

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERDE EŞ ŞİDDETİNİN DOĞUM
KORKUSUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehtap OĞURLU
Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

ORDU-2020

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Mehtap OĞURLU tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Gebelerde Eş Şiddetinin Doğum Korkusuna Etkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 02/03/2020 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
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Songül AKTAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

İmza 

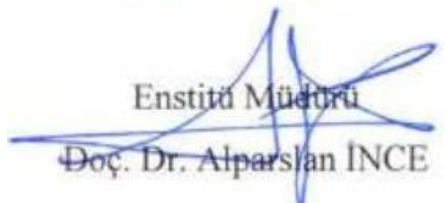
Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza 

ONAY

17/03/2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09/04/2020 tarih ve 2020/59 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

09/04/2020

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun şekilde hazırlanan bu tezin yazılması sırasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinin kullanılması durumunda bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mehtap OĞURDU



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında büyük katkısı olan, beni her zaman destekleyen, yanımda olan, güler yüzüyle motivasyonumu arttıran, düzenli ve disiplinli çalışma sistemini öğreten, yol gösteren değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek lisans eğitimim süresince emeği geçen başta Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ebru Şahin'e ve emeği geçen diğer tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Tez savunma sınavıma gelerek önerileriyle katkı sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Songül AKTAŞ' a teşekkür ederim.

Araştırmama gönüllü katılımları ile katkı sağlayan tüm gebelere, çalışmamda desteği geçen Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Beni hayatım boyunca destekleyen, yalnız bırakmayan, bana her zaman güvenen, başarımın en büyük sebebi çok sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehtap OĞURLU

ÖZET

GEBELERDE EŞ ŞİDDETİNİN DOĞUM KORKUSUNA ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma, gebelerde eş şiddetinin doğum korkusuna etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmaya, gebe polikliniklerine başvuran 335 gebe alınmıştır. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ A) ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemler, t testi, One Way ANOVA, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Gebelerin W-DEQA ölçeği toplam puan ortalamasının 69.34 ± 29.37 olduğu bulundu. Çalışmada gebe kadınların %15.2'sinin hafif seviyede, %28.4'ünün orta seviyede, %26.6'sının şiddetli seviyede ve %29.9'unun klinik seviyede doğum korkusu yaşadığı saptandı. Gebelerin yaş ($p=.044$), aile tipi ($p=.004$), oturulan yer ($p=.026$), gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşama ($p=.026$) durumuna göre gruplar arası W-DEQ A puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Çalışmada gebelerin %49.3'ünün herhangi bir şiddet türüne eş tarafından maruz bırakıldığı belirlendi. Gebelerin %46'sının sözel şiddet, %23.9'unun duygusal şiddet, %13.7'sinin ekonomik şiddet, %8.7'sinin fiziksel şiddet ve %2.1'inin cinsel şiddete maruz kaldığı bulundu. Herhangi bir şiddet türünü yaşayan ($p=.000$), sözel şiddet ($p=.000$), duygusal şiddet ($p=.000$), ekonomik şiddet ($p=.000$) yaşayan gebelerin, şiddet yaşamayan gebelere göre W-DEQ A puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Sonuç: Gebelere karşı eşleri tarafından uygulanan şiddet oranının yüksek olduğu ve eş şiddeti yaşamayan gebelerde doğum korkusuna etki ettiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Gebe kadın, Gebelik, Eş şiddeti, Doğum korkusu, Aile içi şiddet

ABSTRACT

THE EFFECT TO CHILDBIRTH FEAR OF PARTNER VIOLENCE AMONG PREGNANT WOMEN

Aim: This study was conducted to determine the effect of partner violence on childbirth fear of pregnant women.

Material and Method: This descriptive and cross-sectional study included 335 pregnant women who applied to pregnant outpatient clinics. The data of the study were collected with Questionnaire Form and Wijma Birth Expectation / Experience Scale A Version (W-DEQ A). Descriptive statistical methods, t test, One Way ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test were used in the analysis of the data.

Results: W-DEQ A scale score of pregnant women was found to be 69.34 ± 29.37 . It was found that 15.2% of pregnant women experienced “mild level” childbirth fear, 28.4% had “moderate level” childbirth fear, 26.6% had “severe level” childbirth fear, and 29.9% had “clinical level” childbirth fear. It was determined to be statistically significant differences of W-DEQ A scores according to the age of the pregnant women ($p=.044$), family type ($p=.004$), place of residence ($p=.026$), psychological problems before pregnancy ($p=.026$). It was determined that 49.3% of pregnant women were exposed to any type of violence by their partners. It was found that pregnant women were exposed to 46% verbal violence, 23.9% emotional violence, 13.7% economic violence, 8.7% physical violence and 2.1% sexual violence. When pregnant women experiencing any type of violence ($p=.000$), verbal violence ($p = .000$), emotional violence ($p=.000$), economic violence ($p=.000$) were compared with pregnant women who did not experience violence, W-DEQ A scores were higher and differences were statistically significant.

Conclusion : As a result, the rate of violence exerted by their partners against pregnant women was high. Also, partner violence during pregnancy had negative effects on the fear of childbirth of pregnant women.

Keywords: Pregnant women, Pregnancy, Partner violence, Childbirth fear, Domestic Violence.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
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. Şiddetin Tanımı.....	4
2.2. Kadına Yönelik Şiddet.....	4

2.3. Kadına Yönelik Şiddet Prevalansı.....	5
2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri.....	6
2.5. Kadına Yönelik Şiddet Türleri.....	8
	Sayfa No
2.5.1. Fiziksel Şiddet.....	8
2.5.2. Sözel Şiddet.....	9
2.5.3. Duygusal/Psikolojik Şiddet.....	9
2.5.4. Ekonomik Şiddet.....	10
2.5.5. Cinsel Şiddet.....	10
2.6. Şiddet Döngüsü.....	11
2.7. Gebelik ve Eş Şiddeti.....	12
2.7.1. Gebelikte Eş Şiddetinin Sıklığı.....	13
2.7.2. Gebelikte Eş Şiddetinin Sağlık Sonuçları.....	14
2.8. Şiddetin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü.....	15
2.9. Doğum Korkusu.....	16
2.9.1. Doğum Korkusu Yaşayan Kadınların Özellikleri.....	17
2.9.2. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması.....	17
2.9.3. Doğum Korkusunun Nedenleri.....	18
2.9.4. Doğum Korkusu Görülme Sıklığı.....	19
2.9.5. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları.....	19
2.9.6. Doğum Korkusunun Azaltılmasında Kullanılan Yöntemler.....	20

2.9.7. Doğum Korkusunda Hemşirenin Rolü.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
	Sayfa No
3.1. Araştırmanın Şekli.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	22
3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi.....	22
3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	23
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu.....	24
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	24
3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	24
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48

6.1. Sonuçlar.....	48
6.2. Öneriler.....	49

	Sayfa No
KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	62
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	62
Ek 2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu.....	65
Ek 3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu İzin Yazısı.....	69
Ek 4. Kurum İzin Yazısı.....	70
Ek 5. Etik Kurul Onayı.....	72
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	74

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.3. Gebe Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.4. Gebelerin Yaşanan Şiddet Türüne Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve W-DEQA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ve W-DEQA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.7. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve W-DEQA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.8. Eş Şiddeti Yaşama Durumuna Göre W-DEQA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.9. Gebelerin W-DEQA Puanı Sınıflamasına Göre Doğum Korkusu Yaşama Seviyelerine Göre Dağılımı.....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CEDAW	:	Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
W-DEQ A	:	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu
One-Way	:	
ANOVA	:	Tek Yönlü Varyans Analizi
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
\bar{x}	:	Aritmetik ortalama

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik dönemi kadının hayatında fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişikliklerin yaşandığı ve bu değişikliklere karşı uyumun sağlandığı bir süreçtir (Aydın-Kartal ve Karaman, 2018). Bu süreçte psikososyal sağlık çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler;kadının eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzeyi, geçmiş gebelik ve doğum öyküsü, çocuk sayısı, gebeliğin planlı olup olmaması, eşyle ilişkisi, ailedeki bireylerin gebeye karşı olan tutumları, annenin geçmiş ruhsal hastalık öyküsü, çevrede bulunan olumlu ve olumsuz rol modellerin varlığı, kadının gebeliği hakkında bilgisinin doğru ve yeterli olmaması, düşük öz saygı, sosyal izolasyon ve sosyal destek azlığı gibi faktörlerdir (Körükçü ve ark., 2017).

Gebenin ve bebeğin sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri de eş şiddetidir. Gebe kadınlar arasında şiddetin yaygınlığı gelişmekte olan ülkelerde %4 ile %29 arasında değişiklik göstermektedir (Karaoğlu ve ark., 2005). Türkiye genelinde ise en az bir kez gebe kalmış her on kadından birinin gebeliği esnasında eş ya da beraber olduğu kişi tarafından fiziksel şiddet yaşadığı ortaya konulmuştur (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009).Gebelik sırasında sözel veya psikolojik şiddet, fiziksel veya cinsel şiddete göre daha fazla yaşanmaktadır (Ayrancı ve ark., 2002). Yapılan bir çalışmada, gebelikte duygusal şiddet sıklığının %53.6, cinsel şiddet sıklığının %32.5, ekonomik şiddet sıklığının %29.3 ve fiziksel şiddet sıklığının %18.1 olduğu belirtilmektedir (Güler, 2010).

Gebelik süresince ve gebelikten önce yaşanan şiddet gerek bebek gerek anne üzerinde ciddi anlamda sağlık problemlerine yol açabilmektedir.Gebelikte şiddet, doğum öncesi yetersiz bakım, preeklampsi, gestasyonel diyabet, yeterli kilo alamama, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, hastanede yatışa bağlı ilaç kullanımı, tütün içeren madde bağımlılığı ve depresyon gibi birçok olumsuz maternal ve fetal sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Şen ve ark., 2012; Fletcher ve ark., 2016).

Gebelikte şiddet toplumlarda sıkça yaşanmasına karşın sağlık çalışanları tarafından nadir olarak ele alınmaktadır. Sağlık profesyonelleri, doğum öncesi bakım

ve izlemede gebelikte şiddete uğrayanları belirlemede önemli bir role sahiptir (Demirel-Bozkurt ve Daşikan, 2016).

Şen ve arkadaşları (2012), sağlık çalışanlarının %68.3'ünün meslek hayatlarında şiddete uğramış gebeyle karşılaştığını belirtmektedir. Aynı çalışmada, sağlık çalışanlarının %81.7'sinin şiddete uğramış gebeyle karşılaşması halinde bildirim yapacaklarını ifade ettikleri belirlenmiş, şiddet yaşamış gebeyle karşılaşan sağlık çalışanlarının %52'sinin bildirimini sosyal hizmet uzmanına yaptıkları, %63.6'sının aile içi işlere karışmak istemediği için bildirim yapmadıkları belirlenmiştir (Şen ve ark., 2012).

Gebelik sürecinde psikososyal sağlığın en önemli tehditlerinden birisi ise doğum korkusudur. Doğum korkusu gebelikten önce gelişmişse ve şiddeti fazlaysa "tokofobi" olarak isimlendirilmektedir. Patolojik doğum korkusu olan tokofobi, primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklinde görülebilir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Gebelikte görülen doğum korkusu biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (geçmişte yaşanan travmalar ve gelecekte anne olma duygusu), sosyal (çevre desteğinin az olması, maddi yetersizlikler) veya ikincil (geçmiş doğum deneyimi) nedenlere bağlı ortaya çıkabilmektedir (Körükçü ve ark., 2017). Doğum korkusu, gebelerin %5-25'inde görülebilmekte ve anne ve bebek açısından ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Gebenin yaşadığı doğum korkusunun istemli infertilite, gebelik ve doğum komplikasyonları, doğumda kullanılan analjezi miktarının artması, doğum esnasında müdahalenin artması, acil ya da isteğe bağlı sezaryen, postpartum depresyon yaşanması, posttravmatik stres bozukluğu, anne bebek bağlanmasının uzaması, eş ile olan ilişkide problem yaşamaya yol açabileceği belirtilmektedir (Güleç ve ark., 2014). Ayrıca gebelerin yaşadığı doğum korkusu sezaryen doğum tercihinin yönelmeye neden olmakta ve doğum eyleminin uzamasına, kadınların baş etme mekanizmalarının zayıflamasına bağlı olarak acil sezaryen oranlarında artışa neden olabilmektedir (Hossieni ve ark., 2017).

Doğum öncesi ve sonrasında yaşanan depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar ciddi doğum korkusu ile ilişkilidir (Hossieni ve ark., 2017). Gebe kadınlarda tokofobi prevalansının sistematik derleme ve meta-analizi %14'lük bir prevalans olarak bulunmuştur (O'Connel ve ark., 2017). Gebelik döneminde kadının yaşadığı

doğum korkusunun saptanması, gebenin bu doğum korkusu ile baş etmesine yardımcı olmak için yapılacak uygulamalarla, korkunun olumsuz etkileri azaltılarak, olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına katkı sağlanacaktır. Gebeye ihtiyacı olduğunda danışmanlık yapan ebe ve hemşirelere doğum korkusunu saptama ve bu korkuyla baş etmede önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları, gebeyi yaşadığı doğum korkusu, geçmiş doğum yaşantıları ve şimdiki doğuma ait duygu ve düşüncelerini anlatması konusunda cesaretlendirmelidirler. Doğum korkusunun en aza indirilmesi kadının olumlu duygular hissetmesine katkı sağlayabilir, kendisine olan güvenini arttırabilir, doğum süreci ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Yapılan çalışmalarda, gebelerin şiddet yaşamaları durumunda depresif belirtiler, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu, anne bebek bağlanmasında problem yaşama, düşük emzirme oranları ve ebeveynliğe uyumun etkilendiği belirtilmektedir(Şen ve ark., 2012; Fletcher ve ark., 2016).Gebelerde eş şiddetinin doğum korkusu üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmalar ise az sayıdadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, gebelerde eş şiddetinin sıklığını, doğum korkusunun düzeyini ve eş şiddetinin doğum korkusu üzerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Gebelikte eş şiddeti görülme sıklığı nedir?
- Gebelerde doğum korkusu düzeyi nedir?
- Gebelikte eş şiddetinin doğum korkusuna etkisi var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddetin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şiddet, “Sahip olunan fiziksel güç ya da kudretin, tehdit yoluyla ya da doğrudan kendine, bir başka insana, bir gruba ya da topluma karşı yaralanma, fizyolojik hasar, gelişme bozukluğu ya da gerilikle sonuçlanacak ya da sonuçlanma olasılığı yüksek bir biçimde uygulanması” olarak tanımlanmaktadır (Çalışkan ve Çevik, 2018).

Şiddet ile ilgili ayrımlar dar ve geniş açıdan yapılabilmektedir (Kocacık ve Çağlayandereli, 2009):

Dar anlamda şiddet; fiziksel şekilde yapılan ve insanların bedenine zarar veren, dışarıdan uygulanan acı veren eylemdir. Mal varlığına, cana, vücut bütünlüğüne, sağlığa, bireylerin özgürlüğüne tehdit oluşturabilir. Şiddette yaralama, tecavüz, yağmalama ve adam kaçırmaya gibi başka kişiye yönelmeler ile intihar şeklinde kişinin kendisine dönük eylemleri de görülebilmektedir (Kocacık ve Çağlayandereli, 2009).

Geniş anlamda şiddet; insanda fiziksel ve ruhsal olarak etkisi ölçülemeyen, dolaylı ve somut şekilde görülen baskılardır. Bunlar arasında ekonomik şiddet, işsizlik, enflasyon, doğaya ve çevreye zarar verme, sağlıksız kentleşme bulunmaktadır (Kocacık ve Çağlayandereli, 2009).

2.2. Kadına Yönelik Şiddet

Dünya üzerindeki tüm kadınlar, ülke, etnik köken, sınıf, din, ekonomik ve/veya sosyal statü gözetmeksizin, toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kalma riski ile karşı karşıyadır (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).Kadına yönelik eş şiddeti, “fiziksel saldırganlık, cinsel baskı, psikolojik taciz ve kontrol edici davranışlar dahil olmak üzere fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlara neden olan yakın ilişki içindeki davranış” olarak tanımlanmaktadır (Kouyoumdjian, 2013).

Kadına yönelik şiddet toplumsal cinsiyete dayalı eylemleri içerir. Bunlar arasında tehdit, zorlama gibi yakın eş şiddetini içeren davranışlar kadınlara fiziksel,

cinsel veya psikolojik olarak zarar verir. Eş şiddeti doğrudan ve dolaylı olarak kadınların sağlığı üzerinde derin bir etkiye sahiptir (Zorrilla ve ark., 2009).

Kadına yönelik şiddet,coğrafi sınır, ekonomik düzey ve öğretim seviyesine bakmaksızın (Güler ve ark., 2005),dünyada yaygın şekilde görülen küresel bir problemdir (Çalışkan ve Çevik, 2018).

