



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBELERİN ÖZ YETERLİLİK ALGILARI VE DOĞUM ŞEKLİ
TERCİHLERİNE ETKİSİ**

SEHER AKIN UTKU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL – 2017

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahil : Seher AKIN UTKU
Tez Başlığı : Gebelerin Öz Yeterlilik Alguları ve Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 04.08.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Kurumu

Biruni Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .15../.08../ 2017. tarih ve ..2017...../.. 24... - ..01... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığı, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



SEHER AKIN UTKU

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her türlü yardım, bilgi ve desteğini benden esirgemeyen, ilgi, bilgi ve sabırla bana yol gösteren çok değerli hocam ve tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ' ye,

Tez çalıőmamın istatistik analizlerinde bana yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Ergül ASLAN' a,

Tüm hayatım boyunca beni hep destekleyen, yanımda olan, sevgilerini yüreğimde hissettiğim değerli kardeőim Serkan AKIN, annem Atiye AKIN ve babam Mehmet AKIN' a,

Desteğini, yardımını ve sevgisini eksik etmeyen eőim mer UTKU' ya,

Baktığımda umutlarımın arttığı, yorgunluğumu unuttuğum, hayata daha çok bağlandığım canım kızım Eliz' e,

Araştırmanın yapılması için onay veren Medipol Hastaneleri Sağlık Grubu yöneticilerine, doğumhane çalışma arkadaőlarıma,

Gösterdikleri sabır ve yardımları için katılımcılara sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT.....	3
3.GİRİŞ VE AMAÇ	5
4.GENEL BİLGİLER.....	8
4.1. Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler.....	8
4.2. Doğum Korkusu.....	13
4.2.1. Primer tokofobi:	14
4.2.2. Sekonder tokofobi:	15
4.2.3. Gebelik dönemi depresyonuna eşlik eden tokofobi:	15
4.3. Öz Yeterlilik.....	18
4.3.1. Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik:	21
4.4. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Ebe ve Hemşirelerin Rolü	23
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	26
5.2. Araştırma Soruları.....	26
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
5.4. Verilerin Toplanması	27
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	30
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	30
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
6.BULGULAR.....	31
6.1. Gebelerin tanımlayıcı, obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular tanımlayıcı özellikler. 33	33

6.2. Gebelerin dasö, doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği, wijma ölçeği puanları ve karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular	39
7. TARTIŞMA	68
8.SONUÇLAR	79
9. KAYNAKLAR.....	85
10. EKLER	95
11. ETİK KURUL ONAYI.....	106
12. ÖZGEÇMİŞ.....	109



KISALTMA VE SİMGELER

DASÖ : Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

NSD : Normal Spontan Doğum

NST : Nonstres Test

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

NKA : Nüfus ve Konut Araştırması

TABLO LİSTESİ

Tablo-6.1.1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	33
Tablo-6.1.2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	36
Tablo-6.2.1: Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği, WIJMA Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	39
Tablo-6.2.2:	40
Tablo- 6.2.3: Primigravida ve Multigravida Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ve WIJMA Ölçekleri Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular	42
Tablo- 6.2.4: Tüm Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği, WIJMA Ölçek Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular	44
Tablo-6.2.5: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği, DASÖ ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	46
Tablo-6.2.6: Gebelerin Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği, DASÖ ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	48
Tablo-6.2.7: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Gebe Eğitim Sınıfına Katılım Durumlarının DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	50
Tablo-6.2.8: Tüm Gebelerin Gebe Eğitim Sınıfına Katılım Durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	52
Tablo-6.2.9: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	53
Tablo-6.2.10: Tüm Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .	55
Tablo-6.2.11: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Eğitim Durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	57
Tablo-6.2.12: Tüm Gebelerin Eğitim Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	59
Tablo-6.2.13: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Aylık Gelir Durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	61
Tablo-6.2.14: Tüm Gebelerin Aylık Gelir Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	63

Tablo-6.2.15: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Gebeliği Planlama Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	64
Tablo-6.2.16: Tüm Gebelerin Gebeliği Planlama Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	66
Tablo-6.2.17: Multigravida Gebelerin Çocuk Sayıları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	67



1.ÖZET

GEBELERİN ÖZ YETERLİLİK ALGILARI VE DOĞUM ŞEKLİ TERCİHLERİNE ETKİSİ

Bu araştırma, son trimesterdeki gebe kadınların öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı araştırma olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklem kapsamına, Aralık 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Özel Koşuyolu Medipol Hastanesi Doğumhanesine başvuran son trimester 150 primigravida 150 multigravida olmak üzere toplam 300 gönüllü kadın alınmıştır. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) kullanılarak elde edilmiştir. Gebelere veri toplama araçları, araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Gebelerin yaş aralığı 18-35 olup primigravidalarda ortalama 26.65 ± 3.1 , multigravidalarda 29.45 ± 2.5 olarak belirlenmiştir. Primigravidaların %48'i, multigravidaların ise %27.3'ü gebe eğitim sınıfına katılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.000$). Araştırmaya katılan gebelerin tümü NSD yapmak istemektedir.

Primigravida ve Multigravidalar DASÖ alt boyutları olan anksiyete, depresyon ve stres puanları açısından karşılaştırıldığında, her iki grup arasında anksiyete ve stres puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Primigravidaların stres puan ortalamaları, multigravidalara kıyasla daha düşük, anksiyete puan ortalamaları ise daha fazladır. Doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları açısından her iki grup karşılaştırıldığında hem alt boyut hem de toplam puan ortalamaları açısından multigravidaların daha fazla puana sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Multigravidaların özyeterlilik düzeyleri daha yüksektir. Gebelerin WIJMA ölçeği toplam puan ortalamaları (primigravida 73.16 ± 9.38 , multigravidalarda ise 71.55 ± 6.37) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Primigravidaların doğum korkusu multigravidalara kıyasla daha fazladır. Gebelerin DASÖ depresyon, stres ve anksiyete puanları ile WIJMA ölçeği toplam puanı arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, özyeterlilik durumu arasında ise bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. WIJMA ölçeği toplam puanı ile özyeterlilik ölçeği toplam puanı arasında ters yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelik eğitim sınıfına katılan primigravida gebelerin katılmayanlara kıyasla

WIJMA puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gebe eğitim sınıfına katılan 71.04 ± 7.68 , Gebe eğitim sınıfına katılmayan 73.15 ± 8.18)

Primigravida ların doğum korkusu ve anksiyete d¼zeyleri multigravida larına kıyasla daha fazladır. Multigravida ların ise öz yeterlilik d¼zeyleri, primigravida larına kıyasla daha yüksektir. Sağlık profesyonelleri doğum korkusuna yönelik, özellikle primigravida kadınlara bilgi ve danışmanlık vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, doğum tercihleri, öz yeterlilik, sezaryen doğum, vajinal doğum



2.ABSTRACT

THE IMPACT OF SELF- SUFFICIENCY PERCEPTIONS OF PREGNANTS AND PREGNANCY PREFERENCES

This research has been planned to be a depictive study to identify the impact of self-sufficiency perceptions of expectant mothers on their last trimester to their preferences of delivery type. The scope of the study's samples consisted of 300 volunteer last trimester expectant mothers who applied to Koşuyolu Medipol Hospital Delivery Room between December 2015 – March 2016 with 150 primigravida and 150 multigravida. The data have been collected via Definitive Information Collection Form, Short Form of Self-Sufficiency Scale for Delivery, Scale for Depression, Anxiety and Stress, WIJMA Delivery Expectation/Experience Scale (W-DEQ). The data collection tools have been extended to the expectant mothers in person by the researcher.

The average age of the expectant mothers were 18 – 35 and their primigravidas were recorded as 26.65 ± 3.1 and their multigravidas were 29.45 ± 2.5 . 48% of primigravidas and 27.3% of multigravidas have attended the prenatal program and meaningful differences have been identified statistically. ($p < 0.000$). All expectant mothers who attended the research would like to have NSD.

When Primigravida and Multigravidas' DASS points, which are anxiety, depression and stress points are compared, meaningful differences were found statistically between the two group's in terms of anxiety and stress point averages. The stress point averages of Primigravidas compared to that of multigravidas are lower yet their anxiety averages are higher. When both groups were compared with respect to point averages on the delivery self-sufficiency scale, multigravidas earned higher points both in terms of sub-points and total point averages and these differences were identified to be statistically meaningful. Multigravida's self-sufficiency levels are higher. Statistically meaningful differences were identified between expectant mothers' WIJMA scale total point averages (primigravida 73.16 ± 9.38 , multigravidas

71.55± 6.37). The fear of labor is higher in primigravidas compared to multigravidas. It has been identified that there is a weak link between expectant mothers' DASS – depression, stress and anxiety points and WIJMA scale total points and that there is no relation with respect to self-sufficiency status. A reverse weak link between WIJMA scale total point and self-sufficiency total point has been detected. It was determined that the WIJMA point average of primigravida expectants who attended prenatal training course was lower than those who have not attended. (Expectant mothers who attended pre-natal courses 71.04± 7.68, Expectant mothers who have not attended courses 73.15± 8.18)

Fear of labor and anxiety in primigravidas are higher compared to multigravidas. Multigravidas' self-sufficiency levels are higher compared to primigravidas. Health professionals should duely inform and advise especailly primigravida women on fear of labor.

Key Words: Self-sufficiency, Fear of labor, Type of labor, Vaginal birth, C-section, Labor preferences

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, kadın hayatını etkileyen önemli bir süreç olarak bir kadın için birçok anlam içerir. Kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, korkular, umutlar ve arzular ön plana çıkmaktadır. Doğal bir yaşam krizi olarak tanımlanan gebelikte, evlilik, aile ve toplumsal rollerdeki hızlı değişime uygun sağlanması gerekmektedir (1- 6).

Doğum süreci kadını gerek gebelik, gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilir (7).

Bu dönemde karar verilmesi gereken en önemli konulardan biri kadının doğum şeklidir. Doğum şekline, gebelik süresince anne ve bebek yakından değerlendirilerek karar verilmelidir.

Kadınlar doğum şeklini belirlerken sezaryen mi yoksa vajinal doğumun mu daha iyi olacağına karar verememektedir. Karar verme süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir. Kadınlara bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirmeyle onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilir. Gebeler özellikle son trimesterde vajinal doğum ve sezaryen doğumla ilgili olarak yeterince bilgilendirilmelidir (8).

Vajinal doğum insan doğasına en uygun doğum yöntemi olmakla birlikte yeterli destek ve uygun müdahale ile başarılı bir şekilde gerçekleşebilme olasılığı artmaktadır. Fakat baş- pelvis uygunsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi doğumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte ya da anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir (9).

Sezaryen doğum; fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (10).

Cerrahi tekniklerde gelişme, tıp teknolojisindeki ilerlemeler, enfeksiyonla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anestezi yöntemlerinde gelişmeler ve daha pek

çok etken ile sezaryen doğumla vajinal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmıştır. Bu da sezaryeni, gerektiğinde rahatlıkla endikasyonu konulabilen bir işlem haline getirmiştir (11- 13).

Günümüzde dünyada ve ülkemizde sezaryen doğum oranı giderek artmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre %21.2 olarak açıklanan sezaryen oranı, TNSA 2008 verilerine göre %36.7 olarak açıklanmıştır ve TNSA 2013 verilerine göre de %48 olarak artış göstermektedir.

Ülkemizde sezaryen oranlarının artış nedenleri arasında, doktorun malpraktis konusunda endişelenmesi, epidural anesteziyle ağrısız doğumun çok yaygın olmaması, sezaryen doğumun sağlık kurumu ve doktora ekonomik katkıların olması, normal doğumun zaman kaybı olarak görülmesi, ebe ve doktorların eğitimindeki değişiklikler, antenatal bakım sırasında yetersiz bilgi ve destek verilmesi, annelerin eğitim seviyesinin yükselmesi, annelerin ekonomik olarak iyi durumda olmaları, normal doğum korkusu, normal doğum konusunda yanlış inançlar ve elektif sezaryen oranlarının artması yer almaktadır.

Doğum korkusu her gebenin hissettiği bir duygu olup doğumun yaklaşmasını paralel olarak artış gösterir. Doğum eylemi gebelerce merak edilen bir olay olup bu durum gebelerde bilinmezlikten kaynaklı bir korkuya yol açar.

Doğum eylemi öz-yeterlilik kavramıyla ilişkilidir. Çünkü vajinal doğum kadınların motivasyonundan etkilenir.

Öz-yeterlilik kavramı; Psikolog Albert Bandura tarafından ilk kez öz-etkililik-yeterlilik kavramını 1977 yılında, ‘‘Sosyal Bilişsel Kuram’’ kapsamında ileri sürülmüştür. Sosyal Bilişsel Kuramda, davranış üzerinde; çevrenin ve davranışın rolünü davranış kuramları vurgularken, bireyin karşılaştığı uyararı nasıl ele alacağını, algılayacağını, yorumlayacağını ve bilgiyi mental olarak nasıl depolayacağı üzerinde durmuştur(61).

Öz-yeterlilik bireyin karar verme yeteneğiyle ilişkilidir. Yüksek, öz-yeterliliğe sahip olan birey, düşük öz-yeterliliğe sahip olan bireye göre olayları gerçekleştirmede daha isteklidir. Öz-yeterliliği yüksek olan bireylerde pozitif kendilik kavramı, kendini

değerlendirme ve kendini kontrol etme yeteneği vardır. Algılanan öz-yeterliliği yüksek olan birey, bir Şeyi denemekten daha az korkar, daha ısrarlı ve sabırlıdır. Ayrıca öz-yeterliliği yüksek olan birey, çevreyi daha çok kontrol edebileceğinden olayların üstesinden gelebilir ve yeni Şeyler denemekten korkmaz (17).



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler

İnsan yaşamında en önemli kararlardan biri bebek sahibi olmaktır. Çocuk doğurmak, anne olmak kadınların en özel ve en önemli özelliğidir. Gebelik dönemi kadını etkileyen önemli bir süreçtir ve kadın için birçok anlam içerir. Bu dönemde kadınlarda birçok emosyonel değişiklikler meydana gelir. Doğal bir yaşam krizi olarak tanımlanan gebelikte, evlilik, aile ve toplumsal rollerdeki hızlı değişime uygun sağlanması gerekmektedir (1- 6).

Kadınlar milyonlarca yıldır doğum yöntemi olarak vajinal doğumu kullanmaktadır. Doğum eylemi son menstual periyottan kırk hafta sonra, fetüsün, plasenta ve eklentilerinin uterustan dışarıya atılması olarak tanımlanmaktadır. Vajinal doğum, uterusun artık büyüyüp gelişemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek erişkinliğe gelmesi ile, uterus kaslarının düzenli ve ritmik kasılmasıyla, silinme ve dilatasyonun gerçekleşmesiyle olur. Vajinal doğum; term'de (son menstual periyottan kırk hafta sonra), tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile verteks pozisyonunda, baş pelvis uygunsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (18- 20).

Doğum eylemi dört faktörün uyumunu gerektiren kompleks bir süreçtir. Bunlar; doğum kanalı, doğum objesi(fetüs), doğum eylemindeki güçler ve anne psikolojisidir.

Vajinal doğum kadın vücudunun fizyolojik yapısına uygundur. Kadın gebelik döneminde psikolojik olarak destek alır ve doğum zamanında uygun bir müdahale olursa doğum başarılı bir şekilde meydana gelmektedir.

Kadınların vajinal doğumu tercih etme sebepleri; vajinal doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi, doktor isteği, hastanede kendi kendine meydana gelmesi, kadının kendini hızlı bir şekilde toparlamak istemesi, annelik içgüdüsünü arttırmak ve maddi sebepler olarak sıralanmaktadır (21).

Normal doğumun anne açısından avantajı; anne kısa bir sürede normal aktivitelerini gerçekleştirebilmekte, bebeğini kısa bir sürede emzirebilmekte ve hastanede kalış süresi kısalmaktadır.

Vajinal doğumun bebek açısından avantajı ise doğum anında sıkışıp büzüşen bebeğin akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha elverişli ve bebeğin anestezi almamış olmasıdır. Annenin bebeği ile arasında duygusal bağ daha kısa sürede ve daha güçlü olmaktadır.

Sezaryen ile doğum; fetüs, plasenta ve eklerinin, abdominal ve uterus duvarındaki insizyon yoluyla doğması olarak tanımlanmaktadır. Vajinal doğumun anne ve bebek için riskli olduğu durumlarda, vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda, annenin ve bebeğin sağlığını korumak amaçlı alternatifi olmayan yaşamsal bir operasyondur.

Sezaryenle ilgili ilk yazılı bilgiler 16. Yüzyılda görülmektedir. 18. yüzyıl sonu hatta 19. Yüzyıl başına kadar geçirilmiş bir sezaryenden sonra, hayatta kalmayı başarabilen anneye rastlanmamıştır (22). Önceden ölen anneden bebeğin canlı olarak alınması için kullanılan ve yaşam kurtarıcı yöntem olan bu doğum şekli, cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, antibiyotiklerin bulunması, tıp teknolojisindeki ilerlemeler, enfeksiyonla mücadele, kan transfüzyonu, anestezi yöntemlerindeki gelişmeler gibi birçok etken sezaryen doğum ile vajinal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmıştır. Bu da sezaryeni, gerektiğinde rahatlıkla endikasyonu konulabilen bir işlem haline getirmiştir.

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri literatürde şöyle sıralanmaktadır (23):

- Gebelerin birçoğunun nullipar olması,
- İleri anne yaşı, nullipar doğumda artış,
- 1970’li yıllardan sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanan Elektronik Monitörizasyon ile fetal distres bulgularının daha kısa zamanda belirlenmesi,
- USG kullanımının artması,
- Doğuma yakın dönemlerde ya da doğum eyleminde yapılan testlerde görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik monitörün yaygınlaşması, gebelik yaşının ilerlemesi, parite sayısının azalması, tıbbi komplikasyonlarda

ve malpraktis olgularında adli vakaların artması, sosyo-ekonomik, demografik faktörler ve fetüsün beklenen doğum ağırlığının yüksek tahmin edilmesi,

- Makat gelişi olan vakalarda sezaryenle doğum yaptırma eğilimi ,
- Sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğunun düşünülmesi,
- İnfertilite tedavisindeki gelişmeler ve bu gelişmeler sonucu çoğul gebeliklerin artması ve kıymetli bebek kavramının ortaya çıkması,
- Vajinal doğum sonrası meydana gelen problemler, hekim hakkındaki soruşturmalar, hukuki kaygılar,
- Annede obesiteye yatkınlık,
- Gebelikte diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar,
- Mükerrer sezaryen,
- Gebenin doğum ağrısı çekmek istememesi,
- Önceki doğumunda olumsuz deneyimi olan gebeler,
- Forseps ve vakum uygulamasının azaltılması düşüncesi sezaryen ile doğum oranlarının artma nedenleri arasındadır.

Yapılan araştırmalara göre ülkemizde ve dünyada sezaryen oranları giderek artmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre %21.2 olarak açıklanan sezaryen oranı, TNSA 2008 verilerine göre %36.7 olarak açıklanmış ve TNSA 2013 verilerine göre ise %48 olarak artış göstermektedir.

