomi olmaksızın normal vajinal doğum yaptığı, %51.7’sinin normal doğum sürecinde indüksiyon aldığı bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=400)

Gebelik ve Doğumla ilgili Özellikler	n	%
Gebelikten önce dismenore öyküsü		
Evet	262	65.5
Hayır	138	34.5
Gebelik haftası		
28-31 hafta	32	8.0
32-35 hafta	106	26.5
36-41 hafta	262	65.5
Gebelikte alınan kilo		
0-8 kg	99	24.7
9-16 kg	249	62.3
17≥ kg	52	13.0
Planlanmış gebelik olma durumu		
Evet	303	75.8
Hayır	97	24.2
Gebelikte kontrole gitme sayısı		
7≤ kez	36	9.0
8-9 kez	180	45.0
10≥ kez	184	46.0
Gebelik ve doğum hakkında eğitim alma durumu		
Evet	247	61.8
Hayır	153	38.2
Doğum hikayesi dinleme durumu		
Evet	322	80.5
Hayır	78	19.5
Normal doğum ile ilgili bilgilerin gebeyi etkileme durumu		
Olumlu etkiledi	214	53.5
Olumsuz etkiledi	62	15.5
Herhangi bir yönde etkilemedi	124	31.0
Tercih edilen doğum şekli		
Kesinlikle normal vajinal doğum	82	20.5
Tercihen normal vajinal doğum	174	43.5
Doğum şekli konusunda tercihim yok	73	18.2
Tercih imkanı olsa sezaryen ile doğum	71	17.8
Normal doğumda müdahale durumu (n=288)		
Normal vajinal doğum	182	63.2
Müdahaleli doğum	20	6.9
Epizyotomi	86	29.9
Doğum sürecinde indüksiyon alma durumu (n=288)		
Evet	149	51.7
Hayır	139	48.3

Tablo 4.4’de gebelerin GSDÖ-36 ve alt boyutları ile W-DEQ A’nın alt ve üst puanları, işaretlenen alt ve üst puanlar, ortalama, standart sapma, Cronbach alfa değerleri sunulmuştur. GSDÖ-36’nın işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 16-120 olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 59.35 ± 17.19 olduğu ve Cronbach Alfa değerinin .77 olduğu bulunmuştur. W-DEQ A’nın işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 10-120 olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 45.13 ± 28.88 olduğu ve Cronbach Alfa değerinin .94 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. GSDÖ-36 ve alt boyutları ile W-DEQ A’nın Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanlar, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Alınabilecek	İşaretlenen	Ort ± SS	Cronbach Alfa	
	Alt ve Üst Puanlar	Alt ve Üst Puanlar			
GSDÖ-36	0-144	16-120	59.35 ± 17.19	.77	
Alt Boyutlar	1. Alt Boyut ^a	0-36	20.00 ± 7.04	.66	
	2. Alt Boyut ^b	0-36	12.55 ± 6.34	.64	
	3. Alt Boyut ^c	0-32	0-30	8.26 ± 6.10	.73
	4. Alt Boyut ^d	0-16	0-16	4.43 ± 5.51	.95
	5. Alt Boyut ^e	0-24	0-24	14.10 ± 6.12	.77
W-DEQ A	0-165	10-120	45.13 ± 28.88	.94	

^a1. Alt Boyut: Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından kaynaklanan stres

^b2. Alt Boyut: Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres

^c3. Alt Boyut: Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres

^d4. Alt Boyut: Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres

^e5. Alt Boyut: Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres

Tablo 4.5’de araştırma kapsamındaki gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımları belirtilmiştir. Gebelerin sırası ile %8.5’inin klinik, %22.8’inin “ileri”, %24.7’sinin “orta” ve %44’ünün ise “düşük” düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur

Tablo 4.5. Gebelerin W-DEQ A Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Sınıflandırılması (n=400)

W-DEQ Korku Seviyeleri	n	%
Düşük (≤ 37 puan)	176	44.0
Orta (38-65 puan)	99	24.7
İleri (66-84 puan)	91	22.8
Klinik (≥ 85 puan)	34	8.5
Toplam	400	100

Tablo 4.6’da gebe kadınların GSDÖ-36 ve altboyutları ile W-DEQ A puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. GSDÖ-36 puan ortalaması ile W-DEQ A puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36’nın “*Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres*” alt boyut puanları arasında pozitif yönde “çok zayıf” düzeyde ($r=.110$); “*Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres*” alt boyut puanları arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde ($r=.284$); “*Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres*” alt boyut puanları arasında negatif yönde “çok zayıf” düzeyde ($r=-.181$) istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36, GSDÖ-36’nın “*Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından kaynaklanan stres*” alt boyut puanları, GSDÖ-36’nın “*Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres*” alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Gebe Kadınların GSDÖ-36 ve Alt Boyutları ile W-DEQ A Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	GSDÖ-36	GSDÖ-36 1. Alt Boyut	GSDÖ-36 2. Alt Boyut	GSDÖ-36 3. Alt Boyut	GSDÖ-36 4. Alt Boyut	GSDÖ-36 5. Alt Boyut	W-DEQ
	r	r	r	r	r	r	r
GSDÖ-36	1						
GSDÖ-36 1. Alt Boyut ^a	.628**	1					
GSDÖ-36 2. Alt Boyut ^b	.550**	.105*	1				
GSDÖ-36 3. Alt Boyut ^c	.461**	.147**	.237**	1			
GSDÖ-36 4. Alt Boyut ^d	.438**	.089	.139**	.067	1		
GSDÖ-36 5. Alt Boyut ^e	.474**	.210**	.120*	-.091	.007	1	
W-DEQ	.045	-.041	.110*	.284**	-.006	-.181**	1

r: Pearson korelasyon analiz testi, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

^a1. Alt Boyut: Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından kaynaklanan stres

^b2. Alt Boyut: Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres

^c3. Alt Boyut: Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres

^d4. Alt Boyut: Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres

^e5. Alt Boyut: Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres

Tablo 4.7’de gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre GSDÖ-36 ile W-DEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre GSDÖ-36 puan ortalamaları incelendiğinde; yaşı 24-29 yaş arasında olan (60.37 ± 17.13), lisansüstü eğitilmiş olan (68.30 ± 18.89), eşi lisansüstü eğitilmiş olan (69.00 ± 17.48) gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının gebelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = .001$). Gebelerin eğitim düzeyine göre GSDÖ-36 puanları farkının “ilkokul-ortaokul”, “ilkokul-üniversite”, “ilkokul- lisansüstü eğitim”, “ortaokul-lise”, “lise-üniversite” ve “lise-lisansüstü eğitim” mezunu olan gruplar arasında olduğu bulunmuştur. GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının gebelerin yaşına, eşinin eğitim durumuna, gelir durumuna ve aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Ayrıca GSDÖ-36 puan ortalamaları dağılımına göre; gelir

getiren bir işte çalışan (63.97±16.74), geliri giderden fazla olan (63.57±13.79), aile tipi çekirdek aile olan (59.67±17.16), en uzun süre şehir merkezinde yaşayan (61.37±16.59) gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının gebelerin gelir getiren bir işte çalışma durumuna (**p=.000**), en uzun süre yaşanılan yere göre (**p=.007**) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, gebelerin en uzun süre yaşanılan yere göre GSDÖ-36 puanları farkının “köy” ve “şehir merkezi”nde yaşayan gebeler arasında olduğu bulunmuştur. GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının gebelerin yaşına, eşinin eğitim durumuna, gelir durumuna ve aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre W-DEQ A puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; yaşı 24-29 yaş arasında olan (48.06±28.11), üniversite mezunu olan (47.07±28.41), eşinin eğitim durumu ortaokul mezunu olan (48.71±31.30), gelir getiren bir işte çalışmayan (46.30±28.87), geliri giderden az olan (49.88±30.12), aile tipi geniş aile olan (58.07±29.41), en uzun süre köyde yaşayan (49.92±31.52) gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=.000**), W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin yaşına, eğitim durumuna, eşinin eğitim durumuna, gelir getiren bir işte çalışma durumuna, gelir durumuna ve en uzun süre yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 ile W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	GSDÖ-36 Ort ± SS	W-DEQ Ort ± SS
Yaş			
18-23	50	60.26±21.74	47.82±29.74
24-29	189	60.37±17.13	48.06±28.11
30-35	124	59.24±14.3	40.13±29.30
36 ve üstü	37	53.29±18.8	43.29±28.92
Test ve p değeri		F=1.811 p=.145	F=2.098 p=.100
Eğitim düzeyi*			
İlkokul(a)	31	53.09±15.89	39.77±29.81
Ortaokul(b)	89	62.69±18.48	45.91±29.83
Lise(c)	151	56.54±16.25	45.96±28.27
Üniversite(d)	109	60.66±16.30	47.07±28.41
Lisansüstü eğitim(e)	20	68.30±18.89	33.28±29.54
Test ve p değeri		KW=17.979 p=.001	KW=4.687 p=.321
Eşinin eğitim düzeyi**			
İlkokul(a)	27	54.00±15.84	46.70±29.35
Ortaokul(b)	69	55.62±19.80	48.71±31.30
Lise(c)	173	58.41±15.00	43.90±28.10
Üniversite(d)	102	62.15±17.84	46.12±28.19
Lisansüstü eğitim(e)	29	69.00±17.48	39.03±30.12
Test ve p değeri		KW=1.908 p=.753	KW=16.010 p=.003
Gelir getiren bir işte çalışma			
Evet	155	63.97±16.74	43.29±28.90
Hayır	245	56.43±16.86	46.30±28.87
Test ve p değeri		t=4.368 p=.000	t=-1.017 p=.310
Gelir durumu			
Gelir giderden az	52	57.78±21.11	49.88±30.12
Gelir gidere denk	296	58.88±16.92	43.60±28.30
Gelir giderden fazla	52	63.57±13.79	49.13±30.58
Test ve p değeri		F=1.900 p=.151	F=1.623 p=.199
Aile tipi			
Çekirdek aile	344	59.67±17.16	43.03±28.28
Geniş aile	56	57.39±17.46	58.07±29.41
Test ve p değeri		t=.920 p=.358	t=-3.699 p=.000
En uzun süre yaşanan yer***			
Köy(a)	69	54.40±15.13	49.92±31.52
İlçe(b)	90	57.74±19.38	44.75±28.35
Şehir merkezi(c)	241	61.37±16.59	43.90±28.27
Test ve p değeri		F=5.010 p=.007	F=1.175 p=.310

* Fark a-b, a-d, a-e, b-c, c-d, c-e arasındadır. ** Fark a-d, a-e, b-e, c-e arasındadır.