Dünya’da yaşanan şiddet sorunu 1970’lerden itibaren önem kazanmıştır. Türkiye’de erkeğin kadına şiddet uygulaması, erkeğin hakkı şeklinde görülmüş ve “*kızını dövmeven dizini döver*” ifadesi ile neredeyse desteklenmiştir. Kadına uygulanan şiddetin tarihi çok eski olmasına rağmen Türkiye’de bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar son elli yılı içermektedir. Şiddet, ülkemizde 1980’lerin ortalarında konuşulmaya başlanmıştır. 17 Mayıs 1987’de yapılan “*Dayağa Hayır*” yürüyüşü kadınların dayağa karşı gerçekleştirdiği ilk toplu tepkidir ve kadın hareketleri bu yıldan sonra hız kazanmıştır (Dişsiz ve Şahin, 2008). Ülkemizde kadına yönelik şiddet ile ilgili ilk çalışma kamuoyu şirketi olan PİAR tarafından 1988 yılında yapılmıştır ve kadına yönelik şiddet sıklığı %75 olarak bulunmuştur (Yetim ve Şahin, 2008). Kadın örgütlerinden şiddete yönelik çalışan Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı 1990’da, Kadın Dayanışma Vakfı 1993 yılında kurulmuştur. Türkiye’nin, 1986 yılında Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi’ni (CEDAW) onaylaması devlet için önemli bir adımdır ve sonrasında Türkiye’de de devlet bünyesinde çeşitli birimler kurulmuştur (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

2.3. Kadına Yönelik Şiddet Prevalansı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan tahminler, kadınların yaklaşık üçte birinin (% 35) yaşamları boyunca hem fiziksel hem de cinsel yakın eş şiddeti veya eşi olmayan kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, bir ilişki içinde olan kadınların neredeyse üçte birinin (% 30) yaşamları süresince eşleri tarafından bir tür fiziksel ve/veya cinsel şiddet yaşadıkları bildirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2017).

Kuzey Hindistan’da kadınların %17’sinin fiziksel şiddet, %22’sinin cinsel şiddet yaşadıkları bulunmuştur. Doğu Londra’da kadınların %61’i aile içinde şiddet yaşadıklarını, %87’si ise cinsel saldırıya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Nikaragua’da kadınların %52’si hayatlarının herhangi bir döneminde şiddet yaşamaktadır. Japonya’da yaşayan kadınların %67’sinin fiziksel şiddet gördükleri bulunmuştur (Köse ve Beşer, 2007).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2015)’nün yaptığı araştırmada Türkiye’de fiziksel ve cinsel şiddetin yaygın olarak birlikte yaşandığı belirtilmektedir. Türkiye genelinde kadınların %36’sı fiziksel şiddet, %12’si cinsel şiddet yaşadığını ifade ederken, %38’i her iki şiddet türünden en az birine maruz kalmakta ve bu durum fiziksel ve cinsel şiddetin birlikte olduğunu göstermektedir. Türkiye’de evlenmiş kadınların %44’ünün duygusal şiddet türlerinden birine yaşamlarının herhangi bir döneminde uğradığı sonucuna ulaşılmıştır(Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada kadınların %9’u erkeklerin fiziksel şiddet uygulaması ile ilgili en az bir durumu doğru olarak kabul etmektedir. Kadının çocuklarını ihmal etmesi veya eşine karşılık vermesi (sırasıyla %6 ve %4) kadınlar açısından erkeklerin fiziksel şiddet uygulamasının doğru sayıldığı durumlar olarak kabul edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

2.4. Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Şiddetin amacı kadının davranışlarını kontrol ederek kadına baskı yaratmaktır. Kadına yönelik şiddet kavramı, şiddet konusunda mağdur durumda olan kadınları öne çıkaran bir kavramdır. Kadınların ve kız çocuklarının şiddete uğrama biçimleri yaşamlarının her döneminde farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Maruz kalınan şiddetin hangi şekillerde gerçekleştiğinin farkına varabilmek, şiddetin önlenmesinde ve gerçekleşmiş olan şiddet eyleminin sonucunda oluşan mağduriyeti azaltma/giderme konusunda önem taşımaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kız çocuklarının küçük yaşlarda şiddet görmesinin hayatlarının ilerleyen dönemlerinde de şiddete uğrama riskini artıran bir faktör olduğu ortaya konulmuştur (Uluocak ve ark., 2014).

Kadınlara şiddet uygulayanların genellikle onlara yakın olan kişiler, kocaları ve eskiden beraber olduğu erkekler olduğu görülmüştür (Polat, 2016). Kadına şiddetin nedenlerine yönelik yapılan çalışmalarda çiftlerin arasındaki ilişki kaynaklı sorunlar,

çeşitli psikolojik sıkıntılar, ekonomik sorunlar, erkeğin kötü alışkanlıkları, eşlerin ailelerinden kaynaklı nedenler, kıskançlık, aldatma, şiddetin bir “kontrol etme aracı” şeklinde kullanılması gibi bireysel faktörlere odaklanıldığı görülmektedir (Yüce-Selvi ve Karanfil, 2016).

Kadına yönelik şiddetin birden fazla nedeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki **psikolojik nedenlerdir**. Eğitim hayatında karşılaşılan başarısızlıklar, çatışma ve çözüm getirme yeteneğinde zayıflık, yetersiz öfke kontrolü, sosyal becerilerin zayıf olması, engellenmişlik hissi, aşırı alınganlık, dışlanmış ve yalnız hissetme, özgüven azlığı, aile içinde iletişimin eksik olması, baskıcı veya rahat aile tutumu, yetersiz ilgi, sık sık engellenme ve cezalandırılma, aile içi şiddete uğrama ya da tanıklık etmek, fiziksel, psikolojik veya cinsel yönden istismara uğrama, alkol ve madde bağımlılığı, dikkat eksikliği psikolojik nedenlere örnek verilebilir (Çalışkan ve Çevik, 2018).

Kadına yönelik şiddetin **biyolojik nedenleri** arasında erkeklik hormonu ve yaş önemli bir yere sahiptir. Şiddeti uygulayan kişilerin çoğunun erkek olması ve yaşın artması ile birlikte şiddet davranışlarında azalmanın olması erkeklik hormonlarının şiddet davranışı üzerinde rol aldığını göstermektedir. Bazı ruhsal hastalıklar da biyolojik nedenler arasında sayılabilir (Çalışkan ve Çevik, 2018).

Kadına yönelik şiddetin **toplumsal nedenleri** şiddeti açıklamak için en kapsamlı başlık olarak görülmektedir. Sosyal, kültürel ve tarihsel etkenlerin şiddet üzerinde yön verici etkileri bulunmaktadır. Eril bir zihniyetin olması, kadını ötekileştirmekte ve kadını şiddetle yüz yüze getirmektedir. Erkeğin kadını kontrolü altına alması, ataerkil yapılar şiddet eylemlerinde toplumsal cinsiyete dayalı yaşam şekli ile şiddeti meşrulaştırmaktadır. Toplumsal kurumlarda da cinsiyet temelli şiddetin onaylanması, şiddeti sürekli ve olağan bir eyleme çevirmektedir. Bu durum çevresel faktörlerinde şiddeti meşrulaştırması anlamına gelmektedir (Yıldırım, 2017; Çalışkan ve Çevik, 2018).

Şiddetin diğer nedenleri arasında (Yüksel-Oktay, 2015):

- Eğitimsizlik,
- Aile koşullarının kötü olması,
- Şiddete eğilimli gruplar ile birlikte olmak, erkeğin sınırlarını kontrol altına alamaması,

- Kitle iletişim ve popüler kültürden etkilenmek,
- Silahlara ulaşımın kolay olması,
- Madde kullanımı,
- Çocukluğunda sık şiddete uğramak ve/veya şahit olmak,
- Sosyopati (Toplumsal ve sosyal kurallara uyamama veya sosyal çevrede gösterilen davranış bozuklukları) ,
- Kromozom anomalileri,
- Kadının törelere göre davranması ve namusunu korumasına yönelik ataerkil yapı ve değerler,
- Erkeğin güçlü, kadının ise erkekten daha zayıf olduğu şeklinde geleneksel düşünce yapısı yer almaktadır.

2.5. Kadına Yönelik Şiddet Türleri

Dünyada kadına yönelik şiddet büyük bir halk sağlığı sorunu ve kadınların insan haklarının ihlalidir (DSÖ, 2017). Kadınların maruz kaldıkları şiddet türleri çoğunlukla duygusal, fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet şeklinde sıralanmıştır (Öyekçin ve ark., 2012). Farklı şiddet türleri arasındaki çizgiler araştırma ve uygulamada her zaman net değildir. Fiziksel şiddet genellikle duygusal/psikolojik şiddet ile birlikte görülmekte, psikolojik şiddet ise sıklıkla fiziksel veya cinsel şiddetten ayrılır ve neredeyse her zaman fiziksel şiddetten önce gelir (Zorilla ve ark., 2009).

2.5.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, ceza vermek için fiziksel olarak karşısında bulunan kişiye zarar verecek her türlü tekniğin uygulanmasıdır. Bir başkasının vücut bütünlüğünü bozan ve zarar veren, kişinin acı duymasına yol açan her türlü saldırı fiziksel şiddet olarak tanımlanabilir (Özgentürk ve ark., 2012). Fiziksel şiddet yaşayanların çoğunlukla kadınlar olduğu istatistiklerle gösterilmiştir. Fiziksel şiddet genellikle; itmek, tokatlamak, ısırarak, boğmaya çalışmak, tekmelemek, yumruk atmak, eşya atmak, fiziksel güç uygulayarak eve girip çıkmasını engellemek, bıçak veya silah gibi aletlerle tehdit etmek, işkence yapmak şeklinde fiziksel güç barındıran durumlardır (Yetim ve Şahin, 2008). Şiddet sonucu oluşan yaralanmalar sıklıkla gizlenir ve kaza

olarak gösterilir. Kadınlar bazen ciddi şekilde yaralanabilirler, hatta bu yaralanmalardan dolayı ölebilirler (Krantz, Garcia-Moreno, 2005).

Türkiye genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet yaşadığını belirten kadınların oranı %36'dır. Her on kadından 4'ü eşi veya beraber olduğu erkekler tarafından fiziksel şiddete uğramıştır (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

Türkiye'de yapılan bir alan araştırmasında "hayatı boyunca" eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye örnekleminde %35, doğu örnekleminde ise %40 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, en az bir kez fiziksel şiddete uğradığını ifade eden kadınların Türkiye örnekleminde %49'unun, doğu örnekleminde ise %63'ünün bu durumu öncesinde başka birine anlatmadıklarını ifade ettiği görülmüştür (Altınay ve Arat, 2007).

2.5.2. Sözel Şiddet

Söz ve hareketlerin düzenli olarak korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol aracı şeklinde kullanılmasıdır. Sözel şiddete yönelik davranışların belirgin özelliği, kişinin önem verdiği konulara olan güvenini zedelemek ve kadının canını acıtmak için belli zamanlarla ağır hakaret ve sözler söylemektir. Kadına küçük düşürücü isimler takmak, eleştirmek ve alay etmek sözel şiddeti kapsamaktadır (Yetim ve Şahin, 2008).

2.5.3. Duygusal/Psikolojik Şiddet

Sözel saldırı ya da tehdit ederek bireyi yıldırma, alay etme, küçümseme, yüksek sesle ya da gizli bir şekilde öfke ve kinini gösterme, kişinin ihtiyaçlarını ve kişiyi sürekli ihmal etmedir (Tel, 2002). Şiddetin bir boyutu olan psikolojik şiddet, duygusal veya sözel istismarı da kapsamaktadır (Kandemirci ve Kağnıcı, 2014). Duygusal şiddetin temelinde insanın yaşamış olduğu psikolojik sıkıntılar yer almaktadır (Polat, 2016). Eşi, beraber olduğu kişi veya diğer kişiler tarafından kadına yönelik duygusal şiddet ve istismar içeren davranışlar; hakaret veya küfür, başkaları varken aşağılama veya küçük düşürme, korkutma veya tehdit etme, kadına veya etrafındakilere zarar vermek ile tehdit etmedir (T.C Başbakanlık, 2009).

Duygusal şiddet, fiziksel ve cinsel şiddette görüldüğü gibi somut ve fiziksel bulguların olmaması ve tek başına görülebileceği gibi birçok vakada diğer şiddet türleriyle birlikte görülebilmesi bakımından diğer şiddet türlerinden ayrılmaktadır. Cinsel veya fiziksel saldırı yaşayan kişi duygusal şiddette yaşamaktadır (Polat, 2016).

2.5.4. Ekonomik Şiddet

Ekonomi, gücü ve iktidarı gösteren ve toplumda ilişkilere yön veren, biçimlendiren bir yapıya sahiptir (Bilican-Gökkaya, 2011). Ekonomik şiddet, hakların istismarı, sosyal ilişkilerin sınırlandırılması, para veya malın kötüye kullanılması ya da çalınmasıdır. Ekonomik şiddet, ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde yaptırım, tehdit ve kontrol amacıyla kullanılmasıdır (Tel, 2002; Can-Gürkan ve Coşar, 2009).

Ekonomik şiddetin, diğer şiddet türleri üzerinde etkisi bulunmakta ve diğer şiddet türlerinin nedenini de oluşturmaktadır. Dünyada milyonlarca kadın şiddete uğramaktadır. Gelenekler, kadının düşük statüde görülmesi ve ekonomik özgürlüğünün bulunmamasından dolayı kadına yönelik şiddet genellikle gizlenmektedir (Yaman-Efe ve Ayaz, 2010). Gebelikte ekonomik şiddet içeren davranışlar kadının çalışmasının engellenmesi, kazancına el konulması, evin faturalarının ödenmemesi şeklindedir (Ayrancı ve ark., 2002).

2.5.5. Cinsel Şiddet

Genellikle şiddet türü olarak değerlendirmeye alınmayan cinsel şiddet, toplum tarafından cinsellikle ilgili baskılar ve korkudan dolayı gölgede kalmış bir konudur (Bulucu ve Çakıl, 2013). Cinsel şiddet cinselliğin tehdit, sindirme ve bir kontrol aracı amacıyla kullanılmasıdır. Cinsel şiddet içeren davranışlar; kadını cinsel obje olarak görmek ve davranmak, kıskanmak ve şüpheli olmak, cinselliği ceza olarak kullanmak, diğer kadınlara ilgili davranmak ve kadını aldatmak, güç ve duygusal açıdan baskı ile kadını cinsel ilişkiye zorlamak, tecavüz etmek, kadını istemediği cinsel pozisyonlara ve fuhuşa zorlamak şeklindedir (Yetim ve Şahin, 2008). Zorla evlendirme de cinsel şiddet olarak değerlendirilmektedir. Kadınlar cinsel şiddetin bir türü sayılan evlilik içi tecavüz terimini genellikle kabul etmemektedir. Şiddet gören

kadınlar dahi vücutlarına yapılan bir saldırıyı yani fiziksel şiddeti, şiddet olarak görmemektedirler (Akın, 2013). Yanık ve ark., (2014) yaptıkları çalışmada kadınların %43.4'ünün en az bir şiddet türünü yaşadığı, %2.9'unun cinsel şiddet yaşadığını belirtmişlerdir (Yanık ve ark., 2014).

2.6.Şiddet Döngüsü

Kadının şiddet gördüğü bir ilişkiyi neden devam ettirdiğine dair yapılan açıklamalardan biri Lenore Walker (1979) tarafından yapılmıştır. Lenore Walker teorisinde şiddetin devamlı olmadığını, üç fazı olduğunu ve bu fazların döngüler şeklinde sürdüğünü belirtmiş, “balayı evresinin” kadının şiddet gördüğü bir ilişkiyi devam ettirmesinde etkili olduğuna dikkat çekmiştir (Şirin ve Kavlak, 2015).

Şiddet Döngüsünün Evreleri:

Gerginlik Evresi: Bu fazda kızgınlık, tartışma, kadını suçlama ve minör fiziksel şiddet görülür. Erkek davranışlarının uygun olmadığını farkındadır ancak kabul etmez. Kadının kendisini reddedeceğinden ve terk edeceğinden korkar. Onu elde tutmak için kıskançlık ve baskıyı artırır. İlgisini ve şefkatini azaltır. Kadın kendine yönelik suçlamaları kabul eder. Eşinin artan öfkesini hak ettiğini, gerginliğin sebebini eşinin işine veya alkol kullanmasına bağlar (Şirin ve Kavlak, 2015).

Dayak Evresi:“Kadına bir ders vermek” için oluşturulan gerginlik, iç veya dış etmenlerin de (alkol vb.) etkisiyle davranışa (itme-kakma, çimdikleme, yakma, yumruklama, dövme ya da silahla yaralama vb.) dönüşür. Çoğunlukla sözel ve cinsel taciz, dövmeye eşlik eder. Erkek kadını dayağa sebep olmakla suçlar. Şiddet çoğunlukla yalnızken ve gizli gerçekleşir. Saatler veya günler sürebilir. Bu evrede kadının ilk tepkisi şok, inkar ve inanmamadır. Kadın genellikle ciddi olarak incinene kadar yardım istemez. Kendisine bu şekilde davranılmasına izin verdiği için utanır (Şirin ve Kavlak, 2015).

Balayı Evresi: Bu fazda sevgi, af dileme, söz verme ve pişmanlık vardır. Erkek tekrar dayak atmayacağına inanır. İçkiyi veya şiddeti tetikleyen davranış ne ise o davranışı bırakacağına söz verir. Kadının suçluluk duyguları ile oynar ve ailenin diğer bireylerini de şiddetin sebebinin kadın olduğu konusunda ikna etmeye çalışır. Kadın açısından “*kurban*” olma süreci bu fazda tamamlanır. Kadın ihtiyaç duyduğu

ilgi ve sevgiyi eşinden görür, kalırsa eşinin yardım edeceğine inanır, evliliğin devam ettirilmesi gerektiğini düşünür ve daha fazla şiddet yaşamayacağına inanmak ister. Eşler şiddet ile baş etme konusunda yardım almazlarsa balayı evresi bir yerde sonlanır ve şiddet döngüsü tekrar başlar. Zamanla siklusun tekrarlanma sıklığı ve dozu artar. Şiddet döngüsüne giren kadının bir süre sonra tek amacının o anı, o saati veya o günü şiddet görmeden geçirmek olduğu, uzun vadeli planlar yapamadığı ve kurtulmak için çare aramadığı görülür. Bu durum “öğrenilmiş çaresizlik” olarak isimlendirilir (Şirin ve Kavlak, 2015).