Dünya ve ülkemizde sezaryen doğumun artış nedenlerini inceleyen araştırmalara bakıldığında, en yüksek orana sahip nedenin geçirilmiş sezaryen öyküsü olduğu belirlenmiştir. (24- 28). Sezaryen oranlarını tartışan literatürlerde, endikasyonlar daha doğru değerlendirilir ise sezaryen doğumların büyük bir çoğunluğunun vajinal yol ile gerçekleşebileceği belirtilmektedir (12).

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri ülkemizde şöyle sıralanmaktadır:

- Normal doğum zaman alan, ağrı verici ve korku veren bir eylem olarak algılanması nedeniyle sezaryenle doğumu tercih etmektedir.
- Kadınlar son yıllarda, doktorları doğumu sezaryen endikasyonu olarak görmediği halde, önceki doğumlarından memnun kalmamaları, doğumu

korkutucu bir eylem olarak algulamaları, bebeklerin sağlığı için kaygı duymaları gibi faktörlerden dolayı vajinal doğumu istememektedirler. Bunların yanı sıra doğuma ilişkin en yaygın korkularının haznede yırtık meydana gelmesi ve onarımıdır.

- Doğum korkusu ile meydana gelen psikolojik bozukluk olarak tanımlanan ‘tokofobi’ kadınların isteğe bağlı (elektif) sezaryen doğum şeklini tercih etmelerine sebep olmaktadır.
- Kadınların doğum şekline karar vermelerini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteği, evlilik ilişkisi, önceki doğum deneyimi, plansız gebelik, gebelik ve doğumla ilgili olumsuz ve karmaşık duygular, iyileşme süreci, doğumda kontrol hissi, doğum şeklinin kadın için uygunluğu, istenildiği zaman uygulanır olması, gelecek planları, bebeğin güvenliği, yenidoğan bebeğin bakımı, zor travay ve sorun yaşam korkusu, ağrı, kadının doğum bilgisi ve doktor önerileri etkilemektedir.

Sezaryen doğum sonrası normal vajinal doğum ülkemizde yaygın olarak yapılan bir uygulama olmadığı için, ilk doğumu sezaryen olan kadınların diğer doğumlarının rutin olarak sezaryen olması nedeniyle sezaryen oranları katlanarak artmaktadır. Bu nedenle ilk doğumlardaki hatalı sezaryen endikasyonlarının ve medikal gereksinimler dışındaki nedenlerin incelenmesi gerekmektedir.

Ailenin sosyoekonomik düzeyinin yüksekliği, annenin yüksek öğrenim görmesi, anne yaşının ileri olması, annenin çalışıyor olması, kentsel bölgede yaşıyor olması, özel sigortalı olması, doğumunu özel hastanede yapıyor olması ve yüksek sayıda doğum öncesi bakım alması sezaryen oranı artışında etkili olduğu belirtilmektedir (24- 33).

Kadınları vajinal doğumdan uzaklaşmaya iten nedenlerin bazıları da psikolojik kökenlidir. Özellikle nulliparlar için, 12 saate kadar sürebilen doğum sancıları büyük korku oluşturmaktadır. Ancak günümüzde oldukça fazla tercih edilen epidural anestezi, hipnoz ve suda doğum gibi ağrısız doğum yöntemleri bu korkuları kısmen

ortadan kaldırmaktadır. Gebeleri korkutan diğerk bir durum ise doğum eyleminin ne zaman başlayacağıın önceden bilinmemesidir. Doğumun uygunsuz zaman ve ortamlarda başlayacağı ve dolayısı ile hastaneye yetişememe veya doktoruna ulaşamama korkusu gebeleri sezaryene yönlendirmektedir.

Weaver (2007)'in çalışmasında, sezaryen oranının artışında etkili olan önemli bir faktör olan annenin isteminden bahsetmektedir. Görünürde kendi isteğı ile sezaryen tercih etmenin altında yatan birçok neden vardır. Bu etmenler; hekim yönlendirmesi, bireyin sosyo-demografik özellikleri, sosyal statüsü, çalışma durumu, kişisel özellikleridir. Bu nedenle sezaryen artışını inceleyen çalışmalarda da genelde doğum şekli tercihini etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur(39).

Sezaryen oranlarının artış nedenlerinden biri ise gebeleri sezaryen isteğıdir (30, 35, 36, 39).

Burns'un sezaryen kararlarındaki doktor yönlendirmesini araştıran çalışmasında; sezaryen oranları, doktorların önceki yılda yaptığı sezaryen oranlarındaki hıza, gündüz saatlerinde olmasına ve cuma günlerinde olmasına bağılı olarak artığı görülmektedir. Anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğı, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri anlaşılmıştır. Annelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumdan korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, sağıık personelinin annelere yönelik psikolojik desteğı göz ardı etmesi, normal doğumda epidural anestezinin yaygın olarak kullanılmaması hastaların sezaryeni tercih etmelerine ve hekimler üzerinde bu yönde baskı yapmalarına neden olmaktadır (23).

Vusse (1999)' nin çalışmasında, gebelerin genelde tek taraflı katılımlı karar verme durumları yaşadıkları belirlemiş olup, sonucunda olumsuz duygular yaşadıkları saptanmıştır. Gebe kadınlara tercihleri sorulduğunda, hekim ve hemşire tarafından karara katılmalarına fırsat verildiğinde olumlu duygular yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda aynı çalışmada, perinatal bakım veren kişilerin emir verici olmamaları, bilgilendirici ve gebe kadınlara karar verme sürecinde destekleyici

olmaları, eşlerin birlikte katıldığı, karar vermelerini kolaylaştırıcı ortamların sağlanması önerilmektedir.

Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenirler. Bu faktörlerden aileleri ve arkadaş çevreleri (21), medya ve sağlık personeli (52) tercihlerini belirlemelerinde etkili olabilmektedir. Sonuçta kadınlar tüm bu faktörlerden etkilenerek, kendileri için uygun görülen doğum şekline karar verebilmekte, bazen isteyerek bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir. Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır (37).

4.2. Doğum Korkusu

Korku, var olan veya algılanan herhangi bir tehlikeye yönelik meydana gelen bir tepkidir. Bu tepki bir uyarı ve bu uyarıya göre oluşan bir davranıştır(38). Korku doğal bir duygudur. Korku insanın var oluşunun içsel bir parçasıdır ve hayatta kalma açısından önemli, elzem bir duygudur (38).

Korkunun kaynağı kişinin kendi düşünceleridir. İki kişi aynı duruma farklı tepkiler verir. Bunun için şöyle bir örnek verilebilir, yılan seven ve sevmeyen iki kişi aynı yılanı farklı şekillerde tarif edebilir. Birisi yılanı incelemeye alır, ilginç, sevimli bir canlı olarak görürken, diğer kişi tehlikeli, sevimsiz olarak tarif edebilir. Oysa her iki kişide aynı yılanla, aynı ortamda kalmıştır. Buradan korkunun aslında kendi düşüncelerimizden kaynaklandığı anlaşılmıştır (38).

Korku ilkel kaçma içgüdüsünden kaynaklanan bir duygudur. Korku yaşayanlar, bu hissin kendi düşüncelerinden kaynaklandığının farkında olmadıkları için çözüm üretmezler, çaresiz hissederler ve korkuyu kriz boyutlarına çıkartırlar. Korku hissini algılayıp sorgulayanlar bu duygularını yenmeleri için çözüm üretirler, hem önemli beceriler kazanırlar, hem de özgüven duygularını geliştirirler(38, 47).

Korku iki şekilde açıklanmıştır. Biri aniden başlar ve akut seyrederek, diğeri ise her zaman vardır ve yoğunluğu duruma göre değişmektedir. Bu kronik anksiyete olabilir.

Günümüzde gebelik ve doğumla ilişkili olarak akut korku ile karşılaşılmaktadır(40, 41).

Her gebe doğum eylemine ilişkin birçok korku yaşamaktadır. Birçok kadın gebe olduğunu öğrendi zamanda sevincini yaşarken gebelik süreci ve doğum eylemi ile ilgili korkularını da birlikte yaşamaktadır. Doğum anında ölüm korkusu gebelikten önce oluşur ve ciddi boyutlara ulaşırsa 'tokophobia' olarak adlandırılır.

Tokofobi; -Primer Tokofobi

-Sekonder Tokofobi

-Gebelik depresyonuna eşlik eden Tokofobi olarak 3 kısımda incelenmiştir(42).

4.2.1. Primer Tokofobi: İlk gebelikten önce başlayan doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır. Adölesan ve erken erişkinlik dönemlerinde meydana gelir. Cinsel ilişki normaldir fakat gebelikten kaçınılır, önlemler alınır. Bu kadınlar gebe kaldığında isteğe bağlı gebeliği sonlandırır veya elektif sezaryeni talep ederler. Primer tokofobisi olan kadınlar gebelik yerine evlat edinmeyi veya çocuksuz kalmayı tercih edebilmektedirler. Primer tokofobinin etyolojisi; 3 teori ile açıklanmaktadır(43).

Kültür: Doğum korkusu nesilden nesile geçebilmektedir. Anne korkutucu bir deneyim yaşamış olabilir ve deneyimindeki etkileri diğer nesile aktarabilmektedir. Bu korkuyu etrafındakilerin hikayeleri veya kendi annesinin deneyimlerinden oluşturabilir. Bu da göstermektedir ki kalıtsallık örüntüsü olarak kadınların üreme adaptasyonları annelerinkine benzemektedir (42).

Anksiyete Teorisi: Korku kaçmaya cevap olarak nitelendirilebilir. Korku verici deneyimler, insanların korkularına verdikleri yanıtlara şahit olmak veya başkaları tarafından verilen tavsiyelerle öğrenilebilir (45).

Travma ve cinsel istismar: Çocukluk çağında yaşanmış cinsel taciz öyküsü olanlarda, rutin takipler (pap smear) veya obstetrik bakım dahil olmak üzere jinekolojik muayeneden hoşnutsuzluk (tikinti, engelleme, kaçış) görülebilir. Vajinal doğum

travması ve hatta vajinal doğum düşüncesi bile stres yaratan anıların yeniden canlanmasına neden olabilir. Bu durum, kadının bebek sahibi olmayı istemesine karsın, doğum korkusu yasamasına ve doğumdan kaçınmasına yol açabilir (42).

4.2.2. Sekonder Tokofobi: Travmatik olaylar sonrası meydana gelen Tokofobi türüdür. Düşük, ölü doğum, önceki dönemlerde yaşanmış aşırı acılı doğum ya da kürtaj, sekonder tokofobinin temel nedenlerindendir (42, 46).

4.2.3. Gebelik Dönemi Depresyonuna Eşlik Eden Tokofobi: Gebelikten önce herhangi bir korku veya kaygı durumu yok iken, gebelik döneminde gebenin yaşamış olduğu depresif duygu durumuna bağlı olarak meydana gelen bir tokofobi türüdür. (42).

İsveç'te yapılan çalışmada tüm gebelerin yaklaşık %20'si doğum korkusu nedeniyle acı çekmekte, %5'i doğum korkusu nedeniyle günlük yaşamda ruhsal dengesizlik yaşamakta ve yaklaşık %2'si travmatik doğum deneyimi nedeniyle ciddi psikolojik sorunlar yaşamaktadır (45).

Aileye yeni katılacak olan bireyin haberi büyük bir sevinçle karşılanır. Çiftler gebeliği ilk öğrendiklerinde aralarına katılacak yeni bireyin mutluluğunu yaşarlar. Ancak doğum eylemi gebeler tarafından merak edilen bir olaydır. Bu durum gebe kadında korku oluşturur. Primigravidalar doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceğini düşünürken, multigravidalar da yeni bir doğumun ne getireceğini düşünüp korku içince olabilirler. Gebeler eylemde fizksel yaralanma, ağrı, acı gibi alışık olmadıkları durumlarla karşılaşabilirler ve beden kontrollerini kaybedebilirler (49).

Serçekuş ve Okumuş' un (2009) çalışmasında, gebeliğinin son trimesterinde olan 19 nullipar kadın ile görüştüğünde gebelerin doğum ağrısı, doğum sırasında anne ve bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinsellik nedeniyle korku yaşadıkları belirlenmiştir. Doğuma yönelik korkuların nedenleri ise önceki deneyimler, bilgi, inanç, hastalık, belirsizlik, düşük ağrı eşiği, doğumhane ortamı ve sağlık personeli olarak belirlenmiştir (50).

Yapılan araştırmalarda doğum korkusunun nedenleri araştırıldığında bir çok çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenler řu şekilde sıralanmıştır(51, 54- 56).

- Olumsuz düşünce ve inançlar,
- Gebelik komplikasyonları,
- Doğum eyleminde yaşanan ağrı,
- Doğum eylemi sırasında ölmekten korkma,
- Sağlık personeline olan güven eksikliği,
- Doğum esnasında yardım görmeme,
- Doğumda aresizlik hissi,
- Doğumda yalnızlık hissi,
- Eş desteğinin olmaması,
- Nasıl bir doğum olacağını bilmeme,
- Doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme,
- Doğum sonrasında aile ilişkilerinde meydana gelecek değişiklikler,
- Ani durumların gelişmesi
- Belirsiz duygular, doğum anında panik ve kontrol kaybı,
- Ölüm korkusu,
- Etraftaki kişilerin anlattıkları olumsuz hikayeler,
- Sakat veya ölü doğum,
- Doğum sırasında yardımcı olacak kimsenin olmamasından korkma,
- Acil sezaryan gereksinimi,
- Obstetrik hasar,
- Ekspulsiyon fazında zarar görme veya yırtılma,
- Genital bölgede deformasyon gibi obstetrik komplikasyonlar,
- Kararsızlık,
- Delirme korkusu.

Doğum korkusunu etkileyen psikolojik faktörlerden biride kadının kişilik özellikleridir. Doğum korkusunun; öz saygısı düşük, hassas, nevrotik, depresif kişilik

özelliği olan ve stresle baş etmede yetersiz beceriye sahip kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (57). Yapılan çalışmalarda sosyo-demografik değişkenlerin doğum korkusuna etkisine yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır (57).

Bernazzani ve arkadaşları çalışmalarında düşük gelir, ilk gebelik ve ileri yaşlarda oluşan gebeliklerin korkular üzerine direk etkileri olduğunu tespit etmişlerdir(51).

Saisto ve arkadaşlarının (2001) İsveç’ te yaptığı çalışmada düşük gelir ve düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların yaşadığı doğum korkusu düzeyinin daha fazla, elektif sezaryen doğum tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (57). Bazı çalışmalarda doğum korkusunun yaş ve eğitimle ilgili olmadığı (57), sosyodemografik faktörlerden sadece işsizliğin doğum korkusunu etkilediği saptanırken, (57) yapılan bir review çalışmasında anne yaşının genç olması, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim durumunun etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunduğu belirtilmiştir (58).

Sosyoekonomik durumu kötü olan kadınların doğum deneyimlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. Doğum korkusunun nulliplarlarda multiparlara göre daha yaygın görüldüğü saptanmıştır (45).

Melender, korkuların nedenlerine yönelik yaptığı kalitatif çalışmada, doğuma yönelik korkuların nedenlerinin başında belirsizlik geldiğini, özellikle de primipar kadınların daha önce doğum deneyimi yaşamaması nedeniyle korkularının belirsizlik üzerine temellendiğini saptamıştır (51). Ryding’in yaptığı çalışmada, primipar kadınlardan bazıları nedenlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir (41). Ryding’in çalışmasına benzer olarak Saisto, Ylikorkala, Halmesmaki’nin yaptıkları çalışmada da kadınlara korkularının nedenleri sorulduğunda kadınlardan %44 belirgin bir neden tanımlamadığı saptanmıştır (59). Söylentiler bir bireyden diğerine geçerek gizli korkular oluşturabilmektedir (41). Doğum korkusunun önemli bir nedenlerinden biri de başkalarından duyulan olumsuz deneyimlerin, doğum hakkında duyulan korku dolu hikayelerdir (51). Algılama, hafızadan bilgiyi düzenleme, yorumlama ve dönüştürme süreci ve çevreyle etkileşim sürecidir. Herkesin bilgi, beceri, yetenek,

gereksinim, değer ve amaçları birbirinden farklı olduğu için algılama kişiiden kişiye değişiir. Algılama bireyin deneyimlerine anlam verir, davranışlarını ve duygularını etkiler. Başka bireylerin korkutucu doğum deneyimlerinin dinlenmesi kadının doğum eylemini olumsuz algılamasına neden olmaktadır (41).

Doğum korkusunun diğer nedeni ise doğuma yönelik bilgi eksikliğidir (60). Melender'in yaptığı çalışmada bilgi eksikliğinin korkuya neden olduğu belirlenmiştir, niversite ğrencilerinde yaptığı çalışmada doğuma yönelik bilgi eksikliğinin korku oluşturduğu belirlenmiştir (41).

4.3. z Yeterlilik

z-Etkililik-Yeterlilik kavramı psikolog Albert Bandura tarafından ilk kez 1977 yılında, 'Sosyal Bilişsel Kuram' kapsamında oluşturulmuştur (61, 62, 64).

Bilişsel Kuramda, davranış üzerinde; çevrenin ve davranışın rolünü davranış kuramları vurgularken, bireyin karşılaştığı uyaranı nasıl ele alacağını; algılayacağını, yorumlayacağını ve bilgiyi mental olarak nasıl depolayacağı üzerinde durmuştur (61, 66).

Sosyal Bilişsel Kuram; karşılıklı belirleyicilik, sembolleştirme kapasitesi, öngörü kapasitesi, dolaylı öğrenme kapasitesi, öz düzenleme kapasitesi, öz yargılama veya öz yeterlilik olmak üzere 6 ilkeye dayanmaktadır. Bu ilkeler řu şekilde incelenmektedir (61, 66, 67).

Karşılıklı Belirleyicilik: Bireysel faktörler, davranışları ve çevreyi etkiler ve bu etki bireyin bir sonraki davranışlarını da etkilemektedir. Davranışlar çevreyi, evre ise davranışları etkilemektedir.

Sembolleştirme Kapasitesi: Bu kavram bireyin dünyayı bilişsel temsilcilerle sembolleştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Olaylar gerçekte oluşmamış zihinde sembolik olarak yapılır, test edilir. Sonuç olarak; geçmiş ve geleceğin sembolü olan düşünceler, sonraki davranışları etkilemektedir.

Öngörü Kapasitesi: Bu kavram sembolleştirmeyi kullanarak gelecek için plan yapılmasıdır. Düşünce davranıştan önce gelir; böylece birey karşılaştığı bir durumda veya karşılaşılabileceği durumlarda ön görüde bulunabilmesidir.

Dolaylı Öğrenme Kapasitesi: Bireyin başka bireyi taklit etmesi değil, etraftaki olayları bilişsel olarak işlemesidir.

Öz-Düzenleme Kapasitesi: Bu kavram bireyin kendi davranışlarını kontrol edebildiğini belirtmektedir.

Öz-Yeterlilik: Bireyin kendini nasıl algıladığı ile ilgilidir. İnsanlar bir durumu başarabileceğine inandığında, tutarlı ve uygun olan davranışı ortaya koyabilmek için daha fazla çabalamaktadırlar. Bireyin engelleri aşarak, zorluklar umrunda olmadan görevini başarıyla yapması anlamına gelir.