*** Fark a- c arasındadır.

Tablo 4.8’te gebelerin obstetrik özelliklerine göre GSDÖ-36 ile W-DEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili özelliklerine göre GSDÖ-36 puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; ilk gebeliği olan (60.89 ± 19.40), hiç doğum yapmamış olan (61.41 ± 19.71), çocuğu olmayan (61.55 ± 19.68), daha önce düşük öyküsü olan (59.90 ± 17.53), gebelikten önce dismenore öyküsü olan (59.85 ± 18.04), gebelik haftası 32-35 hafta arasında olan (60.38 ± 16.29), gebelikte 17 kilo ve üzeri alan (63.26 ± 18.64) ve planlı bir gebeliğe sahip olan (59.79 ± 16.79) gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve W-DEQ A puan ortalamaları farkının hiçbir değişkene göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.8).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre W-DEQ A puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; ilk gebeliği olan (49.27 ± 26.79), hiç doğum yapmamış olan (49.28 ± 26.62), çocuğu olmayan (49.27 ± 26.50), daha önce düşük öyküsü olmayan (45.79 ± 28.07), gebelikten önce dismenore öyküsü olan (47.19 ± 27.92), gebelik haftası 28-31 hafta arasında olan (64.06 ± 20.22), gebelikte 0-8 kg arasında kilo alan (47.47 ± 27.93), planlı bir gebeliğe sahip olmayan (49.57 ± 31.19) gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin gebelik haftasına ($p = .001$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, gebelerin gebelik haftasına göre W-DEQ A puan ortalamaları farkının “28-31” gebelik haftasına sahip olan gebeler ile “32-35” ve “36-41” gebelik haftasına sahip olan gebeler arasında olduğu bulunmuştur. W-DEQ A puan ortalamaları dağılımına göre; W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin gebelik sayısına, doğum sayısına, yaşayan çocuk sayısına, düşük öyküsüne, dimenore öyküsüne ve gebelikte alınan kiloya göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 ile W-DEQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=400)

Obstetrik Özellikler	n	GSDÖ-36 Ort ± SS	W-DEQ Ort ± SS
Gebelik sayısı			
1 gebelik	111	60.89±19.40	49.27±26.79
2 gebelik	69	60.40±16.74	45.42±27.83
3 gebelik ve üzeri	220	58.25±16.12	42.95±30.09
Test ve p değeri		F=1.026, p=.359	F=1.77, p=.174
Doğum sayısı			
Doğum yok	113	61.41±19.71	49.28±26.62
1 doğum	78	60.42±16.81	45.24±29.19
2 doğum	134	59.35±15.27	44.82±28.72
3 doğum ve üzeri	75	55.13±16.34	39.34±31.56
Test ve p değeri		F=2.166, p=.091	F=1.797, p=.147
Yaşayan çocuk sayısı			
Çocuk yok	114	61.55±19.68	49.27±26.50
1 çocuk	83	60.54±16.47	46.90±29.87
2 çocuk	130	59.07±15.29	43.20±28.35
3 çocuk ve üzeri	73	55.06±16.56	40.10±31.65
Test ve p değeri		F=.297, p=.077	F=1.823, p=.142
Düşük öyküsü			
Evet	76	59.90±17.53	42.31±32.18
Hayır	324	59.22±17.14	45.79±28.07
Test ve p değeri		t=.311, p=.756	t=-.869, p=.387
Gebelikten önce dismenore öyküsü			
Evet	262	59.85±18.04	47.19±27.92
Hayır	138	58.41±15.49	41.22±30.35
Test ve p değeri		t= .795, p=.427	t=1.923, p=.056
Gebelik haftası*			
28-31(a)	32	59.18±16.89	64.06±20.22
32-35(b)	106	60.38±16.29	43.35±29.35
36-41(c)	262	58.95±17.63	43.54±28.85
Test ve p değeri		F=.261, p=.770	F=7.717, p=.001
Gebelikte alınan kilo grupları			
0-8	99	57.42±18.31	47.47±27.93
9-16	249	59.30±16.34	44.67±28.91
17≥	52	63.26±18.64	42.92±30.76
Test ve p değeri		F=1.981, p=.139	F=.508, p=.602
Planlı gebelik olma durumu			
Evet	303	59.79±16.79	43.71±28.01
Hayır	97	57.97±18.44	49.57±31.19
Test ve p değeri		t=.905, p=.366	t=-1.744, p=.082

* Fark a-b, a-c arasındadır (p<0.05)

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili özelliklerine göre GSDÖ-36 puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; gebelikte kontrole gitme sayısı 10 ve üzeri olan (60.65 ± 17.31), gebelik ve doğum hakkında eğitim almış olan (59.39 ± 17.93), doğum hikayesi dinlemiş olan (59.91 ± 16.90) ve normal doğum ile ilgili bilgilerden olumsuz etkilenmiş olan (62.35 ± 16.95), tercih imkanı olsa sezaryen ile doğumu tercih eden (62.26 ± 16.04), normal doğumu müdahaleli olan (63.50 ± 8.89), doğum sürecinde indüksiyon uygulanan (58.75 ± 15.89) gebelerin gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, ancak değişkenlerden hiçbirinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili özelliklerine göre; gebelikte kontrole gitme sayısı 7 ve altı olan (55.77 ± 26.76), gebelik ve doğum hakkında eğitim almamış olan (46.88 ± 29.70), doğum hikayesi dinlememiş olan (47.75 ± 30.14), normal doğum ile ilgili bilgilerden olumsuz etkilenmiş olan (47.48 ± 30.83), kesinlikle normal vajinal doğum tercih eden (48.13 ± 26.75), normal doğumu müdahaleli olan (63.45 ± 24.63), doğum sürecinde indüksiyon alan (45.81 ± 29.79) gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin kontrole gitme sayısına ($p = .042$) ve normal doğumda müdahale olma durumuna ($p = .002$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, gebelerin kontrole gitme sayısına göre W-DEQ A puanları farkının “ $7 \leq$ ” kez kontrole giden gebeler ile “ $10 \geq$ ” kez kontrole giden gebeler arasında olduğu ve “müdahaleli doğum” yapan gebeler ile “normal vajinal doğum” ve “epizyotomi” uygulanan gebelerin puan farklarından kaynaklandığı bulunmuştur. W-DEQ A puan ortalamalarına göre; gebelik ve doğum hakkında eğitim alma durumu, doğum hikayesi dinleme durumu, normal doğum ile ilgili bilgilerin gebeyi etkileme durumu, tercih edilen doğum şekli ve normal doğum sürecinde indüksiyon alma durumuna göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Özelliklerine Göre GSDÖ-36 ile W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=400)

Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikler	n	GSDÖ-36 Ort ± SS	W-DEQ Ort ± SS
Gebelikte kontrole gitme sayısı*			
7≤ ^a	36	56.38±22.88	55.77±26.76
8-9 ^b	180	58.61±15.69	45.57±30.00
10≥ ^c	184	60.65±17.31	42.62±27.80
Test ve p değeri		F=1.230, p=.293	F=3.193, p=.042
Gebelik ve doğum hakkında eğitim alma durumu			
Evet	247	59.39±17.93	44.05±28.37
Hayır	153	59.29±15.99	46.88±29.70
Test ve p değeri		t=0.56, p=.956	t=-.951, p=.342
Doğum hikayesi dinleme durumu			
Evet	322	59.91±16.90	44.50±28.58
Hayır	28	57.03±18.29	47.75±30.14
Test ve p değeri		t=1.327, p=.185	t=-.892, p=.373
Normal doğum ile ilgili bilgilerin gebeyi etkileme durumu			
Olumlu etkiledi	214	59.35±16.74	44.83±27.85
Olumsuz etkiledi	62	62.35±16.95	47.48±30.83
Herhangi bir yönde etkilemedi	124	57.86±18.02	44.48±29.81
Test ve p değeri		F=1.413, p=.245	F=.247, p=.781
Tercih edilen doğum şekli			
Kesinlikle normal vajinal doğum	82	56.48±19.75	48.13±26.75
Tercihen normal vajinal doğum	174	59.40±16.91	43.99±27.90
Doğum şekli konusunda tercihi yok	73	59.61±15.63	45.35±31.45
Tercih imkanı olsa sezaryen ile doğum	71	62.26±16.04	44.25±31.18
Test ve p değeri		F=1.44, p=.228	F=.407, p=.748
Normal doğum yapanların doğum şekli** (n=288)			
Normal vajinal doğum ^a	182	57.70±16.78	43.49±29.85
Müdahaleli doğum ^b	20	63.50±8.89	63.45±24.63
Epizyotomi ^c	86	59.55±15.91	38.79±28.13
Test ve p değeri		KW=3.81, p=.149	KW=12.346, p=.002
Doğum sürecinde indüksiyon alma durumu (n=288)			
Evet	149	58.75±15.89	45.81±29.79
Hayır	139	58.56±16.50	41.00±29.22
Test ve p değeri		t=.096, p=.924	t=1.380, p=.169