2.7. Gebelik ve Eş Şiddeti

Kadına uygulanan şiddet ilk olarak gebelikte görülebilir ya da var olan şiddet gebelik boyunca artabilir. Gebelikte şiddete maruz kalmayı sosyal, ekonomik, biyolojik ve çevresel faktörler, gebeliğin getirdiği biyopsikolojik streslerin eşlerin problemlerle baş etmelerini zorlaştırması, eşin bebeği kıskanması ya da kadının bebeğiyle ilgilenmesi nedeniyle eşine ilgisinin azalması etkileyebilir. Bazı eşler, fiziksel şiddetin gebe kadın üzerindeki olumsuz sonuçlarını bilmeyebilirler, bazıları ise bilerek istenmeyen gebeliğe son vermek amacıyla fiziksel şiddet uygulayabilirler (Sağkal ve ark., 2014).

Gebelikteşiddet oranları ülkeler arasında farklılık göstermektedir, ancak çalışma metodolojilerindeki farklılıklar nedeniyle sonuçları karşılaştırmak zordur. Özellikle sosyoekonomik seviyesi düşük ve evlenmemiş,ırk ve etnik köken olarak azınlık gruplarındaki kadınların gebelikte şiddet yaşama oranlarının diğer kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bailey, 2010; Hassan ve ark., 2014).

Türkiye genelinde, en az bir kez gebe kalmış olan kadınların %8'i gebeliğinde eşinin veya beraber olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine uğradığını ifade etmiştir. Yapılan araştırmalar gebeliği esnasında fiziksel şiddet yaşamamanın kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde yaşamakta olan kadınlar arasında farklılaşmadığını göstermektedir. Gebelik öncesinde yaşanan fiziksel şiddet ile karşılaştırıldığında yüzdesi azalmakla birlikte gebeliği boyunca fiziksel şiddete uğradığını ifade eden kadınların en fazla Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde(%11) yaşayan kadınlar olduğu

ve bu kadınların düşük refah (%11) seviyesinde oldukları görülmüştür (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

Gebelik ve perinatal dönemde görülme ihtimali olan şiddet anne ve yenidoğanda olumsuz sağlık sonuçları için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Devries ve ark., 2010). Gebelikte yaşanan şiddet anne ve fetüs sağlığını tehlikeye düşüren bir insan hakkı ihlalidir (Sağkal ve ark., 2014).

2.7.1. Gebelikte Eş Şiddetinin Sıklığı

Gebelikte şiddet anne ve fetüs sağlığını olumsuz şekilde etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda gebelikte şiddetin görülme sıklığının %0.9 ile %49 arasında değiştiği bulunmuştur (Güler, 2010). Güney Afrika’nın kırsal bir kesimindeki gebe kadınlarda aile içi şiddetin yaygınlığının %31 olduğu, aile içi şiddetin 21-25 yaş grubunda en yüksek olduğu ve şiddeti uygulayanların %79 oranında eşleri olduğu, en yaygın görülen şiddet türlerinin psikolojik şiddet (%49), fiziksel şiddet (%31) olduğu belirtilmektedir (Hoque ve ark.,2009).Meksika’da kadınların yaklaşık dörtte birinin gebelikte şiddet yaşadığı, gebelikte duygusal şiddetin arttığı, fiziksel ve cinsel şiddetin azaldığı belirtilmektedir. Gebelik öncesinde şiddet sıklığı %24.4, gebelikte %24.6 bulunmuştur. Gebelikten önce şiddet yaşayan kadınların, gebelikte istismara uğrama ihtimali 9.47 kat daha fazla olmuştur. Duygusal şiddet sıklığının (yaklaşık %20) fiziksel ve cinsel şiddetten (yaklaşık %10) daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Castro ve ark., 2003).Hindistan’da yapılan çalışmada kadınların %12.9’unun gebelikte orta ve şiddetli fiziksel şiddet yaşadığı, sadakatsizlik şüphesi, eşin düzenli şekilde sarhoş olması ve eğitim seviyesinin düşük olması gebelikte şiddet için risk faktörleri arasındadır (Peedicayil ve ark., 2004). Coutinho ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada gebelikte aile içi şiddetin görülme sıklığı %43.4 bulunmuştur (Coutinho ve ark., 2015). Habib ve arkadaşları (2018) 1000 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, herhangi bir tür aile içi şiddetin genel görülme sıklığı %35 bulunmuş, gebe kadınlardan %27’sinin basit şiddet yaşadığı, %6’sının ise şiddetli saldırıya uğradığı bulunmuştur. Gebe kadınlar arasındaki şiddet, kentsel alanlarda yaşayanlarda daha yaygın görülmekte olup gebelerin ileri yaşta, eğitim

seviyesi ve sosyoekonomik seviyesi düşük oldukları görülmüştür (Habib ve ark., 2018).

Türkiye’de yapılan araştırmalarda; Güler (2010), gebelerde fiziksel şiddeti %18.1, duygusal şiddeti %53.6, cinsel şiddeti %32.5 ve ekonomik şiddeti %29.3 bulmuştur. Sağkal ve arkadaşları(2014) ise, gebelerin %10.9’unun fiziksel şiddet, %52.6’sının duygusal şiddet, %31.7’sinin ekonomik şiddet ve %8.3’ünün cinsel şiddet yaşadığını saptamıştır (Sağkal ve ark.,2014).

Gebelikte görülen eş şiddeti yaygınlığını saptamak, kalıcı hasarları önleme ve tedavi edici işlemlerin geliştirilmesini, uygulanmasını bildirmeye yardımcı ilk adım olduğu için önemlidir (Sağkal ve ark.,2014).

2.7.2. Gebelikte Eş Şiddetinin Sağlık Sonuçları

Şiddete maruz kalma fiziksel sağlıkta bozulma, fiziksel engel, psikolojik rahatsızlık gibi birçok olumsuz psiko-davranışsal risk faktörleri ile ilişkilidir (Kiely ve ark., 2010). Eş şiddetinin dolaylı sağlık sonuçları arasında madde kullanımı, doğum öncesi bakım almada gecikme, yetersiz kilo alımı ve emzirme seviyelerinde azalma sayılabilir (Devries ve ark., 2010). Eş şiddetine maruz kalan kadınların, istismara uğramamış kadınlardan daha fazla acil servislere, sağlık kuruluşlarına başvuru yaptıkları belirtilmektedir (Coker ve ark., 2000).

Campbell ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada istismara uğrayan kadınlarda daha fazla baş ağrısı, sırt ağrısı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, vajinal kanama, vajinal enfeksiyonlar, pelvik ağrı, ağrılı cinsel ilişki, idrar yolu enfeksiyonları, iştah kaybı, karın ağrısı ve sindirim sorunları saptanmıştır. Şiddet gören kadınlarda daha fazla jinekolojik sorunlar, kronik strese bağlı merkezi sinir sistemi ve sağlık sorunları olduğu görülmüştür (Campbell ve ark., 2002).

Gebelik süresince ve gebelikten önce yaşanan şiddet bebek ve anne üzerinde ciddi anlamda sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Gebelikte yaşanan şiddet; doğum öncesi yetersiz bakım, preeklampsi, gestasyonel diyabet, yeterli kilo alamama, hastanede yatışa bağlı ilaç kullanımı, tütün içeren madde bağımlılığı, riskli cinsel davranışlar, depresyon, erken doğum, düşük, plasentanın zamanından önce ayrılması, doğum öncesi kanama, kendiliğinden kürtaj, yenidoğan ölümleri ve erken

membran rüptürü gibi birçok probleme sebep olmaktadır. Aynı zamanda bebekte düşük doğum ağırlığı, emzirme problemi, kemik kırıkları ve yumuşak dokuda hasarlar, akciğer veya dalak rüptürü, fetal asfiksi gibi yaşamı tehlikeye sokacak problemlere neden olmaktadır. Gebelikte yaşanan şiddet yalnızca gebeyi etkilememekte, ilerleyen zamanlarda doğan bebekte de belirgin ruhsal sıkıntılar, görülebilmektedir (Ayrancı ve ark., 2002; Hoque ve ark., 2009; Güler, 2010; Şen ve ark., 2012; Fletcher ve ark., 2016; Demirel-Bozkurt ve Daşkan, 2016). Gebelerde şiddetin en ciddi sonucu anne ve bebek ölümleridir (Ünsal-Atan, 2005).

2.8.Şiddetin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Şiddetin önlenmesinde sağlık, güvenlik, adalet gibi sektörlerdeki uzmanların ve toplumun desteğine ihtiyaç vardır. Sağlık çalışanlarının şiddete uğrayanları tespit etmede ve onlara yardım etmede önemli görevleri vardır. Kadın nüfusunun büyük çoğunluğu için sağlık personelleri ilk iletişim kurabildikleri ve mahrem sayılabilecek konuları anlatabildikleri kişilerdir. Şiddet genellikle gizli tutulan bir problem olduğu için hemşirenin şiddet ihtimalini değerlendirebilmesi ve şiddeti tespit etmesi sorunun ele alınmasında çok önemlidir. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri aile içinde kadına yönelik şiddetin tespit edilmesi ve ele alınmasında önemli yere sahiptir (Kıyak ve Akın, 2010).

Fiziksel şiddet yaşayan kadınların yaklaşık %80'i en az bir kez yardım almak amacıyla sağlık kurumlarına başvuru yapmaktadır. Ancak sağlık çalışanları bilgi ve yetersiz eğitim, toplumca kabul edilen yanlış inançlar ve tutumlardan dolayı çoğu vakayı kaçırmaktadır. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin konu hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ebe ve hemşireler, çalıştıkları kurumlarda hastalarla sürekli iletişimde oldukları ve büyük çoğunluğu kadın olan bir meslek grubunda oldukları için kadına yönelik şiddetin tespit edilmesi ve önlenmesi bakımından önemli yere sahiptirler (Sis-Çelik ve ark., 2015). Hemşireler şiddetin izlerini fark ettiği kişilere karşı önyargılı yaklaşmamalı, eleştiri yapmamalı ve suçlayıcı yaklaşımdan uzak durmalıdırlar. Ayrıca şiddetin ve şiddete bağlı yaralanmaların önlenmesinde kadınlara eğitim vererek ve şiddet durumunda nerelere başvurabileceklerini öğreterek şiddetin azaltılmasında önemli bir yere sahip olurlar (Özcan ve Kırcı, 2017). Şiddetin öğrenilmiş bir davranış olduğu, ailede öğrenildiği

ve psikolojik bir sorunu gösterdiği görülmektedir. Psikolojik şikayetleri olan kadınların şiddete uğrayıp uğramadıkları sorgulanmalıdır.Şiddet gören kadınların takibi yapılarak, gerekiyorsa tedavi edilmeleri sağlanmalıdır.Bu bakımdan sağlık çalışanları kadına yönelik şiddet hakkında bilgilendirilmeli, yöneticiler tarafından desteklenmeli ve bu konuda etkili politikalar uygulamaya konulmalıdır (Yanık ve ark., 2014). Gebelikte eşler arası şiddetin yaygınlığının bilinmesi, sekellerin önlenmesi, tedavi için yapılan müdahalelerin geliştirilmesi, uygulanması ve bilgilendirilmesinde ilk adımdır. Doğum öncesi bakım gebelik sırasında şiddete maruz kalan kadınların belirlenmesi için potansiyel olarak önemli bir fırsat penceresi sunar (Devries ve ark., 2010). Hemşireler, şiddet konusunda hizmet verdikleri kadınlara yaklaşımlarında, onların kültürel değerlerini önemsemeli ve vereceği bakımı buna göre planlayarak bakımın kalitesini arttırmalıdır. Kadına yönelik şiddete multidisipliner yaklaşmalıdırlar. Bu nedenle kadına yönelik şiddet erken dönemde tespit edilmeli ve müdahale edilmelidir (Bükecik ve Özkan, 2018).

2.9.Doğum Korkusu

Psikolojik, biyolojik ve duygusal açıdan değişikliklerin görüldüğü bir dönem olan gebelik, kadın yaşamının önemli olaylarından biridir. Özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadın, birçok duyguyu bir arada yaşamaktadır. Anne adayları doğum olayının yaşanacağı anı korku ve heyecan duyarak beklerken aynı zamanda bir canlı dünyaya getirmenin gururunu yaşamaktadır (Üst ve Pasinlioğlu, 2015).

Gebeliğin her bir trimesterinde anne adayları değişik tepkiler gösterebilir ve bu tepkiler kadından kadına da farklılaşabilir (Arslan ve ark., 2019). Gebeliğin ilk trimesterinde görülen psikolojik değişikliklerden en yoğun olanı ambivalan duygulardır. İkinci trimesterde bu ambivalan duygular azalır ancak son trimesterde kadında tekrar kendini gösterir. Kadın gebelikten sıkıntı duymaya başlar, bebeği ister ancak doğumdan da korkar ve yaklaşan doğum nedeniyle daha fazla anksiyete yaşar (Şahin ve ark., 2009).

2.9.1. Doğum Korkusu Yaşayan Kadınların Özellikleri

Doğum korkusu, düşük eğitim seviyesi, sosyal çevre eksikliği, yaşın genç olması, işsizlik, sigara içme, sağlık seviyesinin yetersiz olması ile ilişkili bulunmuştur (Laursen ve ark.,2009). Anne yaşının, annelik sorunlarıyla ilgili korkuların ve ambivalan duyguların seviyesini doğrudan etkilediği bilinmektedir. Annede var olan kronik hastalıklar doğum korkusuna neden olabilmektedir. Gebelerin aşırı kilolu olmasının doğum korkusunu yükselttiği bildirilmektedir (Şahin ve ark., 2009).

2.9.2. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması

Kadın yaşamında özel bir yere sahip olan doğum deneyimi bir dizi olumlu ve olumsuz faktör içermektedir. Patolojik doğum korkusu olarak adlandırılan tokofobi, yetersiz tanımlanmış klinik bir durumdur. Tokofobi, gebelerin yaklaşık %6-10'unu etkiler. İsveçli kadınların %2'sinde aşırı derecede doğum korkusu gözlenmiştir. Tokofobinin yaşanma sıklığı gebelik sırası ile ilgili değildir. İlk çocuğun doğumundan beş yıl sonrasında dahi kadınların dörtte birinde doğum korkusu yaşandığı görülmüştür. Tokofobi çok yönlüdür ve doğum sürecine eşlik edebilecek tehditlerle ilgilidir. Doğum korkusu kabuslar, fiziksel rahatsızlıklar, iş ve ev işlerinin gerçekleştirilmesinde zorluklarla sonuçlanabilir (Hanna, 2007).

Doğum korkusu, ilk gebelikten önce ortaya çıkan doğum korkusu “primer tokofobi”, geçirilmiş bir travmatik doğumdan sonra ortaya çıkan “sekonder tokofobi” ve “gebelikte depresif hastalık belirtisi olarak tokofobi” olarak üçe ayrılabilir (Kitapçoğlu ve ark.,2008).

Primer Tokofobi: Gebelikten önce başlayan doğum korkusudur. Primer tokofobi ergenlik döneminde ya da erken erişkinlik döneminde başlayabilir ve bu korku kadında gebelikten kaçınmaya neden olabilir. Primer tokofobisi olan kadın gebe kaldığında bebeği istediği halde başlayan doğum korkusu nedeniyle gebeliği sonlandırabilir veya doktorundan elektif sezaryen isteminde bulunabilir. Primer tokofobi ile baş etmek zor bir durum olduğu için kadınlar çocuksuz olmayı veya evlat edinmeyi de tercih edebilmektedirler (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Sekonder Tokofobi: Primer tokofobiden farklıdır. İkincil bir travmatik yaşantıdan sonra görülür, en belirgin hali “travmatik doğum eylemidir”. Her zaman olmamakla birlikte bazen normal doğum, düşük yapma, ölü fetus veya gebeliğin sonlandırıldığı dönem kadın için travmatik olabilir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: Prenatal dönemde görülen depresyon, seyrek olarak tokofobi ile birlikte görülebilir. Bazı kadınlarda doğumdan önce depresyon belirtisi olarak aşırı fobi ve doğumdan kaçınma şeklinde görülebilir. Buna benzer durumlarda kadın sürekli olarak çocuğunu doğuramayacağını, doğum gerçekleşse de öleceğini düşünür (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

2.9.3. Doğum Korkusunun Nedenleri

Gebelikte yaşanan doğum korkusu biyolojik (ağrı yaşama korkusu), psikolojik (kişilik, geçmiş travmatik yaşantılar ve gelecekte annelikle ilgili endişeler), sosyal (destek sistemlerinin azlığı, ekonomik sıkıntılar) veya ikincil bir (geçmiş doğum yaşantısı ile ilişkili) nedene bağlı olarak görülmektedir (Körükçü ve ark., 2017). Anne psikopatolojisi doğum korkusu için bir risk faktörüdür (Storksen ve ark., 2013). Öncesinde psikolojik rahatsızlık ve günlük stres yaşayan çok sayıda kadın, yakın çevresinden sosyal destek alamaması durumunda doğum korkusu riskine maruz kalabilmektedir. Ağrı korkusu ve düşük ağrı toleransı doğum korkusunun en yaygın nedenlerindedir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Kadınları doğum korkusu yönünden etkileyen başka bir faktör ise olumsuz doğum deneyimlerinin paylaşılmasıdır (Bülbül ve ark., 2016).