Öz yeterlilik bireyin karşılaşılabileceği olayların üstesinden gelebilmesinde ne derecede başarılı olabileceği konusunda kendine olan inancı belirtmektedir.

Öz yeterlilik; kişinin kendini yeterli ve etkili olduğunu hissetmesidir. Algılanan öz yeterlilik ise; bireyin hayatını etkileyen olaylar üzerinde, etkili olacak performansı koyabilme inancıdır. Öz yeterlilik bireylerin inançlarını, nasıl hissettiklerini, nasıl düşündüklerini, nasıl motive olduklarını ve davranışlarını belirlemektedir (62, 64, 69).

Öz yeterlilik algısı, bireyin karar verme yeteneği ile ilgilidir. Öz yeterlilik bireylerde farklı düzeylerde, duruma ve davranışlara özgüdür. Değişen bir durumda başarılı veya başarısız geçmiş deneyimler kişi için genel bir yargı oluşturabilmektedir ve bu yargı bireyi etkiler. Yüksek öz yeterliliğe sahip olan kişi, düşük öz yeterliliğe sahip olan kişiye göre bir durumu gerçekleştirme arzusu ve inancı daha yüksektir. Öz yeterlilik algısı yüksek olan kişilerde pozitif kendilik kavramı, kendini değerlendirme ve kendini kontrol etme yeteneği mevcuttur. Bu kişiler bir şeyi denemekten korkmaz, ısrarlı ve sabırlıdırlar. Çevreyi daha çok kontrol edebilir olayların üstesinden gelebilir ve yeni şeyler deneyebilirler. Düşük öz yeterliliğe sahip olan bir kişi çaresizlik, anksiyete, depresyon, kaygı ve strese artma, özgüven ve benlik

saygısında azalma, bireysel başarı ve gelişim hakkında negatif düşüncelerin oluşmasına sebep olmaktadır (63, 65, 68, 70).

Öz yeterlilik inancı, birbiri ile etkileşimli olan dört bilgi kaynağına dayandırılmaktadır. Bunlar;

Performans Başarısı (Yapılan İşler ve Ulaşılan Hedefler): Bir bireyin gerçekleştirdiği işte başarılı olması ve daha sonra yapılan işlere benzer olanlarda da başarılı olacağına bir göstergesidir.

Dolaylı Yaşantılar (Başkalarının Deneyimleri): başka bireylerin deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Başka bireylerinin başarısını gözlemlemek, bireyin başarılı olabileceği beklentisine girmesinde etkili olmaktadır.

Sözel İkna: Bir davranışın bireyin başarıyla yapabileceği konusunda bireyin cesaretlendirilmesi, öz- yeterlilik beklentisinde etkili olmaktadır.

Duygusal Durum: Birey duygusal uyarıldığında, öz yeterlilik düzeyi var olan durumla baş etmesini sağlamaktadır. Anksiyete, stres ve korku duygusal bir uyarı olup, var olan durumda değişikliğe neden olabilir. Stres meydana getiren aktivitelerden kaçınılması baş etmenin gelişimini sağlamaktadır. Bireyin bedensel ve ruhsal iyi durumda olması girişimde bulunma eğilimini arttırmaktadır.

Öz yeterlilik kuramı, davranışı etkileyen sonuç ve yeterlilik olmak üzere iki beklenti tipi olarak belirlenmiştir. Sonuç beklentisi, belli davranışların belli sonuçlara neden olacağı anlamına gelmektedir. Yeterlilik beklentisi ise, bir sonucu elde etmek için gerekli olan davranışı başarılı bir biçimde yapabilme inancını belirtmektedir (61, 71).

Öz yeterlilik algılarıyla sonuç beklentileri her zaman birbiri ile uyumlu olmayabilir. Bireylerin öz yeterlilik algıları yüksek, ancak sonuç beklentisi olumsuz iken, öz yeterlilik algıları düşük olmasına rağmen, sonuç beklentisi olumlu olabilir (61,72).

Davranışları etkileyen birçok çevresel etmen bulunmaktadır. Bunlar; bilgi, deneyim, yetenek, sağlık inancı ve sosyal destektir. Bunları etkileyen en önemli etmenlerden biri öz yeterliliktir ve bireyin inancı gerekli olan davranış hedeflerinin başarılmasında etkili olmaktadır (73).

Bandura'ya göre öz yeterlilik algısının gelişimini etkileyen süreçler vardır. Bunlar (17);

Bilişsel Süreç: Bir durum karşısında bireyin ileriye dönük olarak oluşturduğu düşünceler davranışın sonucunu etkilemektedir. Sonuca ilişkin negatif düşünceler kuran olumsuz düşünen bireyin öz yeterlilik algısı düşük, pozitif düşünen bireyin öz yeterlilik algısı yüksektir(17).

Motivasyon Süreci: Bireyin kendini bir durum karşısında motive edebilme yeteneğidir. Birey bu durumun üstesinden gelmek isterse kendini motive eder ve öz yeterlilik algısı olumlu yönde gelişmektedir(17).

Duygusal Süreç: Durum ile ilgili negatif duygular, anksiyete, stres gibi durumlar öz yeterlilik gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Olumlu duygular ise öz yeterlilik gelişimini olumlu yönde etkilemektedir(17).

Seçim Süreci: Birey bir durumun üstesinden kendi doğrultusuyla gerçekleştiriyor olması bireyin öz yeterlilik algısını etkilemektedir (17).

4.3.1. Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik:

Doğum eylemi doğal bir süreçtir ve öz yeterlilik kavramı ile ilişkilidir. Bu dönemde anne sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen özel ve önemli bir süreçtir (74, 75).

Gebelik döneminde kadınların kendilerine güvenleri ve baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla öz yeterlilik düzeyleri değerlendirilir. Normal doğum, gebelerin kontrolünü etkileyen en önemli stres kaynağıdır ve motivasyonundan etkilenmektedir (76).

Stresli bir deneyim olan vajinal doğum gebenin stresiyle baş etmesinde farklı yollar vardır ve bu süreç sonunda kişinin memnuniyeti farklı düzeylerde olabilir. Öz yeterlilik gebenin stresle baş etme yeteneği ile ilişkilidir. Gebeler normal doğum eyleminde motive olmalı ve sonuçları kabul etmelidir. Normal doğum eyleminde gebenin kontrol yeteneğini başarılı bir şekilde sürdürebilmesi, kadının öz-yeterlilik

algısına bağlıdır. Öz-yeterliliği yüksek olan gebe doğum eyleminin her aşamasında farklı stratejiler belirleyerek eylemi etkili bir biçimde tamamlar.

Doğum eyleminde öz-yeterlilik, doğum ağrısı ve stresle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulamasını sağlamaktadır. Erken dönem doğum ağrısı ve aktif doğum ağrısı sürecinde kadınların baş etme yeteneklerinin özgüven yeteneği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Doğumda hissedilen ağrı ile baş etme yeteneğinin fazla olması, doğum ağrısının daha az algılandığını gösterir. Doğum anında, öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olması; doğum komplikasyonları ve fetal sağlığa ilişkin endişenin azalmasını sağlar. Gebe eğitim sınıfları öz-güven düzeyini artırmaktadır. (71).

Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği Lowe tarafından geliştirilmiş ve Amerika Birleşik Devletleri, Kuzey İrlanda, Avustralya, Çin, Tayland ve Hong Kong'ta gebe kadınlar üzerinde uygulanmıştır. (77).

Sinclair (1999) yaptığı araştırmada, Lowe' un geliştirdiği Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği'ni, Kuzey İrlanda kültürüne uyarlamış ve öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan kadınların doğum sırasında ağrı ile baş etmede daha etkili olduğu ve gebelik sırasında destek alan kadınların doğum ve doğum sonrası dönemde özgüvenlerinin yüksek olduğunu belirlemiştir.

Farley (1999) yaptığı araştırmada, doğum eylemi sırasında gebe kendine güven duyduğunda, doğum korkusu ve doğum ağrısı üzerinde azaltıcı etki sağladığı belirlenmiştir.

Gebe kadınlarda belirli baş etme davranışlarının doğum sırasında yardımcı olduğuna inanılmaktadır (77).

Drummond ve Rickwood (1997) olumlu doğum deneyimi yasayan ve doğum hakkında yeterli seviyede bilgiye sahip olan gebelerin öz-yeterlilik beklentilerinin yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir. Doğum sürecinde, olumlu doğum deneyiminin yaşanması, iyi ve etkili aile ilişkilerinin kurulmasına da yardım edecektir. Doğum sırasında yaşanan olumsuz deneyimler ise, olumsuz doğum

imajının oluşmasını sağlayacaktır. Bu nedenle, gebelerin doğum sürecinde duygusal desteğe gereksinimi artar .

Doğuma hazırlığın desteklenmesi, gebenin öz yeterlilik, baş etme düzeyi ve hissettiği güven duygusunun yükseltilmesini ve doğuma aktif katılmasını sağlar.

4.4. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerinde Ebe ve Hemşirelerin Rolü

Gebelik dönemi, biyolojik olarak normal bir zaman dilimi olmasına rağmen kadınların sık sık karşılaşmadığı kadın hayatında kritik dönemdir. Anne ve bebeğin sağlığını düzenlemek ve bunun devamlılığını sağlamak için anneye destek verilmesi gerekmektedir. Bebeğin doğması sadece anne üzerinde değil, baba, kardeşler ve aile büyükleride etkilenmektedir (97). Bu bireylerin tüm rollerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle ebe ve hemşireler, bebeğin de dahil olduğu yeni aile tablosunu bir bütün olarak ele alıp gereksinimlerin ne olduğunu değerlendirmelidir. Bu durumda perinatal bakım, gebe/lohusa ve ailesinin meydana gelen yeni duruma hem fizyolojik hem psikolojik açıdan uyum sağlayabilmesi için gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olmak ve rehber olmaktır. Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri çok çeşitlidir. (36, 79)

Bunlar (36, 79):

- Sağlıklı ebeveynliğe hazırlık yapmak,
- Gebelikten korunma ya da gebe kalma,
- Gebelik dönemi ve doğuma fizyolojik ve psikolojik açıdan hazırlık,
- Gebeliğin devamını sağlama ve takip,
- Prenatal tanı yöntemlerine destek,
- Gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları,
- Doğuma yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları,
- Bebek bakımı ile ilgili bilgilendirmeler,

- Bebeğe ilişkin sağlık sorunları,
- Lohusa bakımı ve sağlık sorunları,
- Aile bireylerinin gebelik, doğum ve bebeğe olumlu uyum sağlamasıdır.

Gebe ve ailesinin, doğum Şekline karar vermelerinde etkili olan faktörlerden biri olan sağlık personelleri arasında ebe ve hemşireler bulunmaktadır. Ebe ve hemşireler, kadın gebe kalmayı düŐündüđu andan itibaren özellikle perinatal dönemde kadını ve ailesini bilgilendirerek ve danıŐmanlık yaparak doğum Şekline karar vermelerine yardımcı olmalıdırlar.

Ebe ve Hemşireler gebelik dönemi boyunca kadını yakından değerlendirmeli ve bilgi gereksinimlerini saptamalıdırlar. Eğitim hizmetini çiftlerin/ gebelerin doğum Şekilleri konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerine ve bilgilerindeki eksikliklere ve yanlıŐlıklara göre planlamalıdır. Vajinal ve sezaryen doğumun olumlu ve olumsuz yönlerini kadınla konuşmalı, kadının kendisi için uygun yöntemi Őeçmesine yardımcı olmalıdır. Őayet herhangi bir riskli durum varsa ve çiftlerin/ gebelerin tercihi dıŐında bir yöntem uygulanacaksa bu konuda bilgi verilmeli, nedenleri çiftlerin/gebenin anlayabileceği bir Şekilde uygun bir dil ile anlatılmalıdır. Gebe kadının doğum eylemi ile ilgili duygu ve düŐüncelerini, doğuma ilişkin korkularını, endiŐelerini paylaŐabileceđi, duygularını ifade edebileceği bir ortamları oluŐturmalıdır.

Öz-yeterlilik sübjektif bir algıdır. Bu nedenle etkilenebilir ve değerşebilir niteliktedir. Ebe ve hemşireler yapmış oldukları veya yapacakları girişimlerle gebelerin öz-yeterlilik düzeylerini artırabilirler.

Doğum eylemi sırasında, bu deneyiminin kadın tarafından olumlu bir Şekilde sonuçlanması için önemlidir. İyi bir doğum deneyimi için gebenin aile ile olan iletiŐiminin yanı sıra ebe ve hemşirenin gebeye yaklaşımı da önem kazanmaktadır. Doğum eyleminde bakımın merkezi, sadece anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, olumlu bir doğum deneyimi de oluŐturmaştır.

Doğum eylemi sırasında da kadının yanında bulunmalı, ihtiyacı olan bakımları vermeli, eylemle baş etmede kadını cesaretlendirmeli, eyleme aktif katılımını sağlamalıdır. Böylece kadının öz güveninde artış sağlanabilecektir (81).

Doğum eyleminde ebe ve hemşirelere düşen en önemli konulardan biri ise gebenin doğum korkusudur. Primigravidalarda bilinmezlik multigravidalarda eski doğum deneyimi veya yeni bir doğumun getirdiği endişeler sebebiyle fazlaca etkilenmekte doğum şekline karar vermede güçlük çekmektedirler. Bu süreçte ebe ve hemşirelere birçok görev düşmektedir. Primigravidalarda doğumu, doğum sürecinde yaşanabilecek durumları anlatarak, sorularına cevap vererek gebelerin aydınlanmasını sağlamaktır. Multigravidalarda için ise eski doğum deneyimi hakkındaki görüşlerini almak, yanlışlıkları varsa düzeltmek ve yeni bir doğum için korku ve endişelerin konularak giderilmesini sağlamaktır. Gebelerin doğuma hazırlanmaları konusunda gebe eğitimlerine yönlendirmekte onların karar vermeleri açısından önemli bir girişimdir.

Ebe ve hemşireler yapılacak olan her girişimden önce kadını işlemle ilgili bilgilendirmeli, herhangi olumsuz bir durumu en kısa sürede saptayarak uygun girişimleri yapmalı ve anne- bebek için yaşam kurtarıcı rolünde olmalıdırlar (81).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Aralık 2015- Mart 2016 tarihleri arasında yapılması planlanan çalışma son trimesterdeki gebe kadınların öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı araştırma olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırma Soruları

- 1- Gebe kadınların öz yeterlilik algıları, doğum şekli tercihleri üzerinde etkisi var mıdır?
- 2- Gebe kadınların öz yeterlilik algılarını depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri birbirlerini etkiler mi?
- 3- Gebe kadınların doğum korkusu doğum tercihlerini etkiler mi?

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Aralık 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında, Özel Koşuyolu Medipol Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne başvuran gebe kadınlar oluşturmaktadır.

Örneklem kapsamına Özel Koşuyolu Medipol Hastanesi, gebe polikliniğinde takip edilen son trimester gebeler arasından olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 300 gebe alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etme
- Gebeliğin son trimesterinde olmak
- Riskli gebe olmamak.

5.4. Verilerin Toplanması

Özel Koşuyolu Medipol Hastanesinde gebelik takipleri yapılan son trimester gebelere çalışma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmaya davet edilmişler ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından gönüllü olan gebelere veri toplama araçları karşılıklı görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) kullanılarak elde edilmiştir. Veri toplama araçları çalışma grubundaki gebelere, araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu: Araştırmaya katılan kadınların demografik bilgilerini, sosyal yaşam özelliklerini, gebelik sayılarını, önceki doğum şeklini, doğum şekline karar verirken etkilendiği faktörleri, doğum korkusunu ve öz yeterlilik algılarını içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Araştırmada ölçüt geçerliğini değerlendirmek için, Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) kullanılmıştır. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ahmet Akın ve Bayram Çetin (2007) tarafından yapılmıştır.

DASÖ depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere üç alt ölçeğe sahiptir. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 14' ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Bireylerden, Depresyon Anksiyete Stres ölçeğini yanıtlarken; son 15 gün de yaşadıklarını düşünceleri ve kendileri için uygun olan seçeneği cevaplamaları istenmiştir. 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye

sahip olan DASÖ; (0) Hiç bir zaman (1) Nadiren (2) Sık sık ve (3) Her zaman, ifadelerinden oluşmaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birine verilen puanların sayısal değeri, bireyde ilgili problemin var olduğunu ve derecesini göstermektedir. Ters madde bulunmayan ölçeğin, toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 56 arasında ifade edilmektedir (Akın ve Bayram, 2007).

Geçerlik ve güvenirlik araştırması 590 üniversite öğrencisi, 121 İngilizce öğretmeni ve duygusal problemleri nedeniyle klinik ve psikolojik danışma merkezlerine başvuran 136 birey ile yürütülmüştür. Faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi üç faktörden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0.39 ile 0.88 arasında değiştiği görülmüştür. Ayırt edici geçerlik sonuçları ölçeğin klinik ve normal örnekleme geçerli bir biçimde ayırt edebildiğini göstermiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.89, madde toplam korelasyonları 0.51 ile 0.75 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar ve iki yarı güvenirlik puanları ise 0.99 ve 0.96 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre DASÖ'nün yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğu söylenebilir(Akın ve Bayram, 2007).

Körükçü (2009)'nün çalışmasında DASÖ'nün Cronbach Alfa değeri nulllparlar için 0.96, multiparlar için 0.95 toplam grup için 0.96 olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda DASÖ'nün Cronbach Alfa değeri (0.92) yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirliğe sahip bulundu.

Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu

Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği 1993 yılında Lowe tarafından geliştirilmiştir. Kadınların kendilerine duyduğu güven yeteneği ve baş etme yeteneğinin etkisini ölçen, 62 sorudan oluşan bir ölçektir. Ip ve arkadaşları (2005) yılında Lowe tarafından geliştirilen 62 maddelik ölçeği 32 maddeye indirerek ölçeğin kısa versiyonunu geliştirmiştir. Kısa versiyonlu ölçek doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy (2011) tarafından yapılmıştır. Ersoy ölçeğin 26-40. haftalar arasındaki gebelere uygulanabileceğini önermiştir. Bu ölçek sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 olarak görülmüştür. Bu araştırmada Sonuç Beklentisi alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı, .94 Yeterlilik Beklentisi alt boyutu için .93 ve ölçek toplamı için .93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin her bir alt boyutu 16 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak olan en düşük puan 16, en yüksek puan 160'dır. Her bir alt boyuttan alınacak yüksek puan gebelerin doğum eylemine ilişkin yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği'nden alınabilecek toplam en düşük puan 32, toplam en yüksek puan 320'dir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Likert tipi ölçekteki yanıtlar 1'den 10'a kadar puanlandırılmıştır. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutunda; 1 'hiç yararlı değil', 10 ise 'çok yararlı' şeklinde, yeterlilik beklentisi alt boyutunda ise; ilk 13 soru 1 'tamamen eminim', 10 'hiç emin değilim', 14-16 arasındaki sorular 1 'hiç emin değilim', 10 ise 'tamamen eminim' şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekteki yeterlilik beklentisi alt skalasındaki 1'den 13'e kadar olan sorular, tersine çevrilerek puanlanmıştır.

WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu:

Doğum korkusunu belirlemek amacıyla Wijma, Wijma ve Zar (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Körükçü ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .92 olarak görülmüştür. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı .95 olarak bulunmuştur. Körükçü ve arkadaşları ölçeğin 28-40. haftalar arasındaki gebelere

uygulanabileceğini önermişlerdir. 33 maddelik olan ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tipte bir ölçektir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. 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. Körükçü ve arkadaşları WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarını dört alt grupta toplamışlardır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (puan \leq 37) , orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (puan 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (puan 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan (puan \geq 85) gebelerdir.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar istatistik programı kullanarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde χ^2 kare, Spearman korelasyon analizi, Turkey analizi, Mann Whitney U ve Kruskal- Wallis Test kullanıldı.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Özel Koşuyolu Medipol Hastanesi Yönetiminden uygulama izni ve İstanbul Medipol Üniversitesinden etik kurul onayı alınmıştır. Gebelere araştırmaya katılım isteğe bağlı olup, istedikleri zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir haklarını kaybetmeksizin araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebileceği söylenmiştir. Araştırmayı kabul eden gebelere vermiş oldukları bilgilerin gizli tutulacağı, kimliklerini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliklerin gizli kalacağı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda belirtilmiştir.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırmanın İstanbul'da yalnızca tek bir özel hastanede 300 gebe de gerçekleştirildiğinden dolayı sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Daha büyük örneklemler ve farklı merkezli çalışmalar yapılabilir.



6.BULGULAR

Son trimesterdeki gebe kadınların öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmadan elde edilen bulgular 2 bölüm halinde sunulmuştur:

Bölüm I- Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerine, ilişkin bulgular

Bölüm II- Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği, WIJMA Ölçeği puanları ve karşılaştırmalarına ilişkin bulgular



6.1. Gebelerin tanımlayıcı, obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular tanımlayıcı özellikler

Tablo-6.1.1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

	PRİMİGRAVİDA		MULTİGRAVİDA		Z	P
	X±SD		X±SD			
YAŞ	26.65± 3.1		29.49±2.5		-8.27**	0.000
EŞİNİN YAŞI	29.31±3.31		31.78±3.17		-6.68	0.000
EVLİLİK SÜRESİ(AY)	24.6±11.2		59.4±22.7		-13.2	0.000
BKİ	23.27±2.29		24.29±1.73			
	n	%	n	%	X ²	P
EĞİTİM DURUMU						
Lise	29	19,3	19	12.7	2.48	P>0.05
Üniversite ve ↑	121	80.7	131	87.3		
Toplam	150	100.0	150	100,0		
EŞİNİN EĞİTİM DURUMU						
Lise	11	7.33	7	4.7	0.95	P>0.05
Üniversite ve ↑	139	92.67	143	95.3		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
AYLIK GELİR DURUMU						
Gelir giderden Az	-	-	-	-	1.63	P>0.05
Gelir Gidere Eşit	102	68.0	112	74.7		
Gelir Giderden Fazla	48	32.0	38	25.3		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
ÇALIŞMA DURUMU						
Çalışıyor	114	76.0	121	80.7	14.92	
Çalışmıyor	36	24.0	29	19.3		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
MESLEK						
Ev Hanımı	23	15.3	29	19.3	14.93	P<0.002
Memur	49	32.67	60	40.03		
Serbest	65	43.33	61	40.67		
Öğrenci	13	8.67	0	-		
Toplam	150	100.0	150	100.0		

**Fisher's Exact test

Tablo - 6.1.1 'in devamı

	PRİMİGRAVİDA		MULTİGRAVİDA		X ²	P
	n	%	n	%		
SAĞLIK GÜVENCESİ						
Yok	-	-	1	-		
SGK	109	72.7	117	78.7		
Özel Sigorta	41	27.3	32	21.3	2.39	P>0.05
Toplam	150	100.0	150	100.0		
AİLE TİPİ						
Çekirdek Aile	149	99.3	131	87.3		
Geniş Aile	1	0.7	19	12.7	296.2	P<0.000
Toplam	150	100.0	150	100.0		
GEBELİKTE ÇALIŞMA DURUMU						
Evet	98	65.3	51	34.0		
Hayır	52	34.7	99	66.0	29.45	P<0.000
Toplam	150	100.0	150	100.0		
KRONİK HASTALIK VARLIĞI						
Evet	0	100.0	12	8.0		
Hayır	150	0	138	92.0	12.5**	P<0.000
Toplam	150	100.0	150	100.0		
BEDEN KİTLE İNDEKSİ						
19.5-24.9 kg/m ² normal	116	77.33	108	72.0		
25-29.9 kg/m ² fazla kilolu	33	22.0	41	27.33		
30-34.9 kg/m ² 1. derecede obez	1	0.67	1	0.67	1.15*	P>0.05
Toplam	150	100.0	150	100.0		

*Gebelere Özgü Beden Kitle İndeksi

**Fisher's Exact test

Tablo-6.1.1'de gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Gebeler primigravida ve multigravida olmak üzere 2 grupta ele alınmıştır. Gebelerin yaş aralığı 18-35 olup primigravidalarda ortalama 26.65 ± 3.1 , multigravidalarda 29.45 ± 2.5 olarak belirlenmiştir. Gebelerin tümü evlidir. Primigravidaların %76'sı multigravidaların %80.7'si gelir getiren bir işte çalışmaktadır.

Katılımcıların ekonomik durumu primigravidalarda %68, multigravidalarda %74.7'nin geliri gidere eşittir. Gebelerin büyük bir çoğunluğu çekirdek aile ile yaşamaktadır. Bu oran primigravidalarda %99, multigravidalarda %87'dir.

Primigravidalarda kronik hastalığı olan hiçbir gebe yok iken, multigravidalarda %8'inde kronik hastalığı olan gebelere rastlanmıştır. Gebelerin 2'sinde gestasyonel diyabet, 1'inde hipertansiyon, 1 kişide karaciğer enzimlerinde yükseklik göstermektedir. Kalan 8 gebede ise hem tiroid hem diyabet şikayetleri bulunmaktadır.

Primigravidaların eşlerinin ortalama yaşı 29.31 ± 3.31 iken, multigravidalarda bu oran 31.78 ± 3.17 'dir. Gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde Primigravidaların eşlerinin %93'ü, multigravidaların eşlerinin ise %95'i üniversite mezunudur.

Gebelerin evlilik süresi primigravidalarda ortalama 24.6 ± 11.2 iken, multigravidalarda 59.4 ± 22.7 'dir.

Tablo-6.1.2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

	PRİMİGRAVİDA		MULTİGRAVİDA		Z*	P
	X±SD		X±SD			
Gebelik Sayısı	-		2.73±0.97			
Doğum Sayısı	-		1.28±0.55			
Düşük Sayısı	-		1.36±0.69			
Yaşayan Çocuk Sayısı	-		1.28±0.55			
Gebelik Haftası	36.29±2.73		36.13±2.46		-0.703	P>0.05
	n	%	n	%	X ²	P
ÖNCEKİ DOĞUM ŞEKLİ						
NSD	-		141	94.0		
SCA	-		9	6.0		
TOPLAM	-		150	100.0		
GEBELİĞİ PLANLAMA DURUMU						
Evet	142	94.7	117	78.0	17.66	P<0.000
Hayır	8	5.3	33	22.0		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
ÖNCEKİ GEBELİKTE SORUN YAŞAMA DURUMU						
Evet	0	0	11	7.3	11.41	0.001
Hayır	150	100.0	139	92.7		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
PLANLANAN DOĞUM ŞEKLİ						
NSD	149	99.3	150	100.0	1.39	P>0.05
SCA	1	0.7	0	0		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
DOĞUM EYLEMİNİ ALGILAMA ŞEKLİ						
Zor	145	96.7	146	97.3	0.12	P>0.05
Zor Değil	5	3.3	4	2.7		
Toplam	150	100.0	150	100.0		

*Fisher's Exact test

Tablo-6.1.2'nin devamı

	PRİMİGRAVİDA		MULTİGRAVİDA		Z*	P
	n	%	n	%		
DOĞUM AĞRISINDAN KORKMA DURUMU						
Evet	147	98.0	147	98.0	0.000	P>0.05
Hayır	3	2.0	3	2.0		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
	n	%	n	%	X ²	P
DOĞUMU KORKU VERİCİ BİR OLAY OLARAK GÖRME						
Evet	136	90.7	148	98.7	9.5	P<0.01
Hayır	14	9.3	2	1.3		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
GEBELİK DÖNEMİNDE DESTEKLEYEN KİŞİ VAR MI?						
Evet	148	98.7	150	100.0	2.01	P>0.05
Hayır	2	1.3	0	0		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
GEBE EĞİTİM SINIFINA KATILMA DURUMU NEDİR?						
Evet	72	48.0	41	27.3	13.64	P<0.000
Hayır	78	52.0	109	72.7		
Toplam	150	100.0	150	100.0		

*Fisher's Exact test

Gebelerin obstetrik özellikleri tablo 4.2’de görülmektedir. Primigravidalar ve multigravidalar gebelik haftası açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Gebeliği planlama açısından her iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Primigravidalar, multigravidalara kıyasla gebeliklerini daha fazla oranla planlamışlardır. Gebelerin mevcut gebeliklerinde planladıkları doğum şekli ve doğum eylemine ilişkin algılama şekilleri incelendiğinde, primigravidalar ve multigravidalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Primigravida ve multigravidaların büyük bir çoğunluğu doğumu korkutucu bir olay olarak bildirmiş ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmiştir. Primigravidalarda, multigravidalara göre daha az sayıda gebe (beklenenden daha az) doğumu korku verici bir olay olarak görmektedir. Primigravidaların %48’i multigravidaların %30’u gebe eğitim sınıfına katılmıştır. Her iki grup arasında gebe eğitim sınıfına katılım açısından anlamlı fark belirlenmiştir. Primigravidalar multigravidalara kıyasla (beklenenden daha fazla) daha fazla gebe eğitim sınıfına katılmıştır. Gebeleri gebelik döneminde destekleyen kişiler bulunmaktadır.

6.2. Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik ölçeği, WIJMA ölçeği puanları ve karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular

Tablo-6.2.1: Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği, WIJMA Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

	PRİMİGRAVİDA X±SD	MULTİGRAVİDA X±SD	Z*	P
DASÖ				
Depresyon	4.87 ± 3.4	4.74 ± 2.02	-1.05	p>0,05
Anksiyete	7.76 ± 3.86	6.17 ± 1.86	-2.59	p<0,05
Stres	14.87 ± 4.88	16.73 ± 4.91	-3.98	p<0,001
Toplam	27.51 ± 10.31	27.63 ± 7.99	-1.29	p>0,05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç beklentisi	80.53 ± 9.07	85.83 ± 7.95	-5.98	0,000
Yeterlilik beklentisi	79.11 ± 4.89	85.19 ± 5.51	-9.07	0,000
Toplam	159.64 ± 11.22	171.01 ± 10.68	-8.16	0,000
WIJMA ÖLÇEĞİ	73.16 ± 9.38	71.55 ± 6.37	-2.69	p<0,05

*Fisher's Exact test

Tablo-6.2.1'de Primigravida ve Multigravidaların DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçekleri ve WIJMA Ölçekleri puan ortalamaları yer almaktadır.

Primigravida ve Multigravidalar DASÖ alt boyutları olan anksiyete, depresyon ve stres puanları açısından karşılaştırıldığında, her iki grubun anksiyete ve stres puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Primigravidaların stres puan ortalamaları, multigravidalara kıyasla daha düşük, anksiyete puan ortalamaları ise daha fazladır. Doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları açısından her iki grup karşılaştırıldığında hem alt boyut hem de toplam puan ortalamaları açısından multigravidaların daha fazla puana sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Gebelerin WIJMA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo-6.2.2: Gebelerin DASÖ ve WIJMA Ölçeği Puan Dağılımlarına İlişkin Bulgular

	PRİMİGRAVİDA		MULTİGRAVİDA		X ²	P
	n	%	n	%		
DASÖ						
Depresyon						
Normal	139	92.67	150	100.0	11,38*	p<0,001
Hafif depresyon ve ↑	11	7.33	0	-		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
DASÖ						
Anksiyete						
Normal	88	58,7	96	64.0	0.9	P>0.05
Hafif	21	14.0	54	36.0		
Orta	30	20.0	0	-		
İleri	11	7.33	0	-		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
DASÖ						
Stres						
Normal	73	48.67	44	29.33	13,52	p<0,001
Hafif	49	32.67	57	38.0		
Orta ve ↑	28	18.67	49	32.67		
Toplam	150	100.0	150	100.0		
WIJMA ÖLÇEĞİ						
Orta Derecede Doğum Korkusu(38-65 puan)	19	12,8	18	12,0	4,62	p>0,05
Ağır Derecede Doğum Korkusu(66-84 puan)	119	79,9	128	85,3		
Klinik Derecede Doğum Korkusu(85 puan ve üzeri)	11	7,4	4	2,7		
Toplam	150	100,0	150	100,0		

***Fisher's Exact Test**

Gebelerin DASÖ ve WIJMA A ölçeği puan dağılımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, primigravidalarda hafif ve depresyon puanlarının, multigravidalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Primigravidalarda hafif depresif semptom multigravidalara kıyasla daha fazladır. Her iki grupta gebelerin anksiyete puan dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Her iki grup gebelerin stres puanları kıyaslandığında, multigravidalar arasında hafif ve orta üzeri stres puanı olan gebe sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır.



Tablo- 6.2.3: Primigravida ve Multigravida Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ve WIJMA Ölçekleri Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

PRİMİGRAVİDA														
	DEPRESYON		ANKSİYETE		STRES		ÖZYETERLİLİK SONUÇ		ÖZYETERLİLİK YETERLİLİK		ÖZYETERLİLİK TOPLAM		WIJMA TOPLAM	
	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P
DASÖ DEPRESYON	1		0.56	0.000	0.43	0.000	0.05	P>0.05	0.01	P>0.05	0.06	P>0.05	0.29	0.000
DASÖ ANKSİYETE	0.56	0.000	1		0.63	0.000	-0.04	P>0.05	0.12	P>0.05	0.03	P>0.05	0.13	P>0.05
DASÖ STRES	0.43	0.000	0.63	0.000	1		-0.09	P>0.05	0.18	P>0.05	0.02	P>0.05	0.25	P>0.05
ÖZYETERLİLİK SONUÇ	0.05	P>0.05	-0.04	P>0.05	-0.09	P>0.05	1		0.27	0.001	0.86	0.000	-0.20	P>0.05
ÖZYETERLİLİK YETERLİLİK	0.009	P>0.05	0.12	P>0.05	0.18	P>0.05	0.27	P>0.05	1		0.67	0.000	0.15	P>0.05
ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ TOPLAM	0.063	P>0.05	0.03	P>0.05	0.02	P>0.05	0.86	0.000	0.67	0.000	1		-0.10	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ	0.297	0.000	0.13	P>0.05	0.25	P>0.05	-0.20	P>0.05	0.15	P>0.05	-0.10	P>0.05	1	
MULTİGRAVİDA														
	DEPRESYON		ANKSİYETE		STRES		ÖZYETERLİLİK SONUÇ		ÖZYETERLİLİK YETERLİLİK		ÖZYETERLİLİK TOPLAM		WIJMA TOPLAM	
	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P
DASÖ DEPRESYON	1		0.70	0.000	0.67	0.000	-0.08	P>0.05	0.24	P>0.05	0.03	P>0.05	0.64	0.000
DASÖ ANKSİYETE	0.70	0.000	1		0.79	0.000	-0.02	P>0.05	0.30	0.000	0.11	P>0.05	0.46	0.000
DASÖ STRES	0.66	0.000	0.79	0.000	1		-0.06	P>0.05	0.24	P>0.05	0.06	P>0.05	0.60	0.000
ÖZYETERLİLİK SONUÇ	-0.08	P>0.05	-0.02	P>0.05	-0.06	P>0.05	1		0.36	0.000	0.87	0.000	-0.18	P>0.05
ÖZYETERLİLİK YETERLİLİK	0.24	P>0.05	0.30	P>0.05	0.25	P>0.05	0.36	0.000	1		0.74	0.000	-0.09	P>0.05
ÖZYETERLİLİK TOPLAM	0.026	P>0.05	0.10	P>0.05	0.05	P>0.05	0.87	0.000	0.74	0.000	1		-0.22	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ	0.64	0.000	0.46	0.000	0.60	0.000	-0.18	P>0.05	-0.09	P>0.05	-0.22	P>0.05	1	

Tablo-6.2.3’de, primigravida ve multigravida gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ve WIJMA ölçekleri alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Primigravidalarda DASÖ anksiyete ile stres ve anksiyete ile depresyon puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu, depresyon ile stres puanları arasında ise zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyut ve toplam puanları ile DASÖ ölçeği puanları arasında çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. WIJMA ölçeği toplam puanı ile depresyon puanı arasında zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Multigravidalarda, depresyon puanları ile anksiyete puanları ve stres ile depresyon puanları arasında orta düzeyde, anksiyete ile stres puanları arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği puanları ile DASÖ ölçeği puanları arasında zayıf/ çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

DASÖ depresyon ve stres puanları ile WIJMA ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo- 6.2.4: Tüm Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği, WIJMA Ölçek Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

	DAS DEPRESYON		DAS ANKSİYETE		DAS STRES		ÖZYETERLİLİK SONUÇ		ÖZYETERLİLİK YETERLİK		ÖZYETERLİLİK TOPLAM		WIJMA	
	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P
DASÖ DEPRESYON	1		0.60	0.000	0.56	0.000	0.02	P>0.05	0.16	0.007	0.08	P>0.05	0.41	0.000
DASÖ ANKSİYETE	0.60	0.000	1		0.64	0.000	-0.10	P>0.05	0.10	P>0.05	-0.03	P>0.05	0.24	0.000
DASÖ STRES	0.56	0.000	0.64	0.000	1		-0.05	P>0.05	0.33	0.000	0.10	P>0.05	0.38	0.000
ÖZYETERLİLİK SONUÇ	0.02	P>0.05	-0.10	P>0.05	-0.05	P>0.05	1		0.38	0.000	0.87	0.000	-0.30	0.000
ÖZYETERLİLİK YETERLİK	0.16	0.007	0.11	P>0.05	0.33	0.000	0.38	P>0.05	1		0.76	0.000	-0.08	P>0.05
ÖZYETERLİLİK TOPLAM	0.08	P>0.05	-0.03	P>0.05	0.10	P>0.05	0.87	0.000	0.76	0.000	1		-0.29	0.000
WIJMA ÖLÇEĞİ	0.40	0.000	0.24	0.000	0.38	0.000	-0.30	0.000	-0.08	P>0.05	-0.29	0.000	1	

Tablo-6.2.4’de, tüm gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ve WIJMA ölçekleri puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Gebelerin DASÖ, anksiyete, stres ve depresyon düzeyleri arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik puanları ile DASÖ puanları arasında çok zayıf/ zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. WIJMA ölçeği toplam puanı ile DASÖ ölçeği puanları arasında zayıf/ çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. WIJMA ölçeği ile Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında çok zayıf/ zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.