* Fark a-c arasındadır (p<0.05)

** Fark a-b, b-c arasındadır (p<0.05)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada gebelikte stres ve doğum korkusu arasındaki ilişki incelenmiştir. Tartışma aşağıda belirtildiği şekilde yapılandırılmıştır:

5.1.Gebelerin GSDÖ-36 ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.Gebelerin W-DEQ A Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.Gebe Kadınların GSDÖ-36 ve Alt Boyutları ile W-DEQ A Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.4.Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5.Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Gebelerin GSDÖ-36 ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebe bir kadının taleplerle baş edemediğinde hissettiği dengesizlik olarak tanımlanan gebelikte psikososyal stres, davranışsal ve fizyolojik olarak obstetrik uygulamada rutin olarak ölçülmemektedir (Ruiz ve Fullerton, 1999). Gebelik sürecinde kadınlar gebeliğe fiziksel uyum sağlamaya çalışmakla birlikte psikolojik uyum sürecine de girmektedir. Gebelik, beden imajında, sosyal ilişkilerde, kadının rollerinde farklılıklar yaratan, uyum sağlamaya ihtiyaç duyulan stresli bir süreçtir. Her gebe kadının bu sürece tepkisi farklı olabilir ve bu durum gebe kadınlarda kaygı ve stres oluşmasına neden olmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Pakistan’da yapılan bir çalışmada, gebe kadınların %26.8’inin gebelik sırasında kaygı yaşadığı belirtilmiştir (Silva ve ark., 2017). Coşkun ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise gebelerin prenatal distress durumu, “düşük düzeyde” olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelikte stres düzeyi GSDÖ-36 ile ölçülmüş ve puan ortalaması 59.35 ± 17.19 bulunmuştur. GSDÖ-36’den alınabilecek puanın 0-144 arası olduğu düşünüldüğünde gebelik stresinin orta değerden daha düşük düzeyde olduğu değerlendirilmiştir. Bu çalışma kapsamındaki gebe kadınların “*Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından*

kaynaklanan stress” alt boyutundan 20.00 ± 7.04 , “*Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres*” alt boyutundan 12.55 ± 6.34 , “*Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres*” alt boyutundan 8.26 ± 6.10 , “*Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres*” alt boyutundan 4.43 ± 5.51 ve *Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stress* alt boyutundan 14.10 ± 6.12 ortalama puan aldıkları bulunmuştur. Ölçeğin özgün çalışmasında, Chen (2015) gebe kadınların GSDÖ-36 puan ortalamasının 53.96 ± 21.04 olduğunu bildirmiştir. Akın ve Erbil’in (2018) çalışmasında GSDÖ-36’nın, “*Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından kaynaklanan stres*” alt boyutundan 21.35 ± 7.96 , “*Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres*” alt boyutundan 12.19 ± 8.59 , “*Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres*” alt boyutundan 11.78 ± 6.80 , “*Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres*” alt boyutundan 2.67 ± 3.81 ve “*Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres*” alt boyutundan 8.89 ± 6.11 puan ve toplam GSDÖ-36’dan 56.88 ± 24.59 ortalama puan aldıklarını bildirmişlerdir. Bu ölçek ile yurtdışında ve Türkiye’de yapılan iki çalışmada bulunan bazı alt boyutlarda puan farkı olmakla birlikte, GSDÖ-36 toplam puan ortalaması bu çalışmada bulunan sonuçla benzer olduğu görülmüştür.

5.2. Gebelerin W-DEQ A Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Biyolojik bir süreç olarak doğum, bazı gebe kadınlar tarafından bilinemez veya kontrol edilemez olarak algılanabilen çeşitli fizyolojik faktörlerle temsil edilir. Bazıları için bu durum psikolojik olarak karmaşıktır ve güvensizlik, kaygı ve doğumla ilgili yoğun korku ile sonuçlanabilir (Mazúchová ve ark., 2017). Bu çalışmada gebelerin W-DEQ A puan ortalaması 45.13 ± 28.88 olarak belirlenmiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda W-DEQ A puan ortalamalarını; Mazúchová ve arkadaşları (2017), 68.8 ± 11.6 , Andaroon ve arkadaşları (2017), 65.66 ± 15.01 , Khwepeya ve arkadaşları (2018), 46.9 ± 18.8 bulmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalarda W-DEQ A ile puan ortalamalarını; Güleç ve arkadaşları (2014), 46.4 ± 31.2 , Akın ve arkadaşları (2018), 61.13 ± 26.0 , Arslantaş ve arkadaşları (2020), 66.88 ± 27.45 , Oğurlu (2020), 69.34 ± 29.37 , Şahin ve arkadaşları (2019), 74.28 ± 33.14 ,

Körükçü ve arkadaşları (2017), 79.9 ± 17.3 bulmuştur. Bu çalışmada belirlenen doğum korkusu düzeyi, ülkemizde W-DEQ A ile yapılan çalışmalarda belirlenen doğum korku düzeylerine göre daha düşük bulunmuştur. Doğum öncesinde gebe kadınların “Gebe Okulu” gibi programlarda aldığı eğitimlerin doğum korkusunu azalttığı bilinmektedir (Akın ve ark., 2018). Prenatal dönemde verilen bakım hizmeti kadınların gebeliğe uyumunu arttırmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Bu çalışmada doğum korkusu düzeyinin daha düşük düzeyde olmasını, çalışmanın yapıldığı hastanenin “Anne ve Bebek Dostu Hastane” olması ve gebelerin çoğunun gebe okulunda doğum öncesi eğitim almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, W-DEQ A Ölçeği’ne göre gebelerin %8.5’inin “klinik”, %22.8’inin “ileri”, %24.7’sinin “orta” ve %44’ünün ise “düşük” düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur. W-DEQ A puan ortalamasına göre klinik (%8.5) ve ileri (%22.8) düzeyde WDEQ A puan ortalaması olan gebe kadınlar dikkate alındığında, 10 kadından üçünün yoğun doğum korku yaşadığı saptanmıştır. Bülbül ve arkadaşları (2016), gebelerin %23.6’sının “hafif” düzeyde, %38.8’inin “şiddetli” düzeyde, %8.2’sinin ise “klinik” düzeyde doğum korkusu yaşadığını belirlemiştir. Aynı çalışmada gebelerin korku düzeyleri arttıkça karar verme stillerinin değiştiği ve korku düzeyi artan gebelerin daha çok panik, kaçınan ve erteleyici karar verme stillerini kullandıkları bildirilmiştir (Bülbül ve ark., 2016). İran’da yapılan bir çalışmada, kadınların yaklaşık %20’sinin “orta” düzeyde, %6’sının “şiddetli” düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Mortazavi ve Agah, 2018). Slovenya’da yapılan bir çalışmada, gebelerin %53.4’ü “orta” düzeyde, %17.3’ü “ileri” düzeyde ve %7.4’ü “klinik” düzeyde doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Demšar ve ark., 2017). Yurtdışında yapılan bir diğer çalışmada, gebe kadınların %39’u “düşük” düzeyde, %41’i “orta” düzeyde ve %20’si “ileri” ve “klinik” derece doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Khwepeya ve ark., 2018). Bu çalışmanın bulguları ile daha önce yurtdışında ve Türkiye’de yapılan çalışmaların bulguları benzerdir.

5.3. Gebe Kadınların GSDÖ-36 ve Alt Boyutları ile W-DEQ A Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36'nın "*Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres*" alt boyut puanları ($r=.110$) ve "*Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres*" alt boyut puanları ($r=.284$) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Yani bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres ile annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres arttıkça doğum korkusu artmaktadır. Coşkuner-Potur ve arkadaşları (2017), gebeliğin kabulü ve kadının annelik rolü ile özdeşleşmenin doğum korkusu ile zayıf ilişkili olduğunu bildirmiştir. Gebelik ve doğum ile birlikte gebe kadın anneliğe uyum sürecine girer ve böylece yeni bir öğrenme süreci başlamış olur. Gebe kadınlar bu süreçte; yeni bir bebeğe sahip olma ve bebek bakımı gibi konular hakkında endişe duyabilirler. Bu nedenle, gebelikte stresin artmasının gebelerin doğuma ilişkin korkularının artmasına etki ettiği düşünülmektedir.

Gebe kadınlar, sosyal normlardan dolayı gebe vücudunu çekici olmayan bir şekilde hissedebilir ve memnuniyetsizlik yaşayabilir (Hodgkinson ve ark., 2014). Bu çalışmada W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36'nın "*Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stres*" alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.181$). Yani değişen fiziksel görünüm ve fonksiyonlardan kaynaklanan stres azaldıkça doğum korkusu artmaktadır. Gebelik sırasında vücut deneyimi belirli ve özel bir deneyimdir. Gebe kadınların bir kısmı gebelik süresince vücutlarının görünümünden memnuniyetsizlik yaşayabilir veya gebelik öncesindeki vücutların şekline dönme ile ilgili endişelenebilirler. Bununla birlikte değişmiş vücut ölçüleri, şekilleri ve ağırlıklarıyla yüzleşen bazı gebe kadınlar, gebelik süresince kendilerini çekici hissedebilirler. Aynı zamanda, vücutlarının yeni yeteneklerini ve işlevlerini tanıyan gebeler, vücutlarını gebelik süresince daha kadınsı ve güçlü olarak algılayabilir (Talmon ve Ginzburg, 2018). Bu nedenle gebelikte değişen fiziksel görünüm ve işlevsellikten kaynaklanan gebelik stresi azaldıkça kadınların doğum korkusunun azalması beklenebilir.