Kadın kendisinden kaynaklı olarak da doğum korkusu yaşayabilir. Olumsuz doğum yaşantıları, daha önce geçirilmiş düşükler, vajinal doğumun riskli olduğu düşüncesi ve bebeği kaybedeceği düşüncesi annenin kendisinden kaynaklı doğum korkularının nedeni sayılmaktadır. Doğum ağrısı sırasında ve doğum anında görülebilecek beklenmeyen komplikasyonlar ise doğum korkusunun tıbbi boyutunu kapsamaktadır. Bu nedenlerden farklı olarak sağlık personelinin ilgisinin az olması, annenin aklında soru işaretlerinin kalması, bilgi alamamak ve güven eksikliğinin olması anne adayının doğuma karşı ciddi korkular yaşamasında etkili olmaktadır (Barut ve Uçar, 2018).

2.9.4. Doğum Korkusu Görülme Sıklığı

Birçok ülkede yapılan araştırmalarda doğum korkusunun görülme sıklığı ile ilgili değişik sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda doğum korkusunun görülme sıklığı kültürel yapı, gebelik haftası ve doğum korkusunu belirlemede kullanılan farklı yöntemlerden dolayı farklı oranlarda rapor edilse de ortalama %15-20 olarak belirtilmektedir (Aksoy, 2015). İsveç'te yapılan çalışmada gebe kadınların en az %10'unun doğum korkusu yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Waldenström ve ark.,2006).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, kadınların %38.8'inin aşırı korku, %8.2'sinin ise klinik seviyede korku yaşadığı, gebelerin doğum sancısı ve doğum esnasında nasıl hissedecekleri, doğum korkusu puan ortalaması ve doğum sancılarının en şiddetli olduğu sırada neler hissedeceği ile ilgili doğum korkusu puan ortalamasının "orta" seviyede olduğu bulunmuştur (Bülbül ve ark., 2016). Şahin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Şahin ve ark., 2009).

2.9.5. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları

Doğum korkusu tüm gebeliği etkileyebilir, doğum eylemini zorlaştırabilir ve sezaryen doğumda artışa neden olabilir (Storksen ve ark.,2013). Adams ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada, doğum korkusu yaşayan kadınlarda doğum süresinin 1 saat 32 dakika uzadığı, doğum korkusu yaşayan kadınlarda daha fazla epidural analjezi ve yardımcı yöntemler kullanıldığı belirlenmiştir (Adams ve ark.,2012). Yüksek düzeyde korku yaşayan gebelerde çaresizlik, kontrol etme yeteneğinde azalma ve özsaygı düşüklüğü görülmektedir (Barut ve Uçar, 2018). Gebelerin %5-25'inde doğum korkusu görülmekte ve bu durum anne ve yenidoğan sağlığı için önemli sonuçlara yol açmaktadır. Doğum korkusunun istemli infertilite, gebelik ve doğum komplikasyonları, doğum esnasında fazla analjezi kullanımı, doğum müdahalelerinde artış, acil ve isteğe bağlı sezaryen, postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, anne bebek bağlanmasında gecikme, eş ile olan ilişkide sorunlara yol açabileceği literatürde belirtilmiştir (Güleç ve ark., 2014).Storksen ve arkadaşlarının (2013) 1357 gebe kadın ile yaptıkları çalışma sonucuna göre geçmiş olumsuz doğum deneyimi ile doğum korkusu arasında yüksek

düzyeyde ilişkinin olduğu bulunmuştur (Storksens ve ark., 2013). Laursen ve arkadaşlarının (2009) nullipar gebeler ile yaptıkları çalışma sonucuna göre gebelikte doğum korkusunun, distosi ve acil sezaryen ile ilişkili olduğu ancak fetal distress ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Laursen ve ark., 2009). Ergöl ve Kürtüncü (2014), kadınların %47.4'ünün doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumu istedikleri ve %26.3'ünün ağrısız doğum yapmak için sezaryen doğumu istedikleri bulunmuştur (Ergöl ve Kürtüncü, 2014).

2.9.6. Doğum Korkusunun Azaltılmasında Kullanılan Yöntemler

Doğum korkusunu azaltmada nonfarmakolojik tekniklerin sağlık çalışanları tarafından kadınlara öğretilmesi ve yaptırılması korkuyu ve gerginliği azaltmada etkilidir. Bu tekniklerden olan kadına eğitim verilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizlerinin yaptırılması, sakin bir ses tonuyla konuşmak, elle temas ve sakral bölgeye basınç uygulama korkuyu azaltmaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011). Doğum korkusunu en aza indirmek ve doğum korkusuna bağlı sezaryen oranlarını azaltmak için psikoterapi, hipnoz, bilişsel ve davranışsal egzersizler uygulanan metotlar arasındadır (Aksoy, 2015).

Doğum ile ilgili korkuların giderilmesinde gebelik ve doğum hakkında bilgilendirilmelerin yapılması ve doğum ağrısı ile başa çıkmada rahatlama yöntemlerinin gösterilmesinde doğum öncesi hazırlık sınıfları önemli bir yere sahiptir. Dünyada ve ülkemizde doğum öncesi hazırlık sınıflarında çeşitli yöntemler beraber kullanılmaktadır. En çok kullanılan yöntemler Lamaze, Dick-Read ve Bradley sayılabilir. HypnoBirthing ise ülkemize yeni kullanılmaya başlanmış bir yöntemdir. HypnoBirthing, gebeyi fiziksel ve psikolojik şekilde hazırlayan bir doğum felsefesidir. (Serçekuş, 2011). Doğum korkusunu azaltmada kullanılan bir diğer yaklaşımda psikoeğitimidir. Psikoeğitim, var olan duruma ilişkin bireylerin olumsuz algısını değiştirerek baş etme becerilerini öğrenmesini ve kullanmasını desteklemektedir (Akgün ve Boz, 2019).

2.9.7. Doğum Korkusunda Hemşirenin Rolü

Doğum eylemi ve ebeveynliğe geçiş mutluluk veren bir durum olmasına karşın aynı zamanda stresli bir durumdur. Doğum korkusu gebelerin çok sık yaşadığı bir

durumdur. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi olumsuz şekilde etkilemektedir. Gebelikte kadının yaşadığı korku tespit edilerek, bu korkuya yönelik baş etme yöntemlerini kullanmak olumsuz etkileri aza indirecek ve kadının olumlu doğum deneyimi yaşamasına katkı sağlayacaktır. Doğum ile ilgili danışmanlık yapan sağlık çalışanları gebeyi doğum korkusu, geçmişteki doğum yaşantıları ve düşüncülerini açıklaması konusunda cesaretlendirmelidirler (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Gebelik boyunca kadının desteklendiğini ve önemsendiğini hissetmeye ihtiyacı vardır. Türkiye'deki kadınların %74.5'i doğum için sosyal desteğe gereksinim duymaktadırlar. Destek beklenen kişiler ise gebenin ailesi, eşi ve sağlık personelidir(Sezen ve Ünsalver, 2018).Ebe ve hemşirelerin doğum korkusunu ve anksiyeteyi azaltmada, gebeleri doğuma hazırlamada ve daha iyi doğum yaşantısı oluşturmada önemli rolleri vardır. Ebe ve hemşireler doğum süresince kadının fiziksel ve duygusal gereksinimlerini yerine getirme, bilgi verme, kadının davranışlarını kontrol etme ve olumlu duygular hissetmesine yardımcı olabilir, kadının kendine olan güvenini arttırabilir, doğum seyrini ve sonuçlarını pozitif şekilde geliştirebilirler. Kadınlara rahatlatıcı bakım veren sağlık çalışanları iletişimde takdir edici cümleler kullanmalı ve göz teması kurmalıdırlar (Karaçam ve Akyüz, 2011).Sağlık çalışanları gebelerin sosyal desteklerini en iyi şekilde kullanmalarını sağlayarak doğum korkusunu ve olumsuz sonuçlarını azaltmada önemli bir yere sahiptirler (Güleç ve ark., 2014). Ebe ve hemşirelerin gebeleri uygun teknikleri kullanarak rahatlatması, desteklemesi ve olumsuz davranışlardan kaçınması ile doğum sürecine yönelik riskler azaltılacak ve başarılı, rahat bir doğum olması sağlanacaktır (Demirsoy ve Aksu, 2015).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, gebelerde eş şiddetinin sıklığını, doğum korkusunun düzeyini ve gebelerde eş şiddetinin doğum korkusu üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerinde (7 adet gebe polikliniğinde) yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan gebeler oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmanın örnekleme T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerine başvuran gebeler alınmıştır. Örneklem sayısının belirlenmesinde Şahin ve ark., (2017)'nin çalışmasında saptanan sözel şiddet oranı (%32.1) kullanılmıştır. Araştırmanın yapılacağı hastanede 2017 yılındaki doğum sayısı olan 1749 evren olarak alınmış, bilinen evrene göre örneklem hesaplaması yapılmıştır.

N: Evrendeki birey sayısı (1749)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.32)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

$$n = N \times p \times q \times t^2 / (N-1) \times d^2$$

$$n = 1749 \times 0.32 \times 0.68 \times (1.96)^2 / (1749-1) \times (0.05)^2$$

Yapılan hesaplama sonucunda **335** gebe kadın örnekleme alınmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Gebelik süresinin 28 ve üzeri haftada olması,
- 18-45 yaş aralığında olması,
- En az ilkokul mezunu olması,
- Riskli gebeliği olmaması,
- Tekiz gebeliğe sahip olması,
- Herhangi bir duyuşal, işitsel, mental sorunu bulunmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi araştırmaya dahil edilme kriterleridir.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Riskli gebeliğin olması,
- Çoğul gebeliğe sahip olması,
- Herhangi bir duyuşal, işitsel, mental sorunu bulunması,
- Kronik sistemik hastalığı olması,
- Daha önce sezaryen ameliyatı geçirmesi,
- Fetusta komplikasyon saptanmış olması dışlama kriterleridir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu (**Ek-1**), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu (**Ek-2**) ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, gebe kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, alışkanlıkları, eşinin yaşı, eğitim durumu, eşinin mesleği, eşinin alışkanlıkları, aile tipi, oturdukları yer, ailenin gelir seviyesi, evlilik süresi, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük öyküsü gibi sosyodemografik ve obstetrik özellikler yer almaktadır. Ayrıca, kişisel soru formunda gebelikte şiddet varlığını belirlemeye yönelik olarak, eş şiddeti yaşanma

durumu, şiddet sıklığı, şiddet türleri ile ilgili de sorular da bulunmaktadır (Ayrancı ve ark., 2002; Hossieni ve ark. 2017; Sağkal ve ark., 2014; Şahin ve ark., 2017), (Ek-1).

3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Körükcü ve Kukulcu tarafından yapılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu likert tiptedir. Ölçekteki cevaplar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmakta, 0 puan "tamamen", 5 puan ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten 0-165 puan arasında alınabilmektedir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31), ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı \leq 37), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı \geq 85). Özgün çalışmada W-DEQA versiyonunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91 bulunmuştur (Wijma ve ark., 1998; Körükcü, 2009; Körükcü ve ark., 2012) (Ek-2). Bu çalışmada ise W-DEQA Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulamasında veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini ölçmek amacıyla örneklem grubunun %10'unu oluşturan 34 gebe kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında değişikliğe gerek olmadığı için, toplanan veriler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışmanın verileri 25 Eylül 2018-15 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler yazılı onam formunu imzaladıktan sonra, kişisel bilgi

formu ve ölçeği doldurmuşlardır. Veri toplama formlarının doldurulması 15 dakika kadar sürmüştür.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği-A'nın araştırmada kullanımı için e-posta ile Körükçü'den ölçek kullanım izni alınmıştır(**Ek-3**). Tez önerisinin kabulünden sonra T.C Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın yürütülebilmesi için, Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (31.08.2018/66501263-799- E.75636468) (**Ek-4**) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (20.09.2018/2018-197) Etik Kurul onayı alınmıştır (**Ek-5**). Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere çalışmanın amacı, yararları anlatılarak bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (**Ek-6**). Onam formunda araştırmaya katılmanın isteğe bağlı olduğu, ödeme yapılmayacağı, araştırma nedeniyle kendilerine hiçbir zarar gelmeyeceği, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, yanıtlarının gizli tutulacağı ve verilen cevapların kimseyle paylaşılmayacağı hakkında bilgiler verilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri, bilgisayarda istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Buna göre, çalışmada W-DEQ-A'dan elde edilen toplam puanların normallik şartını sağladığı saptanmıştır (Skewness=-.037, Kurtosis=-.578).Çalışmanın tanımlayıcı verilerinin değerlendirilmesinde sıklık, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır. Parametrik veriler için, bağımsız gruplarda farklılıklar, t-testi, tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla grupta gruplararası farkın hangi gruptan kaynaklandığını analiz etmek için Scheffe ve Dunnett-C testi kullanılmıştır. Nonparametrik veriler için Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Gebelerde eş şiddetinin doğum korkusuna etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 27.06 ± 5.40 (18-44 yaş), evlilik süresi ortalaması 5.27 ± 4.75 (1-22 yıl) olduğu saptanmıştır. Tablo 4.1’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %39.1’inin 23-27 yaş grubunda, %34.9’nun ortaokul mezunu, %76.5’nin ev hanımı, %90.4’ünün herhangi bir alışkanlığının olmadığı, %73.4’ünün çekirdek aileye sahip, %57.3’ünün ilde oturduğu, %84.2’sinin gelirinin orta düzey, %64.5’inin 1-5 yıl süre ile evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.1.)

Tablo4.1.Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=335)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş		
18-22 yaş	69	20.6
23-27 yaş	131	39.1
28-32 yaş	76	22.7
33 yaş ve üzeri	59	17.6
Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	53	15.8
Ortaokul mezunu	117	34.9
Lise mezunu	110	32.9
Üniversite mezunu	55	16.4
Meslek		
Ev hanımı	256	76.5
Memur	34	10.1
İşçi	45	13.4
Alışkanlıklar		
Alışkanlık yok	303	90.4
Sigara	32	9.6
Aile Tipi		
Çekirdek aile	246	73.4
Geniş aile	89	26.6
Oturulan Yer		
İl	192	57.3
İlçe	90	26.9
Köy	53	15.8
Gelir Seviyesi		
Yüksek düzey	21	6.3
Orta düzey	282	84.2
Düşük düzey	32	9.5
Evlilik Süresi		
1-5 yıl	216	64.5
6-10 yıl	74	22.1
11 yıl ve üzeri	45	13.4

Gebelerin eşlerinin yaş ortalaması 31.01 ± 5.85 (20-46 yaş) bulunmuştur. Tablo 4.2’de gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Eşlerin %33.4’ünün 26-30 yaş grubunda, %35.8’inin lise mezunu, %53.4’ünün işçi, %57.3’ünün sigara kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.2).

Tablo4.2.Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=335)

Gebelerin eşlerinin özellikleri	n	%
Eşin Yaşı		
20-25 yaş	64	19.1
26-30 yaş	112	33.4
31-35 yaş	83	24.8
36 yaş ve üzeri	76	22.7
Eşin Eğitimi		
İlkokul mezunu	54	16.1
Ortaokul mezunu	97	29.0
Lise mezunu	120	35.8
Üniversite mezunu	64	19.1
Eşin Mesleği		
Memur	51	15.2
İşçi	179	53.4
Çiftçi	13	3.9
Serbest meslek	76	22.7
Diğer	16	4.8
Eşin Alışkanlıkları		
Alışkanlık yok	132	39.4
Sigara	192	57.3
Alkol	7	2.1
Sigara ve alkol	4	1.2

Gebelik sayısı ortalaması 2.17 ± 1.18 (1-7 gebelik), gebelik haftası ortalaması 35.88 ± 2.68 (28-41 hafta), yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.04 ± 1.07 (1-3 çocuk) olduğu saptanmıştır. Tablo 4.3’te araştırmaya alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %35.5’inin ilk gebeliği olduğu, % 42.7’sinin daha önce doğum deneyimi olmadığı, %75.2’sinin düşük yapmadığı, %59.7’sinin 36 hafta ve üzerinde gebe olduğu, %68.1’inin gebeliği planladığı, %55.8’inin gebelikte eğitim almadığı, %16.1’inin gebelikte sağlık sorunu yaşadığı,

%9.3'ünün gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşadığı, %5.1'inin gebelikte ilaç kullandığı, %9.9'unun gebelikte psikolojik sorun yaşadığı, %43'ünün çocuğunun olmadığı, %76.9'unun bir kız çocuğuna sahip olduğu, %74.1'inin bir erkek çocuğa sahip olduğu ve %90.6'sının yaşayan çocukların sağlıklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=335)

Obstetrik Özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	119	35.5
2 gebelik	108	32.3
3 gebelik	56	16.7
4 gebelik ve üzeri	52	15.5
Doğum Sayısı		
Doğum yok	143	42.7
1 doğum	109	32.5
2 ve üzeri	83	24.8
Düşük yapma durumu		
Hayır	252	75.2
Evet	83	24.8
Gebelik Haftası		
28-31 hafta	18	5.4
32-35 hafta	117	34.9
36 hafta ve üzeri	200	59.7
Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Evet	228	68.1
Hayır	107	31.9
Gebelikte Eğitim Alma Durumu		
Evet	148	44.2
Hayır	187	55.8
Gebelikte Sağlık Sorunu Yaşama Durumu		
Evet	54	16.1
Hayır	281	83.9
Gebelik Öncesinde Psikolojik Sorun Yaşama Durumu		
Evet	31	9.3
Hayır	304	90.7
Gebelikte İlaç Kullanımı (n=30)*		
Evet	17	5.1
Hayır	13	3.9
Gebelikte Psikolojik Sorun Yaşama Durumu		
Evet	33	9.9
Hayır	302	90.1

Tablo 4.3. (Devam) Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=335)

Yaşayan Çocukların Cinsiyeti	n	%
Çocuk yok	143	43.0
Kız çocuk	75	22.4
Erkek çocuk	74	22.1
Kız ve erkek çocuk	43	12.5
Kız Sayısı (n=117)*		
1 kız	90	76.9
2 kız	23	19.7
3 kız	4	3.4
Erkek Sayısı (n=116)*		
1 erkek	86	74.1
2 erkek	28	24.2
3 erkek	2	1.7
Çocukların Sağlık Durumu (n=191)*		
Sağlıklı	173	90.6
Kronik hastalığı mevcut	18	9.4

*Yüzdeler belirtilen “n” değerleri üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4’de gebelerin eşleri tarafından uygulanan şiddet türlerine göre dağılımı sunulmuştur. *Evlilikte şiddet yaşama durumu incelendiğinde; fiziksel şiddet* yaşayan gebelerin %2.4’ünün “üstüne yürüme”, %1.5’inin “tokat atma/vurma”, %1.2’sinin “tekmeleme” durumuna maruz kaldığı belirlenmiştir. *Sözel şiddet* yaşayan gebelerin %12.5’i “bağırmaya”, %10.7’si “aşırı kıskançlığa”, %9.0’u “eleştiriye” maruz kaldığı belirlenmiştir. *Evlilikte duygusal şiddet* yaşayan gebelerin %3’ü “duygularını incitecek sözlere”, %2.4’ü “saygısızlığa”, %2.1’i “soğuk ve uzak davranışlara” maruz kaldığı bulunmuştur. *Evlilikte ekonomik şiddet* yaşayan gebelerin %5.7’si “çalışmasının engellendiğini”, %1.5’i eşi tarafından “aile geliri hakkında bilgi verilmediğini” ifade etmiştir. *Evlilikte cinsel şiddet* yaşadığını belirten gebelerin %1.2’sinin “istemediği halde cinsel ilişkiye zorlandığı” bulunmuştur.