Tablo-6.2.5: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği, DASÖ ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	PRİMİGRAVİDA				MULTİGRAVİDA			
	ÖZYETERLİLİK SONUÇ X±SD	ÖZYETERLİLİK X±SD	TOPLAM X±SD	ÖZYETERLİLİK SONUÇ X±SD	ÖZYETERLİLİK X±SD	TOPLAM X±SD	ÖZYETERLİLİK X±SD	TOPLAM X±SD
WIJMA ÖLÇEĞİ								
ORTA VE DÜŞÜK DOĞUM KORKUSU	88.6±10.8	79.6±6.2	168.15±10.7	83.89±5.4	84.06±8.7	167.94±6.9		
YÜKSEK DOĞUM KORKUSU	79.3±8.1	79.03±4.7	158.33±10.7	86.09±8.2	85.34±4.9	171.43±11.0		
Z [*]	-3.89	-0.14	-3.6	-1.82	-1.58	-1.53		P>0.05
DASÖ DEPRESYON								
NORMAL	80.21±7.5	79.12±4.86	159.32±10.2	85.83±7.95	85.19±5.5	171.01±10.68		
HAFİF DEPRESİYON VE İT	84.64±20.71	79.0±5.51	163.64±20.6	-	-	-		
Z [*]	-1.12	-0.49	-1.84					
DASÖ ANKSİYETE								
NORMAL	81.53±5.9	78.41±4.2	159.94±7.7	86.48±6.1	84.66±5.9	171.14±8.9		
HAFİF	82.48±9.9	79.62±6.0	162.10±11.0	84.67±10.4	86.13±4.4	170.8±13.34		
ORTA	81.43±11.2	80.40±5.36	161.83±15.0	-	-	-		
İLERİ	66.36±10.5	80.18±6.0	146.55±15.5	-	-	-		
TOPLAM	80.53±9.0	79.11±4.9	159.64±11.2	85.83±7.9	171.01±10.6	171.01±10.68		
X ^{2**}	25.78	4.81	14.57	0.001	3.98	0.27		P>0.05
DASÖ STRES								
NORMAL	82.04±7.42	78.3±3.55	160.34±8.33	87.57±5.10	83.0±5.26	170.57±7.52		
HAFİF	80.57±8.94	78.8±5.53	159.37±12.0	85.05±7.93	86.75±5.81	171.81±10.57		
ORTA VE İT	76.54±11.92	81.75±5.95	158.29±15.83	85.16±9.79	85.33±4.79	170.49±13.10		
TOPLAM	80.53±9.07	79.11±4.89	159.64±11.22	85.83±7.95	85.19±5.51	171.01±10.68		
X ^{2**}	2.35	7.52	0.17	1.17	9.36	0.46		P>0.05

*Mann Whitney U **Kruskal-Wallis Test

Tablo-6.2.5’de primigravida ve multigravida gebelerin DASÖ, WIJMA Ölçeği ve Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırmaları görölmektedir. Yapılan istatistik değerlendirme sonucunda WIJMA ölçeği puan ortalamaları ile Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ölçeği sonuç alt boyutu ve toplam alt boyutu puanları arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Orta ve düşük düzeyde doğum korkusu olan primigravidaların öz yeterlilik sonuç ve toplam puanlarının yüksek doğum korkusu olanlara kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır.

İleri düzey anksiyetesi olan primigravidaların, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından öz yeterlilik sonuç ve toplam puanları normal/ hafif/ orta düzey anksiyetesi olanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo-6.2.6: Gebelerin Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği, DASÖ ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	ÖZYETERLİLİK SONUÇ	ÖZYETERLİLİK BEKLENTİSİ	TOPLAM
	X±SD	X±SD	X±SD
WIJMA ÖLÇEĞİ			
ORTA DOĞUM KORKUSU	86.34±8.91	81.71±7.71	168.05±9.04
YÜKSEK DOĞUM KORKUSU	82.72±8.84	82.21±5.76	164.93±12.7
Z	-1.46	-1.11	-1.58
P	P>0.05	P>0.05	P>0.05
DASÖ DEPRESYON			
NORMAL	83.12±8.22	82.27±6.03	165.39±11.96
HAFİF VE ↑	84.64±20.72	79.0±5.51	163.64±20.55
Z	-0.39	-1.89	-1.19
P	P>0.05	P>0.05	P>0.05
DASÖ ANKSİYETE			
NORMAL	84.11±6.52	81.67±6.07	165.78±10.04
HAFİF	84.05±10.26	84.31±5.73	168.36±13.27
ORTA	81.43±11.24	80.4±5.36	161.83±15.09
İLERİ	66.36±10.52	80.18±6.01	146.55±15.50
TOPLAM	83.18±8.92	82.15±6.03	165.33±12.33
X ²	22.39	16.41	16.27
P	P<0.000	P<0.01	P<0.01
DASÖ STRES			
NORMAL	84.12±7.15	80.07±4.82	164.19±9.42
HAFİF	82.98±8.66	83.08±6.92	166.06±12.82
ORTA VE ↑	82.09±11.33	84.03±5.48	166.05±15.24
TOPLAM	83.18±8.9	82.15±6.03	165.33±12.33
X ²	0.069	24.5	3.45
P	P>0.05	P<0.001	P>0.05

Tablo-6.2.6’de gebelerin Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği, DASÖ ve WIJMA ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular görülmektedir.

İleri düzey anksiyete puanı olan gebelerin doğum eyleminde öz yeterlilik alt boyut ve toplam boyut puanlarının, anksiyete puanları normal, hafif ve orta olan gebelere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Stres düzeyi normal olan gebelerin doğum eyleminde öz yeterlilik beklentisi alt boyut puanı, stres düzeyi hafif ve orta düzey olan gebelere kıyasla daha düşük olarak saptanmıştır.



Tablo-6.2.7: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Gebe Eğitim Sınıfına Katılım Durumlarının DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBE EĞİTİMİ SINIFINA KATILIM				
	EVET	HAYIR	Z	P
	X±SD	X±SD		
PRİMİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.46±2.84	5.26±3.83	-1.67	P>0.05
Anksiyete	7.82±3.35	7.71±4.29	-0.81	P>0.05
Stres	15.01±4.61	14.74±5.16	-1.38	P>0.05
Toplam	27.29±8.61	27.21±11.71	-0.45	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	80.35±10.93	80.71±6.99	-0.43	P>0.05
Yeterlik Beklentisi	78.49±5.01	79.68±4.76	-1.83	P>0.05
Toplam	158.83±13.29	160.38±8.92	-0.97	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	71.40±8.21	74.78±10.12	-2.14	P<0.05
MULTİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.29±2.02	4.91±2.01	-1.58	P>0.05
Anksiyete	5.68±1.85	6.35±1.84	-2.08	P<0.05
Stres	16.10±4.61	16.96±5.02	-1.13	P>0.05
Toplam	26.07±7.30	28.22±8.20	-1.68	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	86.80±6.52	85.46±8.43	-0.45	P>0.05
Yeterlik Beklentisi	85.15±6.34	85.20±5.21	-0.33	P>0.05
Toplam	171.95±10.12	170.66±10.91	-0.48	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	70.39±6.69	71.98±6.27	-0.95	P>0.05

Tablo-6.2.7’de primigravida ve multigravida gebelerin gebe eğitim sınıfına katılım durumlarının DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Primigravidalarda gebe eğitim sınıfına katılım durumları ile DASÖ ve Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ölçeklerinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken, WIJMA Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Gebelik eğitim sınıfına katılan primigravida gebelerin katılmayanlara kıyasla WIJMA puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Multigravidalarda gebe eğitim sınıfına katılanlar ve katılmayanlar arasında DASÖ alt boyutlarında olan anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebe sınıfına katılanların, katılmayanlara kıyasla anksiyete puanları daha düşük olarak belirlenmiştir.

Tablo-6.2.8: Tüm Gebelerin Gebe Eğitim Sınıfına Katılım Durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBE EĞİTİMİ SINIFINA KATILIM				
	EVET X±SD	HAYIR X±SD	Z	P
DASÖ				
Depresyon	4.40±2.56	5.05±2.91	-2.32	P<0.05
Anksiyete	7.04±3.07	6.91±3.17	-0.03	P>0.05
Stres	15.41±4.62	16.04±5.18	-0.61	P>0.05
Toplam	26.85±8.15	28.01±9.79	-0.86	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	82.69±10.29	83.48±8.19	-0.84	P>0.05
Yeterlilik Beklentisi	80.90±6.37	82.90±5.71	-3.01	0.003
Toplam	163.59±13.74	166.37±11.31	-1.70	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	71.04±7.68	73.15±8.18	-1.48	P>0.05

Tablo-6.2.8’de tüm gebelerin gebe eğitim sınıfına katılım durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tüm gebelerde gebe eğitim sınıfına katılanların katılmayanlar arasında DASÖ alt boyutlarından depresyon puan ortalaması ve doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlilik beklentisi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebe sınıfına katılanların, katılmayanlara kıyasla depresyon puan ortalamaları ve Yeterlilik Beklentisi puan ortalamaları daha düşük belirlenmiştir.

Tablo-6.2.9: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELİKTE ÇALIŞMA DURUMU				
	EVET X±SD	HAYIR X±SD	Z	P
PRİMİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.40±2.96	5.77±3.99	-2.38	P<0.05
Anksiyete	7.55±3.76	8.15±4.05	-0.86	P>0.05
Stres	14.10±4.77	16.33±4.81	-2.71	P<0.05
Toplam	26.05±9.55	30.25±11.18	-2.50	P<0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi				
Yeterlik Beklentisi	81.43±8.44	78.85±10.02	-0.89	P>0.05
Toplam	78.96±5.02	79.38±4.70	-0.66	P>0.05
	160.39±10.34	158.23±12.70	-0.08	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	70.87±8.87	77.48±8.83	-3.93	0.000
MULTİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.16±1.88	5.04±2.04	-2.63	P<0.05
Anksiyete	5.86±1.94	6.32±1.81	-1.38	P>0.05
Stres	15.63±4.53	17.29±5.02	-2.25	P<0.05
Toplam	25.65±7.41	28.66±8.12	-2.37	P<0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	87.94±6.70	84.74±8.35	-2.30	P<0.05
Yeterlik Beklentisi	85.94±4.96	84.80±5.77	-1.17	P>0.05
Toplam	173.88±9.06	169.54±11.18	-2.15	P<0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	70.12±5.17	72.28±6.82	-2.17	P<0.05

Tablo-6.2.9’da Primigravida ve multigravida gebelerin gebelikte çalışma durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Primigravida ve multigravidalarda gebelikte çalışma durumlarının DASÖ alt boyutlarından olan depresyon, stres ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. DASÖ alt boyutlarından depresyon, stres ve toplam puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Primigravida ve multigravidalarda gebelikte çalışma durumları ile WIJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. WIJMA ölçeği puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerinde çalışan kadınların, doğum korkusu daha az düzeydedir.

Multigravidalarda gebelikte çalışma durumlarının öz yeterlilik alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Öz yeterlilik alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo-6.2.10: Tüm Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELİKTE ÇALIŞMA DURUMU				
	EVET X±SD	HAYIR X±SD	Z	P
DASÖ				
Depresyon	4.32±2.64	5.29±2.87	-3.85	0.000
Anksiyete	6.97±3.34	6.95±2.91	-0.56	P>0.05
Stres	14.62±4.73	16.96±4.96	-4.23	0.000
Toplam	25.91±8.85	29.21±9.28	-3.62	0.000
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	83.66±8.45	82.71±9.36	-0.12	P>0.05
Yeterlilik Beklentisi	81.35±5.99	82.93±5.99	-2.42	P<0.05
Toplam	165.01±11.79	165.64±12.87	-0.91	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	70.61±7.80	74.07±7.94	-3.45	0.001

Tablo-6.2.10' de Tüm gebelerin gebelikte çalışma durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tüm gebelerde gebelikte çalışma durumlarının DASÖ alt boyutlarından depresyon, stres ve toplam puan ortalamaları, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi ve WIJMA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebelikte çalışanların, çalışmayanlara kıyasla depresyon, stres puanları, WIJMA toplam puanları ve Yeterlilik Beklentisi puanları daha azdır. Çalışan gebelerin stres, depresyon düzeyleri ve doğum korkuları daha azdır. Kendilerini daha az yeterli hissetmektedirler.

Tablo-6.2.11: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Eğitim Durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELERDE EĞİTİM DURUMU				
	LİSE X±SD	ÜNİVERSİTE VE ↑ X±SD	Z	P
PRİMİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	6.21±4.80	4.55±2.91	-1.80	P>0.05
Anksiyete	7.90±4.61	7.73±3.67	-0.32	P>0.05
Stres	16.34±4.85	14.52±4.85	-2.02	P<0.05
Toplam	30.45±12.35	26.80±9.68	-1.67	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	81.48±8.35	80.31±9.25	-0.83	P>0.05
Yeterlik Beklentisi	80.76±5.35	78.71±4.72	-1.97	P<0.05
Toplam	162.24±10.76	159.02±11.28	-1.71	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	79.31±8.64	71.69±8.97	-4.31	0.000
MULTİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	5.32±1.83	4.66±2.04	-1.28	P>0.05
Anksiyete	6.53±1.87	6.11±1.86	-0.89	P>0.05
Stres	17.74±3.57	16.58±5.07	-0.78	P>0.05
Toplam	29.58±6.51	27.35±8.16	-0.96	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	80.0±8.87	86.67±7.48	-3.09	P<0.05
Yeterlik Beklentisi	85.26±4.64	85.18±5.65	-0.59	P>0.05
Toplam	165.26±9.90	171.85±10.57	-2.58	P<0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	73.37±6.65	71.28±6.31	-1.45	P>0.05

Tablo-6.2.11’de Primigravida ve multigravida gebelerin eğitim durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Primigravida gebelerin eğitim durumları ile DASÖ alt boyutlarından stres puan ortalaması, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi ve WIJMA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Primigravidalarda lise mezunu olan gebeler üniversite mezunu olan gebelere kıyasla stres puanları daha fazla, yeterlilik beklentisi daha fazla, doğum korkusu puanları daha fazladır.

Multigravidalarda ise gebelerin eğitim durumları ile DASÖ, WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamış iken, doğum eylemine öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık lise mezunu olan multigravidaların, üniversite mezunu olan multigravidalara kıyasla, sonuç beklentisi ve öz yeterlilik ölçeği toplam puanları daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo-6.2.12: Tüm Gebelerin Eğitim Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELERDE EĞİTİM DURUMU				
	LİSE X±SD	ÜNİVERSİTE VE ↑ X±SD	Z	P
DASÖ				
Depresyon	5.85±3.90	4.61±2.49	-2.18	P<0.05
Anksiyete	7.35±3.80	6.89±2.98	-0.35	P>0.05
Stres	16.90±4.40	15.59±5.06	-1.67	P>0.05
Toplam	30.10±10.36	27.09±8.91	-1.83	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	80.90±8.50	83.62±8.95	-2.06	P<0.05
Yeterlilik Beklentisi	82.54±5.50	82.07±6.14	-0.45	P>0.05
Toplam	163.44±10.43	165.69±12.65	-1.24	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	76.96±8.37	71.48±7.69	-4.42	0.000

Tablo-6.2.12’de tüm gebelerin eğitim durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tüm gebelerde eğitim durumlarının DASÖ alt boyutlarından depresyon puan ortalaması, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından sonuç beklentisi ve WIJMA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tüm gebelerde lise mezunu olan gebelerin üniversite mezunu olan gebelere kıyasla DASÖ alt boyutlarından depresyon puan ortalaması ve WIJMA toplam puan ortalamaları daha yüksek, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından sonuç beklentisi daha düşüktür. Lise mezunu gebelerin depresyon semptomları daha fazla, doğum korkuları daha fazla sonuç beklentisi daha az olarak belirlenmiştir.

Tablo-6.2.13: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Aylık Gelir Durumunun DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELERİN AYLIK GELİR DURUMU				
	GELİR GİDERE EŞİT	GELİR GİDERDEN	Z	P
	X±SD	FAZLA X±SD		
PRİMİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.78±2.66	5.08±4.63	-1.15	P>0.05
Anksiyete	7.39±3.55	8.54±4.38	-1.54	P>0.05
Stres	14.98±4.46	14.65±5.74	-0.37	P>0.05
Toplam	27.15±8.84	28.27±12.95	-0.28	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi				
Yeterlik Beklentisi	80.29±8.09	81.04±10.93	-0.45	P>0.05
Toplam	79.25±4.60	78.81±5.52	-0.90	P>0.05
	159.54±10.48	159.85±12.77	-0.02	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	74.19±7.91	70.98±11.71	-1.98	P<0.05
MULTİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.80±2.03	4.55±2.01	-0.61	P>0.05
Anksiyete	6.16±1.86	6.18±1.89	-0.13	P>0.05
Stres	16.70±4.93	16.82±4.92	-0.02	P>0.05
Toplam	27.66±8.07	27.55±7.86	-0.04	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi				
Yeterlik Beklentisi	85.42±8.16	87.03±7.27	-0.96	P>0.05
Toplam	85.31±5.46	84.82±5.72	-0.22	P>0.05
	170.73±10.95	171.84±9.94	-0.59	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	71.57±6.0	71.47±7.45	-0.36	P>0.05

Tablo-6.2.13’de Primigravida ve multigravida gebelerin aylık gider durumu ile DASÖ, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği ve WIJMA ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Primigravidalar ve multigravida gebelerde aylık gelir durumları DASÖ ve doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Primigravidalarda WIJMA toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Geliri gidere eşit olan gebelerin, geliri giderden fazla olan gebelere kıyasla daha yüksek doğum korkusu vardır. Multigravidalarda ise gelir durumu WIJMA toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo-6.2.14: Tüm Gebelerin Aylık Gelir Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELERİN AYLIK GELİR DURUMU				
	GELİR GİDERE EŞİT X±SD	GELİR GİDERDEN FAZLA X±SD	Z	P
DASÖ				
Depresyon	4.79±2.35	4.85±3.70	-1.28	P>0.05
Anksiyete	6.75±2.86	7.50±3.68	-1.50	P>0.05
Stres	15.88±4.78	15.60±5.47	-0.46	P>0.05
Toplam	27.42±8.43	27.95±10.94	-0.28	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	82.98±8.51	83.69±9.90	-0.15	P>0.05
Yeterlik Beklentisi	82.42±5.90	81.47±6.33	-1.18	P>0.05
Toplam	165.40±12.08	165.15±13.0	-0.03	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	72.82±7.08	71.20±10.0	-1.15	P>0.05

Tablo-6.2.14’de Tüm gebelerin aylık gelir durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tüm gebelerin aylık gelir durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo-6.2.15: Primigravida ve Multigravida Gebelerin Gebeliği Planlama Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELİĞİN PLANLILIK DURUMU				
	EVET X±SD	HAYIR X±SD	Z	P
PRİMİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.75±3.07	7.0±7.13	-0.81	P>0.05
Anksiyete	7.73±3.73	8.38±5.98	-0.12	P>0.05
Stres	14.68±4.67	18.38±7.43	-1.41	P>0.05
Toplam	27.15±9.51	33.75±19.83	-0.79	P>0.05
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi				
Yeterlik Beklentisi	80.61±9.29	79.13±3.09	-1.18	P>0.05
Toplam	79.06±4.91	80.0±4.93	-0.57	P>0.05
	159.67±11.5	159.13±4.19	-0.30	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	72.77±8.73	80.13±16.64	-0.81	P>0.05
MULTİGRAVİDA				
DASÖ				
Depresyon	4.36±1.98	6.09±1.60	-4.46	0.000
Anksiyete	5.79±1.89	7.48±0.97	-4.74	0.000
Stres	15.50±4.69	21.06±.75	-6.02	0.000
Toplam	25.66±7.65	34.64±4.48	-6.11	0.000
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi				
Yeterlik Beklentisi	86.74±7.01	82.58±10.12	-1.76	P>0.05
Toplam	84.64±5.39	87.12±5.6	-2.22	P<0.05
	171.38±9.82	169.70±13.39	-0.26	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	70.89±6.10	73.88±6.87	-2.43	P<0.05

Tablo-6.2.15‘de primigravida ve multigravida gebelerin gebeliği planlama durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamalarıyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Primigravidalarda gebeliği planlama durumları DASÖ, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında ilgili istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır.