Bu çalışmada toplam gebelik stresi ile doğum korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Körükcü ve arkadaşlarının (2017) gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, araştırmamızla benzer sonuç elde edilmiş ve gebelerin psikososyal durumu ile doğum korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Doğum korkusunun ve gebelik stresinin algılanması ve ifadesi; kişisel, sosyal, kültürel, sosyodemografik ve hatta dini inançlar gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişebilir. Yüksek düzeyde korkusu olan gebe kadınların daha fazla çaresizlik yaşaması, kontrol yeteneğinin ve benlik saygısının düşük düzeyde olması beklenir. Bazı gebe kadınlar için zorlu bir süreç olan gebelik ve doğum, öz yeterliliği yeterli düzeyde olmayan gebeler için kaygı ve stresi arttıran bir probem haline gelebilir. Gebelerde öz yeterliliği yükseldikçe doğum korkusu ile başatmenin daha kolay olduğu belirlenmiştir (Barut ve Uçar, 2018). Ülkemizde gebelikte stres ile doğum korkusu arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu nedenle, çalışma bulguları başka çalışmalarla kıyaslanamamıştır.

5.4. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, ilkokul mezunu olan gebe kadınların GSDÖ-36 puan ortalamalarının ortaokul, lise, üniversite ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olan kadınlara göre daha düşük olduğu ve GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.001$). Lau ve Yin (2011), daha düşük eğitim seviyesine sahip olan gebe kadınların gebelikte algılanan stres düzeyinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Başka bir araştırmada ise gebe kadınların eğitim durumu ile gebelikte yaşanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Shishehgar ve ark., 2014). Bu çalışmanın bulguları literatür bulgularından farklılık göstermekte olup, çalışmaların farklı sosyodemografik özelliklere sahip bölgelerde ve farklı araçlar kullanılarak yapılmış olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada gelir getiren bir işte çalışan gebe kadınların çalışmayan gebe kadınlara göre GSDÖ-36 puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p=.000$). Dereli-Yılmaz ve Kızılkaya-Beji çalışmasında (2010), çalışan gebe kadınların daha fazla sosyal destek aradıklarını ve çalışmayan

gebelerin depresyon puan ortalamalarının çalışanlarınkinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada, GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının gebelerin gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu çalışma sonucundan farklı olarak, Kingston ve arkadaşları çalışmasında (2012), ailenin gelir durumu ile gebelik sırasında algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve düşük gelirli aileye sahip gebe kadınların daha düşük algılanan stres düzeyine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu durumun oluşumunda, farklı bir ölçüm aracının kullanılması, örneklem genişliğinin daha büyük olması ve kültürel farklılıkların etkisi olduğu düşünülebilir.

Kadınların yaşam kalitesi gebelikten doğum sonrası döneme kadar birçok faktörden önemli ölçüde olumsuz etkilenebilir. Kentsel sosyal stres de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerden biridir. Psikolojik sıkıntı ve düşük sosyoekonomik kaynaklar da dahil olmak üzere diğer stres türleri gebe kadınların zorlanmasına ve düşük yaşam kalitesine katkıda bulunabilmektedir (Willie ve ark., 2016). Bu çalışmada, şehir merkezinde yaşayan gebe kadınların köyde yaşayan gebe kadınlara göre daha fazla gebelik stresi yaşadığı bulunmuştur ($p=.007$). Bu çalışmadan farklı olarak, Ertekin-Pınar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında köyde yaşayan gebelerin ilçe ve il merkezinde yaşayan gebelere göre algılanan stres puan ortalamaları daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Günümüzde şehir yaşamının getirdiği zorluklar ve stres faktörlerinin gebelikte stres yaşamaya da etki ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada planlayarak gebe olan kadınların (59.79 ± 16.79) GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Coşkun ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, planlamadan gebelik yaşayanların gebelik stres düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Benzer şekilde bir başka çalışmada da planlanmamış gebeliğe sahip kadınların algılanan gebelik stres düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lau ve Yin, 2011). Sonuçlardaki farklılıklar kısmen inançlar, algılar, sosyal yapılar ve sosyal normlar da dahil olmak üzere çalışma popülasyonu özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

5.5. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda gebe kadınların yaşı, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, aile geliri, gelir getiren bir işte çalışma durumu ve en uzun süre yaşanan yer doğum korkusu düzeyini etkilememiştir. Bu çalışmada geniş ailede yaşayan gebe kadınların çekirdek ailede yaşayanlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadıkları bulunmuştur ($p=.000$). Oğurlu'nun (2020) tez çalışmasında, benzer şekilde geniş ailede yaşayanlarda doğum korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır. Keklikçi'nin (2018) yaptığı çalışmada, geniş ailede yaşayan gebelerin doğum korkusunun çekirdek ailede yaşayanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Okumus ve Sahin (2017)'in Siirt ve İstanbul örnekleminde doğum korkusunu karşılaştırdığı çalışmada, Siirt örneklemindeki çekirdek aileye sahip olan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığını bildirmiştir. Bu çalışmada bulunan sonuç bazı araştırma sonuçlarına benzer Oğurlu, 2020; Keklikçi, 2018), bazılarında farklı bulunmuştur (Okumus ve Sahin, 2017). Bulunan farklılığın, araştırmaya alınan gebelerin bireysel, kültürel ve sosyal özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların daha önce doğum deneyimlemiş olmasının doğum korkusunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015; Çiçek ve Mete, 2015). Nullipar kadınlar doğuma ilişkin bilinmeyenden, yani acıdan ve kontrol kaybindan korkabilirler. Daha önce doğum yapmış kadınlarda ise, korku önceki deneyimlerden kaynaklanır (Rouhe ve ark., 2009). Bu çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen, ilk gebeliği olan (49.44 ± 26.73), hiç doğum yapmamış olan (49.28 ± 26.62) ve çocuğu olmayan (49.27 ± 26.50) gebe kadınların W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebe kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Yakın zamanda Türkiye'de yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kabukcu ve arkadaşları (2019) çalışmasında hiç doğum yapmamış kadınların, çok sayıda doğum yapmış kadınlara göre doğum korkusunu daha çok yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada ise nullipar ve çok sayıda doğum yapmış kadın arasında doğum korkusu açısından önemli bir farklılık bildirmemişlerdir (Okumus ve Sahin, 2017).

Doğum korkusu, gebeliğin son trimesterinde baskın bir hale gelebilir ve bu durum doğum eylemini zorlaştırır ve uzatır (Størksen ve ark, 2015). Bu çalışma kapsamındaki gebelerin en düşük doğum haftasının 28. hafta olduğu, “28-31” gebelik haftasına sahip olan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının “32-35” ve “36-41” gebelik haftasına sahip olan gebelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.001$). Çıtak-Bilgin ve arkadaşları (2020) son trimesterdeki 624 gebe kadın ile yaptıkları çalışmada, doğum korkusu ile gebelik haftası arasında bir ilişki olmadığını bulmuşlardır. Aslan ve Bıyık (2020) çalışmasında, kadınların gebelik haftası arttıkça doğum ağrıları, doğum eylemi ve doğumda bebeğe zarar gelme konusundaki endişelerinin de arttığını bildirmişlerdir. Ayrıca Pasha ve Faramarze (2015) çalışmasında, kadınların üçte birinin gebeliği stresli bir durum olarak yaşadığını ve en olumsuz gebelik deneyiminin üçüncü trimesterle ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Gebeliğin isteyerek ve planlayarak olmasının, kadınların gebeliğe uyumunda etkili olduğu bilinmektedir (Demirbaş ve Kadıoğlu, 2014). Bu çalışmada, gebeliği planlı olmayan gebelerin (49.57 ± 31.19) W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak, Kabukcu ve arkadaşları (2019), planlı gebeliği olan kadınların doğum korkusunun, planlanmamış veya istenmeyen gebeliği olan kadınlardan daha az olduğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada, gebeliği planlı olan gebelerin W-DEQ A puan ortalamasının gebeliği planlı olmayan gebelerden anlamlı derecede daha düşük olduğu, yani doğum korkusunun planlı gebeliği olanlarda daha düşük düzeyde olduğunu bildirmiştir (Dursun, 2019).

Bu çalışmada W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin kontrole gitme sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.042$). Doğum öncesi kontrole 7 kez ve altında giden gebelerin kontrole 10 kez ve üzeri giden gebelere göre doğum korkusunun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gebeler, gebe okullarında, gebelik ve sağlık, gebeliğe uyum, gebelikte oluşabilecek değişiklikler, gebelikte yapılması gereken testler ve izlemler, gebelikte yapılabilecek egzersizler ve nefes teknikleri, doğum fizyolojisi ve doğum kasılmaları ile başetme teknikleri, doğumun başlama belirtileri, anne sütü, emzirme ve bebek bakımı lohusalık bakımı ve aile

planlaması yöntemleri gibi konularda eğitim alabilmektedir (Turgut ve ark., 2017). Kızılırmak ve Başer (2016) çalışmasında, doğum için hazırlık eğitimi alanın, primigravida kadınlarda doğum eylemi ve doğumda azalmış korku ile ilgili olumlu algılamalar sağladığını bildirmiştir. Antenatal dönemde kontrole giden gebelerin gebelik, doğum ve bebeğin sağlığı konusunda bilgi alma imkanı vardır. Bu çalışmanın yapıldığı hastaneye doğum öncesi kontrole giden gebelerin, gebe okulunda eğitim alabilme imkanının olmasının bulunan sonuca etki ettiği düşünülmektedir.