Gebelikte eşi tarafından şiddete maruz bırakılma durumu incelendiğinde; fiziksel şiddet yaşayanların %1.5’i “tokat atma/vurma”, %1.2’si “tekmeleme”, %0.3’ü “itekleme” yaşamıştır. *Gebelikte sözel şiddet* yaşayanların %1.8’i “bağırmaya”, %1.2’si “yalan söylenmesi” ne, %0.9’u “eleştiriye” maruz kaldığını; *gebelikte duygusal şiddet* yaşayanların %3’ünün eşleri tarafından “dışarıya çıkması kısıtlandığı”, %1.2’sine “duygularını incitecek sözler söylendiği”, %1.2’sine “soğuk

ve uzak davranıldığı” belirlenmiştir. *Gebelikte ekonomik şiddet* yaşayan gebelerin %1.8’inin “çalışmasının engellendiği”, %0.3’ünün eşinin “eve ait giderleri ödemediği (faturalar, mutfak giderleri vb.)” sonucuna ulaşılmıştır. *Gebelikte cinsel şiddet* yaşayanların %0.3’ü “istemediği halde cinsel ilişkiye zorlanma” yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Evlilikte ve gebelikte eşi tarafından fiziksel şiddet yaşayan gebelerin %1.2’si “üstüne yürüme”, %1.2’si “itekleme”, %0.6’sı “kol bükme” yaşadığı; *sözel şiddet* yaşayanların %16.1’inin “bağırmaya”, %14’ünün “aşırıkıskançlığa”, %12.2’sinin “eleştiriye” uğradığı, *duygusal şiddet* yaşayanların %5.4’ünün duygularını incitecek sözlere maruz kaldığı, %4.8’inin dışarıya çıkmasının kısıtlandığı, %4.2’sinin eşlerinden saygı görmediğini belirttiği saptanmıştır. *Evlilikte ve gebelikte ekonomik şiddet* yaşayanların %4.5’inin çalışmasının engellendiği, *evlilikte ve gebelikte cinsel şiddet* yaşayanların %0.3’ü “istemediği halde cinsel ilişkiye zorlanma” yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Gebelerin Yaşanan Şiddet Türüne Göre Dağılımı (n=335)

Yaşanan Şiddet Özelliği	Evlilikte Yaşadım		Gebelikte Yaşadım		Evlilikte ve Gebelikte Yaşadım	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel Şiddet						
Tokat atma, vurma	5	1.5	5	1.5	-	-
Tekmeleme	4	1.2	4	1.2	-	-
Yumruk atma	1	0.3	1	0.3	1	0.3
Herhangi bir eşya ile vurma, dövme	-	-	-	-	-	-
Kesici/delici bir alet ile zarar verme	-	-	1	0.3	-	-
Üstüne yürüme	8	2.4	-	-	4	1.2
Vücutunda sigara söndürme	-	-	-	-	-	-
Eliyle ağzını kapatma	2	0.6	1	0.3	-	-
Saçını çekme	2	0.6	-	-	1	0.3
İtekleme	2	0.6	1	0.3	4	1.2
Kol bükme	1	0.3	-	-	2	0.6
Diğer	2	0.6	-	-	-	-
Sözel Şiddet						
Bağırarak	42	12.5	6	1.8	54	16.1
Eleştiri yapmak	30	9.0	3	0.9	41	12.2
Hakaret etmek/küfür etmek/azarlamak	11	3.3	3	0.9	7	2.1
Verilen sözü yerine getirmemek	21	6.3	2	0.6	18	5.4
Yalan söylemek	12	3.6	4	1.2	12	3.6
Takma ad kullanmak	3	0.9	1	0.3	6	1.8
Aşırı kıskanmak	36	10.7	3	0.9	47	14.0
Duygusal Şiddet						
Saygı göstermemek	8	2.4	2	0.6	14	4.2
Alay etmek	5	1.5	1	0.3	1	0.3
Duygularını incitecek sözler söylemek	10	3.0	4	1.2	18	5.4
Dışarıya çıkmasını kısıtlamak	4	1.2	10	3.0	16	4.8
Tehdit etmek	1	0.3	1	0.3	2	0.6
Küçük düşürmek	5	1.5	1	0.3	4	1.2
Korkutmak	4	1.2	1	0.3	3	0.9
Soğuk ve uzak davranmak	7	2.1	4	1.2	9	2.7
Kendisini değersiz hissettirmek	7	2.1	4	1.2	13	3.9
Ekonomik Şiddet						
Kadının çalışmasını engellemek	19	5.7	6	1.8	15	4.5
Parasını isteği olmadan zorla al almak/çalmak	3	0.9	-	-	1	0.3
Eve ait giderleri ödememek (faturalar,mutfak giderleri vb.)	2	0.6	1	0.3	1	0.3
Aile geliri hakkında bilgi vermemek	5	1.5	1	0.3	3	0.9
Cinsel Şiddet						
İstemediği halde cinsel ilişkiye zorlama	4	1.2	1	0.3	1	0.3
İstmeden gebe bırakma	1	0.3	-	-	-	-

*Yüzdeler belirtilen "n" değerleri üzerinden alınmıştır.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre W-DEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur. 28-32 yaş grubunda olan (75.80±27.03), ilkokul mezunu (75.45±28.40), işçi (72.22±27.65), sigara içen (73.56±31.11), geniş aile yapısına sahip olan (77.04±30.54), köyde oturan (77.71±29.02), gelir seviyesi yüksek olan (76.00±42.87) ve evlilik süresi 6-10 yıl arasında olan (70.89±28.91) W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre yüksek olduğu, gebelerin yaşı (p=.044), aile tipi (p=.004), oturlan yere (p=.026) göre W-DEQ A puan ortalamaları gruplararası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu, meslek, alışkanlıklar, gelir seviyesi, evlilik süresine göre W-DEQ A puan ortalamalarının gruplararası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05), (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=335)

Sosyo-demografik Özellikler	n	W-DEQA \bar{x} ±SS	Test ve p değeri
Yaş			
18-22 yaş	69	64.81±30.40	F=2.735 p=.044
23-27 yaş	131	66.12±30.72	
28-32 yaş	76	75.80±27.03	
33 yaş ve üzeri	59	73.50±26.54	
Eğitim Durumu			
İlkokul mezunu	53	75.45±28.40	F=1.193 p=.312
Ortaokul mezunu	117	69.44±30.55	
Lise mezunu	110	66.18±29.07	
Üniversite mezunu	55	69.60±28.12	
Meslek			
Ev hanımı	256	68.66±29.46	F=.320 p=.727
Memur	34	70.70±31.44	
İşçi	45	72.22±27.65	
Alışkanlıklar			
Alışkanlık yok	303	68.90±29.20	t=-.853 p=.394
Sigara	32	73.56±31.11	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	246	66.56±28.49	t=2.916 p=.004
Geniş aile	89	77.04±30.54	
Oturulan Yer*			
İl ^a	192	69.52±29.08	F=3.680 p=.026 <i>*Fark b-c arasındadır.</i>
İlçe ^b	90	64.04±29.32	
Köy ^c	53	77.71±29.02	
Gelir Seviyesi			
Yüksek düzey	21	76.00±42.87	KW=3.882 p=.144
Orta düzey	282	68.02±27.78	
Düşük düzey	32	70.65±31.78	
Evlilik Süresi			
1-5 yıl	216	68.60±30.42	F=.198 p=.821
6-10 yıl	74	70.89±28.91	
11 yıl ve üzeri	45	70.37±25.13	

Gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre W-DEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6' da verilmiştir. Gebelerin eşlerinin 31-35 yaş aralığında olanların (73.96±30.49), ilkokul mezunu olanların (70.51±30.01), meslek grubu çiftçi olanların (87.84±27.18), sigara ve alkol alışkanlığı olanların (87.25±36.98) W-DEQ A puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek olduğu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği ve eşin alışkanlıklarına göre, W-DEQ A puan ortalamalarının gruplararası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05), (Tablo4.6).

Tablo 4.6. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ve W-DEQA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=335)

Sosyo-demografik özellikler	n	W-DEQA $\bar{x} \pm SS$	Test ve p değeri
Eşin Yaşı			
20-25 yaş	64	66.18±27.97	F=1.051 p=.370
26-30 yaş	112	67.67±31.05	
31-35 yaş	83	73.96±30.49	
36 yaş ve üzeri	76	69.43±26.54	
Eşin Eğitimi			
İlkokul mezunu	54	70.51±30.01	F=.106 p=.956
Ortaokul mezunu	97	68.44±28.68	
Lise mezunu	120	70.07±30.87	
Üniversite mezunu	64	68.37±27.53	
Eşin Mesleği			
Memur	51	73.43±28.93	KW=2.704 p=.440
İşçi	179	67.14±27.98	
Çiftçi	13	87.84±27.18	
Serbest meslek	76	66.67±31.54	
Diğer	16	78.68±31.96	
Eşin Alışkanlıkları			
Alışkanlık yok	132	69.45±29.77	KW=1.627 p=.653
Sigara	192	68.82±28.84	
Alkol	7	71.42±35.78	
Sigara ve alkol	4	87.25±36.98	

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre W-DEQ A puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 4.7'de verilmiştir. Gebelik sayısı 3 olanların (73.26±29.61), doğum yapmayanların (69.51±31.63), düşük yapanların (70.71±27.86), gebelik haftası 28-31 hafta olanların (77.50±30.58), gebeliği planlı olmayanların (71.35±29.33), gebelikte eğitim alanların (70.36±30.88), gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşayanların (80.51±24.40), gebelikte ilaç kullananların

(85.05±22.80), gebelikte psikolojik sorun yaşayanların (76.24±30.41), yaşayan kız ve erkek çocuğu olanların (71.07±31.21), çocuklarında kronik hastalığı mevcut olanların (72.50±26.81)W-DEQA puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Gebelerin obstetrik özellikleri ve W-DEQ A puan ortalamaları karşılaştırıldığında sadece gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşayanların W-DEQ A puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=.026),diğer değişkenlerde gruplararası farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05),(Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=335)

Obstetrik Özellikler	n	W-DEQA \bar{x} ±SS	Test ve p değeri
Gebelik Sayısı			
İlk gebelik	119	66.70±31.14	F=1.095 p=.351
2 gebelik	108	71.75±28.30	
3 gebelik	56	73.26±29.61	
4 gebelik ve üzeri	52	66.19±26.90	
Doğum Sayısı			
Doğum yok	143	69.51±31.63	t=0.85
1 doğum ve üzeri	192	69.22±27.65	p=0.932
Düşük Yapma Durumu			
Hayır	252	68.90±29.89	t=-.486
Evet	83	70.71±27.86	p=.627
Gebelik Haftası			
28-31 hafta	18	77.50±30.58	F=.738 p=.479
32-35 hafta	117	69.13±27.27	
36 hafta ve üzeri	200	68.74±30.46	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu			
Evet	228	68.40±29.41	t=-.856
Hayır	107	71.35±29.33	p=.393
Gebelikte Eğitim Alma Durumu			
Evet	148	70.36±30.88	t=.562
Hayır	187	68.54±28.18	p=.574
Gebelikte Sağlık Sorunu Yaşama			
Evet	54	70.75±31.81	t=.385
Hayır	281	69.07±28.93	p=.701
Gebelik Öncesinde Psikolojik Sorun Yaşama			
Evet	31	80.51±24.40	t=2.235
Hayır	304	68.21±29.63	p=.026
Gebelikte İlaç Kullanımı (n=30)*			
Evet	17	85.05±22.80	M-WU=83.500 p=.263
Hayır	13	75.53±26.94	
Gebelikte Psikolojik Sorun Yaşama			
Evet	33	76.24±30.41	t=1.422
Hayır	302	68.59±29.21	p=.156

Tablo 4.7. (Devam) Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=335)

Obstetrik Özellikler	n	W-DEQA $\bar{x}\pm SS$	Test ve p değeri
Yaşayan Çocukların Cinsiyeti			
Çocuk yok	143	69.30±31.62	
Kız çocuk	75	70.34±27.05	F=.179
Erkek çocuk	74	67.44±26.34	p=.910
Kız ve erkek çocuk	43	71.07±31.21	
Kız Sayısı (n=117)*			
1 kız	90	70.33±28.76	KW=1.410
2 kız	23	73.52±28.83	p=.494
3 kız	4	60.00±22.77	
Erkek Sayısı (n=116)*			
1 erkek	86	70.80±28.02	KW=2.324
2 erkek	28	62.32±27.93	p=.313
3 erkek	2	71.00±39.59	
Çocukların Sağlık Durumu			
Sağlıklı	173	69.05±27.78	M-WU=1391.000
Kronik hastalığı mevcut	18	72.50±26.81	p=.457

*Yüzdeler belirtilen "n" değerleri üzerinden alınmıştır.

Gebelerin eş şiddeti türleri ve W-DEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8' de verilmiştir. Eş şiddeti görenlerin (77.67±28.58), haftada 1-2 kez eş şiddeti görenlerin (81.88±29.60), fiziksel şiddet görenlerin (79.06±32.71), sözel şiddet görenlerin (77.34±28.83), duygusal şiddet görenlerin (81.18±28.97), ekonomik şiddet görenlerin (83.97±26.79), cinsel şiddet görenlerin (72.71±35.28) W-DEQ A puan ortalamalarının şiddet görmeyen gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Gebelerin genel olarak eş şiddeti (p=.000), sözel şiddet (p=.000), duygusal şiddet (p=.000), ekonomik şiddet (p=.000) yaşama durumuna göre, W-DEQ A puan ortalamalarının gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenirken, eş şiddeti görülme sıklığı, fiziksel şiddet ve cinsel şiddete göre gruplar arası W-DEQ A puan ortalamaları gruplararası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05), (Tablo 4.8).