Multigravidalarda gebeliği planlı olanlar ve planlı olmayanlar arasında DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebeliği planlı olanlar, gebeliği planlı olmayanlara kıyasla DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlilik beklentisi ve WIJMA Ölçeği toplam puan ortalamaları daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebeliği planlı olan kadınların stres, anksiyete, depresyon düzeyleri/semptomları daha az, yeterlilik beklentisi daha az, doğum korkusu daha azdır.

Tablo-6.2.16: Tüm Gebelerin Gebeliği Planlama Durumu ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GEBELİĞİN PLANLILIK DURUMU				
	EVET X±SD	HAYIR X±SD	Z	P
DASÖ				
Depresyon	4.58±2.64	6.27±3.32	-4.23	0.000
Anksiyete	6.85±3.18	7.66±2.67	-2.95	0.003
Stres	15.05±4.69	20.54±4.11	-6.51	0.000
Toplam	26.48±8.73	34.46±9.22	-5.60	0.000
ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ				
Sonuç Beklentisi	83.38±8.87	81.90±9.25	-1.14	P>0.05
Yeterlik Beklentisi	81.58±5.83	85.73±6.12	-4.0	0.000
Toplam	164.96±12.24	167.63±12.82	-1.11	P>0.05
WIJMA ÖLÇEĞİ				
Toplam	71.92±7.70	75.10±9.62	-1.71	P>0.05

Tablo-6.2.16' de tüm gebelerin gebeliği planlama durumları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tüm gebelerde gebeliği planlı olanlar kadınların, gebeliği planlı olmayanlara kıyasla DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. DASÖ alt boyutları gebeliği planlı olanların gebeliği planlı olmayanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi gebeliği planlı olanların gebeliği planlı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Gebeliği planlı olanların planlı olmayanlara kıyasla daha düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo-6.2.17: Multigravida Gebelerin Çocuk Sayıları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çocuk Sayısı	DASÖ Depresyon		DASÖ Anksiyete		DASÖ Stres		DASÖ Toplam		ÖZ YETERLİLİK Ölçeği Sonuç Beklentisi		ÖZ YETERLİLİK Ölçeği Toplam		WIJMA Ölçeği Toplam			
	X±SD	P	X±SD	P	X±SD	P	X±SD	P	X±SD	P	X±SD	P	X±SD	P		
1 Çocuk	4.87±3.40		7.76±3.86		14.87±4.89		27.51±10.31		80.53±9.07		79.11±4.90		159.64±11.22		73.16±9.38	
2 Çocuk	4.41±1.98		5.79±1.88		15.37±4.58		25.57±7.61		86.69±7.25		85.17±5.18		171.86±10.22		71.16±5.32	
3 ve ↑ Çocuk	5.13±2.01		6.61±1.75		18.32±4.83		30.06±7.79		84.81±8.65		85.20±5.92		170.01±11.19		72.00±7.44	
Toplam	4.81±2.79		6.96±3.13		15.80±4.98		27.57±9.21		83.18±8.92		82.15±6.03		165.33±12.33		72.35±8.04	
X ²	7.13	P<0.05	12.46	0.002	28.81	0.000	13.77	0.001	37.60	0.000	82.36	0.000	67.41	0.000	8.66	P<0.05

*Kruskal Wallis

Tablo-6.2.17’de, multigravidaların çocuk sayıları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

3 ve ↑ çocuk sahibi olan gebelerin depresyon ve stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

1 çocuğu olanların anksiyete puanı daha fazla, öz yeterlilik puanı daha düşük ve WIJMA puanının daha fazla olduğu saptanmıştır.

7. TARTIŞMA

Bebeğin doğması doğal bir durum olmasına rağmen, kadın hayatında sık yaşamadığı en özel ve en önemli özelliktir. Doğal bir yaşam krizi olarak tanımlanan gebelikte, kadın hayatında birçok değişiklik meydana gelmektedir. Gerçekleşen bu hızlı değişime uyum sağlanması gerekmektedir (1- 6).

Çalışma gebelerin öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Ülkemizde öz yeterlilik ile ilgili pek çok çalışma olmasına rağmen, (82- 84) doğum eyleminde gebenin öz yeterliliğine ilişkin fazla çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu bölümde, son trimesterdeki gebe kadınların öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır:

7.1. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

7.2. Gebelerin DASÖ, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği, WIJMA ölçeği puanlarının karşılaştırmalarına ilişkin bulguların tartışılması

7.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde primigravida ve multigravida gebelerin tanımlayıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Primigravida gebelerin yaş ortalaması 26.65 ± 3.1 , multigravidaların ise 29.49 ± 2.5 olarak bildirilmiştir. Daha önce yapılan TNSA demografik araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda gözlenirken, ilk kez TNSA- 2008’de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25- 29 yaş grubunda olduğu gözlenmiş olup TNSA-2013’te de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, Türkiye’de yaşa özel doğurganlık örüntüsünün değiştiği ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir (TNSA-2013).

Her iki grubun meslekleri incelendiğinde; primigravidaların %15.3'ü ev hanımı, %32.67'si memur, %43.33'ü serbest meslek ve %8.67'si öğrenci; multigravidalarda ise %19.3'ü ev hanımı, %40.03'ü memur, %40.67'si ise serbest meslek sahibi oldukları bildirilmiştir. Her iki gruptaki gebelerin çalışma durumları incelendiğinde; büyük çoğunluğu çalışmakta olup, gebelik döneminde bu durum değişmektedir. Primigravida gebelerin %65.3'ü, multigravida gebelerin ise %34'ü gebelik döneminde çalıştığı bildirilmiştir. Durmuş (2015) son trimester gebelerin stres, anksiyete ve depresyon durumlarının incelenmesi amacıyla Malatya'da 200 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %37'si çalışırken %67 si çalışmadığını belirtmiştir. TÜİK (2013) NKA sonuçlarına göre 2011 yılında, Türkiye' de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %47,5 olup, bu oran erkeklerde %69,2, kadınlarda ise %25,9' larda olduğu (erkeklerin üçte biri oranında), Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülkenin de Türkiye olduğu bilgisi tespit edilmiştir. Sunulan araştırmada çalışan kadın oranının nispeten yüksek olması, örneklemin eğitim düzeyi yüksek bir gruptan oluşmasına bağlı olduğu varsayılmaktadır.

Evlilik süresi ortalaması incelendiğinde; primigravidalarda 24.6 ± 11.2 ay, multigravidalarda 59.4 ± 22.7 ay olarak bildirilmiştir.

Bir diğer çalışmada; evlilik sürelerine bakıldığında, %75.8' i 1-5 yıllık, %15.4'ü 6-10 yıllık evli olduğu görülmüştür (85).

Eğitim durumu primigravida gebelerde %80.7' si, multigravidalarda ise %87.3'ü üniversite eğitimi aldığını bildirmiştir. Eşlerin eğitim durumlarına bakıldığında; her iki grubun eşlerinin büyük çoğunluğu üniversite eğitimi aldığını bildirmiştir. Kılıçaslan' ın (2008) Edirne'de, 340 gebe kadın ile yaptıkları çalışmaya göre, gebelerin %42,1' inin ilköğretim, %38,8' inin lise ve %19,1' inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı, eşlerinin %19,7' sinin ilkokul, %41' inin lise eğitimi aldıkları bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre; erkeklerin %49' u kadınların %36' sı en az ortaokul; erkeklerin %29' u, kadınların ise %21' i en az lise mezunu olduğu saptanmıştır. Erkek nüfusun ortanca tamamlanmış eğitim süresi 6. 9 yıl, kadın nüfusun ortanca tamamlanmış eğitim süresi 4. 7 yıldır (TNSA 2013). Sunulan araştırmada lise ve üniversite mezunu gebe ve eşinin Türkiye nüfusunun genel

ortalamasından daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmanın İstanbul'da ve özel bir hastanede yürütülmüş olması nedeniyle bu durumun ortaya çıktığı söylenilebilir.

Her iki gruptaki gebelerin tamamının sosyal güvencesi olduğu bildirilmiştir. Türkmen'in yaptığı çalışmada (n=200) çalışmaya katılan gebelerin %94. 5' inin sosyal güvencesi bulunmaktadır (Türkmen, 2013). Elveren'in yapmış olduğu gebelikleri süresince ve bir önceki gebeliklerinde doğum öncesi bakım alma durumlarını, DÖB ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ve DÖB' in gebeye ve yenidoğana etkilerini değerlendirildiği Aydın illinde Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Servisinde doğum yapan 150 kadın üzerinde yapılan araştırma sonucunda kadınların %99. 3' ünün, sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir (86). Benzer şekilde Ayan'ın yapmış olduğu gebelerin olağan şikayetleriyle başa çıkma yolları ve etkileyen faktörlerin incelendiği İstanbul, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 300 gebe üzerinde yapılan araştırma sonucunda gebelerin %98. 3' ünün, sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (86, 87). Yapılan çalışmalarda gebelerin tamamına yakın bir bölümün sosyal güvencesinin olması gebelerin ve eşlerinin çalışmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Gebelerin sosyal güvencelerinin olması, sağlık kuruluşlarından yararlanma, gerekli takibin yapılması ve dolayısıyla gebelik döneminde sorunların oluşmaması açısından önemlidir.

Gelir durumları primigravida gebelerin %68'sinin, multigravida gebelerin ise %74.7' sinin gelirinin gidere eşit olduğu bildirilmiştir. Her iki gruptaki gebeler gelir getiren bir işte çalışmaktadırlar. Dağlar ve Nur' un (2014) Sivas merkezde basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 227 gebe ile "gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını anksiyete ve depresyon düzeyi ilişkisini" belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %57,7'sinin ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak belirtmişlerdir(88). Gündoğdu'nun (2013) Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi Poliklinikleri ve doğum salonunda 293 gebe ile" son trimester gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" amacıyla yaptığı çalışmasında, gebeler aylık gelirlerini %44'ü kötü, %30'u orta, %26'sı iyi olarak belirtmişlerdir(89). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa

Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı'nda, Türkmen' in (2014) yapmış olduğu çalışmada gebelerin ekonomik durumları; %24' ü gelir giderden az, %58' i gelir giderine denk, %18' i ise gelir giderden fazla olarak tespit edilmiştir. Gebelik ve bir bebek sahibi olma düşüncesi kişilerin fiziksel, psikolojik ve ekonomik anlamda sorumluluklarını da beraberinde getirmektedir(90).

Primigravida gebelerin %99.3' ü, multigravida gebelerin ise %87.3'ü çekirdek aile tipi ile yaşadığı bildirilmiştir. Türkmen'in 200 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %77'sinin, Kısacık ve Gölbaşı'nın 572 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %56.3' ünün, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %78.7'sinin çekirdek aileye sahip oldukları bildirilmiştir (87, 90, 91). Araştırma sonuçları toplumumuzda çekirdek aile yapısının çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Ayrıca TNSA 2013 verilerinde hane halkı büyüklüğünün azalmaya devam ettiği bulgusu elde edilmiştir. Son 20 yılda Türkiyede' ki ortalama hane halkı büyüklüğü 4,5 kişiden 3,6 kişiye düşmüştür. Araştırma sonucu, ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına benzerdir.

Gebelik haftası puan ortalaması primigravida gebelerde 36.29 ± 2.73 , multigravida gebelerde ise 36.13 ± 2.46 olarak bildirilmiştir. Her iki grupta gebelik haftası puan ortalaması yönünden benzerlik göstermektedir. Primigravida gebelerin %94.7'si, multigravida gebelerin %78'i gebeliğin planlı olduğunu bildirmiştir. Körükçü'nün yaptığı çalışmada gebelerin %89.9'u (n=293), Er'in İzmir ilinde 330 gebede, gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik isimli yaptığı çalışmada gebelerin %77'si, Kılıçarslan'ın 340 gebede yapmış olduğu, Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri adlı çalışmada %90.9'unun gebelik durumu planlı olarak belirtilmiştir (1 92, 93). Akbaş ve arkadaşlarının (2008) Malatya Devlet Hastanesine bağlı Gebe Polikliniğine başvuran 104 gebe ile "gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin isteyerek gebe kalma oranları %75 olarak bulunmuştur(102).

Ersanlı Kaya'nın yaptığı çalışmada olgu grubunda %81.3'ünün, kontrol grubunda ise %86.7'sinin gebeliğinin planlı olduğu bildirmiştir. Gözükara (2006)'nın yaptığı çalışmada ise gebelerin (n=350) %95.7'si gebeliği planlamış iken %4.7'sinin gebelik durumu planlı değildir(80). Planlanmış gebeliklerde genellikle kadın ve aile gebelik haberine hazırlıklıdır ve bu haber onları mutlu eder. Kadının gebeliğini kabullenmesi oldukça kolaylaşmıştır, endişesi azalmıştır. Mutlu bir bekleyiş süreci içine girer (1). Araştırma sonucu, ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına benzerdir.

Çalışmamızda primigravidaaların %90.7' si, multigravidaaların %98.7'si doğumu korku verici bir olay olarak görmektedir. Kadınların büyük bir kısmı doğum korkusu yaşamaktadır. Ersanlı' nın İstanbul ilinde deney grubu 40 kontrol grubu 40 gebe olmak üzere 80 gebe üzerinde yapılan indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisi konulu çalışmasında; deney grubundaki gebelerin %77.5' inin doğum yapma düşüncesinin onları korkuttuğu, kontrol grubundaki gebelerin ise %85' inin doğum yapma düşüncesinin onları korkuttuğu/ biraz korktuğu saptanmıştır (94). Uçar'ın İstanbul ilinde 300 lohusa üzerinde Wijma doğum beklentisi/ deneyimi ölçeği B versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda lohusaların %38'i (n=114)'inde orta; %23.7 (n=71) 'si ağır; %14.6(n=44) 'sında ise klinik düzeyde problem yaratacak düzeyde doğum korkusu olduğu saptanmıştır. Körükçü, (2009) Gebelerin yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek üzere Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiş olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonunu Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde yapılan çalışmaya katılan 660 gebeden klinik düzeyde doğum korkusu yaşayanları % 41.1 olarak tespit etmiş, Hiç doğum yapmamış kadınların doğum korkusunun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Fenwick ve ark. (2008), 'Doğum korkusunun prepartum ve postpartum dönemde görülme düzeyi ve Avustralyalı kadınların oluşturduğu çalışma grubuyla ilişkisi'nin gösterildiği çalışmada kadınların %26(n=104)'sında düşük, %47.9 (n=192)'unda orta ve yüksek korku düzeyinde %26.2 (n=105)'sinde yüksek düzeyde doğum korkusu tespit edilmiştir(55). Adams, (2012) Doğum Korkusu: Vaginal Doğum Yapması

Beklenen 2206 Kadın İle Yapılan Norveç Çalışmasında; W-DEQ anketinin ortalama skoru 56,6 ve kadınların %7,5 inde yüksek düzeyde doğum korkusu saptanmıştır(W-DEQ skoru >85) (101).

Gebelik ve doğum sürecinde karar verilmesi gereken önemli konulardan biri kadının doğum şeklidir. Karar verme sürecini etkileyebilecek faktörlerden olan gebelik ve doğum hakkında destek ve bilgilendirme yapılması kadınların doğru tercih yapmalarını sağlamada etkili olabilir. Sunulan çalışmada bu doğrultuda gebe eğitim sınıflarına katılım durumu incelenmiştir. Gebe eğitim sınıfına katılım durumlarına bakıldığında, primigravidaların %48'i multigravidaların %27.3'ü gebe eğitim sınıflarına katıldığını bildirmiştir. Gebelerin büyük çoğunluğu gebe eğitim sınıflarına katılmamıştır. Bu durumun doğum korkusunun yüksek olmasına yol açtığı düşünülebilir.

7.2. Gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği, WIJMA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde primigravida ve multigravida gebelerin DASÖ, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği, WIJMA ölçeği puan dağılımları ve ortalamaları, bu ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki ve karşılaştırılması, her iki grubun gebe eğitim sınıfına katılım durumları, gebelikte çalışma durumlarının, eğitim durumları, aylık gelir durumları, gebeliği planlama durumu ve multigravida gebelerin çocuk sayıları ile DASÖ, Doğum Eyleminde Öz yeterlilik Ölçeği ve WIJMA ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Sunulan araştırmada gebelerin, depresyon (0-9 puan normal) ve anksiyete (0-7 puan normal) puanları incelendiğinde, normal sınırlar içerisinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Stres puanları ise ölçeğin hafif düzeydedir (normal 0-14 puan, hafif 15-18 puan) üzerindedir. DASÖ alt boyutları olan anksiyete, depresyon ve stres puanları açısından karşılaştırıldığında, Primigravidaların stres puan ortalamaları, multigravidalara kıyasla daha düşük, anksiyete puan ortalamaları ise daha fazladır. Primigravidalarda hafif depresif semptom multigravidalara kıyasla daha fazladır. Her iki grup gebelerin stres puanları kıyaslandığında, multigravidalar arasında hafif ve orta üzeri stres puanı olan gebe sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3- 4).

Durmuş (2015) son trimester gebelerin stres, anksiyete ve depresyon durumlarının incelenmesi amacıyla Malatya’da 200 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %50’ sinin depresyon semptomlarının olduğunu saptamıştır. Setse (2009) yaptığı çalışmasında, gebelikte ve doğum sonu dönemde depresif semptomlar ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada birinci trimaster gebelerin %15’inin, ikinci trimasterde %14’ ünün ve son trimasterde %30’ unun depresyon semptomlarının olduğu bulunmuştur. Lancaster ve arkadaşlarının (2010) 867 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin %18’ inin, Lara ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada ise, Latin Amerikalı gebelerin yaklaşık %30’ unun depresyon semptomlarının olduğu bildirilmiştir. Gebelikte depresyon prevalansı dünyada %18 - 25 arasında değişmekte ülkemizde %12 - 58 arasında görülmektedir. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada, gebelerin %50.7’ sinde depresyon riski görüldüğünü bildirmişlerdir. Lee ve arkadaşlarının (2007) çalışmasına göre, gebelerin %37,1’ inde depresyon görüldüğü belirtilmiştir(105). Pınar ve arkadaşlarının (2014) Sivas merkezde yer alan bir devlet hastanesinde 300 gebe ile ‘Algılanan Stres Ölçeğini’ kullanarak yaptıkları çalışmaya göre, algılanan stres ortalaması $25,30 \pm 5,04$ olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gebelerin hafif düzeyde stres durumu olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür taramasında gebelerin stres durumu ile ilgili yapılan çalışmalar yetersiz olup bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Araştırmamız örneklem grubunu oluşturan gebelerde depresyon belirtisi saptanmamıştır. Eğitim düzeylerinin ve çalışma oranlarının yüksek olmasının bu durum üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir(96).