Gebe kadınlar gebelik döneminde bilinmeyen ve uzun süreli bir dönem olması nedeniyle korku, endişe ve huzursuzluk yaşayabilirler (Kızılırmak ve Başer, 2016). Gebe kadınların güvenilir kaynaklar tarafından gerekli düzeyde bilgilendirilmesi doğum eyleminin daha sağlıklı bir şekilde sürdürülmesine yardımcı olmaktadır (Bülbül ve ark., 2016). Doğum süreci ve ağrı ile baş etme stratejilerini içeren eğitimin, güçlendirme yoluyla kendine güveni artıracak ve doğum korkusunu azaltacak düşünülmektedir (Kızılırmak ve Başer, 2016). Bu çalışmada doğum hakkında eğitim almamış olan gebelerin (46.88±29.70) W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Körükcü ve arkadaşları (2017) gebelikte doğuma ilişkin bilgi alma durumunun doğum korkusunu arttırdığı bildirmiştir. Literatürde çalışmamızın sonucundan farklı olarak gebelikte alınan bilgi alma durumunun gebelikte psikososyal sağlığı olumlu etkilediğine dair farklı çalışma sonuçları da mevcuttur (Özşahin ve ark., 2018; Hildingsson, 2012). Teknolojinin gelişmesiyle ile bilgiye ulaşma yollarının arttığı ve bilgiye ulaşmanın daha kolay olduğu söylenebilir. Böylece gebe kadınların doğuma ilişkin bilgilere ulaşımı da kolaylaşmıştır. Medyada doğum korkusuna azaltmaya yönelik bilgilendirmelerin artırılması ve ulaşılan bilginin yeterliliği sağlandığında gebelerin doğuma ilişkin bilgi düzeyleri artması beklenmektedir. Böylece gebelerin doğuma ilişkin korkuların azalması beklenebilir.

Kontrol kaybı korkusu, dayanılmaz acı yaşama korkusunun hemen ardından doğum korkusunun önemli bir yordayıcısıdır. Korku ayrıca tercih edilen bir doğum şekline sahip olmakla da ilişkilidir (Handelzalts ve ark., 2015). Demšar ve arkadaşları (2017), kesinlikle vajinal doğum yapmayı tercih eden kadınların kesinlikle sezaryen doğumu tercih edecek olanlara kıyasla daha az doğum korkusu

yaşadıklarını bildirmiştir. Korku ne kadar yüksek olursa, sezaryen olma eğilimi o kadar artar. Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak, doğum şeklini tercih etme durumu ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak daha önce normal vajinal doğum yapan kadınlardan; müdahaleli doğum öyküsü olan gebelerin, normal vajinal doğum yapan ve epizyotomi uygulanan gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.002$). Rouhe ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında doğum sırasında vakum uygulaması kullanma öyküsü olan kadınların, vakum öyküsü olmayanlara göre daha yüksek doğum korku düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Toohill ve arkadaşları (2014a) çalışmasında normal vajinal doğumun bir sonraki gebelikte kadınlar için koruyucu bir faktör olduğunu, normal vajinal doğum yaşayan kadınların doğum korkusunun daha az olduğunu bildirmişlerdir. Özellikle daha önce travmatik bir doğum öyküsü olan gebe kadınların önceki doğum hikayelerini dinlemek pozitif doğum planlaması için önemlidir. Bu durum aynı zamanda gebelerin normal vajinal doğum ile gündelik işlerine erkenden dönebilmeleri ve fiziksel olarak rahatlamalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin %47.3'ünün 24-29 yaş grubunda olduğu, %37.7'sinin lise mezunu olduğu, %61.3'ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı, %74'ünün gelir durumunun orta düzeyde olduğu, % 86'sının çekirdek aileye sahip olduğu, % 60.3'nün en uzun süre şehir merkezinde yaşadığı, % 43.3'nün eşlerinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

- Gebelerin %54.7'nin "3 gebelik ve üzeri" gebeliğinin olduğu, %34.3'nün en az "2 doğum" yaptığı, % 32.5'nin yaşayan çocuk sayısının "2 çocuk" olduğu, %19'unun düşük öyküsü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

- Gebelerin %65.5'inin gebelikten önce dismenore öyküsü olduğu, %65.5'inin 36-41 gebelik haftası grubunda olduğu, %62.3'nün gebelikte "9-16" kilo aldıkları, %75.8'nin gebeliğinin planlı olduğu, %46'sının "10 ve üzeri" kez gebelikte kontrole gittiği bulunmuştur (Tablo 4.3).

- Gebelerin %61.8'inin gebelik ve doğum hakkında eğitim aldıkları, %20'sinin gebelikte sorun yaşadığı, % 80.5'inin çevresinden doğum hikayesi dinlediği, %53.5'inin normal doğum ile ilgili bilgilerinin olumlu etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.3).

- Gebelerin %43.5'inin tercihlerinin normal vajinal doğum olduğu, daha önce doğum yapanların %63.3'ünün müdahalesiz ve epizyotomi olmaksızın normal vajinal doğum yaptığı, %51.7'sinin normal doğum sürecinde indüksiyon aldığı bulunmuştur (Tablo 4.3).

- Gebelerin GSDÖ-36'nın toplam puan ortalamasının 59.35 ± 17.19 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

- Gebelerin W-DEQ A puan ortalamasının 45.13 ± 28.88 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

- Gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımları sırası ile %8.5'inin klinik, %22.8'inin "ileri", %24.7'sinin "orta" ve %44'ünün ise "düşük" düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.5).

• Gebelerin W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36'nın "*Bebek bakımı ve değişen aile ilişkilerinden kaynaklanan stres*" alt boyut puanları arasında pozitif yönde "çok zayıf" düzeyde ($r=.110$); "*Annelik rolünün tanımlanmasından kaynaklanan stres*" alt boyut puanları arasında pozitif yönde "zayıf" düzeyde ($r=.284$); "*Değişen fiziksel görünüm ve fonksiyondan kaynaklanan stress*" alt boyut puanları arasında negatif yönde "çok zayıf" düzeyde ($r=.181$) istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

• Gebelerin GSDÖ-36 puan ortalaması ile W-DEQ A puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

• Gebelerin W-DEQ A puanları ile GSDÖ-36, GSDÖ-36'nın "*Gebelik, doğum eylemi süreci ve doğumda, anne ve bebek açısından güvenli süreç arayışından kaynaklanan stres*" alt boyut puanları ve GSDÖ-36'nın "*Sosyal destek arayışından kaynaklanan stres*" alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

• Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre GSDÖ-36 puan ortalamaları incelendiğinde; yaşı 24-29 yaş arasında olan, lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan, eşinin eğitim durumu lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve gebelerin eğitim durumuna göre gruplararası GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.001$). Gebelerin eğitim düzeyine göre GSDÖ-36 puanları farkının "ilkokul-ortaokul", "ilkokul-üniversite", "ilkokul-lisansüstü eğitim", "ortaokul-lise", "lise-üniversite" ve "lise-lisansüstü eğitim" mezunu olan gruplar arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

• GSDÖ-36 puan ortalamaları dağılımına göre; gelir getiren bir işte çalışan, geliri giderden fazla olan, aile tipi çekirdek aile olan, en uzun süre şehir merkezinde yaşayan gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve gebelerin gelir getiren bir işte çalışma durumuna ($p=.000$), en uzun süre yaşanılan yere göre gruplararası GSDÖ-36 puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.007$). Gebelerin en uzun süre yaşanılan yere göre GSDÖ-36 puanları farkının "köy" ve "şehir merkezi"nde yaşayan gebeler arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

• Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre W-DEQ A puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; 24-29 yaş arasında olan, üniversite mezunu olan, eşi ortaokul mezunu olan, gelir getiren bir işte çalışmayan, geliri giderden az olan, geniş ailede yaşayan, en uzun süre köyde yaşayan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelerden yüksek olduğu ve aile tipine göre gruplar arası W-DEQ A puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.000$), (Tablo 4.7).

• İlk gebeliği olan, hiç doğum yapmamış olan, çocuğu olmayan, daha önce düşük öyküsü olan, gebelikten önce dismenore öyküsü olan, gebelik haftası 32-35 hafta arasında olan, gebelikte 17 kilo ve üzeri alan, planlı bir gebeliğe sahip olan gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ancak gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

• İlk gebeliği olan hiç doğum yapmamış olan, çocuğu olmayan, daha önce düşük öyküsü olmayan, gebelikten önce dismenore öyküsü olan, gebelik haftası 28-31 hafta arasında olan, gebelikte 0-8 kg arasında kilo alan, planlı bir gebeliğe sahip olmayan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve W-DEQ A puan ortalamaları farkının sadece gebelik haftasına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.001$), (Tablo 4.8). Yapılan ileri analizde, gebelerin gebelik haftasına göre W-DEQ A puanları farkının “28-31” gebelik haftasına sahip olan gebeler ile “32-35” ve “36-41” gebelik haftasına sahip olan gebeler arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

• Gebelikte kontrole gitme sayısı 10 ve üzeri olan, gebelik ve doğum hakkında eğitim almış olan, gebelikte sorun yaşayan, doğum hikayesi dinlemiş olan, normal doğum ile ilgili bilgilerden olumsuz etkilenmiş olan gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ancak gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

• Sezaryen ile doğumu tercih eden, normal doğumu müdahaleli olan, doğum sürecinde indüksiyon alan gebelerin GSDÖ-36 puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ancak gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

- Gebelikte kontrole gitme sayısı yedi ve altı olan, gebelik ve doğum hakkında eğitim almamış olan, doğum hikayesi dinlememiş olan, normal doğum ile ilgili bilgilerden olumsuz etkilenmiş olan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu, W-DEQ A puan ortalamaları farkının sadece gebelerin kontrole gitme sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.042$), (Tablo 4.9). Yapılan ileri analizde, gebelerin kontrole gitme sayısına göre W-DEQ A ortalama puan farkının “ $7 \leq$ ” kez kontrole giden gebeler ile “ $10 \geq$ ” kez kontrole giden gebeler arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9).