Bu çalışmada, tüm şiddet türleri dikkate alındığında gebelerin %49.3'ünün eş tarafından herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı ve %48.5'inin ayda 1-2 kez şiddet yaşadığını ifade ettiği belirlenmiştir. Gebeler arasında fiziksel şiddet görenlerin oranı %8.7, sözel şiddet görenlerin oranı %46, duygusal şiddet görenlerin

oranı %23.9, ekonomik şiddet görenlerin oranı %13.7, cinsel şiddet görenlerin oranı %2.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8. Eş Şiddeti Yaşama Durumuna Göre W-DEQ A Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=335)

Eş şiddeti ve türleri	n	%	W-DEQA $\bar{x}\pm SS$	Test ve p değeri
Eş Şiddeti Görme Durumu				
Evet	165	49.3	77.67±28.58	t=-5.318
Hayır	170	50.7	61.26±27.90	p=.000
Eş Şiddeti Görülme Sıklığı (n=165)*				
Haftada 1-2 kez	61	37.0	81.88±29.60	KW=3.297
Ayda 1-2 kez	80	48.5	73.72±28.60	p=.192
Yılda 1-2 kez	24	14.5	80.16±24.96	
Fiziksel Şiddet				
Var	29	8.7	79.06±32.71	t=-1.871
Yok	306	91.3	68.42±28.92	p=.062
Sözel Şiddet				
Var	154	46.0	77.34±28.83	t=-4.740
Yok	181	54.0	62.54±28.16	p=.000
Duygusal Şiddet				
Var	80	23.9	81.18±28.97	t=-4.235
Yok	255	76.1	65.63±28.55	p=.000
Ekonomik Şiddet				
Var	46	13.7	83.97±26.79	t=-3.705
Yok	289	86.3	67.02±29.13	p=.000
Cinsel Şiddet				
Var	7	2.1	72.71±35.28	M-WU=1015.500
Yok	328	97.9	69.27±29.37	p=.601

Tablo 4.9’ da Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ A) puanı sınıflamasına göre gebelerin dağılımı ve puan ortalamaları verilmiştir. Gebelerin W-DEQA ölçeği toplam puan ortalamasının 69.34±29.37 olduğu bulunmuştur. Gebelerin %15.2’sinin “hafif” seviyede, %28.4’ünün “orta” seviyede, %26.6’sının “şiddetli” seviyede ve %29.9’unun “klinik” seviyede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin doğum korkusu yaşama seviyelerine göre W-DEQ A puan ortalamaları; “hafif” seviyede 23.09±9.46, “orta” seviyede 52.77±7.91, “şiddetli” seviyede 74.42±5.15, “klinik” seviyede 104.16±13.04 bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Gebelerin W-DEQ A Puanı Sınıflamasına Göre Doğum Korkusu Yaşama Seviyelerine Göre Dağılımı (n=335)

Doğum Korkusu Seviyesi	n	%	$\bar{x} \pm SS$
Hafif Seviye	51	15.2	23.09±9.46
Orta Seviye	95	28.4	52.77±7.91
Şiddetli Seviye	89	26.6	74.42±5.15
Klinik Seviye	100	29.9	104.16±13.04
Toplam	335	100.0	69.34±29.37

5.TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet evrensel bir sorundur. Şiddetin tespit edilmesinde şiddet yaşama durumunun sorgulanması çok önemlidir. Şiddet durumunda aile bireylerinden toplumun her kesimine birçok görev ve sorumluluk düşmektedir. Doğum korkusu ise gebeler tarafından çok sık yaşanmakta ve gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci olumsuz yönde etkilemektedir.

Ülkemizde şiddetin nedenleri ve algılanışı ile ilgili yeterli verinin olmadığı belirtilmektedir (Ayrancı ve ark., 2002). Şiddet ve doğum korkusu ilişkisi gebelikte görülebilecek komplikasyonlar, kötü doğum deneyimi, anne ve bebek sağlığı ilişkisi nedeniyle anlaşılması gereken önemli bir konudur. Türkiye’de gebelikte eş şiddetinin doğum korkusuna etkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelerin %73.4’ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Körükcü ve ark. (2017)’nin çalışmasında gebelerin %77.9’unun, Demirbaş ve Kadioğlu (2014)’nin yaptıkları çalışmada gebelerin %87.7’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada aile yapısı hakkında bulunan sonuç literatüre benzerdir.

Gebelikte sigara kullanımı, gebelik ile ilgili mortalite ve morbilite için önüne geçilebilir risk faktörüdür. Gebelikte sigara kullanımı veya sigara dumanı olan ortamda bulunulması fertilitiyi, fetüsün gelişimini, gebeliğin her aşamasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Marakoğlu ve Sezer, 2003). Çalışmamızda gebelerin %9.6’sının sigara kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.1). Marakoğlu ve Sezer (2003) tarafından yapılan çalışmada gebeliğin başından sonuna kadar sigara içenlerin oranı %9 bulunmuştur. Gebelerde sigara içme oranını, Akdolun-Balkaya ve ark. (2014) %17.3, Durualp ve ark. (2011) %23.9 ve Oksan-Çalikoğlu ve ark. (2018) %6.6 bulmuştur. Gebelikte şiddet gören kadınların daha fazla sigara, alkol ve uyuşturucu aldıkları bilinmektedir (Çilli ve ark., 2019). Bu çalışmada bulunan sigara içme oranı literatüre benzer bulunmuştur.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 yılı raporuna göre Türkiye için toplam doğurganlık hızının 2.3 olduğu, 40-49 yaş grubundaki kadınların yaşamları boyunca ortalama 2.7 çocuk doğurduğu bulunmuştur (Hacettepe

Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Bu çalışmada gebelik sayısı ortalaması 2.17 ± 1.18 (1-7) bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda gebelik sayısı ortalamasını, Şahin ve ark. (2009) 2.26 ± 1.48 , Göğüş ve Yıldız (2013) 1.84 ± 1.07 , Oksan-Çalikoğlu ve ark. (2018) 2.6 ± 1.5 bulmuştur. Bu çalışmanın gebelik sayısı ortalaması literatüre benzerlik göstermektedir.

Gebeliğin planlanmış olması kadınların gebeliğe uyumunu kolaylaştırmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Bu çalışmada gebelerin %68.1'inin gebeliğinin planlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Durualp ve ark. (2011) gebelerin %81.5'inin, Göğüş ve Yıldız (2013) gebelerin %74.6'sının, Bilgin ve Ecevit-Alpar (2018) ise kadınların %79.8'iningebeliğinin planlı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tortumluoğlu ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada ise isteyerek gebe kalan kadınların öz-bakım gücü puan ortalamaları, istenmeyen gebeliği olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gebeliklerin önceden planlanmış olması kadınların annelik rolüne, psikolojik ve sosyal açıdan kendini hazır hissetmesini kolaylaştıracaktır. Planlı gebelik ile anneler gebelik sürecine daha iyi hazırlanmakta, bu süreçte kendilerine daha fazla zaman ayırmakta, özen göstermekte ve gebeliğe uyumu daha kolay olmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Gebenin fiziksel ve duygusal sağlığını üst seviyede tutmak, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerin anne ve bebek açısından sağlıklı geçirilmesi için gebelik ile ilgili eğitim önemlidir (Şahin ve Yurdakul, 2012). Bu çalışmada gebelerin %55.8'i gebelik ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Barut ve Uçar (2018) çalışmamıza benzer şekilde gebelerin %55'inin doğum ile ilgili bilgi almadığı sonucuna ulaşmıştır. Üst ve Pasinlioğlu (2015) yaptıkları çalışmada primipar gebelerin %82.7'sinin, multipar gebelerin %76'sının daha önce herhangi bir eğitim/danışmanlık hizmeti almadıklarını saptamıştır. Doğum öncesi dönemde gebelikte eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi anne adayının gebeliğe olan uyumunu kolaylaştırması açısından önemlidir. Gebelik hizmetini yürüten sağlık profesyonellerinin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu süreç hakkında gebelere eğitim hizmeti vermesi yaygınlaştırılmalıdır.

Anne adayının sağlığı bebeğinin sağlığını da etkilemektedir. Annelerin gebeliğin başından itibaren sağlıklarına dikkat etmesi çocuğun sağlıklı ve mutlu

şekilde doğmasında önemlidir. Çalışmamızda gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların oranı %16.1 bulunmuştur (Tablo 4.3). Durualp ve ark., (2011)'nin yaptıkları çalışmada katılımcıların %10'unun gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşandığı görülmüştür. Yanikkerem ve ark. (2006)'nin çalışmasında gebeliğin ilk trimesterinde sık idrara çıkma, yorgunluk ve bulantı-kusma gibi sağlık sorunlarının yaşandığı belirtilmektedir. Gebelikte gerçekleşen fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlama gebeler arasında farklılık göstermektedir. Gebe kadına bu değişikliklerle ilgili bilgi verilmeli ve destek olunmalıdır. Herhangi bir sağlık sorununda müdahale edilmelidir.

Gebelikte meydana gelen değişiklikler gebede yük, kaygı, stres oluşturabilmekte, gebelikte endişe ve depresyona neden olabilmektedir. Gebelikte var olan psikolojik sorunlarda alevlenme olabildiği gibi psikiyatrik sorunlar ilk kez gebelikte de ortaya çıkabilir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Bu çalışmada gebelerin gebelik öncesinde %9.3'ünün, gebelikte %9.9'unun psikolojik sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Bilgin ve Ecevit-Alpar (2018) yaptıkları çalışmada kadınların %3.4'ünün yardım almayı gerektiren psikolojik sorun yaşadığını saptamıştır. Subaşı ve ark. (2013) gebelerin %20'sinde depresif belirtiler, %17'sinde ise anksiyete bozukluğu belirtileri bulmuştur. Andersson ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada gebelerin %6.6'sında anksiyete bozukluğu saptamıştır. Westerneng ve ark. (2017) gebeliğe özgü yüksek kaygı düzeylerinin sigara, alkol kullanımı ve çok fazla kilo alımı gibi sağlıkla ilgili olumsuz davranışlarla ilişkili olup olmadığını inceledikleri çalışmada, nulliparite (OR = 2.33, % 95 güven aralığı (CI = 1.97-2.77), endişeli veya depresif ruh hali (OR = 3.29, % 95 CI = 2.74-3.94) ve Hollanda dışı etnik kökenli özellikle Türkiyeli (OR = 3.47, % 95 CI = 2.16-5.59) veya Faslı (OR = 2.97, % 95 CI = 1.84-4.81) gebelerde, gebeliğe özgü yüksek anksiyete düzeyleri ile güçlü bir şekilde ilişkili bulmuşlardır. Aynı çalışmada, gebeliğe özgü anksiyete düzeyleri yüksek olan kadınların gebelik sırasında çok fazla kilo alma olasılıklarının daha yüksek olduğu (OR = 1.49, % 95 CI = 1.21-1.83), hem çok düşük hem de yüksek gebeliğe özgü anksiyete seviyelerinin olmasının sigara ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (OR= 0.13, % 95 CI = 0.04-0.45, OR = 1.81, % 95 CI = 1.32-2.47). Kadınlar gebelik sürecinde doğumdan sonra yaşayacağı durumları olumsuz algılayabilir. Doğumdan sonra özgürlüğünün kısıtlanacağını ve anneliğe uyum

sağlayamayacağını düşünen gebelerde psikolojik sıkıntılar görülebilmektedir (Karabulut, 2014). Bu ve benzeri stres etkenlerinin kadınların ruh sağlığına olumsuz etki ettiği bilinmektedir. Gebelikte psikolojik sorunların ve nedenlerinin tespit edilerek olası sorunların çözülmesi sağlıklı bir gebeliğe zemin hazırlamak için önemlidir.

Şiddet, dünyada gittikçe artan ve insan yaşamının her döneminde görülebilen bir toplum sağlığı problemidir (Can-Gürkan ve Coşar, 2009). Şiddetin evde, aile içinde daha çok yaşandığı belirtilmektedir (Tel, 2002). Kadına yönelik şiddet, yalnızca kadınların eşi ya da partneri gibi yakın çevresindeki kişiler tarafından değil, diğer tanıdığı veya tanımadığı erkekler ve hatta kadınlar tarafından da olabilir (Yanık ve ark., 2014). Gebelik kadın için en riskli dönemlerden biridir. Gebe kadına uygulanan şiddet ise bu riski arttırmaktadır. Gebelikte aile içi şiddet için riskli gruplar arasında; genç anneler, gebeliğin sonlarında doğum öncesi bir kliniğe başvuranlar, istenmeyen gebelikleri olan kadınlar, evlenmemiş veya boşanmış kadınlar, daha fazla paritesi olan kadınlar, düşük sosyoekonomik sınıftaki kadınlar ve yüksek oranda tütün veya alkol tüketimi olan kadınlar bulunmaktadır. Ne yazık ki şiddet sorunu genellikle göz ardı edilmektedir ve doğum öncesi gebe takiplerinde şiddet sorunu sorgulanmamaktadır (Şahin ve Şahin, 2003).

Gebelikte şiddet anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkiler ve erken doğum, düşük, plasentanın erken ayrılması, doğum öncesi kanama, erken membran rüptürü, intrauterin büyüme eksikliği, perinatal ölüm gibi sorunlara neden olabilir (Boy ve Salihu, 2004; Coker ve ark.,2004; Janssen ve ark.,2003).Ailede kadına yönelik şiddet gebelikte yeni başlayabilir ya da var olan şiddet gebelikte artabilir. Gebelikte eş şiddetinin sağlık sonuçlarının bilinmesi kalıcı hasarları önleme ve tedavi girişimlerinin geliştirilmesi ve uygulanması açısından önemli bir yere sahiptir (Sağkal ve ark.,2014). Bu çalışmada gebelerin %46'sının sözel şiddet, %23.9'unun duygusal şiddet, %13.7'sinin ekonomik şiddet, %8.7'sinin fiziksel şiddet ve %2.1'inin cinsel şiddet yaşadığı saptanmış, bu şiddet türlerinden herhangi birine eş tarafından maruz bırakılan gebelerin oranı %49.3 bulunmuştur (Tablo 4.8). Gebelikte şiddet yaygınlığı İngiltere'de %3.4 (Bacchus ve ark., 2004), Amerika Birleşik Devletleri'nde %3.4 (Huth-Bocks ve ark., 2002) ve İrlanda'da %12.5 (O'Donnell ve ark., 2000) olarak bulunmuştur. Aile içi şiddetin bildirilmesi üzerine yapılan bir

araştırmada, bir kadının gebelik sırasında fiziksel ve cinsel şiddet riskinin yeterince rapor edilmediği ve hafife alındığı belirtmektedir (Bacchus ve ark., 2004).

Şahin ve ark.(2017),gebelerin %1.3'ünün fiziksel şiddet, %32.1'inin sözel şiddet, %29.6'sının ekonomik şiddet, %25.7'sinin duygusal şiddet, %11.3'ünün cinsel şiddet yaşadığını bulmuştur. Ayrancı ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada, gebelerin %71.4'ünün gebelikte eşi tarafından fiziksel, cinsel, sözel şiddet çeşitlerinden birine ya da daha fazlasına uğradığını ifade etmiş olup sırasıyla ruhsal/sözel şiddet oranı %99.1, fiziksel şiddet oranı %36.4 ve cinsel şiddet oranı %5.4 olarak bulunmuştur. Karaoğlu ve ark. (2005)'nin Malatya'da yaptığı çalışmada, gebelikte kadınların %31.7'sinin herhangi bir şiddete maruz kaldığı belirtilmekte, duygusal şiddet %26.7 ile en sık görülen şiddet türü iken, cinsel şiddet %9.7 ve fiziksel şiddet %8.1 olarak bulunmuştur.

Hassan ve ark. (2014) eş şiddeti gören gebelerin oranını, %72.8 olarak bulmuşlardır. Hossieni ve ark. (2017) mevcut gebeliklerinde en az bir kez eş şiddeti yaşadığını bildirenlerin oranını %73, gebelerin %66.1'inin psikolojik eş şiddeti, %30.5'inin cinsel şiddet ve %23'ünün fiziksel şiddet yaşadığını bulmuştur. Doi ve ark. (2019) tarafından Japonya'da yapılan araştırmada gebeliği sırasında herhangi bir şiddet türü yaşayan kadınların oranı %11.1, fiziksel şiddet %1.2, sözel şiddet %10.8 bulmuşlardır. Johnson ve ark. (2003) çalışmasında, gebelerin %17'sinin aile içi şiddet yaşadığını, %14.3'ünün duygusal şiddete, %14.7'sinin fiziksel şiddete, şu andaki gebeliklerinde %3.4'ünün şiddete maruz kaldığını belirtmektedir. Çalışmada aile içi şiddet prevalansı en yüksek 26-30 yaş grubunda görülmüştür (Johnson ve ark., 2003).Şahin ve Şahin (2003) tarafından Van'da yapılan çalışmada gebelikleri sırasında aile içi şiddet gördüğünü bildiren gebelerin oranı %33.3'tür ve gebe kaldıkları için fiziksel veya cinsel istismar gördüklerini belirtmişlerdir. Güler (2010)'in çalışmasında, gebelerin %18.1'inin fiziksel, %53.6'sının duygusal, %29.3'ünün ekonomik ve %32.5'inin cinsel şiddet gördüğü belirlenmiştir. Bu çalışmada, gebelerin fiziksel şiddet görme oranlarının düşük çıkması, gebelikte kadınların fiziksel şiddeti ifade etmekten kaçınmalarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Gebelik süreci kadınların biyopsikosozal dengesinde, sosyal rollerinde değişikliğe neden olan bir süreç olmakla birlikte, anne ve bebek arasında bağın oluştuğu ve geliştiği yaşamsal bir kriz dönemidir (Oksan-Çalıkoğlu ve ark., 2018). Bu dönemde kadınlar için doğum korkusu ciddi bir durumdur. Gebelerin en çok doğum ağrısı olmakla birlikte doğumda panik olma korkusu, doğumu yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, başaramamaktan korkma, doğum esnasında kendisine ve bebeğine zarar vermekten korkma gibi nedenlerle doğumdan korktukları saptanmıştır. Doğumun kanlı ve ağrılı olacağı düşünce ve mahremiyeti tehdit etmesi gebelerde endişe hissinin yaşanmasına neden olmaktadır (Üst ve Pasinlioğlu, 2015). Gebede var olan doğum korkusunun doğum sürecini olumsuz şekilde etkileyebileceği bilinmektedir (Barut ve Uçar, 2018).