Durmuş (2015) tarafından yapılan çalışmada, Durumluluk Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $41,49 \pm 12,12$ ve Sürekli Anksiyete Ölçeği için ise puan ortalaması $45,16 \pm 10,47$ olarak saptanmıştır. Erdem ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmaya göre, Durumluluk Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $40,4 \pm 11,0$, Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ise $43,9 \pm 7,4$ olarak bulunmuştur. Çucu’ nun (2001) çalışmasına göre, antenatal sürekli kaygı puan ortalaması $46,54$ olarak bulunmuştur(100). Sertbaş’ ın (1998) gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, doğum öncesi durumluluk kaygı puan ortalaması 54.53 olarak saptanmıştır(97). Gündoğdu’nun (2013) Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi poliklinikleri ve doğum salonunda 293 gebe ile ‘son

trimasterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi'' konulu çalışmada, gebelerin son trimesterde ki Sürekli anksiyete ölçeğinin puan ortalamasının $42,90 \pm 8,10$, Durumluluk anksiyete puan ortalaması ise $43,09 \pm 10,11$ olduğu belirlenmiştir(89). Costa ve arkadaşlarının (1999) son trimasterdeki Durumluluk anksiyete puan ortalamasını $40,6$ olarak bulmuşlardır(98).Yapılan çalışma sonuçları ile sunulan çalışma sonuçları benzerlik göstermemektedir.

Yapılan literatür taramasında gebelerin depresyon, anksiyete, stres durumları ve etkileyen faktörler, öz yeterlilik durumu, doğum korkusu ile ilgili yapılan çalışmalar yetersiz olup bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde primigravidalarda puan ortalaması 159.64 ± 11.22 , multigravidalarda ise 171.01 ± 10.68 puan olarak belirlenmiştir. Doğum eyleminde öz-yeterlilik açısından multigravidaların, primigravidalara kıyasla daha fazla puana sahip oldukları belirlenmiştir. Ersanlı Kaya' nın toplam 68 gebe üzerinde yaptığı çalışmada; gebelik ve doğum sonrası ebeveyn öz yeterlilik puanlarının arttığı belirlenmiştir. Doğum deneyiminin, kadının kendini bu konuda daha yeterli görmesini sağladığı söylenilebilir.

Gebelerin WIJMA ölçeği toplam puan ortalamaları primigravidalarda (73.16 ± 9.38) multigravidalara (71.55 ± 6.37) kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak doğum korkusunun şiddeti açısından gruplar değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Uçar' ın İstanbul ilinde 300 lohusa üzerinde İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kadın doğum servisinde yatan lohusalarda yaptığı çalışmada gebelik sayısı, doğum sayısı ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.738$). Doğum deneyiminin doğum korkusunu azaltabileceği, bilinmeyen bir durum olmaktan çıkacağı öngörülmesine karşın, araştırma sonuçları bu doğrultuda değildir ve bu konuda geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

Primigravida ve multigravidalarda gebelikte çalışma durumlarının DASÖ alt boyutlarından olan depresyon, stres ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. DASÖ alt boyutlarından depresyon, stres ve toplam puan ortalamalarının gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Akkaş Yılmaz' ın Ankara ilinde 400 gebe üzerinde, Ankara' da bir eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde ' Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği' ile depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler konulu çalışmasına katılan gebelerde, çalışma durumu ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, çalışan gebelerde depresyonun daha az olduğu görülmüştür ($p=0.000$) (99). Çalışma durumu, aile bütçesine katkı yapabilmesi nedeniyle kadının kendisini daha iyi hissetmesine yol açtığı düşünülebilir.

Primigravida ve multigravidalarda gebelikte çalışma durumları ile WIJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. WIJMA ölçeği puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerinde çalışan kadınların, doğum korkusu daha az düzeydedir.

Multigravidalarda gebelikte çalışma durumlarının öz yeterlilik alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Öz yeterlilik alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışan gebelerin, öz yeterlilik düzeyinin daha iyi olması, hemde doğum korkusunun daha az olması çalışma ve para kazanma durumunun kadının kendine olan güvenini arttırdığını düşündürmektedir.

Primigravida gebelerin eğitim durumları ile DASÖ alt boyutlarından stres puan ortalaması, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi ve WIJMA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Primigravidalarda lise mezunu olan gebeler üniversite mezunu olan gebelere kıyasla stres puanları daha fazla, yeterlilik beklentisi daha fazla, doğum korkusu puanları daha fazladır. Multigravidalarda ise gebelerin eğitim durumları ile DASÖ, WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık bulunmamış iken, doğum eylemine öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık lise mezunu olan multigravidaların, üniversite mezunu olan multigravidalara kıyasla, sonuç beklentisi ve öz yeterlilik ölçeği toplam puanları daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyinin artması kadının öz yeterlilik durumunu desteklemektedir.

Uçar' ın yaptığı çalışma sonucuna göre; eğitim ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (95). Lise ve üzeri eğitime sahip lohusalar doğum korkusunu daha fazla yaşamaktadır ($\chi^2=15.965$, $p<0.05$). Araştırmamızda ise eğitim düzeyi yüksek olan kadınların doğum korkusu daha az belirlenmiştir.

Primigravidalar ve multigravida gebelerde aylık gelir durumları DASÖ ve doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Primigravidalarda WIJMA toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Geliri gidere eşit olan gebelerin, geliri giderden fazla olan gebelere kıyasla daha yüksek doğum korkusu vardır. Multigravidalarda ise gelir durumu WIJMA toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Ekonomik olarak kendini yeterli güçte hisseden kadınların, doğum korkusu daha az düzeydedir, bu konuda geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

Primigravidalarda gebeliği planlama durumları DASÖ, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında ilgili istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Multigravidalarda gebeliği planlı olanlar ve planlı olmayanlar arasında DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gebeliği planlı olanlar, gebeliği planlı olmayanlara kıyasla DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi ve WIJMA Ölçeği toplam puan ortalamaları daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebeliği planlı olan kadınların stres, anksiyete, depresyon düzeyleri/ semptomları daha az, yeterlilik beklentisi daha az, doğum korkusu daha azdır. Durmuş' un Malatya ilinde 200 gebe üzerinde gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi konulu

çalışmasında gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla depresif semptom ve sorumluluk kaygı seviyesi açısından daha fazla belirtiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma sonucumuz Durmuş'un sonuçlarıyla benzer özelliktedir. Gebeliği planlama kadının kendini doğum eylemi ve ebeveyn olma açısından hazır hissetmesini sağlamaktadır.

Multigravida gebelerde 1 çocuğu olanların anksiyete puanı daha fazla, öz yeterlilik puanı daha düşük ve WIJMA puanının daha fazla olduğu saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. 3 ve daha fazla çocuk sahibi olan gebelerin depresyon ve stres puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Uçar'ın 300 lohusa üzerinde yaptığı çalışmada lohusaların doğum sayısı ile DASÖ' nün depresyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir(95). Doğum sayısı 2 olanların depresyon alt boyut puanı; doğum sayısı 3 olanların stres alt boyut puanı, doğum sayısı 1 olan lohusalardan daha fazla bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların paritelerinin artması stres ve depresyon durumlarını artırmaktadır. Sorumlulukların artmasının bu konuda etkili olduğu düşünülmektedir.

8.SONUÇLAR

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş aralığı 18-35 olup primigravidalarda ortalama 26.65 ± 3.1 , multigravidalarda 29.45 ± 2.5 olarak belirlenmiş, çalışmaya katılan gebelerin tümü evlidir. Gebelerin evlilik süreleri primigravidalarda ortalama 24.6 ± 11.2 , multigravidalarda 59.4 ± 22.7 'dir. gebelerin büyük çoğunluğu üniversite mezunudur. Primigravida (%76) ve multigravida (%80.7) gebelerin büyük çoğunluğu gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Gebelerin ekonomik durumu primigravidalarda %68, multigravidalarda %74.72' sinin geliri giderine eşittir. Primigravida gebelerin %65.3' ü, multigravidaların %34'ü gebelik döneminde çalıştıkları belirlenmiştir. Gebelerin gebelikte çalışma durumlarında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Gebelerin büyük çoğunluğu çekirdek aile ile yaşamaktadır.

Gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında, gebelik haftalarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Primigravidalarda gebeliği planlama durumu %94.7 iken, bu oran multigravidalarda %78 olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0.000$). Her iki grupta büyük çoğunluk doğumu korku verici bir olay olarak görmekte olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.01$). Primigravidalara kıyasla daha fazla sayıda multigravida gebe doğumu korku verici bir olay olarak görmektedir. Primigravidaların %48'i, multigravidaların ise %27.3' ü gebe eğitim sınıfına katılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.000$).

Primigravida ve Multigravidalarda DASÖ alt boyutları olan anksiyete, depresyon ve stres puanları açısından karşılaştırıldığında, her iki grubun anksiyete ve stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (Primigravidalarda anksiyete ortalaması 7.76 ± 3.86 iken Multigravidalarda 6.17 ± 1.86 , Primigravidalarda stres puan ortalaması 14.87 ± 4.88 iken Multigravidalarda 16.73 ± 4.91 ' dir.). Primigravidaların stres puan ortalamaları, multigravidalara kıyasla daha düşük, anksiyete puan ortalamaları ise daha fazladır. Doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları açısından her iki grup karşılaştırıldığında hem alt boyut hem de toplam puan ortalamaları açısından multigravidaların daha fazla

puana sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.000$). Gebelerin WIJMA ölçeği toplam puan ortalamaları primigravidalarda 73.16 ± 9.38 , multigravidalarda ise 71.55 ± 6.37 olup, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelerin DASÖ ve WIJMA A ölçeği puan dağılımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, primigravidalarda hafif depresyon puanlarının, multigravidalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Primigravidalarda hafif depresif semptom multigravidalara kıyasla daha fazladır. Her iki grupta gebelerin anksiyete puan dağılımları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Her iki grup gebelerin stres puanları kıyaslandığında, multigravidalar arasında hafif ve orta üzeri stres puanı olan gebe sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Primigravida ve multigravida gebelerin DASÖ, Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ve WIJMA ölçekleri alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, primigravidalarda DASÖ anksiyete ile stres ($r:0.63$) ve anksiyete ile depresyon ($r:0.56$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu, depresyon ile stres ($r:0.43$) puanları arasında ise zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyut ve toplam puanları ile DASÖ ölçeği puanları arasında çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. WIJMA ölçeği toplam puanı ile depresyon puanı arasında zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 5).

Multigravidalarda, DASÖ depresyon puanları ile anksiyete puanları ($r:0.70$) ve stres ile depresyon ($r:0.66$) puanları arasında orta düzeyde, anksiyete ile stres ($r:0.79$) puanları arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği puanları ile DASÖ ölçeği puanları arasında zayıf/ çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. DASÖ depresyon ve stres puanları ile WIJMA ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Primigravida ve multigravida gebelerin DASÖ, WIJMA Ölçeği ve Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında WIJMA ölçeği puan ortalamaları ile Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ölçeği sonuç alt boyutu ve toplam alt boyutu puanları arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (Primigravidalarda doğum eyleminde öz yeterlilik sonuç alt boyutu $Z = -3.89$ $P = 0.000$ Multigravidalarda ise $Z = -1.82$ $P > 0.05$, Primigravidalarda doğum eyleminde öz yeterlilik toplam puan ortalaması $Z = -3.6$ $P = 0.000$ iken Multigravidalarda $P > 0.05$). Orta ve düşük düzeyde doğum korkusu olan primigravidaların öz yeterlilik sonuç puan ortalaması (88.6 ± 10.8) ve toplam puan ortalaması (168.15 ± 10.7) yüksek doğum korkusu olan gebelerin öz yeterlilik sonuç puan ortalaması (79.3 ± 8.1) ve toplam puan ortalamasından (158.33 ± 10.7) daha fazla olduğu saptanmıştır. İleri düzey anksiyetesi olan primigravidaların, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından öz yeterlilik sonuç (66.36 ± 10.5) ve toplam puanları (146.55 ± 15.5) normal/ hafif/ orta düzey (normal= 159.94 ± 7.7 hafif= 162.10 ± 11.0 orta= 161.83 ± 15.0) anksiyetesi olanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Sonuç alt boyutu $\chi^2 = 25.78$ $P = 0.000$, Toplam alt boyutu $\chi^2 = 14.57$ $P = 0.002$).

Primigravidalarda gebe eğitim sınıfına katılım durumları ile DASÖ ve Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik ölçeklerinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken, WIJMA Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Gebelik eğitim sınıfına katılan primigravida gebelerin katılmayanlara kıyasla WIJMA puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gebe eğitim sınıfına katılan 71.04 ± 7.68 , Gebe eğitim sınıfına katılmayan 73.15 ± 8.18). Primigravidaların doğum korkusu, multigravidalara kıyasla daha fazladır.

Multigravidalarda gebe eğitim sınıfına katılanlar ve katılmayanlar arasında DASÖ alt boyutlarında olan anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebe sınıfına katılanların (5.68 ± 1.85), katılmayanlara (6.35 ± 1.84) kıyasla anksiyete puanları daha düşük olarak belirlenmiştir. Multigravidaların anksiyete düzeyleri ($p < 0.05$), primigravidalara ($p > 0.05$) kıyasla daha azdır. Multigravidaların ise öz yeterlilik düzeyleri ($p > 0.05$), primigravidalara ($p > 0.05$) kıyasla daha yüksektir.

Primigravida ve multigravidalarda gebelikte çalışma durumlarının DASÖ alt boyutlarından olan depresyon, stres ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. DASÖ alt boyutlarından depresyon(Primigravidalarda 4.40 ± 2.96 multigravidalarda 4.16 ± 1.88), stres (Primigravidalarda 14.10 ± 4.77 multigravidalarda 15.63 ± 4.53) ve toplam puan ortalamalarının(Primigravidalarda 26.05 ± 9.55 multigravidalarda 25.65 ± 7.41) gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara (Primigravidalarda depresyon= 5.77 ± 3.99 stres= 16.33 ± 4.81 toplam= 30.25 ± 11.18 Multigravidalarda depresyon = 5.04 ± 2.04 stres= 17.29 ± 5.02 toplam= 28.66 ± 8.12) kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Primigravida ve multigravidalarda gebelikte çalışma durumları ile WIJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. WIJMA ölçeği puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların (primigravida= 70.87 ± 8.87 multigravida= 70.12 ± 5.17) , çalışmayanlara (primigravida= 77.48 ± 8.83 multigravida= 72.28 ± 6.82) kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir(primigravida $p=0.000$ multigravida $p<0.05$). Gebeliklerinde çalışan kadınların, doğum korkusu daha az düzeydedir.

Multigravidalarda gebelikte çalışma durumlarının öz yeterlilik alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Öz yeterlilik alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puan ortalamaları gebelik döneminde çalışanların(Sonuç= 87.94 ± 6.70 toplam= 173.88 ± 9.06), çalışmayanlara(Sonuç= 84.74 ± 8.35 toplam= 169.54 ± 11.18) kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Primigravida gebelerin eğitim durumları ile DASÖ alt boyutlarından stres puan ortalaması, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi ve WIJMA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Primigravidalarda lise mezunu olan gebeler (16.34 ± 4.85) üniversite mezunu olan gebelere (14.52 ± 4.85) kıyasla stres puanları daha fazla, yeterlilik

beklentisi(lise=80.76±5.35 üniversite=78.71±4.72) daha fazla, doğum korkusu puanları (lise=79.±31 üniversite=71.69±8.97) daha fazladır (p<0.05).

Multigravidalarda ise gebelerin eğitim durumları ile DASÖ, WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamış iken, doğum eylemine öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından sonuç beklentisi ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık lise mezunu olan multigravidaların(sonuç=80.0±8.87 toplam=165.26±9.90), üniversite mezunu olan multigravidalara (sonuç=86.67±7.48 toplam=171.85±10.57) kıyasla, sonuç beklentisi ve öz yeterlilik ölçeği toplam puanları daha düşük olduğu belirlenmiştir(p<0.05).

Primigravidalar ve multigravida gebelerde aylık gelir durumları DASÖ ve doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Primigravidalarda WIJMA toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Geliri gidere eşit olan gebelerin(74.19±7.91), geliri giderden fazla olan gebelere(70.98±11.71) kıyasla daha yüksek doğum korkusu vardır(p<0.05). Multigravidalarda ise gelir durumu WIJMA toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır(p>0.05).

Primigravidalarda gebeliği planlama durumları DASÖ, doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği ve WIJMA Ölçeği puan ortalamaları arasında ilgili istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05).

Multigravidalarda gebeliği planlı olanlar ve planlı olmayanlar arasında DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebeliği planlı olanlar, gebeliği planlı olmayanlara kıyasla DASÖ alt boyutları olan depresyon(planlı=4.36±1.98 planlı olmayan= 6.09±1.60) , anksiyete(planlı=5.79±1.89 planlı olmayan= 7.48±0.97) ve stres puan ortalamaları(planlı=15.50±4.69 planlı olmayan= 21.06±.75) , doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği alt boyutlarından yeterlik beklentisi (planlı=84.64±5.39 planlı olmayan= 87.12±5.6) ve WIJMA Ölçeği toplam puan ortalamaları (planlı=70.89±6.10 planlı olmayan= 73.88±6.87) daha düşük olduğu

belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebeliği planlı olan kadınların stres, anksiyete, depresyon düzeyleri/ semptomları daha az, yeterlilik beklentisi daha az, doğum korkusu daha azdır.