- Kesinlikle normal vajinal doğum tercih eden, normal doğumu müdahaleli olan, doğum sürecinde suni sancı alan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu ve W-DEQ A puan ortalamaları farkının gebelerin normal doğum yapma şekline göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.002$), (Tablo 4.9). Yapılan ileri analizde, gebelerin normal doğum yapma şekline göre W-DEQ A ortalama puan farkının “müdahaleli doğum” yapan gebeler ile “normal vajinal doğum” ve “epizyotomi” uygulanan gebeler arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9)

6.2. Öneriler

- Aile üyelerinin ve partnerlerinin gebe kadınların doğum öncesi bakım programlarına dahil ederek desteklenmeleri ve sosyal destek kaynaklarının yeterli düzeye getirilmesi,

- Gebe ve doğum kliniklerinde, gebelik stresi ve doğum korkusunun taramasının yapılması,

- Önleyici ve destekleyici bir ortam oluşturmak için gebelik sürecine dahil olan tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının multidisipliner bir yaklaşım ve disiplinler arası işbirliği yapması,

- Sağlık personellerinin problemleri ailelere danışmanlık, eğitim, destek ve profesyonel yardım gibi gerekli girişimleri yapması,

- Doğum korkusu yaşayan gebelere profesyonel psikolojik destek sağlanması,

- Doğum öncesi psikososyal stres ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkiler konusunda ileri araştırmalar yapılması,

- Gebelerin stres ve doğum korkusu ile başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi önerilir.



KAYNAKLAR

- Ahmed AE, Albalawi AN, Alshehri AA, Al Blaihed RM, Alsalamah MA. (2017). Stress and its predictors in pregnant women: a study in Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 97-102.
- Abbasi M, Ghazi F, Barlow-Harrison A, Sheikhvatan M, Mohammadyari F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57 (2), 174-183.
- Abdollahpour S, Ramezani S, Khosravi A. (2015). Perceived social support among family in pregnant women. *International Journal of Pediatrics*, 3 (5), 879-888.
- Adams SS, Eberhard-Gran M, 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 (10), 1238-1246.
- Akın Ö. (2018). Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Akın Ö, Erbil N. Turkish validity and reliability study of the Pregnancy Stress Rating Scale. 11th Athens Congress on Women's Health and Disease, Athens, Abstract Book, 2018.
- Akın B, Yeşim Y, Yücel Ü, Boyacı B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences*, 13 (2), 11-20.
- Aksoy AN. (2015). Doğum korkusu: Literatür değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2, 161-165.
- Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I. (2014). The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 10, 1-7.

- Aktaş S, Pasinlioğlu T. (2016). Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19 (Özel sayı), 38-45.
- Alessandra S, Roberta L. (2013). Tokophobia: when fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1 (1), 1-18.
- Alehagen S, Wijma K, Wijma B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80 (4), 315–320.
- Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeily H. (2017). The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 97.
- Anniverno R, Bramante A, Mencacci C, Durbano F. (2013). Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. *New Insights into Anxiety Disorders*, 259-285.
- Arslantaş H, Çoban A, Dereboy F, Sarı E, Şahbaz M, Kurnaz D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45, 239-250.
- Aslan MM, Bıyık İ. (2020). Doğum korkusunun gebelik haftası ve sayısı ile ilişkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (3), 494-499.
- Azimi M, Fahami F, Mohamadirizi S. (2018). The relationship between perceived social support in the first pregnancy and fear of childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23 (3), 235–239.
- Barut S, Uçar T. (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (2), 107-115.
- Bhatia MS, Jhanjee A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, 21 (2), 158-159.
- Beigi NMA, Broumandfar K, Bahadoran P, Abedi HA. (2010). Women's experience of pain during childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15 (2), 77–82.

- Boakye-Yiadom A, Shittu SO, Dutt JB, Dapare PPM, Alhassan A. (2015). Perceived stress and anxiety among Ghanaian pregnant women. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*, 4 (2), 29-37.
- Bolten MI, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papoušek M, Pirke KM, Hellhammer D. (2010). Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight. *Archives of Women's Mental Health*, 14 (1), 33-41.
- Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*, 176, 24-34.
- Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25 (3), 126-130.
- Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. (2014). Effectiveness of a mindfulness based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59 (2), 192-197.
- Chen CH. (2015). Revision and validation of a scale to assess pregnancy stress. *Journal of Nursing Research*, 23(1), 25-32.
- Cole-Lewis HJ, Kershaw TS, Earnshaw VA, Yonkers KA, Lin H, Ickovics JR. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Journal of Health Psychology*, 33 (9), 1033-1045.
- Coşar F, Demirci N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3 (1), 18-30.
- Coşkun AM, Arslan S, Okcu G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17 (1), 1-8.
- Coşkuner-Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlacı Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, 64 (4), 576-583.

- Coussons-Read ME. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstetric Medicine*, 6 (2), 52–57.
- Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. (2006). Antenatal self hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesth Intensive Care*, 34 (4), 464- 469.
- Çıtak-Bilgin N, Coşkun H, Coşkuner-Potur D, Aydın E, Uca E. (2020). Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, DOI: 10.1080/0167482X.2020.1734791
- Çiçek Ö, Mete S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8 (4), 263-268.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (4), 200-206.
- Demirsoy G, Aksu H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 36-45.
- Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik VV. (2017). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46 (2), 151-154.
- Dereli-Yılmaz S, Kızılkaya-Beji N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20 (3), 99-108.
- Dursun D. (2019). Gebelerde Evlilik Uyumunun Doğum Korkusuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. (2008). Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29 (4), 258–261.
- Egelioglu-Çetişli N, Denizci-Zirek Z, Bakılan-Abalı F. (2016). Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan*, 16 (1), 32-42.

- El-Aziz SNA, Mansour SE, Hassan NF. (2017). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7 (1), 133-145.
- Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK ve ark. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 2 (3), 869-877.
- Engidaw NA, Mekonnen AG, Amogne FK. (2019). Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 12 (1), 356.
- Ergol Ő, Kurtuncu M. (2014). Bir universite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktorler. *Hacettepe Universitesi Hemşirelik Fakultesi Dergisi*, 26–34.
- Ertekin-Pınar Ő, Arslan Ő, Polat K, ifti D, Cesur B, Dağlar G. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylul Universitesi Hemşirelik Yuksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (3), 171-177.
- Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Buist A, Turkstra E, Sneddon A ve ark. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (1), 1-9.
- Gao LL, Liu X2, Fu BL, Xie W. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, 31 (9), 865-870.
- Geissbuehler V, Eberhard J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23 (4), 229-235.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. (2010). A Meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives Of General Psychiatry*, 67 (10), 1012-1024.

- Gökçe-İşbir G, Okumuş H. (2011). Doğum ağrısı ile baş etmede güvenli yaklaşım: hipnozla doğum. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 8 (2), 7-10.
- Guszkowska M. (2014).The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 27 (2), 176-189.
- Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Özel Dergisi*, 24 (1), 36-41.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Handelzalts JE, Fisher S, Sadan O, Goldzweig G. (2017). Object relations, unconscious defences and fear of childbirth, as reflected in maternal-request caesarean section. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35 (1), 91-102.
- Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z ve ark. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(5), 1055-1062.
- Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85 (4), 435-440.
- Hildingsson I. (2012). Mental training during pregnancy. Feelings and experiences during pregnancy and birth and parental stress 1 year after birth—A pilot study. *Sexual Reproductive Healthcare*, 3, 31-36.
- Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 330.
- Hofberg K, Brockington IF. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.

- Iranzad I, Bani S, Hasanpour S, Mohammadalizadeh S, Mirghafourvand M. (2014). Perceived social support and stress among pregnant women at health centers of Iran- Tabriz. *Journal Of Caring Sciences*, 3 (4), 287–295
- Kabukcu C, Sert C, Gunes C, Akyol HH, Tipirdamaz M (2019). Predictors of prenatal distress and fear of childbirth among nulliparous and parous women. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22 (12), 1635-1643.
- Kamali A, Akbari S, Norouzi A, Shokrpour M. (2018). Comparison stage of vaginal delivery in painless labor with epidural & spinal analgesia. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 9 (1), 82-86.
- Keklikçi S. (2018). Primiparlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi, Gaziantep.
- Kızılırmak A, Başer M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24.
- Kingston D, Heaman M, Fell D, Dzakpasu S, Chalmers B. (2012). Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 16 (1), 158-168
- Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1), 47 – 54.
- Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM4, Vingerhoets AJJM. (2019). Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 40 (1), 38-47.
- Klabbers GA, Wijima K, Paarberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ. (2014). Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14, 385.