Doğum, kadınların farklı deneyimler yaşadığı bir eylemdir. Bu süreçle ilgili bazı faktörler kadında anksiyete ve doğum korkusuna yol açmaktadır (Demirsoy ve Aksu, 2015). Korku yalnızca gebeliği değil doğum sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir (Karabulut, 2014). Doğum korkusunda etkili olan faktörler arasında biyolojik nedenler, psikolojik nedenler, sosyal nedenler ve ikincil nedenler etkili olabilmektedir. Bunun yanında gebenin sosyodemografik özellikleri de (yaş, eğitim seviyesi, çalışma durumu ve ekonomik durum gibi) doğum korkusuna neden olabilmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Anne yaşının, annelik problemleriyle ilgili korkuların ve ambivalan duyguların düzeyini doğrudan etkilediği bilinmektedir (şahin ve ark., 2009). Anne adaylarını endişelendiren konulardan biri de ekonomik faktörlerdir. Bebeğin doğumu ve sonrasında yapılacak olan harcamalar anne adayında anksiyeteye neden olabilmektedir (Tekgöz ve ark., 2009). Doğum korkusunun nedenlerinin bilinmesi intrapartum bakımın niteliğini arttıracak (şahin ve ark., 2009), aynı zamanda gebe kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına yardımcı olacak, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Gao ve ark. (2015) tarafından Çinli gebe kadınlarda yapılan çalışmada, genç yaşta, düşük eğitim seviyesine sahip, eşlerinden memnun olmayan, daha önce düşük tecrübesi yaşayan gebe kadınlar daha yüksek oranda doğum korkusu bildirmişlerdir.

Bu çalışmada gebelerin W-DEQ A puan ortalaması 69.34 ± 29.37 bulunmuş, W-DEQ A sınıflamasına göre gebelerin %15.2'si "hafif" seviyede, %28.4'ünün "orta"

seviyede, %29.9'unun "klinik" seviyede, %26.6'sının ise "şiddetli" seviyede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).Türkiye'de aynı ölçekle yapılan çalışmalarda, bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde W-DEQ A puan ortalamasını Barut ve Uçar (2018) 73.31 ± 16.84 , Körükcü ve ark. (2017) 79.95 ± 17.33 , Şahin ve ark. (2009) 85.63 ± 13.76 bulmuşlardır. Buna karşın Güleç ve ark. (2014) gebelerin doğum korkusu puan ortalamasını 46.4 ± 31.2 olarak daha düşük düzeyde saptamıştır. Adams ve ark. (2012) aynı ölçekle Norveç'te yaptıkları çalışmada gebelerin doğum korkusu puan ortalamasını 56.66 ± 19.49 bulmuşlardır. Storksens ve ark. (2013) ise, doğum korkusu puan ortalamasını 53.8 ± 20.5 bulmuşlardır. Toohill ve ark. (2014) tarafından W-DEQ A ölçeği kullanarak yapılan çalışmada kadınların %31'inde düşük doğum korkusu, %43'ünde orta derecede doğum korkusu, %18.8'inde şiddetli doğum korkusu bildirmişlerdir. Bülbül ve ark. (2016) aynı ölçekle Türkiye'de yaptığı çalışmada, kadınların %38.8'inde doğuma dair şiddetli korku, %8.2'sinde ise klinik düzeyde doğum korkusu olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre korku arttıkça karar verme stillerinin değişiklik gösterdiği belirlenmiş, doğum korkusu yaşayan kadınlar daha fazla panik, kaçma ve erteleyici davranışlar sergilemişlerdir (Bülbül ve ark., 2016).Doğum korkusu puan ortalamaları farklılığının araştırmaya alınan örneklem sayısı, kültürel farklılık nedeniyle doğuma bakış açısına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Doğum korkusunun azaltılması için ülkemizde çalışmalar mevcuttur. Subaşı ve ark. (2013) gebelerde doğum öncesinde verilen eğitimin son trimesterdeki gebelerin doğum korkuları ve doğuma dair olumsuz düşüncelerini azalttığını bildirmişlerdir. Kızılırmak ve Başer (2016), doğum ile ilgili olumlu algının sağlandığı doğum hazırlığı eğitimi ile doğum korkusunun azaldığını saptamıştır.

Bu çalışmada, gebelerin yaşı arttıkça (**p=.044**), geniş ailede yaşayanlarda (**p=.004**), köyde ikamet edenlerde (**p=.026**) doğum korkusunun daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmada gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, doğum sayısı ve gebelikte eğitim alma durumu ile doğum korkusu karşılaştırıldığında, gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5, Tablo 4.7). Güleç ve ark. (2014)'nın çalışmasında, benzer şekilde gebelerin eğitim durumuna, çalışma durumuna, doğum sayısına ve gebelikte eğitim alma durumuna göre doğum korkusundan etkilenmediği

görülmüştür. Şahin ve ark. (2009) gebelerde yaş, gebelikte alınan kilo ve doğum sayısı arttıkça, doğum korkusunun istatistiksel olarak arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Subaşı ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada gebelerin yaş, gelir seviyesi, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ile W-DEQ A puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlar arasındaki farklılık gebelikte doğum korkusunu etkileyen faktörlerin değişiklik gösterdiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, gebelik sayısı ve paritenin doğum korkusuna etki etmediği ($p>0.05$), ancak gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşayan gebelerin doğum korkusu puanlarının, gebelik öncesi psikolojik sorun yaşamayan gebelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.026$), (Tablo 4.7). Doğum deneyimi yaşanmış olması gebenin doğum korkusu üzerinde etkili olmamaktadır. Körükcü ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde pariteye göre doğum korkusunun farklı olmadığı ($p>0.05$), ancak gebelik öncesinde sağlık problemi olan ve gebelikte doğum hakkında bilgi almayan gebelerde doğum korkusunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada gebelikte eğitim alınmasının doğum korkusu üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.7). Yaşanan olumsuz doğum deneyimlerini gebe kadınların birbirine anlatması, medya ve haber kaynaklarında gösterilen olumsuz doğum yaşantıları da doğum korkusunu arttırabilir (Bülbül ve ark., 2016). Bu çalışmada bulunan sonuç doğum korkusu yaşama durumunun sadece gebelerin eğitim alma durumu ile ilişkili olmadığı, başka faktörlerinde doğum korkusu üzerine etki ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada gebelikte sözel şiddet ($p=.000$), duygusal şiddet ($p=.000$), ekonomik şiddet ($p=.000$) gören kadınların W-DEQ A puan ortalamasının, belirtilen şiddet türlerini yaşamayan kadınların W-DEQ A puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Gebelikte fiziksel şiddet ve cinsel şiddet görme durumuna göre doğum korkusu puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Lukasse ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada kadınların geçmişte istismar öyküsünün bulunmasının doğum korkusu yaşama riskini arttırdığını bulmuşlardır. Hossieni ve ark., (2017) çalışmasında, İranlı gebelerde gebelerin %73'ünün gebeliklerinde en az bir kez partner şiddeti yaşadığını, % %61'inin doğum

korkusunun olduğunu, tüm gebeler için gebelikte fiziksel şiddet yaşamının doğum korkusunu artırdığını (OR=2.47;% 95 CI, 1.01, 6.02) bulmuşlardır. Aynı çalışmada, ilk gebeliği olanlarda, fiziksel şiddet doğum korkusunu önemli oranda arttırırken (OR=12.15;% 95 CI, 1.33, 110.96), multiparlarda duygusal şiddet ile doğum korkusu arasında ters yönde ilişkili bulunmuştur(OR=% 0.18;% 95 CI, 0.04, 0.73). Heimstad ve ark. (2006) çalışmasında çocuklukta fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldığını bildiren kadınların W-DEQ A oranı istismar edilmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Eberhard-Gran ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada yetişkin yaşamında cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda doğum sırasında aşırı korku riskinin arttığını belirtmişlerdir. İstismar öyküsü veya depresyon gibi belirtilere sahip olan kadınları tanımlamak ve desteklemek için uygun politikaların oluşturulması yararlı olabilir. Ayrıca bu kadınlarda post-travmatik stres belirtilerini önlemek için postnatal dönemde bakım verilmesi faydalı olabilir.

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji, doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında fiziksel istismar taramasının rutin hale gelmesini tavsiye etmektedir. Düzenli doğum öncesi bakım, sağlık çalışanları ile gebe kadınlar arasında daha derin bir ilişki kurarak şiddetin tanılanmasını sağlayabilir (Şahin ve Şahin, 2003).

Şiddet yaşayan kadınların bu durumu yeterince ifade etmemesi de şiddetin ortaya çıkmasında olumsuz bir etkidir. Şiddeti ortaya çıkarmanın en etkili yolu bu konuda soru sormaktır. Doktorlar, şiddet hakkında doğrudan sorular sormalı ve doğum öncesi ziyaretler sırasında açık ve net ipuçlarını saptamalıdır (Şahin ve Şahin, 2003). Sağlık çalışanlarının gebelere “şiddet görüyor musunuz” sorusunu rutin takiplerde sormaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının şiddete yeterli düzeyde müdahale etmeme nedenleri arasında zaman kısıtlılığı (%81.8), şiddeti araştırmak için yeterli bilgiye sahip olmama (%68.2), şiddete uğrayanlara yardım etmek için yeterli kaynak ve personele sahip olmama (%63.6) olduğu sonucu bulunmuştur (Demirel-Bozkurt ve Daşıkkan, 2016).

Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddeti önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanıması, yaygınlığının, sunumunun ve etkilerinin farkında olmaları ve çeşitli müdahalelerde becerilerini geliştirmeleri gerekir (Şahin ve Şahin, 2003). Gebeye

yönelik eş şiddetinin etkisinin anlaşılması erken teşhis ile üreme sağlığına olan olumsuz etkilerinin de anlaşılması ve müdahale programlarının şekillenmesinde etkili olabilir (Abdollahi ve ark., 2015).



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelikteki eş şiddetinin doğum korkusu üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması 27.06 ± 5.40 ve gebelerin eşlerinin yaş ortalaması 31.01 ± 5.85 , evlilik süresi ortalamasının 5.27 ± 4.75 , gebelik sayısı ortalamasının 2.17 ± 1.18 olduğu ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 1.04 ± 1.07 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1, 4.2, 4.3).

- Gebelerin %34.9'unun ortaokul mezunu, %76.5'inin ev hanımı, %73.4'ünün çekirdek aileye sahip, %84.2'sinin gelir seviyesinin "orta düzey" olduğu ve %64.5'inin 1-5 yıl süre ile evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

- Gebelerin eşlerinin %33.4'ünün 26-30 yaş aralığında olduğu, %35.8'inin lise mezunu, %53.4'ünün işçi, %57.3'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

- Gebelerin %35.5'inin ilk gebeliği olduğu, %42.7'sinin daha önce doğum deneyimi olmadığı, %75.2'sinin düşük yapmadığı, %59.7'sinin 36 hafta ve üzerinde gebe olduğu, %68.1'inin gebeliği planladığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Gebelerin %55.8'inin gebelikle ilgili eğitim almadığı, %16.1'inin gebelikte sağlık sorunu yaşadığı, %9.3'ünün gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşadığı, %5.1'inin gebelikte ilaç kullandığı, %9.9'unun gebelikte psikolojik sorun yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.3).

- Gebelerin %43'ünün yaşayan çocuğunun olmadığı, %76.9'unun bir kız çocuğuna sahip olduğu, %74.1'inin bir erkek çocuğa sahip olduğu, %90.6'sının yaşayan çocuklarının sağlıklı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

- Gebeler arasında 28-32 yaş aralığında olan, ilkokul mezunu olan, işçi olan, sigara içen, geniş aile yapısına sahip olan, köyde oturan, gelir seviyesi yüksek olan, evlilik süresi 6-10 yıl arasında olan kadınların W-DEQ A puan ortalamaları diğer gebe kadınlara göre daha yüksek olduğu, gebelerin yaş gruplarına ($p=.044$), aile tipine ($p=.004$), oturlan yere ($p=.026$) göre gruplar arası W-DEQ A puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

• Gebelerin eşlerinin 31-35 yaş aralığında olanların, ilkokul mezunu olanların, çiftçi olanların, sigara ve alkol alışkanlığı olanların W-DEQ A puan ortalamaları diğer gebelere göre daha yüksek olduğu, ancak gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

• Gebelik öncesinde psikolojik sorun yaşayan gebe kadınlarda W-DEQ A puan ortalamalarının yaşamayan gebelere daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=.026$), (Tablo 4.7).

• Gebelerin %49.3'ünün ($n=165$) herhangi bir şiddet türüne eşi tarafından maruz bırakıldığı belirlenmiştir. Herhangi bir aile içi şiddet türünü yaşayan gebelerin ($n=165$) %46'sının sözel şiddet, %23.9'unun duygusal şiddet, %13.7'sinin ekonomik şiddet, %8.7'sinin fiziksel şiddet ve %2.1'inin cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

• Eş şiddeti görenlerin, fiziksel şiddet, sözel şiddet, duygusal şiddet, ekonomik şiddet ve cinsel şiddet görenlerin W-DEQ A puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu ve gebelerin eş şiddeti görme durumu ($p=.000$), sözel şiddet ($p=.000$), duygusal şiddet ($p=.000$), ekonomik şiddet ($p=.000$) durumuna göre W-DEQ A puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, eş şiddeti görülme sıklığı ($p=.192$), fiziksel şiddet ($p=.062$) ve cinsel şiddete ($p=.601$) maruz kalma durumuna göre W-DEQ A puan ortalamaları gruplararası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.8).

• Gebelerin W-DEQ A ölçeği toplam puan ortalamasının 69.34 ± 29.37 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9).

• Gebelerin W-DEQ A ölçeği puan sınıflamasına göre, %15.2'sinin "hafif" seviyede, %28.4'ünün "orta" seviyede, %26.6'sının "şiddetli" seviyede, %29.9'unun klinik seviyede doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.9).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler;

• Gebe ve doğum kliniklerinde, doğum korkusunun ve eş şiddeti taramasının yapılması,

- Doğum korkusunun azaltılması için, doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması ve gebelerin bu sınıflarda gebelik, doğum ve doğum sonrası hakkında bilgilendirilmelerinin sağlanması,

- Şiddet gören gebelere destek amacıyla sosyal hizmet uzmanı ve psikolog görevlendirilmesi,

- Gebelerin şiddet yaşaması durumunda başvurabilecekleri kurumsal mekanizmaların yaygınlaştırılması, bu birimler hakkında kadınlara eğitimler verilmesi,

- Şiddetin önlenmesi için, sağlık profesyonellerinin farkındalıklarının ve duyarlılıklarının artırılması, şiddet hakkında bilgilendirme eğitimlerinin yapılması,

- Aile içi şiddet, bu konuda eğitim ve değerlendirmenin tüm lisans öğretim programlarına dahil edilmesi,

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

- Topluma şiddetin doğal ve sıradan bir durum olmadığı hakkında yaygın eğitim araçlarını kullanarak farkındalık eğitimleri yapılması, şiddetin yasalar çerçevesinde suç olduğu hakkında toplumu bilinçlendirme programlarının düzenlenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- Abdollahi F, Abhari FR, Delavar MA, Charati JY. (2015). Physical violence against pregnant women by anintimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *Journal of Family& CommunityMedicine*,22(1),13.
- 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 & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
- Akdolun Balkaya N, Vural G, Eroğlu K. (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi.*Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 6-16.
- Akgün M, Boz İ. (2019). Doğum korkusu yönetiminde psikoeğitimin yeri. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 163-168.
- Akın M. (2013). Aile içi şiddet. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 71(1), 27-41.
- Aksoy AN. (2015). Doğum korkusu: Literatür değerlendirmesi. *Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(3), 161-165.
- Altınay AG, Arat Y. (2007). Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul; Punto Baskı Çözümleri.S:79-80.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1), 148-154.
- Arslan S, Okcu G, Coşkun AM, Temiz F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192.
- Aydın Kartal Y, Karaman T. (2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*,49(1), 85-91.

- Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ. (2002). Hamilelikte aile içi eş şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 75-87.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haworth, A. (2004). Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(5), 441-445.
- Bailey BA. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2, 183-197.
- Barut S, Uçar T. (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 107-115.
- Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş. (2018). Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 6-15.
- Bilican Gökkaya V. (2011). Kadına yönelik ekonomik şiddet: Sivas İli (Cumhuriyet Üniversitesi) Örneği. *Journal of World of Turks*, 3(3), 129-145.
- Boy A, Salihu, HM. (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal Fertil Womens Medicine* 49, 159-64
- Bulucu GD, Çakıl NA. (2013). Kırşehir ilinde Bağbaşı mahallesinde yaşayan kadınların cinsel şiddete uğrama durumlarının belirlenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(2), 35-44.
- Bükecik E, Özkan B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
- 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.
- Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, ve ark. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163.

- Can-Gürkan Ö, Coşar F. (2009). Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 124-129.
- Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. (2003). Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1110-1116.
- Coker AL, Sanderson M, Dong B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 18,260-269.
- Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American journal of public health*, 90(4), 553-559.
- Coutinho E, Almeida F, Duarte J, Chaves C, Nelas P, Amaral O. (2015). Factors related to domestic violence in pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 1280-1287.
- Çalikoğlu EO, Akcay HB, Kavuncuoğlu D, Tanrıverdi EC, Yerli EB, Salcan S. (2018). Socio-demographic characteristics and quality of life among women in the 3rd trimester of pregnancy living in Erzurum city center. *Family Practice and Palliative Care*, 3(1), 33-38.
- Çalışkan H, Çevik Eİ. (2018). Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 218-233.
- Çilli B, Aydın-Ateş N, Küğcümen G. (2019). Gebelikte fiziksel ve ruhsal şiddet durumunda ebelik yaklaşımı. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-14.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(4), 200-206.
- Demirel-Bozkurt Ö, Daşikan Z. (2016). Gebelikte eş şiddeti: Risk faktörleri, sağlık sonuçları ve tarama araçları. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2(2), 15-22.