Multigravida gebelerde 1 çocuğu olanların anksiyete puanı (7.76 ± 3.86) daha fazla, öz yeterlilik puanı daha düşük ve WIJMA puanının (73.16 ± 9.38) daha fazla olduğu saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

3 ve daha fazla çocuk sahibi olan gebelerin depresyon(5.13 ± 2.01) ve stres(18.32 ± 4.83) puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (0.000).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Gebelerin öz yeterlilik durumu ve doğum tercihlerini; gebenin eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebeliği planlama durumu, gebe eğitim sınıfına katılım, gebelik ve doğum sayıları, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin bu faktörler konusunda farkındalıklarının artırılması için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmelidir.
- Gebe eğitim sınıfları artırılmalı ve tüm gebelerin katılımı sağlanmalıdır. Primigravidaların özellikle gebe eğitim sınıflarına katılımı teşvik edilmelidir.
- Bu konuda büyük örneklem sayısı ile çok merkezli, uzun dönem izlemleri de kapsayan, araştırmalar yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Edirne, Türkiye.2008.
2. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1): 47-54. (2008)
3. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi 12(3):24-31. (2010)
4. Yılmaz DS, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal ve bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 20:99-108. (2010)
5. Gümüş, A. B., Çevik, N., Hyusni, S.H., Biçen, Ş., Keskin, G. Ve Malak, A. T. , gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi, 5(1), 7- 14. (2011).
6. Yıldız, H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği geliştirme çabası. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1), 63-74. (2011).
7. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 275. (2009).
8. Todman D. A. History of caesarean section: From ancient world to the modern era. Obstet and Gynecol; 47: 357- 361. (2007).
9. Ersanlı Kaya C. Gebelerde Ebeveyn Uyum Desteği Programının Ebeveyn Öz Yeterlilik Algıları Üzerine Etkisi. T. C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul. (2013).
10. Cunningham, F.G., Gant, N.F, Leveno, K. J., Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21 st Ed., 537- 65, (2001).

11. Dölen, T. Gökçü, M., Sezaryen ve Etik, Kadın Doğum Dergisi, 1(1), Aralık 2002.
12. Konakçı, S. Kılıç, B., Sezaryen İle Doğumlar Artıyor, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 8(11), 286- 88, 2002.
13. Konakçı, S.K., Kılıç, B., İzmir’de Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler, Türkiye Klinikleri Obstetrik- Jinekoloji, 14, 88- 95, 2004.
14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara 2003.
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2008. Ankara. 2014.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013. Ankara. 2014.
17. Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tazi. Erzurum.2014
18. Burroughs A, Leifer G. Complication of Childbearing, Cesarian Section. In: maternity Nursing an Introductory Text (8 th ed), W.B Saunders Company, US, : p 258- 261. (2001)
19. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; S:251-274. (2007).
20. Okumuş H., Mete S., Yeral K., Tokat M. A., Figen P. S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. Edt. Okumuş H., Mete S. Deomed Reklam ve Yayıncılık Ltd. ve Şti. İstanbul. s:83, 88-99. (2009)
21. Vatansever Z. Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir. 2009
22. Sewel JE. Cesarean section a brief history. National Library of Medicine, 30 April- 31 August: 1- 10. (1993)
23. Ravlı E. Kadınların Sezaryen ve Normal Doğum Yapma Nedenlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin: 35- 48.(2010)

24. Angeja A.C.E. and et al. Chilean Women's Preferences Regarding Mode of Delivery: Which Do They Prefer And Why? BJOG. 113: 253- 1258. (2006)
25. Moffat M.A. and et al Decision Making About Mode of Delivery Among Pregnant Women Who Have Previously Had aCaeseraen Section: A Qualitaitve Study. BJOG, 114: 86- 93. . (2006)
26. Moini A, Riazi K, Ebrahimi A and Ostovan N (2007) Caeseraen Section Rates in Teaching Hospitals of Tehran: EMHJ. 13(2), March- April. (1999- 2003.)
27. Yaşar Ö, Şahin F, Coşar E ve ark. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst; 17: 414- 420. (2007)
28. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors fort he increasing cesarean section rate in South Brazil: A comparison of two birth cohorts 1978- 1979 and 1994. International Journal Of Epidemiology 28: 687- 694, 1999.
29. Aali B. S., Motemadi B Women knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran. EMHJ, 11(4) <http://www.emro.who.int/whd2005/worldhealthreport.htm> (2005)
30. Gamble H, et al. Women' s Request for a Cesarean Section: A Critique of Literature. Birth; 27: 256- 73. (2000)
31. Coşkun A., Köstü B., Ercan Ö. Ve arkKahramanmaraş İl Merkezinde 2004 ve 2006 Yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi. 4(3): 168-172. (2007)
32. Güney M, Ertan U, Oral B ve ark. Kliniğimizde yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2006; 3: 249- 254. (2001- 2005)
33. Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lindgren I A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors [abstract]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 40(5):532-43. (2011)

34. Çivili D. Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir. (2005)
35. Özcan K. Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Sezaryene İlişkin Bilgi Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya: 80- 81. (2006)
36. Gözükara F. Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 25- 84. (2006)
37. Karabulutlu, Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20(3), 210-218. (2012).
38. Gençöz T. Korku: Sebepleri, Sonuçları Ve Başetme Yolları, Kriz Dergisi 6(2): 9- 16. (1998)
39. Weaver J., Statham H., Richards M. Are There Unnecassaray Cesarean Sections For Nonclinical İndication. BIRTH, 34: 32-41. (2007)
40. Serçekuş, P. Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing, TAF Preventive Medicine Bulletin, 10: 239- 242. (2011)
41. Serçekuş P. Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş) (2005)
42. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: An unreasoning dread of chilbirth. A series of 26 cases. British Journal of Psychiatry, , 176: 835. (2000)
43. Kızılırmak A. Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri: 2. 2011
44. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J; 79 (3): 505- 510. (2003)

45. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*; 30(2): 75-84. (2001)
46. Jacobi PE. *Angste Besiegen Panik Überwinden*. Çeviri: Cengiz Y. *Korkuları Yenmek Paniği Atlatmak*, 1. Baskı. İstanbul, Delta Yayınları,: 1- 24. (2006)
47. Köknel Ö. *Stres ve Hastalıklar*. Tarhan N, editör. Gri Ajans, İstanbul, 1990.
48. Köroğlu E. *Kaygılarımız Korkularımız*, 1. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık,: 1- 40. (2006)
49. Seller A. Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri. ME. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 35- 49, Mersin, 2012.
50. Serçekuş P, Okumuş H. Fear associated with childbirth among nulliporous women in Turkey. *Midwifery*; 25(2): 155-162, 2009.
51. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth. A study of 329 pregnant women *Birth*. 29: 2: 101- 109. (2002)
52. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personel reasons. *Acta Obstetricia Scandinavia*,; 72: 280- 285. (1993)
53. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M, Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, , 40: 58- 61. (2009)
54. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primipare with caesarean section. *Bjog* 115:324-31. (2007)
55. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal Of Clinical Nursing* 18: 667-77. (2008)
56. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *Bjog* 113:638-646. (2006)
57. Sleutel RM. Intrapartum nursing: Integrating Rubin' s framework with social support theory. *JOGNN*; 32(1): 76-82. (2003)

58. Sjögren B. Childbirth: expectations, choices and trends (2000), *The Lancet*. 356:12. (2000)
59. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies, *Obstetrics and Gynecology*, , 94: 999. (1999)
60. Saisto T and Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*.; 82:3, 201- 208. (2003)
61. Bandura, A.. Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191- 215. (1977)
62. Yiğitbaş, Ç. ve Yetkin, A. sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz- etkililik- yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1) 6- 13. (2003)
63. Keskin G, Orgun F. Öğrencilerin Öz- Etkililik- Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 7(2): 92- 9. (2006)
64. Yardımcı, F. ve Başbakkal, Z. İlköğretim öğrencilerinin öz- yeterlilik düzeylerinin ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 19-33. (2011)
65. Okçin FA, Gerçeklioğlu G. Öğrencilerin Öz- Etkililik- Yeterlilik Algıları Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2(1): 40- 51. (2013)
66. Bandura A. Self- efficacyin Changing societies, 3th Edition. Cambiridge University Press, New York, :1- 7. (1997)
67. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing*, 5. Edition. Mosby, Newyork,: 478. (2001)
68. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2(1):15- 21. (2012)
69. Acar, T. (2007). Öz- Yeterlilik (Self- Efficacy) Kavramı Üzerine. Erişim, http://tulin.likya.org/Egitimle/Ozyeterlilik_T.Acar_.pdf. (07.03.2013)

70. Doni NY, Şimşek Z, Gürses G, Özer MS. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, , 12:21-34. (2009)
71. Kara, M. Ve Mirici, A. KOAH Öz- Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34, 61- 66. (2002).
72. Otacıoğlu SG: Müzik öğretmenliği okul deneyimi I uygulamalarına katılan öğretmen adaylarının öz- etkililik-yeterlilik düzeylerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, , 32:163-170. (2008)
73. Lenz ER, Shortridge- Baggett LM. Self- Efficacy in Nursing. Springer Publishing Company, New York,: 3-6. (2002)
74. Beydağ, K.D. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479- 484. (2007)
75. Yıldırım G, Hotun Şahin N.(2003) Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1).
76. Stockman, AF; Altmaier, EM. Relation of self- efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2001, 8: 161- 166.
77. Ip W Y, Tang C, Goggins W B. An educational intervention to improve women' s ability to cope with childbirth. *Journal of clinical Nursing*, 2009, 18: 2125- 2135.
78. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk - sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10: 113-120.
79. Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercih ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması. Uzmanlık Tezi, 2008.
80. Gözükara F. Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2006: 25- 84.

81. Güzel M. Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Bilgi, Tutum ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak.2014.
82. Kılıçaslan, A. (2007). Ebeveynliğe Geçiş Döneminin Çeşitli Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Etkenler açısından İncelenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
83. Elibol. F., Mağden, D. Ve Alpar, R. (2007). Anne Babalık Becerilerinde Özyeterlilik Ölçeği'nin (1- 3 yaş) geçerlik ve güvenilirliği. Toplum Hekimliği Bülteni, 26 (3), 25- 31.
84. Büyüктаşkapu S. (2012). Annelerin öz yeterlilik algıları ile 1- 3 yaş arasındaki çocukların gelişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1(1), 18- 30.
85. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2008; 3: 39 - 66.
86. Elveren C. Aydın Doğumevinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. T.C Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Aydın, 2008.
87. Ayan R. Gebelerin Olağan Şikayetleriyle Başa Çıkma Yolları ve Etkileyen Faktörler. T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
88. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi İle İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014 ;36 : 429 – 441.
89. Gündoğdu G. Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2013.

90. Türkmen S. Gebeliğin Son Trimasterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2014.
91. Kısacık G, Gölbaşı Z. Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgileri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.;19(4):197-205, 2009.
92. Körükçü H. (2009) Wijma doğum beklentisi / deneyimi ölçeği A Versiyonu'nun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, Antalya
93. Er S. (2006) Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahsen Şirin).
94. Ersanlı, C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. T. C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
95. Uçar, E. (2013). Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği B Versiyonu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
96. Pınar EŞ, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde Uyku Kalitesi İle Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7 (3) :171 - 177.
97. Sertbaş G (1998). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk- sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi 48(6): 16- 19.
98. Costa D, Larouche J, Drista M, Brender W. Variations in stres levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy- specific stress. Journal of Psychosomatic Research 1999;47:609-621.

99. Akkaş Yılmaz E. Ankara’ da Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde “ Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği “ İle Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Epidemiyolojisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s. 48- 49, 2013.
100. Çucu NÖ. Adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerinin incelenmesi.Yüksek lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi; 2001.
101. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A (2012) Fear of childbirth and duration of labour; a Study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG 10:1111
102. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 85 – 91.
103. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi 2010 ;12 (3) :24 - 31.
104. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk - sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10: 113-120.
105. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, et al. Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression. Obstet Gynecol 2007; 1110 – 1102.

10. EKLER

EK- 1: BİREY TANIMLAYICI FORMU

Değerli katılımcı, sizlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarınızı belirlemeyi amaçlıyoruz. Aşağıda yer alan soruları içtenlikle ve eksiksiz yanıtlamanız araştırmanın doğru sonuçlanması adına çok önemlidir. Paylaştığımız bütün bilgiler saklı tutulacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: (lütfen belirtiniz):

2. Eşinizin Yaşı:.....

3.Eğitim düzeyiniz:

a)Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üzeri

4. Eşinizin eğitim düzeyi:

a)Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üzeri

5. Gelir Düzeyiniz:

a) Gelir-giderden az b) Gelir giderle eşit c) Gelir giderden fazla

6. Mesleğiniz:

a) Ev hanımı b) Emekli c) Öğrenci d) Çalışan memur

e) Çalışanın kendi işi- özel işi f) Çalışmıyorum

7. Sağlık güvenceniz var mı?

a) Yok b) Devlet sigortası-SGK c) Özel sağlık sigortası

8. Birlikte yaşadığınız kişiler:

a) Yalnız b) Eş c) Eş ve çocuklar

d) Eş, çocuklar ve diğer aile bireyleri (aile büyükleri, kuzenler vs.)

9. Çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

10. Hastaneye/ doktora ulaşım sizin için zor mu?

a) Evet b) Hayır

11. Şimdiki gebeliğinizde yaşadığınız herhangi bir sağlık probleminiz var mı?
(Şeker, tansiyon gibi)

a) Evet:..... b) Hayır

12. Kaç yıldır evlisiniz?

11. Daha önce gebe kaldınız mı?

a) Evetkere b) Hayır

12. Daha önce doğum yaptınız mı?

a) Evetkere b) Hayır

13.Önceki doğumunuzda doğum şekliniz nedir?

a) Normal doğum b) Sezeryan doğum

14.Düşük yaptınız mı?

a) Evetkere b) Hayır

15. Yaşayan çocuğunuz var mı?

a)Evet.....tane b) Hayır

15. Emzirmeyi istiyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16. Bu planlı bir gebelik mi?

a)Evet b) Hayır

17. Gebelik Haftanız:.....

18. Daha önceki gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

a) Evet..... b) Hayır

19. Normal doğum mu sezaryen doğum mu istiyorsunuz?

a) Normal Doğum b) Sezaryen Doğum

20. Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mu?

a) Evet b) Hayır

21. Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

22. Doğum eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mı?

a) Evet b) Hayır

23. Doğuma hazırlık sınıfına gittiniz mi?

a) Evet b) Hayır

24. Bu süreçte, size en çok destek olan kişi neyiniz oluyor: (belirtiniz):.....

25. Doğum şekline karar vermede etkilendiğiniz faktörler nelerdir?

.....

EK- 2: DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORM

1- Sonuç Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Aşağıdaki davranışların her biri için, davranışların; doğum esnasında yapacağınız her bir hareketin nasıl faydalı olacağını düşünün ve 1 hiç yararlı değil den başlayıp 10 çok yararlıda sonlanan 1 den 10 a kadar numaralardan size uygun olan numarayı işaretleyiniz.

Maddeler	Hiç yararlı değil					Çok yararlı				
1. Vücudunu gevşetmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Her kasılmaya hazır olmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Kasılma sırasında nefesini kullanmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Kendine hakim olmak(Kontrolünü sağlamak)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Rahatlamaya çalışmak/Gevşemeye odaklanmak,	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Dikkatini dağıtma için odadaki bir cisme yoğunlaşma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Sakin olmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Bebeğine yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Her kasılmaya katlanmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Olumlu düşünmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Ağrıyı düşünmemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Kendi kendimize doğumumuzu yapabileceğimizi söylemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Ailedeki diğer bireyleri düşünmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Doğumda sana yardım eden kişilere Yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2- Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Her bir davranış için, davranışların; “1” hiç emin değil ve “10” tamamen emin arasında bir rakamı işaretleyerek, tüm doğum süreciyle baş etmeniz size yardımcı olacak bazı yeteneklerinizi nasıl kullanacağınızı gösterin.

Maddeler	Tamamen eminim değilim	Hiç emin değilim
1.Vücudumu rahatlatabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Her kasılmaya hazırım	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Kasılma sırasında nefesimi kullanabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. Kendime hakim olabilirim/Kontrolümü sağlarım	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. Rahatlamayı düşünebilirim/Gevşeyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Dikkatimi odadaki bir cisme yoğunlaştırabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. Kendimi sakin tutabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8. Bebeğimi düşünerek ona yoğunlaşabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. Her kasılmaya dayanabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. Olumlu düşünebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11. Ağrıyı düşünmeyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
12. Doğumumu yapabileceğimi kendime söyleyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
13. Ailemdeki diğer bireyleri düşünebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Hiç emin değilim	Tamamen eminim
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
15. Doğumda bana yardım eden kişilere Yoğunlaşabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
16. Bana yardımcı olan kişilerin cesaretlendirici sözlerini dinleyebilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

EK-3: DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES ÖLÇEĞİ

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2 A	Ağızımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı farkettim	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5 D	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7 A	Bir sarsıklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9 A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirliği hissine kapıldım	0	1	2	3
12 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13 D	Kendimi üzgün ve depresif hissettim	0	1	2	3
14 S	Herhangi bir şekilde <i>geciktirildiğim</i> de (<i>asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğim</i> de) sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15 A	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16 D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
22 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23 A	Yutma gücümü çektim	0	1	2	3
24 D	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarının hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
26 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27 S	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29 S	Bir şey canımı sıkığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30 A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32 S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33 S	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3
34 D	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
35 S	Beni yaptığım işten alkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36 A	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37 D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşürecek durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

Depresyon=3,5,10,13,16,17,21,24,26,31,34,37,38,42 Anksiyete=2,4,7,9,15,19,20,23,25,28,30,36,40,41
 Stres=1,6,8,11,12,14,18,22,27,29,32,33,35,39

4. 0 1 2 3 4 5
Son derece güçlü Hiç güçlü değil

5. 0 1 2 3 4 5
Son derece emin Hiç emin değil

6. 0 1 2 3 4 5
Son derece korkmuş Hiç korkmamış

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

8. 0 1 2 3 4 5
Son derece güçsüz Hiç güçsüz değil

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

9. 0 1 2 3 4 5

Son derece güvende Hiç güvende değil

10. 0 1 2 3 4 5

Son derece bağımsız Bağımlı

11. 0 1 2 3 4 5

Son derece umutsuz Hiç umutsuz değil

12. 0 1 2 3 4 5

Son derece gergin Gerginlik yok

13. 0 1 2 3 4 5

Son derece memnun Hiç memnun değil

14. 0 1 2 3 4 5

Son derece hoşnut Hiç hoşnut değil

15. 0 1 2 3 4 5

Son derece terkedilmiş Hiç terkedilmemiş

16. 0 1 2 3 4 5

Tamamen kendine hakim Hiç kendine hakim değil

17. 0 1 2 3 4 5

Son derece rahat Hiç rahat değil

18. 0 1 2 3 4 5

Son derece mutlu Hiç mutlu değil

III Doğum sancuları 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 kendine güvenli			Kendine güvensiz			
24.	0	1	2	3	4	5
Aşırı ağırlı			Hiç ağırlı yok			

IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

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

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

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

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

32.doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?
0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

33.doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?
0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.5095
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/12/2015

Sayın Seher AKIN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Gebelerin Öz-yeterlilik Algıları ve Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.12.2015 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmationCodeDocumentViewer.aspx?Code=E971850AXE>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Öz-yeterlilik Algıları ve Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Seher Akın			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	23.12.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23.12.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 678		Tarih: 23/12/2015	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyomedikal	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SEHER	Soyadı	AKIN UTKU
Doğum Yeri	ÖDEMİŞ	Doğum Tarihi	28.10.1991
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	
E-mail	x_seher_91@hotmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	-	-
Yüksek Lisans	İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ	2017
Lisans	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ	2014
Lise	ÖDEMİŞ LİSESİ	2009

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
1.	Ebe	Central Hospital	2016- Halen
2.	Ebe	İstanbul Özel Medipol Hastanesi	2014- 2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Okuma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES PUANI	73	72	63

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	İyi