- Klabbers GA, Van Bakel HJA, Van den Heuvel MMA, Vingerhoets AJJM. (2016). Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25 (1), 107-127.
- Kjærsgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4), 340-350.
- Koroglu CO, Surucu SG, Vurgec BA, Usluoglu F. (2017). The fear of labor and the roles of midwives. *International Journal of Health and Life-Sciences*, 3 (2), 51-62.
- Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7 (4), 159-162.
- Körükçü O, Fırat MZ, Kukulu K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470.
- Körükçü, Ö, Kukulu, K, Fırat, MZ. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (3), 193-202.
- Khwepeya M, Lee GT, Chen SR, Kuo SY. (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 391.
- Lau Y, Yin, L. (2011). Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao. *China. Midwifery*, 27 (5), 668-673.
- Lazoğlu M. (2014). Doğum korkusunun derecesine göre gebelerin öz-yeterlilik algısının karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

- Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Temmerman M, van Parys A. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthcare*, 5 (3), 99-106.
- Mazúchová L, Škodová Z, Kelčíková S, Rabárová A. (2017). Factors associated with childbirth-related fear among Slovak women. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 8(4), 742–748.
- Melender HL. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal Midwifery Women Health*, 47, 256-263.
- Mete S, Çiçek Ö, Aluş-Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E. (2017). Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9 (3), 201-206.
- Mete S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6 (2), 93-98.
- Moghaddam Hossieni V, Toohill J, Akaberi A, HashemiAsl B. (2017). Influence of intimate partner violence during pregnancy on fear of childbirth. *Sexual and Reproductive HealthCare*, 14, 17-23.
- Mortazavi F, Agah J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal*, 33 (6), 497-505.
- Nagandla K, Nalliah S, Yin LK, Majeed ZA, Ismail M, Zubaidah S, Ragavan UD, Krishnan SG. (2016). Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5 (7), 2380-2388.
- Nekoe T, Zarei M. (2015). Evaluation the anxiety status of pregnant women in the third trimester of pregnancy and fear of childbirth and related factors. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 9 (12), 1-8.
- Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding E-L, Wijma K. (2016). Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the internet: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 37 (2), 37-43.

- Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39 (3), 298-309.
- Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth*, 25 (3), 114-21.
- Nordeng H, Hansen C, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15 (3), 203-209.
- Oğurlu M. (2020). Gebelerde Eş Şiddetinin Doğum Korkusuna Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Okumus F, Sahin N. (2017). Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *Northern Clinics of İstanbul*, 4 (3), 247-256.
- Özşahin Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç. (2018). Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9 (2), 35-45.
- Pais M, Pai MV. (2018). Stress among pregnant women: a systematic review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12 (5), LE01-LE04.
- Pasha H, Faramarze M. (2015). The role of social support in predication of stress in pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 17 (11), 53–60.
- Pickler RH, McGrath JM, Reyna BA, McCain N, Lewis M, Cone S ve ark. (2010). A model of neurodevelopmental risk and protection for preterm infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24 (4), 356-65.
- Poggi L, Goutaudier N, Séjourné N, Chabrol H. (2018). When fear of childbirth is pathological: The fear continuum. *Maternal and Child Health Journal*, 22 (5), 772-778.

- Racinea N, Plamondon A, Hentgesa R, Toughd S, Madigan S. (2019). Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *Journal of Affective Disorders*, 252, 19-24.
- Rouhe H, Salmela-Aro, K, Halmesmäki, E, Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG. International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 116 (1), 67–73
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 (9), 1104-1111.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women-randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120, 75–84.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding E, Saisto T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 36 (1), 1–9.
- Rowe T. (2015). The stress of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37 (5), 393-394.
- Ruiz RJ, Fullerton JT. (1999). The measurement of stress in pregnancy. *Nursing and Health Sciences*, (1), 19-25.
- Rabiepoora S, Abedib M, Sabooryc E, Khalkhalid HR. (2018). Stress during pregnancy affected neonatal outcomes and changed cortisol and leptin levels both in mothers and newborns. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 12(4), 1-11.
- Saisto T, Halmesmäki E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 82 (3), 201-208.
- Scollato A, Lampasona R. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1 (1), 1-18.

- Schroll AM, Tabor A, Kjaergaard H. (2011). Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32 (1), 19-26.
- Sen E, Alp-Dağ N, Dağ H, Senveli S. (2015). The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. *Nursing Practice Today*, 2 (1), 25-33.
- Serçekuş P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: HypnoBirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10 (2), 239-242.
- Serçekus P, Okumus H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 25 (2), 155-162.
- Shih FF, Chen CH, Chiao CY, Li CR, Kuo PC, Lai TJ. (2015). Comparison of pregnancy stress between in vitro fertilization/embryo transfer and spontaneous pregnancy in women during early pregnancy. *Journal of Nursing Research*, 23 (4), 280-289.
- Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. (2014). Socioeconomic status and stress rate during pregnancy in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6 (4), 254-258.
- Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. (2017). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (51), e03253.
- Soltani F, Eskandari Z, Khodakarami B, Parsa P, Roshanaei G. (2017). Factors contributing to fear of childbirth among pregnant women in Hamadan (Iran) in 2016. *Electron Physician Journal*, 9 (7), 4725-4731.
- Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women Birth*, 28 (3), 179-93.
- Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 221.

- Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2 (3), 318-324.
- Straub H, Qadir S, Miller G, Borders A. (2014). Stress and stress reduction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57 (3), 579-606.
- Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29 (4), 165-167.
- Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91 (1), 44-49.
- Şahin S, Sevimli Güler D, Özdemir K, Ünsal A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15, 5-14.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 27 (1), 51-58.
- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40 (2), 57-62.
- Talmon A, Ginzburg K. (2018). “Who does this body belong to?” The development and psychometric evaluation of the Body Experience during Pregnancy Scale. *Body Image*, 26, 19-28.
- Tani F, Castagna V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30 (6), 689-692.
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Reaksiyon Matbacılık. S: 218-225.

- Toohill, J, Fenwick, J, Gamble, J, Creedy, DK. (2014a). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1), 275.
- Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E ve ark. (2014b). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41 (4), 384-394.
- Turgut N, Güldür A, Çakmakçı H, Şerbetçi G, Yıldırım F, Yumru AE ve ark. (2017). Gebe okulunda eğitim alan gebelerin bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3 (1), 1-8.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2017). İstatistiklerle Çocuk (2016, Sayı: 24645). Erişim: 25 Mart 2019, <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24645>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). İstatistiklerle Kadın (2019, Sayı: 33732). Erişim: 01.07.2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33732>.
- Uçar T, Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 54-58.
- Van den Berg M, Visser A, Schoolmeesters A, Edelman P, Van den Borne B. (2006). Evaluation of haptotherapy for patients with cancer treated with chemotherapy at a day clinic. *Patient Education and Counseling*, 60 (3), 336–343
- Vijayaselvi R, Beck MM, Abraham A, Kurian S, Regi A, Rebekah G. (2015). Risk factors for stress during antenatal period among pregnant women in tertiary care hospital of Southern India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9 (10), QC01–QC05.
- Wainstock T, Anteby EY, Glasser S, Lerner-Geva L, Shoham-Vardi I. (2014). Exposure to life-threatening stressful situations and the risk of preterm birth and low birth weight. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125 (1), 28-32.
- Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. (2013). Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth*, 40 (4), 272-280.

- Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115 (3), 324-331
- Willie TC, Powell A, Kershaw T. (2016). Stress in the city: influence of urban social stress and violence on pregnancy and postpartum quality of life among adolescent and young mothers. *Journal of Urban Health*, 93 (1), 19–35.
- World Health Organization (WHO). (2015). Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. Erişim Tarihi: 22 Mart 2019, World Health Organization Ağ Sitesi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf; Sezaryen
- Yılmaz S. (2017). Doğum beklentisi ile yaşanan doğum deneyimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Zar M, Wijma K, Wijma B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 122-130.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Form No:

Bu çalışmada “Gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu ilişkisi” nin incelenmesi amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 25 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Büşra Nur GELDİ

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

- 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans
6) Doktora

3. Eşinizin mezun olduğu okul nedir?

- 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans
6) Doktora

4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

6. Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

7. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?

- 1) Köyde 2) İlçede 3) Şehir merkezinde

8. Gebelik sayınız?.....

9. Doğum sayınız?.....

10. Yaşayan kaç çocuğunuz var?

11.Düşük öyküsü:

1) Evet (Lütfen sayısını yazınız)..... 2) Hayır

12. Gebelikten önce adet döneminizde ağrınız var mıydı?

1. İlk adetimden itibaren her ay adetlerim ağrılıdır
2. Adet dönemimde ağrı daha sonra başladı.
3. Bazı adet dönemlerimde olur, bazen de olmaz.
3. Adet dönemimde ağrım olmaz.

13. Gebelik haftanız?.....

14. Gebelikte aldığınız kiloyu yazınız.....

15. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

1) Evet 2) Hayır

16. Bu gebelikte kaç kez kontrole gittiniz?.....

17. Gebelik ve doğum hakkında eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

18. Kendi annenizden sizin ya da kardeşlerinizin doğum hikayesini dinlediniz mi?

1) Evet 2) Hayır

19. Normal doğumla ilgili anneniz, çevreniz ya da basın yayından duyduğunuz ya da öğrendiğiniz bilgiler sizi normal doğum yapma konusunda nasıl etkiledi?