- Demirsoy G, Aksu H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 36-45.
- Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, ve ark. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170.
- Dişsiz M, Şahin NH. (2008). Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: Kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 1(1), 50-58.
- Doi S, Fujiwara T, Isumi A. (2019). Development of the intimate partner violence during pregnancy instrument (IPVPI). *Frontiers in Public Health*, 7, 43, 1-9.
- Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E. (2011). Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(3), 119-126.
- DSÖ. Violence against women, 2017, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women> Erişim tarihi: 08.12.2019.
- 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.
- Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 26-34.
- Fletcher TR, Clements AD, Bailey B. (2016). Identifying intimate partner violence during pregnancy in prenatal care settings. *International Journal of Health Sciences Education*, 3(1). Available at: <http://dc.etsu.edu/ijhse/vol3/iss1/3> (Erişim tarihi: 01/07/2018).
- Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, 31(9), 865-870.
- Göğüş T, Yıldız H. (2013). Trimestirlere göre gebelerde şiddet yaşama durumu, etkileyen faktörler ve perinatal sonuçlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 657-664.

- Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(1), 36-41.
- Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 51-56.
- Güler N. (2010). Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(2), 72-77.
- Gürkan ÖC, Coşar F. (2009). Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 124-129.
- Habib S, Abbasi N, Khan B, Danish N, Nazir Q. (2018). Domestic violence among pregnant women. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 30(2), 237-240.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hanna B. (2007). Tokofobia-problem multidyscyplinarny. *Ginekologia polska*, 78(10), 807-811.
- Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Yousefi H. (2014). Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health*, 128(5), 410-415.
- 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.
- Hoque ME, Hoque M, Kader SB. (2009). Prevalence and experience of domestic violence among rural pregnant women in KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Epidemiology and Infection*, 24(4), 34-37.
- Hossieni VM, Toohill J, Akaberi A, HashemiASL B. (2017). Influence of intimate partner violence during pregnancy on fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 14, 17-23.

- Hutch-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. (2002). The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence and Victims*, 17(2), 169-185.
- Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson, AD. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1341-1347.
- Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. (2003). The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(3), 272-275.
- Kandemirci D, Kağnıcı DY. (2014). Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: çok boyutlu bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33), 1-12.
- Karabulut G. (2014). Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Karaçam Z, Akyüz EÖ. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Karaoğlu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Gunes G, ve ark. (2005). Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *The European Journal of Public Health*, 16(2), 149-156.
- Kıyak S, Akın B. (2010). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 12(2).
- Kızılırmak A, Başer M. (2016). The effect of education given to primigravide women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24.
- Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Gantz MG. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 115(2 Pt 1), 273-283.
- Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1), 47-54.

- Kocacık F, Çağlayandereli M. (2009). Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 25-43.
- Korukcu O, Kukulcu 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.
- Kouyoumdjian FG, Calzavara LM, Bondy SJ, O Campo P, Serwadda D, Nalugoda F, ve ark. (2013). Risk factors for intimate partner violence in women in the Rakai Community Cohort Study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health*, 13 (1), 566.
- Körükçü HÖ. (2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- 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), 159-165.
- Köse A, Beşer A. (2007). Kadının değiştirilebilir yazgısı “Şiddet”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4), 114-121.
- Krantz G, Garcia-Moreno C. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 818-821.
- Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(10), 1350-1355.
- Lukasse M, Vangen S, Øian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B, ve ark. (2010). Childhood abuse and fear of childbirth-a population-based study. *Birth*, 37(4), 267-274.
- Marakoğlu K, Sezer RE. (2003). Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 157-164.

- O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920.
- O'Donnell S, Fitzpatrick M, McKenna P. (2000). Abuse in pregnancy-the experience of women. *Irish Medical Journal*, 93(8), 229.
- Öyekçin DG, Yetim D, Şahin EM. (2012). Kadına yönelik farklı eş tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 1-7.
- Özcan Ş, Kırca N. (2017). Çözülemeyen sorun: kadına yönelik aile içi şiddet ve hemşirenin rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 87-96.
- Özgentürk İ, Karğın V, Baltacı H. (2012). Aile içi şiddet ve şiddetin nesilden nesile iletilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 14(4), 55-77.
- Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, ve ark. (2004). Spousal physical violence against women during pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(7), 682-687.
- Polat O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Sağkal T, Kalkım A, Uğurlu ES, Kırmızılar NE. (2014). Gebelerin eşi tarafından şiddete maruz kalma durumları ve şiddetle ilişkili faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(5), 381-390.
- Saisto T, Halmesmaki E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Serçekuş P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239-242.
- Sezen C, Ünsalver BÖ. (2018). Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: Bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 5(1).
- Sis Çelik A, Türkoğlu N, Ejder Apay S, Aydın A, Pasinlioğlu T. (2015). Ebe ve hemşirelere verilen eğitimin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin tutumlarına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 138-148.

- 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.
- Storksken 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*, 92(3), 318-324.
- Şahin HA, Şahin HG. (2003). An unaddressed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(2), 93-98.
- Şahin M, Yurdakul M. (2012).Gebelik öncesi danışmanlık. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 80-85.
- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.
- Şahin S, Ilcioğlu K, Unsal A. (2017). Domestic violence, depression and anxiety during pregnancy. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(3), 204-212.
- Şen S, Egelioglu N, Kavlak O, Sevil Ü. (2012). Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 21-23.
- Şirin A, Kavlak O. (2015). Kadın Sağlığı (2.bs.)İstanbul: No-bel Matbaacılık. S: 177.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009).Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması.<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.Erişim Tarihi: 10.12.2019.
- Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3), 132-136.

- Tel H. (2002). Gizli sağlık sorunu: ev içi Şiddet ve hemşirelik yaklaŐımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 1-9.
- Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 275.
- Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. (2003). Gebelerin aile ortamını algılamaları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 24-36.
- Uçar T, Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54-58.
- Uluocak Ő, Gkulu G, Bilir O. (2014). A strategic starting point for the elimination of violence against women: Intimate partner violence Kadına yönelik Şiddetin nlenmesinde stratejik bir baŐlangıç noktası: Partner Şiddeti. *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 362-387.
- nsal Atan Ő. (2005). Şiddete maruz kalan gebe kadınların evde izlemi. *Sosyal Politika alıŐmaları Dergisi*, 8(8).
- st ZD, Pasinlioğlu T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endiŐelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 306-317.
- Yaman Efe Ő, Ayaz S. (2010). Kadına yönelik aile içi Şiddet ve kadınların aile içi Şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 23-29.
- Yanık A, Hanbaba Z, Soygür S, Ayaltı B, Doğan M. (2014). Kadına yönelik Şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye'den kanıt. *Electronic Journal of Vocational Collages*, 4(4), 104-111.
- Yanıkkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. (2006). Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Sosyal Politikaları alıŐma Dergisi*, 10(10), 35-42.
- Yetim D, Şahin EM. (2008). Kadına yönelik Şiddete yaklaŐım. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(2), 48-53.
- Yıldırım S. (2017). Kadına yönelik Şiddet ve ataerkillik. 6. *Türkiye Lisansüstü alıŐmalar Kongresi Bildiriler Kitabı-II*, 193.

- Yüce Selvi Ü, Karanfil D. (2016). Kadına yönelik yakın partner şiddeti: Güç mesafesi, bireycilik ve ekonominin etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 60-71.
- Yüksel Oktay E. (2015). Türkiye'nin ve dünyanın ortak sorunu: Kadına şiddet. *Journal of Academic Studies*, 16(64), 57-118.
- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646.
- Westerneng M, Witteveen AB, Warmelink JC, Spelten E, Honig A, de Cock P. (2017). Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Comprehensive Psychiatry* 75, 6-13.
- Wijma K, Wijma B, Zar M (1998). Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 19 (4), 84-97.
- Zorilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, ve ark. (2009). Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *European Journal of Public Health*, 20(2), 169-175.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı “Gebelerde eş şiddetinin doğum korkusuna etkisi” ni belirlemektir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak rakamlarla ifade edilecek olup, kişisel olarak kullanılmayacaktır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 15 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Mehtap OĞURLU
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Programı
Hemşirelik Anabilim Dalı

1. Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuz:

1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

3. Mesleğiniz:

1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Diğer (.....)

4. Alışkanlıklarınız:

1) Sigara 2) Alkol 3) Madde kullanımı (Lütfen belirtiniz.....)

5. Eşinizin yaşı.....

6. Eşinizin eğitim durumu:

1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

7. Eşinizin mesleği:

1) Memur 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest meslek 5) Diğer(.....)

8. Eşinizin alışkanlıkları:

1) Sigara 2) Alkol 3) Madde kullanımı (Lütfen belirtiniz.....)

9. Aile tipiniz:

1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

10. Oturduğunuz yer:

1) İl 2) İlçe 3) Köy

11. Ailenizin gelir seviyesi:

1) Yüksek düzeyde 2) Orta düzeyde 3) Düşük düzeyde

Lütfen diğer sayfaya geçiniz

12. Evlilik süresi.....

13. Gebelik sayısı.....

14. Doğum sayısı.....

15. Düşük öyküsü:

1) Evet 2) Hayır

16. Gebelik haftanız.....

17. Gebeliğiniz planlı mı?

1) Evet 2) Hayır

18. Gebelik ve doğum hakkında eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

19. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

1) Evet (Lütfen belirtiniz.....) 2) Hayır

20. Gebelik öncesinde psikolojik rahatsızlık yaşadınız mı?

1) Evet 2) Hayır

21. Cevabınız “evet” ise psikolojik rahatsızlığınız için ilaç kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

22. Gebelikte psikolojik rahatsızlık yaşadınız mı?

1) Evet 2) Hayır

23. Yaşayan çocukların cinsiyeti ve sayısı:

1) Kız (.....) 2) Erkek (.....)

24. Yaşayan çocukların sağlık durumu:

1) Sağlıklı 2) Engelli 3) Kronik hastalığı mevcut 4) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

25. Eşinizden şiddet gördünüz mü?(Fiziksel,Sözel, Duygusal, Ekonomik, Cinsel)

1) Evet 2) Hayır

(Cevabınız “Hayır” ise 26. ve 27. soruyu cevaplamayınız. Lütfen Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu’ nu cevaplayınız.)

26. Ne sıklıkla şiddet gördünüz?

1) Haftada 1-2 kez 2) Ayda 1-2 kez 3) Yılda 1-2 kez 4) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

Lütfen diğer sayfaya geçiniz

27. Evlilikte veya gebelikte aşağıda belirtilen durumlardan herhangi birine en az bir kez maruz kaldıysanız, maruz kaldığınız durumu (X) işareti ile gösteriniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

ŞİDDET TÜRLERİ	Evlilikte yaşadım	Gebelikte yaşadım
Fiziksel Şiddet		
Tokat atma, vurma		
Tekmeleme		
Yumruk atma		
Herhangi bir eşya ile vurma, dövme		
Kesici/delici bir alet ile zarar verme		
Üstüne yürüme		
Vücudunda sigara söndürme		
Eliyle ağzını kapatma		
Saçını çekme		
İtekleme		
Kol bükme		
Diğer		
Sözel Şiddet		
Bağırarak		
Eleştiri yapmak		
Hakaret etmek/küfür etmek/azarlamak		
Verilen sözü yerine getirmemek		
Yalan söylemek		
Takma ad kullanmak		
Aşırı kıskanmak		
Duygusal Şiddet		
Saygı göstermemek		
Alay etmek		
Duygularını incitecek sözler söylemek		
Dışarıya çıkmasını kısıtlamak		
Tehdit etmek		
Küçük düşürmek		
Korkutmak		
Soğuk ve uzak davranmak		
Kendisini değersiz hissettirmek		
Ekonomik Şiddet		
Kadının çalışmasını engellemek		
Parasını isteği olmadan zorla almak/çalmak		
Eve ait giderleri ödememek (faturalar, mutfak masrafları vb.)		
Aile geliri hakkında bilgi vermemek		
Cinsel Şiddet		
İstemediği halde cinsel ilişkiye zorlama		
İstmeden hamile bırakma		
Başkaları ile cinsel ilişkiye zorlama		
Cinselliğiyle alay etme		
Tecavüze uğrama		
Diğer		

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

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hisedeceğinizi düşünüyorsunuz?

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

7	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	yüzüstü bırakılmış			yüzüstü bırakılmamış		

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

8	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	güçsüz					güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	güvende					güvende değil
10	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Bağımlı
	bağımsız					
11	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç umutsuz
	umutsuz					değil
12	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Gerginlik
	gergin					yok
13	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	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 panik Hiç panik değil
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
- 22 0 1 2 3 4 5
Aşırı öz güvenli Öz güveni yok
- 23 0 1 2 3 4 5
Son derece güvenli Kendine güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

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

Ek 3. W-DEQA Versiyonu İçin İzin Yazısı



Mehtap OĞURLU <mehtapgri52@gmail.com>

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Hakkında

2 ileti

Mehtap OĞURLU <mehtapgri52@gmail.com>
Alici: oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr

25 Haziran 2018 18:52

Sayın hocam,

Ben Mehtap OĞURLU Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. Nülüfer ERBİL hocamız ile birlikte planladığımız yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu" nu izniniz olursa kullanmak istiyorum. Kullanım izninizin olması durumunda ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

Saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim...

Mehtap OĞURLU
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek
Lisans Öğrencisi

E-posta: mehtapgri52@gmail.com
Tel: 0532 054 97 83

Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>
Alici: Mehtap OĞURLU <mehtapgri52@gmail.com>

26 Haziran 2018 09:35

Sevgili Mehtap,
W-DEQ A versiyonunu geçerlik güvenilirlik yayını ile birlikte ekte gönderiyorum. Çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle.

Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

Kimden: Mehtap OĞURLU [mehtapgri52@gmail.com]
Gönderildi: 25 Haziran 2018 Pazartesi 18:52
Kime: Oznur Korukcu
Konu: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Hakkında

Sayın hocam,

Ben Mehtap OĞURLU Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. Nülüfer ERBİL hocamız ile birlikte planladığımız yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu" nu izniniz olursa kullanmak istiyorum. Kullanım izninizin olması durumunda ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

Saygılarımla, iyi çalışmalar dilerim...

Ek 4. Kurum İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 66501263-799
Konu : Araştırma İzinleri

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi a) 16/08/2018 tarihli ve 48162032-258696 sayılı yazı.
b) 16/08/2018 tarihli ve 48162032-258700 sayılı yazı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Prof.Dr.Nilüfer ERBİL danışmanlığında; 17540200006 nolu yüksek lisans öğrencisi Gamze ŞAHBAZ'ın ve 17540200002 nolu yüksek lisans öğrencisi Mehtap OĞURLU'nun tez çalışmalarının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur.Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda; Cereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr.Mesut SAKA
Başkan

- Ek:
1- Komisyon Kararı ve İşbirliği Protokolü-Gamze ŞAHBAZ(2 Sayfa)
2- Komisyon Kararı ve İşbirliği Protokolü-Mehtap OĞURLU(2 Sayfa)

Dağıtım
Gereği:
Ordu Faşa Devlet Hastanesi
S.B.Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma
Hastanesi

Bilgi:
Ordu Üniversitesi Rektörlüğü
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Bayram ÖZATA
VHKİ
Bu Evrakın 5070 sayılı Kanun gereğince
E-İmza ile imzalandığı tasdik olunur.
31/08/2018

Bucak Mah. İbni Sina Cad. No:18
Faks No:

e-Posta:ozge.celebi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozge.celebi@saglik.gov.tr

Bilgi için:ÖZGE ÇELEBİ
Unvan:Veri Giriş Personeli

Telefon No:04522231429-184

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ee31e71-981a-49e9-81fe-c1ae2e128055 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4.Kurum İzin Yazısı -Devam



T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA İZİN KOMİSYON KARARI

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAKI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Öğrenci	Mehtap OĞURLU	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	15/09/2018 15/03/2019	Gebelere Eş Şiddetinin Doğum Korkusuna Etkisi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılmalarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **16/08/2018** tarih 36910495/**E.258696** sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.23/08/2018

Uzm.Dr. Mesut SAKA
BAŞKAN
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm.Dr.Arzu SÜMER ORTAÇ
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm.Dr.Öznur AYDIN
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.

23.8.2018

Dr.Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 5. Etik Kurul Onayı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü
24.09.2018 13:55
Ser. 91120269-300-E-0000072544
0000072544

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
20/09/2018	18	15.30	2018-197

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

KARAR NO: 2018/ 197

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in KA EK 199 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Gebelerde Eş Şiddetinin Doğum Korkusuna Etkisi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

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

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Ben Mehtap OĞURLU, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak, “**Gebelerde Eş Şiddetinin Doğum Korkusuna Etkisi**” adlı çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma ile gebelikte eş şiddetinin doğum korkusuna etkisi belirlenmiş olacaktır. Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadaki veri toplama formlarını doldurmanız 15 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Soru formlarını doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara verdiğiniz yanıtlar 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 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 vermek için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor 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	Mehtap OĞURLU
Doğum Yeri	Ordu
Doğum Tarihi	28.12.1994
Yabancı Dili	İngilizce
E-posta	mehtapgr152@gmail.com
İletişim Bilgileri	Gürgentepe İlçe Devlet Hastanesi

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2012

İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi/İstanbul	2013
Hemşire	Gürgentepe İlçe Devlet Hastanesi	2013-2017
Hemşire	Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2018
Hemşire	Gürgentepe İlçe Devlet Hastanesi	2018- Halen

Yayınlar

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

Erbil N, Avcı B, Oğurlu M. (2019). Doğum Şeklinin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Depresyona Etkisi, Sözel Bildiri-110, 2. Uluslar arası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 3-6 Ekim 2019, Konya.

Oğurlu M, Erbil N. (2019). Gebelerde Anksiyetenin Doğum Sonu Etkileri, Sözel Bildiri-111, 2. Uluslar arası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 3-6 Ekim 2019, Konya.