1) Olumlu etkiledi 2) Olumsuz etkiledi 3) Herhangi bir yönde etkilemedi

20. Tercih ettiğiniz doğum şekliniz nedir?

1. Kesinlikle normal vajinal doğum
2. Tercihen normal vajinal doğum
3. Doğum şekli konusunda bir tercihim yok
4. Yasal ise sezaryeni tercih ederim

21. Daha önce normal doğum yaptıysanız; normal doğumunuz nasıldı?

- 1) Normal vajinal doğum
- 2) Müdahaleli normal doğum (Vakum uygulaması)
- 3) Epizyotomi

22. Daha önce doğum yaptıysanız; doğumunuzda eylem sürecinde indüksiyon uygulandı mı?

1) Evet 2) Hayır

Ek 2. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36)

Yönerge: Aşağıda listelenen durumlar gebeliğe bağlı stres etkenlerini tanımlamaktadır. Sizden ŞU ANDAKİ endişelerinizin, sıkıntılarınızın ve/veya kaygılarınızın derecesini " kesinlikle hayır ", " hafif ", " orta ", " ciddi " veya " çok ciddi " şeklinde uygun sütuna belirterek değerlendirmeniz istenmektedir.	Kesinlikle hayır	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
1. Anormal veya zor doğum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Benim için güvenli doğum eylemi süreci ve doğum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bebeğim için güvenli doğum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Doktorun doğuma yetişememesi ihtimali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erken doğum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Doğum eylemi süreci ve doğum esnasında doktorun tutumu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Doğum eylemi süreci ve doğum esnasında ebe ya da hemşirenin tutumu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Doğum eylemi süreci ve doğum anında eşin olmaması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dayanılmaz doğum ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Bebeğimi emzirme ya da biberonla besleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Başarılı bir şekilde emzirebilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bebeğimi başarılı bir şekilde büyütebilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Bebeğime isim verme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gebelikte cinsel ilişki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Doğum sonrası boş zamanın kalmaması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Diğer önemli kişilerce çocuğun kabul edilmesi (Anneanne, babaanne, dede vd.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Bebeğin ihtiyaçları nedeniyle ekonomik yükün artması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eş ya da aile üyelerinden destek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Yönerge: Aşağıda listelenen durumlar gebeliğe bağlı stres etkenlerini tanımlamaktadır. Sizden ŞU ANDAKİ endişelerinizin, sıkıntılarınızın ve/veya kaygılarınızın derecesini "kesinlikle hayır", "hafif", "orta", "ciddi" veya "çok ciddi" şeklinde uygun sütuna belirterek değerlendirmeniz istenmektedir.	Kesinlikle hayır	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
19. Bebeğin görünümü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Bebeğin doğum kilosu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Bebeğin cinsiyeti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Bebeğin sağlığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Bebeğin hareketi hakkında endişe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Geleneksel gebelik adetlerine bağlı kalma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Bebeği etkileyen anne davranışları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Bebek için yenidoğan giysileri ve malzemelerini hazırlama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Nitelikli bir bebek bakıcısı bulma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Bebeğin bakımına kimin yardım edeceğine karar verme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Doğum sonrası ilk ayda kalmak için yer seçimi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Doğum sürecinde ev işleriyle ilgilenecek birinin ayarlama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Gebelik sürecinde beden şeklindeki değişim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Gebelik süresince kilo kontrolü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Değişen vücut şeklinden kaynaklanan hareket zorlukları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Doğum sonrası dönemde, gebelik öncesi vücut şekli ve ağırlığına geri dönme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Cilt üzerinde koyu kahverengi alanlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Uyku kalitesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek 3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) 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 değil*.

I Doğum sancuları 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 sancuları 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
güçlü

Hiç
güçlü değil

memnun memnun değil
14 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

hoşnut hoşnut değil

15 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

terkedilmiş terkedilmemiş

16 0 1 2 3 4 5

Tamamen Hiç

kendine hakim kendine hakim değil

17 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

rahat rahat değil

18 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

mutlu mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19 0 1 2 3 4 5

Aşırı Hiç

panik panik değil

20 0 1 2 3 4 5

Aşırı Ümitsizlik yok

ümitsizlik

21 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa Hiç

kavuşma isteği çocuğa kavuşma isteği yok

22 0 1 2 3 4 5
Aşırı Öz güveni
öz güvenli yok

23 0 1 2 3 4 5
Son derece Kendine
güvenli güvensiz

24 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
ağrılı ağrı yok

IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü Kötü bir
bir şekilde davranacağım şekilde
davranmayacağım

26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün Bedenimin bütün
kontrolü kontrolü sağlamasına izin vereceğim
sağlamasına izin vermeyeceğim

27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen Kontrolümü
kaybedeceğim kaybetmeyeceğim

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
gerektiği gibi gibi değil
- 31 0 1 2 3 4 5
- Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

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

32 ...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

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

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

Ek 4. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

22.07.2018

Gmail - Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçek İzni Hakkında



Büşra Nur Geldi <busranurgeldi@gmail.com>

Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçek İzni Hakkında

2 ileti

Büşra Nur Geldi <busranurgeldi@gmail.com>
Alıcı: Nülüfer Erbil <nuluferebil@gmail.com>

22 Temmuz 2018 12:08

Sayın hocam,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği"ni yüksek lisans tez çalışmam için izniniz olursa kullanmak istiyorum. Kullanım izniniz olması halinde ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

Saygılarımla..

Büşra Nur Geldi
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

E-posta: busranurgeldi@gmail.com
Tel: 0 534 431 32 48

nülüfer erbil <nuluferebil@gmail.com>
Alıcı: Büşra Nur Geldi <busranurgeldi@gmail.com>

22 Temmuz 2018 22:36

Merhaba Sevgili Büşra,
"Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği"ni yüksek lisans tez çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarım.
Ölçeğin özgün formu ve yönergesi e-posta ekindedir.
Tez çalışmada başarılar dilerim.

22 Tem 2018 Paz 12:08 tarihinde Büşra Nur Geldi <busranurgeldi@gmail.com> şunu yazdı:
[Ayrıntılan metin gizlendi]

GEBELİK STRESİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.docx
23K

Ek 5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu'nun Kullanım İzni

17.07.2018

Gmail - İLT: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu



Büşra Nur Geldi <busranurgeldi@gmail.com>

İLT: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

1 mesaj

Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>

8 Haziran 2018 22:28

Alıcı: "busranurgeldi@gmail.com" <busranurgeldi@gmail.com>


Sevgili Büşra,
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunu ekte gönderiyorum. Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle.


Dr. Öğr. Üyesi Öznur KÖRÜKCÜ

2 eklenti

 W-DEQ A (2).doc
66K

 W-DEQ A makale (2).pdf
100K


Ek 6. İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GİRESUN
GELİŞİM VE İZİNLER BİRİMİ
24 12 2018 01:14 - 4807786 - 100 - 4746



00081019402

Sayı : 49005789-799
Konu : Araştırma İzni / Büşra Nur GELDİ

DAĞITIM YERLERİNE

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in danışmanlığında Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Nur GELDİ'nin "Gebe Kadınlarda Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi" adlı araştırmasını yapabilmesi için alınan komisyon kararı ekte gönderilmiş olup, yapılan çalışmanın sonucunun ve sonrasında yapılan yayının bir nüshasının Müdürlüğümüze verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.
Mehmet ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Kararı

Dağıtım:
Ordu Üniversitesi Rektörlüğü
Gri Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi
Faks No: Bilgi için: PEMBE DEGE
e-Posta: pembe.yildiz@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: www.giresunilhsb.gov.tr Uzman: HEMŞİRE
Telefon No: 0(454) 260 20 00 / 381

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.sağlık.gov.tr> adresinden 23c7f303-4937-419a-9b6d-0a69cb6457c5 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 6. İl Sağlık Müdürlüğü İzni (Dev.)


GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ


KOMİSYON KARARI

Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 05.12.2018 tarih ve 36910495-663.08 sayılı yazısına istinaden; Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. NÜLÜFER ERBİL'in danışmanlığında Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Nur GELDİ'nin "Gebe Kadınlarda Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi" konulu çalışmasını 01.01.2019 – 01.08.2019 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı GRÜ Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

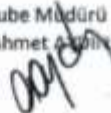

BAŞKAN
İl Sağlık Müdürü
Op.Dr. Hasan Hüseyin ARSLANTÜRK

ÜYELER:


Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı
Mehmet ŞAHİN


Kamu Hastaneleri Başkanı
Dr. Muhammet AKSU


Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.
Uzm.Dr. Feriye TOKSAL


Şube Müdürü
Ahmet ŞAHİN

İÜ./12/2018 Ebe

: Ü.USTA 4

Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi
Tel: 0454 260 20 00 / 487

e-posta: umran.usta@saglik.gov.tr

Ek 7. Etik Kurul Kararı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Mühürüğü
21.11.2018 11:40
Seyr: 91120269-000-E-00000299463



00000299463

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
15/11/2018	22	15.30	2018-230

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V. Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2018/ 230

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in KAEEK 234 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Gebe Kadınlarda Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma, “**Gebe kadınlarda stres ve doğum korkusu ilişkisi**”ni inceleyen bilimsel bir araştırmadır. Bu çalışma, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nülüfer ERBİL ile Ordu Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Nur GELDİ tarafından yürütülmektedir.

Araştırma için Giresun İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmadaki formları doldurmanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmemekte olup, formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İş Adresi:

Telefonu:

E-Posta:

Tarih ve İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Büşra Nur GELDİ
Doğum Yeri : GİRESUN
Doğum Tarihi : 27.07.1994
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : busranurgeldi@gmail.com
İletişim Bilgileri : T.C. Sağlık Bakanlığı Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	2012-2017

İş Deneyimi :

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-Halen

Yayınlar

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. Demirhan B, Geldi BN, Uzun Ş. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları ile Hemşirelik Sürecini Uygulama Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Poster Bildiri-203, 5. Uluslararası, 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Litai Otel, 5-8 Kasım 2017, Ankara
2. Demirhan BS, Geldi BN, Koyuncu FH, Yener S, Yıldırım M. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrıya Yönelik Deneyim ve Tutumlarının İncelenmesi: Niteliksel Bir Çalışma, Sözlü Bildiri- 20, 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Sözlü Bildiri Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir.