



T.C.  
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**GEBELERDE DOĞUM BEKLENTİSİ VE DOĞUM YÖNTEMİ TERCİH  
NEDENLERİNİN DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

DR. Muhammed KIZILKAYA  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2020

T.C.  
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**GEBELERDE DOĞUM BEKLENTİSİ VE DOĞUM YÖNTEMİ TERCİH  
NEDENLERİNİN DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

DR. Muhammed KIZILKAYA  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2020

## ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, her türlü zor durumda danışabildiğim, tezimin gerçekleşmesinde destek ve anlayışını hiç esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI'ya;

Uzmanlık eğitimime, tez çalışmama ve hayatıma katkılarından dolayı değerli hocam ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Hüseyin AVNİ ŞAHİN'e;

Tez çalışmamın hayata geçmesinde izni olan sayın Prof. Dr. Güler ŞAHİN'e ve çalışma rutinleri içerisinde değerli zamanlarını ayırarak çalışmaya katkıda bulunan sayın gebelerimize;

Tezimin istatistiklerinin değerlendirilmesinde katkılarını ve güler yüzünü esirgemeyen Tıbbi Biyostatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sıddık KESKİN'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte uyum içinde çalışmaktan zevk aldığım bütün asistan arkadaşlarım ve hocalarıma;

Yıllar sonra bile hala yanımda olan çok sevgili dostlarıma;

Koşulsuz bir şekilde beni destekleyen, bu günlere gelmemde sonsuz katkıları olan çok sevgili annem Leyla KIZILKAYA'ya, babam Muhsin KIZILKAYA'ya kardeşlerim Fatmanur ve Ömer KIZILKAYA'ya arkadaşlarım Mehmet Emin TAŞDEMİR ve Mehmet'te teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Muhammed KIZILKAYA

## ÖZET

### VAN YYÜ TIP FAKÜLTESİ'NE BAŞVURAN GEBELERDE DOĞUM BEKLENTİSİ VE DOĞUM YÖNTEMİ TERCİH NEDENLERİNİN DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, gebelerin, doğum yöntemlerinden olan normal doğum veya sezeryan ile doğum tercih nedenlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini tespit etmek ve varsa bu konuda gebelerin sorunlarının giderilerek, sağlık çalışanları ve toplumda bilinç ve farkındalık yaratarak bunun sonucunda anne ve bebeğinin daha sağlıklı olmasını sağlamak, aynı zamanda gereksiz sezeryan yapılmasını önleyerek ülke ekonomisine katkıda bulunmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmamız Van YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine 1 Ekim 2018- 1 Ocak 2019 tarihleri arasında başvuran gebelerin, doğum beklentisi ve doğum yöntemi tercihlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini belirlemeye yönelik kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmamızın evreni, Van YYÜ Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığında olan daha önce sezeryan ile doğum yapmayan gebelerden oluşmaktadır. Görüşmeye katılmak istemeyen gebeler değerlendirilmeye alınmamıştır. Veriler, değerlendirilmeye alınan gebelerle anket formu doldurularak yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Bu anketler Sosyodemografik ölçek, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim Ölçeği, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeği olmak üzere toplam 4 anketten oluşmaktadır. Veriler IBM SPSS İstatistik 18 programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, en küçük, en büyük şeklinde değerlendirilmiş, istatistiksel analiz yapılırken ki-kare testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.  $P < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama yaşı  $26.9 \pm 5.9$  olup gebelerin %50.3'ü ( $n=100$ ) 18-25 yaş, %42.7'si ( $n=85$ ) 26-35 yaş, %7'si ( $n=14$ ) 36-49 yaş aralığındadır. 18-25 yaş aralığındaki gebelerin ortalama Wijma Doğum Beklentisi ve Deneyim Ölçeği (WDBDÖ) puanı 60.4, 26-35 yaş aralığındaki gebelerin ortalama WDBDÖ puanı 57.9, 36-49 yaş aralığındaki gebelerin ortalama WDBDÖ puanı 61.7 olup tüm yaş gruplarının doğum korkuları orta düzeyde bulunmuştur. Gebelerin yaş aralığına göre ortalama Beck Depresyon Puanı: 18-25 yaş 16.8 puan ile orta düzeye

yakın depresyon, 26-35 yaş 12.7 puan ile hafif düzeyde depresyon, 36-49 yaş için ise 22.6 puan ile orta düzeyde depresyon olduğu görülmüştür. Gebelerin yaş aralığına göre ortalama Beck Anksiyete Puanı: 18-25 yaş 19.1 puan ile orta düzeyde anksiyete, 26-35 yaş 15.6 puan ile hafif düzeyde anksiyete, 36-49 yaş 20.6 puan ile orta düzeyde anksiyete bulgularına sahiptir. Araştırmaya katılan gebelerin doğum tercih yöntemlerine göre, sezeryan ile doğumu tercih edenlerin doğum korkularının(WDBDÖ puanı:77.45), depresyon durumlarının(Beck depresyon puanı:22.01) ve anksiyete durumlarının(Beck anksiyete puanı:22.5), normal doğum yapmak isteyen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur(WDBDÖ puanı:54.9, Beck depresyon puanı:12.1, Beck anksiyete puanı:16.5). Araştırmamıza katılan gebelerin WDBDÖ düzeyi düşük olan gebelerin(n=34), %61.8(n=21)'i minimal depresyon, %20.6(n=7)'si hafif depresyon, %17.6(n=6)'sı orta düzey depresyon bulgularına sahipken bu grupta şiddetli depresyon bulgusuna sahip gebe görülmemiştir. Araştırmamızda WDBDÖ düzeyi orta olan gebelerin(n=84), %33.3(n=28)'ü minimal depresyon, %34.5(n=29)'i hafif depresyon, %21.4(n=18)'ü orta depresyon, %10.7(n=9)'si şiddetli depresyon, WDBDÖ düzeyi ağır olan gebelerin(n=57), %24.6(n=14)'sı minimal depresyon, %33.3(n=19)'ü hafif depresyon, %26.3(n=15)'ü orta depresyon, %15.8(n=9)'i şiddetli düzey depresyon bulgularına sahip olduğu görülmüştür. Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin anksiyete durumlarının WDBDÖ düzeyine göre kıyaslaması şu şekildedir: WDBDÖ düzeyi düşük olan gebelerin(n=34), %32.4(n=11)'ü minimal, %47.1(n=16)'i hafif, %17.6(n=6)'sı orta, %2.9(n=1)'u şiddetli anksiyete bulgularına sahiptir. WDBDÖ düzeyi orta olan gebelerin(n=84), %14.3(n=12)'ü minimal, %33.3(n=28)'ü hafif, %34.5(n=29)'i orta, %17.9(n=15)'u şiddetli anksiyete bulgularına sahiptir. WDBDÖ düzeyi ağır olan gebelerin(n=57), %5.3(n=3)'ü minimal, %33.3(n=19)'ü hafif, %38.6(n=22)'sı orta, %22.8(n=13)'i şiddetli anksiyete bulgusuna sahiptir. WDBDÖ düzeyi klinik derecede ağır olan gebelerin(n=24), %4.2(n=1)'si minimal, %16.7(n=4)'si hafif, %25.0(n=6)'i orta, %54.2(n=13)'si şiddetli düzeyde anksiyete bulgularına sahiptir. Bu durum, gebelerde genel olarak depresyon ve anksiyete düzeyi arttıkça, doğum korkusunun da arttığını göstermektedir.

**Sonuçlar:** Dünyada ve ülkemizde sezeryan oranlarının olması gerekenden daha fazla olması önemli bir sorun haline gelmiştir. Kadınların sezeryan ile doğuma yönelme nedenlerini ortaya çıkarıp bunun için gerekli önlemleri almak bu problemi büyük ölçüde

azaltacaktır. Araştırmamızda kadınların doğum tercihinde depresyon ve anksiyetenin etkili olup olmadığını inceledik ve çalışmamız gösterdi ki, gebelerde depresyon ve anksiyetenin yüksek olması, doğum korkusunu artırmaktadır. Doğum korkusu yüksek olan gebeler, sezeryan ile doğumu normal doğuma göre daha fazla tercih etmektedir. Bu nedenle her gebeye depresyon, anksiyete ve doğum korkusuna yönelik inceleme yapılmalı, buna yönelik gerekli tıbbi destek sağlanmalıdır. Bunun sonucunda doğum korkusu, depresyon ve anksiyetesi azalan gebelerin endikasyon dışı sezeryan eğilimleri azalacaktır. Ayrıca sezeryanı tercih ettiğini belirten gebelerde altta yatan bir depresyon mutlaka incelenmeli ve gerekli tıbbi bakım ve destek sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Doğum korkusu, Depresyon, Gebelik.

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF DELIVERY EXPECTATION AND DELIVERY METHOD PREFERENCE REASONS WITH DEPRESSION AND ANXIETY IN PREGNANT WOMEN ADMITTED TO VAN YYU FACULTY OF MEDICINE

**Aim:** The purpose of this study is to determine the relationship between delivery method preference reasons with depression and anxiety, to solve the problems of pregnant women in this regard, to create awareness in the healthcare workers and the society, as a result, to ensure the health of the mother and her baby, and to contribute to the national economy by preventing unnecessary cesarean delivery.

**Materials and Methods:** Our study is a cross-sectional descriptive study to determine the relationship of depression and anxiety with birth expectancy and delivery method preferences of pregnant women who admitted to Van YYU Medical Faculty Gynecology and Obstetrics Outpatient Clinic between 1 October 2018 and 1 January 2019. The universe of our study consists of pregnant women between the ages of 18-49 who did not give birth by cesarean section before. Pregnant women who did not want to participate in the interview were not evaluated. The data were collected by interviewing face to face by filling the questionnaire forms with pregnant women who were taken into consideration. These questionnaire forms consist of 4 surveys, namely Sociodemographic scale, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, Beck Depression and Beck Anxiety Inventory. The data were evaluated using the IBM SPSS Statistics 18 program as number, percentage, mean, standard deviation, smallest, largest, and chi-square test and one-way variance analysis were used while performing statistical analysis.  $p < 0.05$  value was considered statistically significant.

**Results:** The average age of the pregnant women participating in our study was  $26.9 \pm 5.9$ , 50.3% ( $n = 100$ ) of which were between 18-25, 42.7% ( $n = 85$ ) were between 26-35 years, 7% ( $n = 14$ ) were between 36-49 years old. The average Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) score of the pregnant women between the ages of 18-25 was 60.4, the average W-DEQ score of the pregnant women between the ages of 26-35 was 57.9, the average W-DEQ score of the pregnant women

between the ages of 36-49 was 61.7, and the delivery fears of all age groups were moderate. Average Beck Depression Score of pregnant women according to age range: It was observed that there was near-moderate depression with 16.8 points for age of 18-25, mild depression with 12.7 points for age of 26-35, and moderate depression with 22.6 points for age of 36-49 years. Average Beck Anxiety Score according to the age range of pregnant women: 18-25 years old has moderate anxiety with 19.1 points, 26-35 years 15.6 points with mild anxiety, 36-49 years 20.6 points with moderate anxiety findings. Birth fears (W-DEQ score: 77.45), depression levels (Beck depression score: 22.01) and anxiety levels (Beck anxiety score: 22.5) of those who prefer delivery by Cesarean section were higher than who want normal vaginal delivery (W-DEQ score: 54.9, Beck depression score: 12.1, Beck anxiety score: 16.5). Of the pregnant women with a low W-DEQ level (n = 34); 61.8% (n = 21) had minimal depression, 20.6% (n = 7) had mild depression, 17.6% (n = 6) had moderate depression. There were no pregnant women with severe depression in this group. 33.3% (n = 28) of pregnant women with moderate W-DEQ level (n = 84) had minimal depression, 34.5% (n = 29) had mild depression, 21.4% (n = 18) had moderate depression, 10.7% (n = 9) had severe depression. Of the pregnant women with severe W-DEQ level (n = 57), 24.6% (n = 14) had minimal depression, 33.3% (n = 19) had mild depression, 26.3% (n = 15) had moderate depression and 15.8% (n = 9) had severe depression. The comparison of the anxiety status of the pregnant women participating in the study is as follows: 32.4% (n = 11) of pregnant women with a low W-DEQ level (n = 34) had minimal, 47.1% (n = 16) had mild, 17.6% (n = 6) had moderate, and 2.9% (n = 1) had severe anxiety symptoms. Of the pregnant women with moderate W-DEQ level (n = 84), 14.3% (n = 12) had minimal, 33.3% (n = 28) had mild, 34.5% (n = 29) had moderate, 17.9% (n = 15) had severe anxiety symptoms. 5.3% (n = 3) of the pregnant women with severe W-DEQ level (n = 57) had minimal, 33.3% (n = 19) had mild, 38.6% (n = 22) had moderate, 22.8% (n = 13) had severe anxiety symptoms. Of the pregnant women with clinically severe W-DEQ level (n = 24), 4.2% (n = 1) had minimal, 16.7% (n = 4) had mild, 25.0% (n = 6) had moderate, 54.2% (n = 13) had severe anxiety symptoms.

**Conclusion:** Increasing Caesarean section rates have become a major problem in the world and in our country. Uncovering the reasons of Caesarean section preference for delivery and taking the necessary measures for this will greatly reduce this problem.



In our study, we examined whether depression and anxiety is effective in women's birth method preference. Our study showed that high levels of depression and anxiety in pregnant women increase the fear of delivery. Pregnant women who have a high fear of birth prefer Cesarean section rather than normal vaginal delivery. Therefore, every pregnant woman should be examined for depression, anxiety and fear of birth, and necessary medical support should be provided. As a result, Cesarean section tendencies out of indication will decrease in pregnant women whose fear of birth, depression and anxiety decrease. In addition, an underlying depression should be examined in pregnant women stating that they prefer Cesarean section and necessary medical care and support should be provided.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Fear of birth, Pregnancy.

## İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ .....	I
ÖZET .....	II
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	XI
TABLolar LİSTESİ .....	XII
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Gebelik.....	5
2.1.1. Gebeliğin tanımı ve önemi .....	5
2.1.2. Gebelikte görülen değişiklikler .....	6
2.1.2.1. Anatomik ve fizyolojik değişiklikler .....	6
2.1.2.2. Genital sistem değişiklikleri .....	6
2.1.2.3. Üriner sistem değişiklikleri .....	7
2.1.2.4. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri .....	7
2.1.2.5. Solunum sistemi değişiklikleri .....	7
2.1.2.6. Gastrointestinal sistem değişiklikleri .....	8
2.1.2.7. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri.....	8
2.1.2.8. Memede görülen değişiklikler .....	8
2.1.2.9. Ciltte görülen değişiklikler .....	9
2.1.2.10. Metabolik değişiklikler.....	9
2.1.2.11. Psikolojik değişiklikler.....	9
2.1.3. Doğum eylemi.....	10
2.1.3.1. Vajinal doğum .....	10
2.1.4. Gebelikte depresyon.....	11
2.1.4.1. Depresyonun tanımı ve tanı ölçütleri .....	11
2.1.4.2. Belirti ve bulgular.....	11
2.1.4.3. Risk faktörleri.....	12
2.1.4.4. Gebelikte depresyonun etkileri ve sonuçları .....	14
2.1.4.5. Tedavisi ve önlenmesi .....	15
2.1.5. Gebelik ve anksiyete bozuklukları .....	15

2.1.6. Korku .....	16
2.1.6.1. Gebelikte korku .....	17
2.1.6.1.1. Primer tokofobi.....	18
2.1.6.1.2. Kültür.....	18
2.1.6.1.3. Anksiyete teorisi.....	18
2.1.6.1.4. Travma ve cinsel istismar .....	19
2.1.6.1.5. Sekonder tokofobi .....	19
2.1.6.1.6. Depresyona sekonder Şeklindeki tokofobi .....	19
2.1.7. Doğum beklentisi ve deneyimi .....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Modeli, Konusu ve Kapsamı .....	23
3.2. Araştırmanın Tekniği .....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve �rneklem .....	24
3.4. Araştırmada Kullanılan Anket Formu ile İlgili Genel Bilgiler .....	24
3.5. Sosyodemografik Anket .....	24
3.6. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim �lŐeęi .....	24
3.7. Beck Depresyon �lŐeęi .....	25
3.8. Beck Anksiyete �lŐeęi .....	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı .....	26
3.10. Verilerin Analizi .....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
4.1. Sosyodemografik Bulgular .....	27
4.2. Sosyodemografik Anket Sorularının Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim �lŐeęi (WDBD�) Toplam Puanına Göre Karşılaştırmaları .....	29
4.3. Sosyodemografik �zelliklerin Beck Depresyon Anketi ile Karşılaştırılması .....	32
4.4. Sosyodemografik �zelliklerin Beck Anksiyete Anketi ile Karşılaştırılması .....	37
4.5. Gebelerde Doğum Korkusunun Depresyon ve Anksiyete ile Olan İlişkisinin İncelenmesi.....	41
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
5.1. Çalışmamızın Sosyodemografik �zelliklerin Literatürde Yapılan �alıŐmalara Göre Tartışılması.....	44
5.2. Doğum Yöntemlerinden Birini Tercih Eden Gebelerde, Doğum Korkusu Etkisinin Tartışılması .....	47
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>49</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>51</b>

<b>EKLER .....</b>	<b>60</b>
Ek 1. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Formu .....	60
Ek 2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu .....	62
Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö).....	10
Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	13



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>WDBDÖ</b>	: Wijma Doğum Beklentisi ve Deneyim Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Doğum beklentisi temaları.....	21
<b>Tablo 2.</b>	Araştırmamıza katılan gebelerin trimestırlarına göre dağılımları.....	27
<b>Tablo 3.</b>	Araştırmamıza katılan gebelerin meslek grubuna göre dağılımları.....	27
<b>Tablo 4.</b>	Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları.....	27
<b>Tablo 5.</b>	Araştırmamıza katılan gebelerin evlilik süreleri.....	28
<b>Tablo 6.</b>	Araştırmamıza katılan gebelerin tercih ettikleri doğum yöntemi.....	28
<b>Tablo 7.</b>	Araştırmamıza katılan gebelerin ilaç kullanım oranları.....	28
<b>Tablo 8.</b>	Gebelerimizin eş destek durumları.....	28
<b>Tablo 9.</b>	Gebelerimizin doğum deneyimleri.....	29
<b>Tablo 10.</b>	Gebelerin doğum eğitimi alma oranları.....	29
<b>Tablo 11.</b>	Gebelerin Yaş Aralığına Göre WDBDÖ puanları.....	29
<b>Tablo 12.</b>	Gebelerimizin trimestırlarına göre WDBDÖ puanları.....	30
<b>Tablo 13.</b>	Eğitim durumlarına göre gebelerin WDBDÖ Puanları.....	30
<b>Tablo 14.</b>	Gebelerin mesleki durumlarına göre WDBDÖ Puanı.....	30
<b>Tablo 15.</b>	Gebelerin evlilik yıllarına göre WDBDÖ Puanı.....	30
<b>Tablo 16.</b>	Gebelerin evlenme şekline göre WDBDÖ puanı.....	31
<b>Tablo 17.</b>	Gebelerin doğum tercih isteklerine göre WDBDÖ puanı.....	31
<b>Tablo 18.</b>	Gebelerin, kronik rahatsızlığının olup olmamasına göre WDBDÖ puanı.....	31
<b>Tablo 19.</b>	Gebelerin, eşlerinden aldıkları desteğe göre WDBDÖ puanı.....	31
<b>Tablo 20.</b>	Gebelerin, yaşadıkları gebelik sayısına göre WDBDÖ puanları.....	32
<b>Tablo 21.</b>	Gebelerin, yaptıkları canlı doğum sayısına göre WDBDÖ puanları.....	32
<b>Tablo 22.</b>	Gebelerin, küretaj deneyimine göre WDBDÖ puanı.....	32
<b>Tablo 23.</b>	Gebelerin, düşük deneyimine göre WDBDÖ puanı.....	32
<b>Tablo 24.</b>	Gebelerin doğum eğitimi durumuna göre WDBDÖ puanı.....	32
<b>Tablo 25.</b>	Gebelerin yaşlarına göre Beck Depresyon puanı.....	33
<b>Tablo 26.</b>	Gebelerin trimestırlarına göre Beck Depresyon puanı.....	33
<b>Tablo 27.</b>	Gebelerin eğitim düzeyine göre Beck Depresyon puanı.....	34
<b>Tablo 28.</b>	Gebelerin mesleğine göre Beck Depresyon puanı.....	34
<b>Tablo 29.</b>	Gebelerin evlilik sürelerine göre Beck Depresyon puanı.....	34
<b>Tablo 30.</b>	Gebelerin evlenme şekline göre Beck Depresyon puanı.....	35
<b>Tablo 31.</b>	Gebelerin doğum tercih yöntemlerine göre Beck Depresyon puanı.....	35

<b>Tablo 32.</b>	Gebelerin kronik rahatsızlık durumuna göre Beck Depresyon puanı.....	35
<b>Tablo 33.</b>	Gebelerin eş destek durumuna göre Beck Depresyon puanı .....	36
<b>Tablo 34.</b>	Gebelerin yaptıkları doğum sayısına göre Beck Depresyon puanı .....	36
<b>Tablo 35.</b>	Gebelerin küretaj deneyimine göre Beck Depresyon puanı .....	37
<b>Tablo 36.</b>	Gebelerin düşük deneyimine göre Beck Depresyon puanı .....	37
<b>Tablo 37.</b>	Gebelerin doğumla ilgili aldıkları eğitime göre Beck Depresyon puanı .....	37
<b>Tablo 38.</b>	Gebelerin doğumla ilgili eğitimi aldıkları yerler .....	37
<b>Tablo 39.</b>	Gebelerin yaş aralığına göre Beck Anksiyete puanı .....	38
<b>Tablo 40.</b>	Gebelerin trimestırlarına göre Beck Anksiyete Puanı .....	38
<b>Tablo 41.</b>	Gebelerin eğitim seviyesine göre Beck Anksiyete Puanı .....	38
<b>Tablo 42.</b>	Gebelerin mesleğine göre Beck Anksiyete Puanı .....	39
<b>Tablo 43.</b>	Gebelerin evlenme şekline göre Beck Anksiyete Puanı .....	39
<b>Tablo 44.</b>	Gebelerin doğum tercih yöntemlerine göre Beck Anksiyete Puanı.....	39
<b>Tablo 45.</b>	Gebelerin kronik rahatsızlığına göre Beck Anksiyete Puanı .....	39
<b>Tablo 46.</b>	Gebelerin eş destek durumuna göre Beck Anksiyete Puanı .....	40
<b>Tablo 47.</b>	Gebelerin, gebelik yaşama durumlarına göre Beck Ankiye Puanı .....	40
<b>Tablo 48.</b>	Gebelerin gebelik sayılarına göre Beck Anksiyete Puanı.....	40
<b>Tablo 49.</b>	Gebelerin yaptıkları canlı doğum sayısına göre Beck Anksiyete Puanı .....	40
<b>Tablo 50.</b>	Gebelerin küretaj olma durumuna göre Beck Anksiyete Puanı.....	40
<b>Tablo 51.</b>	Gebelerin düşük deneyimine göre Beck Anksiyete Puanı.....	41
<b>Tablo 52.</b>	Gebelerin doğum eğitiminin var olup olmamasına göre Beck Anksiyete Puanı .....	41
<b>Tablo 53.</b>	Gebelerde doğum korkusu ile depresyon arasındaki ilişki .....	41
<b>Tablo 54.</b>	Gebelerin doğum korkusuyla anksiyete arasındaki ilişki .....	42

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, uygun yaştaki bütün kadınların karşılaşılabileceği fizyolojik bir süreçtir. Bu durum kişinin kendisini etkilemekle birlikte ailesini de etkilemektedir [1]. Gebelik, kadınların hayatlarındaki endişe, korku ve stres durumunu arttıran bir olay iken doğum, doğal, anne ve bebeği için sonucu bilinemeyen, önemli ölçüde morbidite ve mortalite riski taşıyan bir süreçtir[2, 3]. Bununla birlikte, hamileliğe psikiyatrik bir bozukluk eklendiğinde veya hamilelik şiddetlendiğinde, sorun birden fazla alandaki uzmanlık bilgisini gerektirir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı normal vajinal doğum için uygundur ve yeterli destek sağlanıp uygun müdahalede bulunulursa normal vajinal doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir[3].

Baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal yoldan doğum gerçekleşmemekte ya da anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir[4].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kabul edilebilir sezaryen ile doğum oranını %10-15 olarak belirtmektedir. Önerilen bu oranın üzerinde ve altındaki değerler, ülkelerin maternal/fetal mortalite ve morbidite oranlarında artış riski taşıdığını göstermektedir[5]. Son yirmi yıl içerisinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda sezaryen oranlarında belirgin bir artışın olduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Araştırması verilerine göre, Dünyadaki sezaryen oranı %21.2, ülkemizde ise %36.7'dir. Bu oranlar, Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği oranın oldukça üzerindedir. Tıbbi endikasyonu olmayan bazı durumlarda da kadınlar sezaryeni tercih etmektedir[6].

Son yıllarda sezaryen ile doğumların tüm dünyada artması ve sezaryenin daha sık tercih edilen bir doğum şekli olmasından dolayı, sezaryen endikasyonları, komplikasyonları, anne ve bebeğe, ülkeye getirdiği ekonomik etkilerinin çok iyi bilinmesi ve araştırılması gerekmektedir. Sezaryen doğumların artış nedenleri arasında; anne adaylarının kariyer kaygısı, ekonomik nedenlerle ilk gebelik yaşlarını ileri yaşlara kaydırmaları, anne adayının doğum korkusu, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal izlemin yaygın olarak kullanılmasına bağlı fetal distres tanısının daha sık konulması, yardımla üreme tekniklerinin yaygın kullanılması sonucu oluşan çoğul ve preterm



gebeliklerin artması, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, hastanın kişisel istemi, sezaryen dışında ağrısız doğum olanaklarının yok denecek kadar az olması ve vajinal doğum sırasında oluşacak doğal komplikasyonlarda bile doğum hekiminin medikolegal sorunlarla karşılaşması gibi nedenler yer almaktadır[7, 8].

Gebelerde sezeryan ile doğumu etkileyen diğer önemli bir faktör de, prepartum dönemde görülen depresyon ve anksiyetedir. Depresyon ve anksiyetenin doğum tercihini nasıl etkilediğine dair yapılan bir çalışma olmamakla birlikte, gebelerde görülme sıklığı üzerine yapılan çalışmalar mevcuttur. Son 30 yılda yapılan çalışmalarda bildirilen gebelikte depresyon ve anksiyete bozuklukları oranları farklılıklar içermektedir, ancak genel olarak bildirilen oranlar toplum oranlarından yüksektir. Aslında, önceki düşüncelerin aksine, depresyon ve anksiyete bozuklukları gebelik sırasında postpartum döneme kıyasla daha yaygın görünmektedir[9, 10]. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda gebelerde depresyon oranları %27.9 ve %27.3 olarak bildirilmiştir[11, 12]. Dünya’da yapılan bazı çalışmalarda ise sonuçlar birbirine yakın bulunmuştur. Örneğin; Kanada’da %25, ABD’de %30 bulunmuştur[13, 14].

Kadınlar çoğu zaman doğumdan bahsederken uzun süre çektikleri acıdan, suni sancıdan, doğumda yapılan ilaçla müdahalelerden ve yorgunluklarından bahsetmektedir. Kadınların olumsuz doğum deneyimlerinin ve sezaryen doğuma yönelmesinin altında yatan en önemli faktör korkudur[15]. Doğumda yaşanan korkunun sebepleri arasında biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (kişilik, yaşadığı travmatik durumlar ve ilerde anne olmayla ilişkili), sosyal (destekleyici durumların istenilen seviyede olmaması, ekonomik endişeler) veya sekonder korkular (eski doğum deneyimlerine bağlı) vardır[16]. Doğum korkusunun diğer boyutları depresyon, anksiyete, yalnızlık, doğum sırasındaki öz kontrolü kaybetme, yetersiz destek, bebeğin hayatını kaybetme, obstetrik yaralanma, vajinal yırtılma, annenin hayatını kaybetme ve ebe bakım kalitesidir[17].

Gebelerin doğumla ilgili düşünceleri oldukça karmaşık, nesnel, çok boyutlu ve dinamiktir. Yapılan çalışmalarda bu durum, kadınlarda doğum ile ilgili olan olumlu ve olumsuz düşüncelerin beraber olabileceğini göstermiştir[18, 19]. Nitekim Avrupa’da yapılan bazı çalışmalarda işsizlik, aile veya arkadaş çevrelerinden yeterince destek alınamaması ve kişinin eşiyle sorun yaşaması, doğum korkularına sebep olduğunu ortaya çıkarmıştır. Gebelerin kişilik özellikleri de doğum korkusuna etki yapmaktadır.

Böylelikle depresyon ve anksiyetesi yüksek olan gebelerde doğum korkusunun da artmış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca primiparların multipar gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Bunların yanında doğum korkusunu etkileyen faktörler içerisinde yaş, kişinin sağlığıyla ilgili endişeleri, düşük gelir, ileri anne yaşı ve evlilik durumları da olduğu tespit edilmiştir[20-22].

Batı ülkelerinde yapılan çalışmalar, gebelerde doğum korkusunun gebelik komplikasyonları ile birlikte olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu komplikasyonlar arasında posttravmatik stres sendromu, postnatal veya prenatal depresyon, acil sezeryan, doğum esnasında sağlık çalışanları tarafından normal sürece yapılan müdahale ve anne ile bebek arasındaki ilişkide bozulmadır. Bu durumlar kadının psikolojik hali ve kendi görevlerini yapması açısından büyük hassasiyet taşımaktadır[23].

Gebelerin doğumla ilgili olan korkuları normalden fazla olduğu zaman, gebeliğin normal fizyolojik sürecinde bile önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların başında uzayan doğum eylemi ile birlikte, bebekte düşük Apgar skoruna ve bunun sonucunda bebekte asfiktik duruma neden olabilir[22, 24].

Günümüzde, gebelerin önemli bir oranı, hiçbir endikasyon yokken normal doğumdan ziyade sezeryan ile doğumu tercih etmektedir[25]. Endikasyon olmaksızın sezeryan ile doğumu tercih etmek birçok faktör açısından önemli sorunlar oluşturmaktadır. Bu yüzden gebelerin doğumla ilgili korku ve endişelerini gidermek, depresyon ve anksiyete düzeylerini tespit edilip gerekli destek vermek, onların normal doğum sürecine olumlu katkı sağlamaktadır. Kişi nasıl bir süreçle karşılaşacağını bilirse, gebelik komplikasyonlarının önemli ölçüde azalacağı ve endikasyon olmaksızın sezeryan tercihlerini önemli ölçüde azaltacaktır. Bu durum, sağlık çalışanlarının gebelere dönük doğumla ilgili eğitim vermelerinin önemini ortaya koymaktadır[26].

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, gebelerin, doğum yöntemlerinden olan normal doğum veya sezeryan ile doğum tercih nedenlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini tespit etmek ve varsa bu konuda gebelerin sorunlarının giderilerek, sağlık çalışanları ve toplumda bilinç ve farkındalık yaratarak bunun sonucunda anne ve bebeğinin daha

sağlıklı olmasını sağlamak, aynı zamanda gereksiz sezeryan yapılmasını önleyerek ÷lke ekonomisine katkıda bulunmaktadır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelik

#### 2.1.1. Gebeliğin tanımı ve önemi

Gebelik, bütün canlıların soylarını devam ettirebilmek için ihtiyaç duyduğu bir süreçtir. İnsanoğlunun da neslinin devamını sağlaması açısından kadınların hayatlarında karşılaşılabileceği, kadının hayatında önemli değişikliklere yol açan fizyolojik bir durumdur[1].

Kadın üreme hücresi olan ovum ve erkek üreme hücresi olan spermiumun bütünleşmesi ile döllenme meydana gelir, bu olaya fertilizasyon denir. Ortaya çıkan hücreye zigot denir ve bu hücrenin anne uterusunun endometrium tabakasına yerleşmesi ile implantasyon gerçekleşir. Doğuma kadar olan süreçte bu hücre embriyonel ve fetal aşamalardan geçer. Bu süreç son menstrüasyondan itibaren yaklaşık olarak 280 gündür[1, 27].

Gebelik, kadınlar için yaşamlarında yeni bir hayata adım atma anlamına geldiği için kadınlarda bu olay, endişe ve stres kaynağı haline gelebilir. Bu durumun kadının yeterince ailesel ve sosyal destek alması, süreçle ilgili bilgilendirilmesi, gebelik sonucunda karşılaşılabileceği olayların anlatılmasıyla, kadınların bu süreci en iyi bir şekilde atlatması beklenmektedir[1].

Aynı zamanda gebelik, biyopsikososyal değişimlerin yaşandığı ve yaşanan bu değişimlere uyum sağlayarak, kadının doğum eylemine ve ebeveynliğe hazırlandığı bir dönemdir. Sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler günümüzde nispeten daha az komplikasyonla sonuçlanmasına karşın, birçok kadın bu süreçlere ilişkin korku yaşamaktadır. Kadınların doğumla ilgili yaşadıkları bu korku doğum tercih yöntemlerini etkileyebilmektedir[23, 28-30].

## **2.1.2. Gebelikte görülen değişiklikler**

### **2.1.2.1. Anatomik ve fizyolojik değişiklikler**

Gebelik sırasında anne organizmasında çok sayıda anatomik ve fizyolojik değişiklikler olur. Bedenin gebeliğe uyumu olarak adlandırılan bu değişimlerin amacı;

- Fetüsün gelişmesini ve besin ihtiyaçlarını karşılamak,
- Genital yollarda doğum için gerekli değişimleri hazırlamak,
- Doğum sonu bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamaktır.

Gebeliğin fizyolojik değişimleri, annenin vücudunu lokal ve genel olarak etkilemektedir. Bu tür değişimler normal, kaçınılmaz olarak değerlendirilmekte, her kadında farklı derecelerde oluşmakta ve doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta içinde normale dönmektedir[31, 32].

### **2.1.2.2. Genital sistem değişiklikleri**

Uterus; östrojen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometrium üzerine olan etkisi nedeniyle hipertrofi ve hiperplaziye uğrar. Gebeliğin ilk 20 haftasında uterusun myometrium tabakası kalınlaşır. 20 haftadan sonra ise hipertrofi ve hiperplazi yavaşlar, lifler uzamaya duvar incelmeye başlar ve uterus fetüsün gelişmesine uygun silindirik bir şekil alarak sağa doğru rotasyon yapar[31-33].

Serviks; fibröz bir dokudur ve gebelikte hipertrofi ve hiperplazinin etkisiyle bol mukus salgılar. Çok koyu ve yapışkan olan bu mukus serviks kanalını doldurarak uterus ve dış ortam arasında bariyer oluşturur ve fetüsü dış etkenlere karşı korur[34].

Vajina; mor, ödemli ve yumuşaktır. Damarlaşma arttığından varislere eğilim artmaktadır. Vajinal akıntı koyu beyaz sarı renktedir. Glikojen miktarının artması sonucu laktik asit üretilir, vajen pH'ı düşer. Bağ dokusu gevşeyerek doğuma hazırlanır[34].

Vulva ve perine; damarlaşmanın artması ve gelişen uterusun baskısı ve pigmentasyon sonucu daha koyu bir renk alır. Hormon artışı nedeniyle tubalarda ve

ligamentlerde uzama, çaplarında ve damarlarında artma, konjesyon ve dem saptanır[34].

### **2.1.2.3. Üriner sistem değişiklikleri**

Gebelikte her iki böbrekte yaklaşık %30 hacim artışı olur. Bu artış böbreklerin boyut olarak artışına bağlıdır. Aynı zamanda sağ tarafta fazla olmak üzere üreterler uzamış, genişlemiş ve daha kıvrımlı bir hal almıştır. Bu değişiklikler üreterlerde idrar akımının yavaşlamasına ve üriner enfeksiyonların artmasına neden olur[35].

Gebeliğin ilk ve son aylarında sık idrar yapma görülür. Bunun nedeni, ilk aylarda pelviste dolaşımın artması, son aylarda ise çocuğun başının pelvise angaje olması ile mesaneye baskı yapmasıdır[35].

### **2.1.2.4. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri**

Gebelik, kalp için yeni bir yük oluşturmaktadır. Uterus bydkce diyafram yükselir, kalp uzun ekseninde rotasyon yaparak yukarıya ve biraz da sola doğru yer değiştirir, böylece apeks vuruşu yana kaymış olur. Kardiyak kapasite 70-80 ml artmıştır[35, 36]. Gebelikte tüm vücut sıvıları artar. Kan volümü gebeliğin 6-8 haftalarından itibaren artmaya başlar ve 30-34. haftada en st seviyeye ulaşır. Bu haftalarda kardiyakout-putta artış görülür[34].

Kan basıncı genellikle 6 aya kadar normal değerini korur ve son üç ayda hafif bir artma görülebilir. Sistolik basınc fazla değişmez, diastolik basınc 10-15 mm/Hg düşebilir. Pozisyon kan basıncını etkiler ve sırtüstü pozisyonda, oturur veya yan yatar pozisyona göre kan basıncı daha düşüktür[37].

### **2.1.2.5. Solunum sistemi değişiklikleri**

Gebelikte artan oksijen ihtiyacını karşılamak için akciğerde değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerden birincisi gebelikte hava yollarında dilatasyon oluşması, hava akımı direncinin azalmasıdır. İkincisi ise göğüs duvarının elastikiyetinin artarak nefes almanın kolaylaşmasıdır. Gebelikte burun mukozası östrojene duyarlıdır;

kan volümünün artmasından dolayı hafif hiperemik ve ödemli görünümde dir. Bunun sonucunda da burun tıkanıklığı ve burun kanaması gelişebilir[34, 35, 37].

#### **2.1.2.6. Gastrointestinal sistem değişiklikleri**

Gastrointestinal sistemde ortaya çıkan en önemli değişiklik progesteronun gevşetici etkisi ve büyüyen uterusun çevre organlara bası yapması sonucu gerçekleşen motilite azalmasıdır. Gebelikte GİS'teki değişikliklere bağlı aşırı tükrük salgısı, gastroözofajial reflü, bulantı ve kusma, mide ve barsaklarda gaz, iştahta artma veya azalma gibi şikâyetler yaşanmaktadır[35, 37, 38]. Gebelikte yaygın olarak görülen bulantı, kusma sıklıkla ilk trimesterde ortaya çıkmaktadır ve 6-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir[34].

Gebelikte GİS ile ilişkili diğer bir problem reflü hastalığıdır. Sfinkter basıncının azalması ve intraabdominal basıncın artması, mide ve safra asidinin özefagusun içine kaçmasına neden olur. Bu da gebelerde göğüs kemiği arkasında yanma, ağıza ya da boğaza acı su gelmesi gibi yakınmalara neden olur[31].

#### **2.1.2.7. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri**

Hormonların etkisi ile pelvis eklemlerinde, bağ dokularında yumuşama ve gevşeme görülür. Böylelikle fetüsün doğum kanalından kolay geçmesi sağlanır. Gebede büyüyen uterustan dolayı ağırlık merkezi öne doğru yer değiştirir. Bu değişikliği engellemek için lumbosakral bölgede lordozis artar. Lordosize bağlı olarak kaslar çok yorulacağından gebelerde bel ve sırt ağrıları görülür[34].

#### **2.1.2.8. Memede görülen değişiklikler**

Gebelikte memelerde belirgin değişiklikler olur. Gebeliğin erken dönemlerinde memelerde hafif bir renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet görülürken, ikinci aydan sonra büyüme gözlenir. Meme uçları ve areola koyulaşır. Gebeliğin ikinci yarısında kolostrum salgısı başlar. Göğüsler büyüdükçe deri çok inceler ve deri altındaki ince venler daha görünür hale gelir[36, 38, 39].

### **2.1.2.9. Ciltte görülen değişiklikler**

Gebelikte ciltte oluşan değişiklikler arasında; gebelik maskesi, pigmentasyonda artma, vücutta çatlaklar ve kaşıntı vardır. Gebelikte salınan hormonların etkisiyle yüzde, alında, burun kökü ile elmacık kemiği çıkıntılarında göğüs ucunda ve areolada koyulaşma görülür. Gebelikte karın duvarı inceler, gerilir, parlak bir görünüm alır ve alt yan karın bölgesinde yer yer stria adı verilen çatlaklar oluşur[34, 37, 38].

### **2.1.2.10. Metabolik değişiklikler**

Gebelikte bazal metabolizma yaklaşık %20 artar, oksijen gereksinimi çoğalır. Anne organizması, bütün enerji ve besin kaynaklarını, plasental hormonların yönetimi altında fetüs için seferber eder. Gebelik dışında 2100 kalori olan günlük gereksinim, gebelikte 2500 kaloriye ulaşır[34].

Gebelikte su retansiyonuna bağlı olarak vücut ağırlığında ve elektrolitlerde artış görülür. Ortalama kilo alımı 12,5 kg'dır. Gebeliğin ilk aylarında kilo alımı daha yavaş ve azdır. Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde ise kilo alımı daha fazladır[34, 38].

### **2.1.2.11. Psikolojik değişiklikler**

Gebeliğe sadece fizyolojik değişiklikler değil, psikolojik ve sosyal değişiklikler de eşlik eder. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler ve aile yaşamı psikolojik tepkilerin kaynağını oluşturur[40]. Genellikle eşler arasındaki sevgiyi artıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren gebelikte; vücutta görülen hormonal değişikliklerin gebede büyük ruhsal değişiklikler yaptığı bilinmektedir. Gebe kadının bu dönemdeki reaksiyonları mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon olarak sıralanabilir[41]. İlk trimesterde kadın yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağlamaya çalışmaktadır[42]. İkinci trimesterde kadın gebeliğe adaptasyonu sağlamış, gebeliği benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Üçüncü trimesterde fizyolojik olarak hareketler kısıtlı olmasına rağmen gelişen annelik duygularının etkisiyle; annelerin doğacak çocuklarına karşı korumacı davrandıkları ve kaygı yaşadıkları belirtilmektedir[42, 43].



### **2.1.3. Doğum eylemi**

Doğum eylemi; son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; termde (son menstrual period'dan 40 hafta sonra), kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile verteks pozisyonunda, baş-pelvis uyuşmazlığı olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir. Doğum eyleminde rol oynayan faktörler şunlardır;

- Doğum kanalı
- Fetüs
- Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler
- Annenin psikososyal durumu

Kadının doğası gereği aksi bir durum yoksa doğum normal vajinal yoldan gerçekleşir. Fakat gebelikte yaşanan problemler ve annede doğum kanalının uygun olmaması nedeniyle sezaryan ile doğum gerçekleştirilir[1, 44].

Sezaryan ile doğum bebeğin uterustan transabdominal bir insizyonla çıkarılması işlemidir. Sezaryenin temel amacı annenin ve bebeğin hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak olmalıdır[45].

#### **2.1.3.1. Vajinal doğum**

Normal (vajinal) doğum ortalama 40 haftada uterus içinde büyüme ve gelişmesini tamamlayan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve diğer güçlerin etkisi ile doğum kanalından geçerek dışarı atılması ile başlar, fetüs ve plasenta çıktıktan iki saat sonra son bulur. Bir başka deyişle fetüs, plasenta ve membranların doğum kanalından dışarıya çıkmasıdır[1, 45].

Doğum Eyleminin Evreleri;

Birinci evre (servikal dönem): Gebenin kontraksiyonları algılaması ile başlayıp serviksin tam dilatasyonu (10 cm) ile sonlanır. Birinci evre latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olarak üçe ayrılır. Latent faz doğum eyleminin en uzun dönemidir[1].

İkinci evre: Serviksin tam açılması ile başlayıp fetüsün doğumu ile sonlanır[1].

Üçüncü evre (plasental dönem): Fetüsün doğumu ile başlar plasentanın doğumu ile sonlanır[1].

Dördüncü evre: Eylemin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saati ve annenin vital bulgularının stabilleşmeye başladığı süreci içerir[1].

#### **2.1.4. Gebelikte depresyon**

##### **2.1.4.1. Depresyonun tanımı ve tanı ölçütleri**

Depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Bu sendrom, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili bir çok belirtiyi kapsamaktadır. Bu belirtiler hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir[46, 47]. Depresyon, birincil bir duygudurum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir. Depresyon aynı zamanda yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir[46, 48].

##### **2.1.4.2. Belirti ve bulgular**

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve subsendromal özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir[48, 49]. Bu nedenle ebe, hemşire ve hekim doğru tanı için gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi

değerlendirebilmeli, depresyona yönelik belirtileri ve etkin tarama yöntemlerini bilmeli, bu yöntemleri uygulayabilmelidir[49, 50].

Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir[48]. Literatürde, depresif belirtilerin gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir[51]. Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmakla birlikte; hamile depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler anlamlı derecede fazla görülmektedir[52].

#### **2.1.4.3. Risk faktörleri**

Gebelik depresyonundaki risk faktörlerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Literatürde gebelik depresyonunun risk faktörlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Kalken ve arkadaşlarının, 230 gebe üzerine yaptıkları çalışmada; gebeliğin erken dönemindeki şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Leigh ve arkadaşları, Avustralya’da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada; özsaygısı düşük olan, anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan, yaşamında büyük bir travma yaşamış, geçmişinde şiddet gören kadınlarla gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada ilk ebeveyn olma stresi ile gebelik depresyonu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur[53, 54].

Gebelikteki sosyodemografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir. Bu faktörlerden bazıları üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, eğitim düzeyi ile negatif yönde bir bağıntısı

olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerde depresyon puanı çekirdek ailede yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur[51].

Ergenlikte ya da kk yaşta gebe kalma depresyon için bir diğer risk faktörüdür. Figueiredo ve arkadaşlarının, Hollanda'da yaptıkları randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere (n=54) göre ergenlik çağındaki gebeler (n=54) hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir. Aynı çalışmada depresif belirti gösteren ergen gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceği de vurgulanmaktadır. Benzer amaçlı bir çalışma olan Lau ve arkadaşlarının ikinci trimesterde olan 2178 gebe üzerinde yaptıkları bir araştırmada, istenmeyen gebelik ve geniş yaşta olma ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir[55, 56].

Gebelerin sosyoekonomik düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışma durumu da depresyonu etkilemektedir. Bödecs ve arkadaşları, gelir getiren herhangi bir işte çalışmayanlarda ve 18 yaş altında olan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü saptamışlardır. Benzer şekilde Leigh ve arkadaşları da gelir düzeyi düşük gebelerde gebelik depresyonunun, gelir düzeyi iyi olanlara göre anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır[54, 57].

Gebenin şimdiki veya geçmişteki gebelik öyküsü (düşük ya da küretaj), ve gebelikte yaşadığı duygusal ve fiziksel sorunlar gebelik depresyonu için risk faktörleridir[58, 59]. Gözüyeşil ve arkadaşları gebelik haftası 36 ve üzeri olan 136 gebede, gebelik sorunları puan ortalaması, düşük ve küretaj sayıları ile gebelik depresyonu puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki belirlemişlerdir. Aynı çalışmada eşiyle evlilik uyumu iyi olmayan gebelerin depresyon puan ortalaması uyumu iyi olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu bulgular, evlilik ilişkisindeki sorunların gebelik depresyonu için bir risk etmeni olabileceğini telkin etmektedir[60].

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler gebelik depresyonuna neden olabilmektedir. Bu değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir[61]. Aktaş ve arkadaşları, gebelerin ‘‘hamilelik sırasında kilo alma

korkusunun” depresyon puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da arttırdığını saptamışlardır. Gebelikteki depresyon ile gebenin yaşadığı anksiyete arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bödecs ve arkadaşları çalışmalarında depresyon yaşayan gebelerin, tamamına yakınında anksiyete bulguları da saptamışlardır[62]. Gebelerdeki doğum korkusu da ayrıca önemli bir depresyon nedeni olabilmektedir[63].

Sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır. Sosyal destek eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan destektir. Gebenin sosyal destek sistemleri ile gebelik depresyonu arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır[51]. Altınay, gebelikte eş desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyon gelişimine etkisi olduğunu saptamıştır[11]. Sosyal desteğin eksikliği ya da yokluğu hem gebelik hem de postpartum depresyon gelişimi için önemli risk faktörleridir. Sosyal destek düzeyinin, gebelik ve postpartum depresyonla ilişkisinin araştırıldığı Kanada’da yapılan bir çalışmada, gebelikte düşük düzeyde sosyal destek sistemine sahip olanlarda hem gebelik hem de postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir[64].

#### **2.1.4.4. Gebelikte depresyonun etkileri ve sonuçları**

Ruhsal hastalıkların annenin duygudurumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir[48, 59]. Depresyondaki gebe kadında gebeliğin seyri esnasında nörendokrin eksende ve uterusu olan kan akımındaki değişiklikler sonucunda hem gebenin hem fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, bu süreçte yükselmiş norepinefrin ve kortizol uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır[52, 65].

Anne ya da bebeğe bu sürecin olumsuz etkilerinin bazıları: gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma,

neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurmadır[48, 59].

Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıklı sonuçlanma riskini artırmaktadır[66]. Gebelikteki depresyonun doğum eylemine yönelik olumsuz sonuçlanması (erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi) daha çok ikinci ve üçüncü trimester sırasında ortaya çıkan depresyonlarla ilişkilendirilmektedir[52].

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinde daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği belirtilmektedir. Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir[67].

#### **2.1.4.5. Tedavisi ve önlenmesi**

Gebelikte depresyonunu önlemede atılacak ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Bu risk grubunun erken dönemde (mümkünse hamilelik öncesinde) belirlenmesi ve erken tedavisi anne ve bebek üzerindeki olası riskleri de azaltacaktır[50]. Gebelikte depresyon tespiti uygun tarama yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. Bu tanısal tarama için en yaygın kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğidir (EPDÖ)[12, 59].

Gebelikte saptanan depresyon için tedavi seçenekleri ise psikoterapi, ilaçla tedavi ve farmakoloji dışı (non-farmakolojik) diğer uygulamalardır. Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır[68, 69].

#### **2.1.5. Gebelik ve anksiyete bozuklukları**

Ruh sağlığı problemleri arasında anksiyete bozuklukları en yaygındır ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülür[70]. Ayrıca anksiyete bozuklukları için

başlangıç yaşı tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Panik bozukluğun ilk atakları en sık geç adolesan çağından 30'lu yaşların ortasına kadar, OKB'nin ilk başlangıcı kadınlarda 20-29 yaş arası ortaya çıkar[71]. Bu yüzden çok sayıda anksiyete bozukluklu kadın, hastalıklarının seyri boyunca gebeliği tecrübe etmektedir[72]. Buna rağmen gebelikte anksiyete bozukluğu ile ilgili araştırma sayısı çok sınırlıdır.

### **2.1.6. Korku**

Korku, kişinin kendisini tehdit eden olaylara karşı gösterdiği tepki ve bu durumdan uzaklaşma isteği doğuran bir duygudur[26]. Korku, her insanın karşılaşılabileceği doğal, genel bir durumdur. Önemli olan kişinin hayatını olumsuz etkileyecek kadar abartılı olmamasıdır. Bütün hislerimizde olduğu gibi korku da zihinsel ve fiziksel unsurlardan oluşur. Bu durum hipotalamus ve limbik sistemde meydana gelir[73].

Limbik sistem; amigdala, hipokampus ve septal çekirdekler gibi derin bir yapıyı ifade eder. Korkunun ifade edilmesinde en önemli ve bilinmesi gereken yer amigdaladır. Korkunun meydana gelmesinde önemli olan diğer bölge, “prefrontal korteks”tir. Prefrontal korteks, kişinin tehlike anında durum değerlendirmesi yapar ve daha önce karşılaşılmamış korku davranışları için önemli bir yer tutar. Korku sürecinde rol oynayan diğer yapı ise hipotalamustur. Korkuyla karşılaşıldığında hipotalamus CRH (corticotropin releasing hormone) salgılar. Bu hormon pituitier bezden ACTH salınımı sağlar ve artan ACTH, adrenal korteksi uyararak kortizolün salınmasına neden olur. Kortizol, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile kişiyi korunma mekanizması içine sokar. Sempatik sistem devreye girince vücudun doğal tepkisi olarak kişide bazı sonuçlar ortaya çıkar; gözler dilate olur, solunum hızlanır, kalp atışı yükselir. Ana damarlar kontrakte olur ve organlara giden kan akımında düşüş meydana gelir. Kişinin vücudu savunma pozisyonuna geçer[73].

Tüm bunların doğumla olan ilişkisine gelince, eğer korku doğuma kadar çözümlenemez ise, doğumdan önce ya da doğum başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girerek stres hormonları salgılanma başlar. Tehlike anında kan, bedenin defans sisteminde rol alan organlara gider. Ancak uterus bedenin defans sisteminin bir parçası değildir. Bu nedenle uterusu giden arterler büzülür, daha az kan

ve oksijen gitmeye başlar. Oysa kan ve oksijen uterus kaslarının çalışması için oldukça önemlidir. Kanın, dolayısıyla oksijenin azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir. Bu durum doğumun uzamasına yol açar. Uterusa oksijenin az gitmesi bebeğe de oksijenin az gitmesi anlamına gelir ki bu durum müdahale gerektirir. Korku, aynı zamanda uterus kaslarının normal çalışma dengesini bozar. Uterusun uzunlamasına kasları (vertikal), dairesel kasları (sirküler) yukarı çekmek ister (dairese kasların yukarıya doğru çekilmesiyle serviks açılır) fakat dairesel kaslar buna direnç gösterir. Bu durumda boyun gergin ve kapalı kalır. Bu iki kasın birbirine zıt çalışması ise doğumda ağrıyı oluşturur[15]. Korkunun doğumdaki bu olumsuz etkilerini gösteren çok sayıda çalışma da bulunmaktadır. Saisto, doğum korkusu olan kadınların, korku yaşamayanlara göre doğumlarının ilk ve ikinci fazlarının daha uzun sürdüğünü, doğum deneyimlerinden daha az memnun olduklarını saptamıştır[22]. Aynı zamanda ciddi doğum korkusunun, acil sezaryen doğuma neden olabileceğine yönelik çalışmalar da bulunmaktadır[22, 73].

#### **2.1.6.1. Gebelikte korku**

Doğum ile ilgili korkuya tokofobi denir: Yunanca'da tokos doğum, phobos korku olarak ifade edilir, bu nedenle tokofobi doğum korkusu anlamına gelmektedir[74, 75]. Tokofobi, doğum eylemi esnasındaki ağrı korkusu anlamına da gelmektedir[76, 77].

Doğum korkusu Hofberg and Brockington'un (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) "Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılamaz bir anksiyete içerisine iter, önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır." Şeklinde ifade edilmiştir[75]. Daha sonra tokofobi literatürde çelişkili bir şekilde tanımlanmıştır. Tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi, doğum sırasında ölme korkusu, gebelik öncesi dönemde yaşanan doğum ya da gebelik korkusu, gebelik ve hatta travay sürecinde yaşanan doğum korkusu olarak yer almıştır[74, 76, 78].

Tokofobi primer, sekonder ve depresif hastalığa sekonder olarak üç ana başlık altında ele alınmıştır[75].



### **2.1.6.1.1. Primer tokofobi**

Doğum korkusu, kadınlarda gebe kalmadan önceki dönemlerde oluşmuşsa buna primer tokofobi denir. Primer tokofobi, adölesan veya erken erişkinlik çağlarında ortaya çıkabilir ve bu durum kadının gebelikten kaçmasına neden olabilir[79]. Primer tokofobisi olan kadınlar, gebelik dönemlerinde bebeklerini istese bile doğum korkusundan dolayı gebeliklerini sonlandırmak veya doktorundan elektif sezaryen isteyebilirler. Primer tokofobi ile mücadele etmek oldukça güç olduğundan, bu kadınlar hayatları boyunca çocuk istemeyebilir ya da evlat edinmeyi daha uygun bulabilirler. Çok istedikleri bebeklerini asla doğuramadan menopoza girmekte ve ileri yaşlara kadar bu kaybın acısını çekmektedirler. Primer tokofobili kadınların birçoğu algıladıkları yetersizlik nedeniyle utanç duymaktadır. Primer tokofobinin etiyojisi, çok faktörlü ve karmaşık bir yapı göstermekle birlikte, temel olarak üç teori ile açıklanabilir. Bunlar; kültür, anksiyete teorisi, travma ve cinsel istismardır[3, 80].

### **2.1.6.1.2. Kültür**

Doğum korkusu nesiller arasında geçiş gösteren, kuşaklara aktarılan bir özellik gösterebilir. Kadınların olumsuz deneyim yaşamış olan anneleri ve yakınlarında bulunan, diğer kadınlarla etkileşimi sonucunda ortaya çıkabilen ve kalıtsal özellik benzeri bir örüntü ortaya koyan cinsellik, doğum ve doğum sonrasında ait korkular bu grupta yer alır. Kadınların üremeye adaptasyonlarının anneleri ile benzer olduğu ileri sürülmektedir[81, 82].

### **2.1.6.1.3. Anksiyete teorisi**

Primer tokofobi özellikle incitici cinsellik yaşantısı olan kadınlarda gelişen bir tür korunma yanıtı olarak değerlendirilir. Korkutucu deneyimler, diğer insanların korkuya verdikleri yanıtlara tanık olmak ya da başkaları tarafından verilen tavsiyeler yoluyla öğrenilebilir. Doğum korkusuna ilişkin kuramsal yapının oluşması, Lazarus'un (1982) teorisine paralel özelliktir. Lazarus (1982), "Bilişsel değerlendirme süreci boyunca kişi kendi iyilik halinde neler olduğunun önemini değerlendirir" demiştir. Bu yönelim, kişinin stresli bir durum karşısında, duygunun subjektif deneyimlenmesine olanak tanıyan ve duygularla psikolojik olarak yüzleşmesini tetikleyen bir yaklaşımdır.

Ayrıca, doğum eylemi ile başetme sürecinde, insanların çevreden gelen stresörlere verdikleri tepkinin, anksiyete gelişimi ve sürdürülmesinde ana etmenler olduğunu ifade etmektedir[17, 83].

#### **2.1.6.1.4. Travma ve cinsel istismar**

Çocukluk çağında yaşanmış cinsel taciz öyküsü olanlarda, rutin takipler (pap smear) veya obstetrik bakım da 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 rağmen, doğum korkusu yaşamasına ve doğumdan kaçınmasına yol açabilir[84].

#### **2.1.6.1.5. Sekonder tokofobi**

Sekonder tokofobi, primer tokofobiden kadının önceki gebeliğinde yaşadığı olumsuz doğum eyleminden sonra gelişmesiyle ayrılır. Bu olumsuz doğum eyleminin en tipik şekli “travmatik doğum eylemidir”. Fakat bazen normal doğum, düşük yapma, ölü doğum ya da gebeliğin sonlandırılması da kadın için sonraki zamanlarda travmatik olabilir[3, 80, 85].

#### **2.1.6.1.6. Depresyona sekonder şeklindeki tokofobi**

Kadının prenatal veya natal dönemde yaşadığı depresyon, diğer durumlara nazaran daha az oranda tokofobiyle sonuçlanabilir. Bu nedenle bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak fazlaca korku ve doğumdan kaçınma gibi davranışlar gösterebilir. Bu durum kadında, bebeğini doğuramayacağı, doğum yapsa bile hem kedisinin hem de bebeğinin öleceği korkusunu yaşamasına neden olur[3, 85].

Gebelerde korku doğum eylemine kadar halledilemezse, doğum eylemi süresince vücut aşırı tepkiye karşı kendini korumaya adapte eder ve sempatik sistem aktivasyonu gereğinden fazla çalışmaya başlar. Böylelikle stres hormonları fazla miktarda salgılanır. Bunun sonucunda vücut kendini savunmak ve hayati organlara kan akışını arttırmak için harekete geçer. Uterus bu hayati organların içerisinde yer almaz.

Bu nedenle uterusu giden kan akımında azalma meydana gelir ve bunun sonucunda daha az oksijen almaya başlar. Oysaki oksijen uterus kaslarının çalışması için çok önemli bir yere sahiptir. Uterusa giden kan akımının dolayısıyla oksijenin miktarının azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir. Aynı zamanda kontrol edilemeyen korku uterusun vertikal ve sirküler kaslarının birbiriyle uyumlu çalışmasını engeller. Vertikal kasların etkisiyle normalde sirküler kaslar yukarı doğru çekilir ve serviks daha kolay açılır. Fakat aşırı korku durumunda sirküler kaslar buna direnç gösterir ve serviks kapalı kalmasına neden olur. Bu durum doğum eylemi sürecini uzatır. Uterusa giden oksijen miktarının azalmasıyla bebeğe giden oksijen miktarında azalır ve bu durum müdahale gerektirir[15, 86].

Korkunun doğum üzerine olumsuz taraflarını gösteren birçok çalışma mevcuttur. Saisto ve arkadaşları doğum korkusu yaşayan gebelerin korkuyu daha az yaşayan veya yaşamayan gebelere göre doğumda ağrıya toleranslarının azaldığı, böylelikle gebelerin daha çok ağrı yaşadıklarını tespit etmişlerdir[87]. Bir başka çalışmada ise Alehagen ve arkadaşlarının doğum sırasında abartılı korku yaşamamanın, doğumun ilk ve ikinci fazlarında gereğinden çok analjezi kullanımına neden olduğunu ortaya çıkarmıştır[28]. Doğum korkusunun meydana getirdiği en önemli sorunlarından bir tanesi de gebelerin korku nedeniyle sezeryan ile doğumu istemeleri ve elektif sezeryan oranlarında meydana gelen artıştır[88, 89]. Türkiye’de gebeler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, gebelerin yaşadığı doğum korkusundan dolayı sezeryan ile doğuma daha çok yöneldiklerini ortaya koymuştur[90, 91].

Sezeryan ile doğumun vaginal doğuma göre daha fazla olumsuz tarafları vardır. Bunlardan bazıları: maternal mortalite oranı, doğum sonrası abdominal kanama, abdominal enfeksiyon, uterin enfeksiyon, üriner bölgede yaralanma ve sonraki gebelikte plasenta previa, ölü doğum, spontan abortus ve ektopik gebelik riskinin daha yüksek olmasıdır. Aynı zamanda sezeryan ile doğumun maliyeti normal doğuma göre daha yüksektir[92]. Bu nedenle hem anne ve bebek açısından hem de maliyet açısından normal doğumun sezeryan doğuma göre olumlu etkileri daha fazladır[93].

### 2.1.7. Doğum beklentisi ve deneyimi

Beklenti, kişinin fiziksel, sosyolojik ve psikolojik açıdan gelmek istediği düzeydir[94]. Doğum beklentisi, gebelerin doğumları ile ilgili gelmek istedikleri düzeye karşılık oluşturdukları davranış, tutum ve düşüncelerdir[94-96]. Fenwick ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, gebelerin olumlu veya olumsuz doğum beklentileri beş ana tema altında incelenmiştir. Bu durum Tablo 1’de gösterilmiştir[29].

**Tablo 1.** Doğum beklentisi temaları

TEMA	ALT-TEMA	ULAŞILAN SONUÇ
Doğumu normal bir olay olarak inanmak ve kabullenmek	Doğum normal bir olaydır Doğum kendiliğinden gerçekleşir	Olumlu doğum beklentisi
Doğum deneyime ilgi ve katılım	Doğum kontrol edilir ve baş edilir. Doğum tercih edilir. Doğum desteklenir Doğum kendiliğinden devam eder	Olumlu doğum beklentisi
Doğum sürecinden ve sonucundan memnuniyet	Doğum deneyimle karşılanır. Doğum kolay ve basittir. Doğum sağlıklı bir bebek demektir.	Olumlu doğum beklentisi
Doğum olumsuz bir olaydır.	Doğum korkunç ve korkutucudur. Doğum ağrılı, uzun ve zordur.	Olumsuz doğum beklentisi
Doğum medikal bir deneyimdir	Doğum, müdahalenin beklendiği tıbbi olaydır	Olumsuz doğum beklentisi

Kadınlar gebelik süresince birbirinden farklı duygular yaşarlar. Gebeliklerinin sonlarına doğru, birçoğu doğumla ilgili korku ve kaygı yaşarlar. Bu durum doğum eylemiyle ilgili bilinmez bir duruma girme düşüncesinden kaynaklanabilir. Doğumun tehlikeli olduğunu düşünme, doğum sancısı çekme, doğumda meydana gelebilecek fiziksel travma ve kontrolünü kaybetme gibi olumsuz düşünceler kadınlarda olumsuz gebelik beklentilerinin oluşmasına sebep olur. Gebelikte oluşan bu olumsuz beklentiler doğum deneyiminin kötü yaşanmasına neden olur[97-99]. Dolayısıyla kadınların gebelik beklentilerinin belirlenmesi, doğum için nasıl hazırlandıklarının araştırılması doğumun efektif ve memnun edici bir şekilde geçirilmesinde önemli bir yere sahiptir[100].

Doğum deneyimi; her kadının kendi sosyo-demografik özelliklerine göre gebelik ve doğum eylemi süresince edindiği tecrübelerden oluşan bir durum olarak

tanımlanır[101, 102]. Kadınlar bu özellikleri neticesinde doğumla ilgili deneyimlerini olumlu veya olumsuz yönde şekillendirir[103]. Olumlu doğum deneyimi, annenin kendisine olan özgüvenini artırmakla beraber hayattan beklediği memnuniyetin ifadesi olarak, yaşamdan istediği düzeyde karşılık bulmasını sağlar[104, 105]. Olumsuz bir doğum deneyimiye kadının hayattan beklentilerini azaltabilir ve kadında psikolojik bunalımlar meydana getirebilir. Bu durum, kadın bir daha gebe kalırsa kendisi için kötü sonuçlar doğurmasına neden olur. Özellikle, daha önce olumsuz doğum tecrübesi olan kadınların doğum korkusu gelişme riski daha yüksektir. Bu nedenle kadınlara, doğumdan önce, sırasında ve sonrasında yeterli bilgi ve güvenlik sağlayarak ve kadına iyi bakılma hissi vererek, öznel olarak olumlu bir doğum deneyimi yaşatmanın önemi vurgulanmaktadır[106].

Bu çalışmanın amacı, gebelerde doğum öncesi görülebilen depresyon ve anksiyetenin doğum korkusuyla ilişkilendirilerek, gebelerin normal veya sezeryan ile doğum tercihlerine olan etkisini ortaya çıkarmaktır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli, Konusu ve Kapsamı**

Araştırmamız Van YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine 1 Ekim 2018- 1 Ocak 2019 tarihleri arasında başvuran gebelerin, doğum beklentisi ve doğum yöntemi tercihlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini belirlemeye yönelik kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmamızın evreni, Van YYÜ Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığında olan daha önce sezeryan ile doğum yapmayan gebelerden oluşmaktadır. Görüşmeye katılmak istemeyen gebeler değerlendirilmeye alınmamıştır.

Veriler, değerlendirilmeye alınan gebelerle anket formu doldurularak yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Bu anketler Sosyodemografik ölçek, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim Ölçeği, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeği olmak üzere toplam 4 anketten oluşmaktadır.

Elde edilen veriler sınıflandırılarak değerlendirilmiş, bu aşamada tablo ve şekillerden faydalanılmıştır. Son olarak sonuçlar yorumlanmış ve tez olarak sunulmuştur.

#### **3.2. Araştırmanın Tekniği**

Araştırmaya başlamadan önce sağlıklı veri toplayabilmek için uluslararası düzeyde güvenilirliği kanıtlanmış olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim Ölçeği ve diğer anketler gebelerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. İhtiyaç duyulduğunda, anketteki sorular hakkında daha detaylı bilgi verilerek, daha sağlıklı veriler elde edilmesi sağlanmıştır. Gebelerin anketi tamamlaması ortalama 30 dk sürmüştür.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Örneklem büyüklüğü seçilirken Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile iş birliği yapılmış ve araştırmanın evrenini temsil edecek örneklem sayısı  $n=p*q*Z^2/d^2$  formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın evrenini Van YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran daha önce sezeryan ile doğum yapmamış 199 gebeden oluşmaktadır.

### **3.4. Araştırmada Kullanılan Anket Formu ile İlgili Genel Bilgiler**

Çalışmaya katılan gebelerden onam alındıktan sonra 4 ana başlıkta olan anketlere yanıt vermeleri istenmiştir.

### **3.5. Sosyodemografik Anket**

Bu anket gebelerin sosyodemografik özelliklerini tespit etmek amacıyla 20 sorudan oluşmaktadır.

### **3.6. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim Ölçeği**

Doğum korkusunu tespit edecek bir yöntemin olmaması nedeniyle doğum korkusunu araştırmaya dönük sıkıntılarla karşılaşılmaktaydı. Bu nedenle Klaas ve Barbro Wijma tarafından, kadınların doğum korkusu ile ilgili yaşadığı klinik deneyimlerden yararlanılarak Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) geliştirilmiştir. Bu ölçek, daha önce doğum deneyimi yaşamamış olan kadınların yanı sıra doğum yapan kadınlarında doğuma yönelik korkularını tespit etmeye yardımcı olmaktadır[17].

Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte 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.

W-DEQ puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı  $\leq 37$ ), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı  $\geq 85$ )[17].

### **3.7. Beck Depresyon Ölçeği**

Ölçek, Beck ve ark. tarafından (1978) geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir[107, 108]. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir[107, 109-111].

Depresyon derecesi; minimal depresyon 0-9 puan, hafif depresyon 10-16 puan, orta depresyon 17-29 puan, şiddetli depresyon 30-63 puandır.

### **3.8. Beck Anksiyete Ölçeği**

Ölçek, Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir[112, 113]. BAÖ kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiye sorulan sorularla sıkıntı duygusunun kendisini son bir haftadır ne ölçüde rahatsız ettiği sorgulanır. Puan Aralığı 0- 63'tür. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir[111, 114].



Beck anksiyete derecelendirmesi: Hafif düzeyde anksiyete 8-15 puan, orta düzeyde anksiyete 16-25 puan, şiddetli düzeyde anksiyete 26-63 puandır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı**

Çalışmamız Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'unun onayı alındıktan sonra yapılmış, gebe polikliniğinde anket çalışması yapılabilmesi için de Van YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum ve Hastalıkları A.B.D Başkanlığı'ndan izin alınmıştır.

Araştırmamıza katılan gebelere araştırmanın içeriği, amacı, yararları hakkında bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### **3.10. Verilerin Analizi**

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum değerler olarak ifade edilirken, Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Tek Yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır

## 4. BULGULAR

Van YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 18-49 yaş aralığında olan 199 gebe çalışmanın evrenini oluşturdu.

### 4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmamıza katılan gebelerin ortalama yaşı  $26.9 \pm 5.9$  olup gebelerin %50.3'ü (n=100) 18-25 yaş, %42.7'si (n=85) 26-35 yaş, %7'si (n=14) 36-49 yaş aralığındadır.

Araştırmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğunu 2. ve 3. Trimesterdeki gebeler oluşturmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Araştırmamıza katılan gebelerin gebelik sürelerine göre dağılımları (N=199)

Gebelik Trimesterleri	n	%
1.Trimester	21	10.6
2.Trimester	93	46.7
3.Trimester	85	42.7

Araştırmamıza katılan gebelerin meslek durumlarına göre dağılımının büyük bir kısmını, ev hanımı veya çalışmayan kesim oluşturmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Araştırmamıza katılan gebelerin meslek grubuna göre dağılımları (N=199)

Gebelerin meslek grubu	n	%
Ev hanımı veya çalışmıyor	157	78.9
Sağlık çalışanı	10	5
Öğretmen	14	7
Diğer	18	9.1

Araştırmamıza katılan gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımının çoğunluğunu, ilköğretim mezunları oluşturmaktadır (Tablo 4).

**Tablo 4.** Araştırmaya katılan gebelerin eğitim durumları (N=199)

Gebelerin eğitim durumu	n	%
İlkokul	79	39.7
Ortaokul	55	27.6
Lise	22	11.1
Üniversite	43	21.6

Araştırmamıza katılan gebelerin evlilik sürelerine göre dağılımının yarısını yeni evliler oluşturmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Araştırmamıza katılan gebelerin evlilik süreleri (N=199)

Gebelerin evlilik süreleri	n	%
0-3 yıllık evliler	99	49.7
4-7 yıllık evliler	46	23.1
8-10 yıllık evliler	20	10.1
11 yıl ve üstü evliler	34	17.1

Araştırmamıza katılan gebelerin %50.8'i (n=101) görücü usulü ile, % 49.2 (n=98) ise isteyerek evlendiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızdaki gebelerin büyük çoğunluğu normal doğum ile doğum yapmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Araştırmamıza katılan gebelerin tercih ettikleri doğum yöntemi (N=199)

Gebelerin doğum seçimi	n	%
Sezeryan ile doğum	40	20.1
Normal doğum	159	79.9

Gebelerimizin çoğunda herhangi bir ilaç kullanacak rahatsızlığı bulunmamaktadır (Tablo 7).

**Tablo 7.** Araştırmamıza katılan gebelerin ilaç kullanım oranları (N=199)

Gebelerin ilaç kullanımı	n	%
İlaç kullanan gebe	38	19.1
İlaç kullanmayan gebe	161	80.9

Araştırmamıza katılan gebelerin neredeyse tamamı eşleri tarafından destek aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Gebelerimizin eş destek durumları (N=199)

Gebelerin eş destek durumu	n	%
Eşi destekleyen gebeler	189	95
Eşi desteklemeyen gebeler	5	2.5
Diğer	5	2.5

Araştırmamıza katılan gebelerin doğum deneyimleri tablo 9’da detaylandırılmıştır.

**Tablo 9.** Gebelerimizin doğum deneyimleri

Gebelerin doğum deneyimi	n	%
İlk gebelik	82	41.2
Birden fazla gebelik	117	58.8
1-3 arasında gebelik yaşayan	92	78.6
4 ve üstü gebelik yaşayan	25	21.4
1-3 arasında canlı doğum yapan	92	90.2
4 ve üstü canlı doğum yapan	10	9.8
Küretaj olan gebe oranı	14	12.5
Düşük yaşayan gebe oranı	44	38.3

Gebelerimizin çoğunluğu doğum eğitimi almamışken (n=181), doğum eğitimi alan (n=18) gebelerimizin durumları Tablo 10’da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Gebelerin doğum eğitimi alma oranları (n=18)

Gebelerin doğum eğitimi	n	%
Eğitim alan gebeler	18	9
Sağlık personellerinden eğitim alan gebeler	6	31.6
Gebe eğitim kitaplarından eğitim alan gebeler	12	68.4

#### 4.2. Sosyodemografik Anket Sorularının Wijma Doğum Beklentisi/Deneyim Ölçeği (WDBDÖ) Toplam Puanına Göre Karşılaştırmaları

Araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalamasına göre WDBDÖ puanı Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Gebelerin Yaş Aralığına Göre WDBDÖ puanları (N=199)

Yaş aralığı	n	%	WDBDÖ Puanı	p
18-25	100	50.3	60.4±23.4	0.705
26-35	85	42.7	57.9±22.8	
36-49	14	7	61.7±22.5	

Pearson Chi-square test.

Çalışmamıza katılan gebelerin doğum korkuları ilk ve son trimesterde en yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12.** Gebelerimizin trimesterlerine göre WDBDÖ puanları (N=199)

Trimesterler	n	%	WDBDÖ Puanı	p
1. Trimester	21	10.6	66±27.5	0.06
2. Trimester	93	46.7	55.4±21.4	
3. Trimester	85	42.7	62.3±20	

Pearson Chi-square test.

Araştırmamıza katılan gebelerin eğitim durumlarına göre en yüksek doğum korkusuna sahip olan kesimi lise mezunları oluşturmaktadır (Tablo 13).

**Tablo 13.** Eğitim durumlarına göre gebelerin WDBDÖ Puanları (N=199)

Eğitim Durumu	n	WDBDÖ Puanı	p
İlkokul	79	57.66±23.24	0.267
Ortaokul	55	60.76±19.88	
Lise	22	67.64±33.29	
Üniversite	43	56.88±19.79	

Pearson Chi-square test.

Çalışmamıza katılan gebelerin mesleki durumlarına göre doğum korkusu en yüksek olan grubu ev hanımı ve öğretmenler oluştururken, en düşük doğum korkusuna sahip olan grubu ise sağlık çalışanlarının olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 14).

**Tablo 14.** Gebelerin mesleki durumlarına göre WDBDÖ Puanı (N=199)

Meslek	n	WDBDÖ Puanı	p
Ev hanımı veya çalışmıyor	157	60.53±23.78	0.240
Sağlık Çalışanı	10	47.40±20.85	
Öğretmen	14	62.57±16.32	
Diğer	18	54.33±21.03	

Pearson Chi-square test.

Araştırmaya katılan gebelerin evlilik yıllarına göre WDBDÖ puanı Tablo 15'te gösterilmiştir.

**Tablo 15.** Gebelerin evlilik yıllarına göre WDBDÖ Puanı (N=199)

Evlilik süreleri	n	WDBDÖ Puanı	p
0-3 yıl	99	59.41±22.39	0.993
4-7 yıl	46	58.78±22.54	
8-10 yıl	20	59.60±31.73	
11 ve üstü	34	60.38±20.72	

Pearson Chi-square test.

Görücü usulü ile evlenen gebelerin doğum korkusu puanı, isteyerek evlenen gebelere göre biraz daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16).

**Tablo 16.** Gebelerin evlenme şekline göre WDBDÖ puanı (N=199)

Evlenme Şekli	n	WDBDÖ Puanı	p
Görücü usulü	101	60.82±22.40	0.397
İsteyerek	98	58.04±23.76	

Pearson Chi-square test.

Araştırmaya katılan gebelerden, sezeryan ile doğum yapmak isteyenlerin WDBDÖ puanı, normal doğum yapmak isteyen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

**Tablo 17.** Gebelerin doğum tercih isteklerine göre WDBDÖ puanı (N=199)

Doğum Tercihi	n	WDBDÖ Puanı	p
Normal doğum	159	54.92±19.46	0.001
Sezeryan doğum	40	77.45±27.4	

Pearson Chi-square test.

Araştırmamıza katılan gebelerden, kronik bir rahatsızlığı olanların WDBDÖ puanı, kronik bir rahatsızlığı olmayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

**Tablo 18.** Gebelerin, kronik rahatsızlığının olup olmamasına göre WDBDÖ puanı (N=199)

Kronik Rahatsızlık	n	WDBDÖ Puanı	p
Var	38	65.50±22.09	0.072
Yok	161	58.02±23.12	

Pearson Chi-square test.

Eşinden duygusal veya fiziksel yönden destek almayan gebelerin WDBDÖ puanı, destek alan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

**Tablo 19.** Gebelerin, eşlerinden aldıkları desteğe göre WDBDÖ puanı (N=199)

Eş Desteği	n	WDBDÖ Puanı	p
Var	189	59.26±23.23	0.222
Yok	5	75.20±12.25	

Pearson Chi-square test.

Araştırmaya katılan gebelerin, önceki gebelik deneyimlerine göre WDBDÖ puanı Tablo 20, 21, 22 ve 23'te gösterilmiştir.

**Tablo 20.** Gebelerin, yaşadıkları gebelik sayısına göre WDBDÖ puanları (n=117)

Gebelik Sayısı	n	WDBDÖ Puanı	p
1-3	92	58.98±22.42	0.948
4-6	25	58.64±25.08	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 21.** Gebelerin, yaptıkları canlı doğum sayısına göre WDBDÖ puanları (n=107)

Canlı Doğum	n	WDBDÖ Puanı	p
1-3	92	58.36±23.61	0.365
4-6	10	65.50±23.18	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 22.** Gebelerin, küretaj deneyimine göre WDBDÖ puanı (n=112)

Küretaj Deneyimi	n	WDBDÖ Puanı	p
Evet	14	48.43±25.49	0.077
Hayır	98	59.61±21.43	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 23.** Gebelerin, düşük deneyimine göre WDBDÖ puanı (n=115)

Düşük Deneyimi	n	WDBDÖ Puanı	p
Evet	44	56.93±20.35	0.633
Hayır	71	58.97±23.27	

Pearson Chi-square test.

Araştırmamıza katılan gebelerin, doğumla ilgili aldıkları eğitim durumlarına göre doğum korkularında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (Tablo 24).

**Tablo 24.** Gebelerin doğum eğitimi durumuna göre WDBDÖ puanı (N=199)

Doğum Eğitimi	n	WDBDÖ Puanı	p
Evet	18	58.56±1.41	0.863
Hayır	181	59.54±23.44	

Pearson Chi-square test.

### 4.3. Sosyodemografik Özelliklerin Beck Depresyon Anketi ile Karşılaştırılması

Tablo 25'te gebelerin yaş aralığının depresyonla olan ilişkisi gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Gebelerin yaşlarına göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Yaş	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.001
18-25	100	16.8±9.6	
26-35	85	12.7±8.7	
36-49	14	22.6±14.6	

Pearson Chi-square test.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, 18-25 yaş ile 26-35 yaş aralığındaki gebelerde hafif düzeyde depresyon görülürken, 36-49 yaş aralığındaki gebelerde orta düzeyde depresyon olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Tablo 26'da gebelerin gebelik haftasına göre Beck Depresyon anketi ile karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 26.** Gebelerin trimesterlerine göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Gebelik Haftası	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.018
1-13(1.trimester)	21	17.9±10.9	
14-26(2.trimester)	93	13.3±9.8	
27-41(3.trimester)	85	17.2±9.6	

Pearson Chi-square test.

Tablo 26'da görüldüğü gibi 2.trimesterde hafif düzeyde depresyon görülürken, 1. ve 3. trimesterde orta düzeyde depresyon olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Eğitim düzeylerine göre gebelerin depresyon ile olan ilişkisi aşağıdaki tablo 27'de gösterilmiştir.



**Tablo 27.** Gebelerin eğitim düzeyine göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Eğitim Düzeyi	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.001
İlkokul	79	18.7±11.5	
Ortaokul	55	15.4±7.5	
Lise	22	16.4±10.2	
Üniversite	43	9.1±6.4	

Pearson Chi-square test.

Tablo 27’de görüldüğü gibi, üniversite mezunlarında depresyon minimal düzeyde, ilkokul mezunlarında orta düzeyde, ortaokul ve lise mezunlarında ise hafif düzeyde olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Mesleğe göre ev hanımlarında depresyon puanı en yüksek olup orta düzeyde olduğu belirlenmiştir, diğer gruplarda depresyon puanları düşük olup meslek grupları arasındaki fark anlamlıdır. Gebelerde sağlık çalışanı, öğretmen ve diğer meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, bu üç grupta ev hanımları arasında depresyon yönünden anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu durum Tablo 28’de gösterilmiştir.

**Tablo 28.** Gebelerin mesleğine göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Meslek	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.001
Ev hanımı	157	17.2±10.1	
Sağlık çalışanı	10	6.4±6.4	
Öğretmen	14	10.5±6.4	
Diğer	18	9.2±5.1	

Pearson Chi-square test.

Gebelerde evlilik yılları arttıkça genel olarak depresyonda artış olduğu görülmüştür. Tablo 29’da bu durum gösterilmiştir.

**Tablo 29.** Gebelerin evlilik sürelerine göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Evlilik Yılları	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.011
0-3	99	14.5±9.1	
4-7	46	15.3±9.3	
8-10	20	12.3±8.5	
11 ve üstü	34	20.3±12.3	

Pearson Chi-square test.

Tablo 29’da görüldüğü gibi 10 yıldan fazla evli olan gebelerde depresyon orta düzeyde iken, bundan daha erken evlilik yıllarında olan gebelerde hafif düzeyde depresyon olduğu görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Görücü usulü evlenen gebelerde orta düzeyde depresyon varken, isteyerek evlenen gebelerde hafif düzeyde depresyon olduğu görülmüştür (Tablo 30).

**Tablo 30.** Gebelerin evlenme şekline göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Evlenme Biçimleri	N	Beck Depresyon Puanı	p=0.001
Görücü	101	17.9±10.4	
İsteyerek	98	12.9±8.9	

Pearson Chi-square test.

Araştırmaya katılan gebelerden, sezeryan ile doğum yapma isteğinde olanların normal doğum yapma isteğinde olanlara göre daha yüksek seviyede depresyon puanı olduğu görülmüştür. Tablo 31’de bu durum gösterilmiştir.

**Tablo 31.** Gebelerin doğum tercih yöntemlerine göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Gebe Doğum Tercihi	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.001
Sezeryan ile doğum	40	20.2±8	
Normal ile doğum	159	12.1±7	

Pearson Chi-square test.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi sezeryan ile doğum yapma isteği olan gebelerde orta düzeyde depresyon görülürken, normal doğum yapma isteğinde olan gebelerde hafif düzeyde depresyon görülmekte olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Araştırma yapılan gebelerden sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir rahatsızlığı olanlarda, rahatsızlığı olmayan gebelere göre depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Tablo 32’de gösterilmiştir.

**Tablo 32.** Gebelerin kronik rahatsızlık durumuna göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Gebelerde Rahatsızlık	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.017
Evet var	38	18.9±10.7	
Hayır yok	161	14.6±9.7	

Pearson Chi-square test.

Tablo 32'ye göre sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir rahatsızlığı olan gebelerde, depresyon orta düzeydeyken, rahatsızlığı olmayan gebelerde depresyon hafif düzeyde olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Araştırma yapılan gebelerde, gebelerin eşlerinin kendilerine duygusal ya da fiziksel yönden destek olup olmamasına göre depresyon puanı Tablo 33'te verilmiştir.

**Tablo 33.** Gebelerin eş destek durumuna göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Eşinin Destek Durumu	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.031
Evet destek oluyor	189	15±9.7	
Hayır destek olmuyor	5	24.2±15.4	

Pearson Chi-square test.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi eşlerinden destek almayan gebelerde depresyon ağır seviyeye yakın seyretmektedir. Destek alan gebelerde ise depresyonun hafif seviyede olduğu görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Araştırma yapılan gebelerde daha önce 4-6 arasında doğum yapanların depresyon puanı, 1-3 arasında doğum yapan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Tablo 34'te gösterilmiştir.

**Tablo 34.** Gebelerin yaptıkları doğum sayısına göre Beck Depresyon puanı (n=102)

Doğum Sayısı	n	Beck Depresyon Puanı	p=0.006
1-3 doğum	92	16.1±9.6	
4 ve üstü doğum	10	25.7±15.8	

Pearson Chi-square test.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi 4 ve üstünde doğum yapan gebelerde depresyon, ağır seviyeye daha yakın olmakla beraber orta seviyededir. 1-3 arasında doğum yapan gebelerde hafif düzeyde depresyon olduğu görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Çalışmaya katılan gebelerin düşük veya küretaj olmalarına göre depresyon puanları Tablo 35 ve 36'da gösterilmiştir.

**Tablo 35.** Gebelerin küretaj deneyimine göre Beck Depresyon puanı (n=112)

Küretaj Deneyimi	n	Beck Depresyon Puanı	p
Evet	14	15.14±8.4	0.594
Hayır	98	16.74±10.7	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 36.** Gebelerin düşük deneyimine göre Beck Depresyon puanı (n=115)

Düşük Deneyimi	n	Beck Depresyon puanı	p
Evet	44	15.34±11.02	0.306
Hayır	71	17.42±10.23	

Pearson Chi-square test.

Araştırmaya katılan gebelerin doğumla ilgili eğitim alanların, eğitim almayanlara göre depresyon puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 37).

**Tablo 37.** Gebelerin doğumla ilgili aldıkları eğitime göre Beck Depresyon puanı (N=199)

Doğum Eğitimi	n	Beck Depresyon Puanı	p
Evet	18	12.72±8.9	0.219
Hayır	181	15.78±10.11	

Pearson Chi-square test.

Doğumla ilgili eğitim alan gebelerden, bu eğitimi sağlık personelinden alanların depresyon puanı, gebe eğitim kitaplarından alanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 38).

**Tablo 38.** Gebelerin doğumla ilgili eğitimi aldıkları yerler (n=19)

Eğitim Alınan Yer	n	Beck Depresyon Puanı	p
Sağlık Personeli	6	10±7.01	0.327
Gebe Eğitim Kitabı	13	14.46±9.63	

Pearson Chi-square test.

#### 4.4. Sosyodemografik Özelliklerin Beck Anksiyete Anketi ile Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan gebelerin yaş aralığına göre anksiyete bulguları Tablo 39'da gösterilmiştir.

**Tablo 39.** Gebelerin yaş aralığına göre Beck Anksiyete puanı (N=199)

Yaş Aralığı	n	Beck Anksiyete Puanı	p=0.027
18-25	100	19.1±10.6	
26-35	85	15.6±8.4	
36-49	14	20.6±8.7	

Pearson Chi-square test.

Tabloya göre orta yaştaki gebelerin, daha genç veya daha yaşlı olan gebelere göre daha az anksiyete yaşadıkları görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Gebelerin, doğum haftası aralığına göre anksiyete puanları Tablo 40'ta gösterilmiştir.

**Tablo 40.** Gebelerin trimesterlerine göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Doğum Haftası Aralığı	n	Beck Anksiyete Puanı	p=0.002
1-13(1.trimester)	21	16.9±9.3	
14-26(2.trimester)	93	15.4±9.2	
27-41(3.trimester)	85	20.4±9.8	

Pearson Chi-square test.

Tablo 40'ta görüldüğü gibi gebeler, doğuma yakın haftalara geldiğinde anksiyete durumlarında artış görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır.

Çalışmaya katılan gebelerden üniversite mezunu olanların, ilkokul, ortaokul, lise mezunlarına göre daha düşük anksiyete seviyesi görülmüştür. Üniversite mezunlarında hafif düzeyde anksiyete görülürken, diğer gruplarda orta düzeyde anksiyete görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır. Bu durum Tablo 41'de gösterilmiştir.

**Tablo 41.** Gebelerin eğitim seviyesine göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Eğitim Düzeyi	n	Beck Anksiyete Puanı	p=0.045
İlkokul	79	17.5±9.7	
Ortaokul	55	19.5±9.3	
Lise	22	20.1±10.8	
Üniversite	43	14.4±9.3	

Pearson Chi-square test.

Gebelerde mesleğe göre yapılan araştırmada, doğuma yönelik en düşük anksiyete düzeyine sahip olan kesimi sağlık çalışanları oluştururken, en yüksek anksiyeteye ise ev hanımı veya çalışmayan kesim olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık

çalışanlarında anksiyete durumu hafif düzeyde iken, ev hanımı ya da çalışmayan ve öğretmenlerde orta düzeyde olduğu görülmüş olup aralarındaki fark anlamlıdır. Bu durum Tablo 42’de gösterilmiştir.

**Tablo 42.** Gebelerin mesleğine göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Meslek	n	Beck Anksiyete Puanı	p=0.01
Ev hanımı-çalışmıyor	157	18.6±10	
Sağlık çalışanı	10	9.2±6	
Öğretmen	14	17.1±9.4	
Diğer	18	14.4±8	

Pearson Chi-square test.

Görücü usulü evlenen gebelerin anksiyete puanı, isteyerek evlenen gebelere göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark anlamlıdır (Tablo 43).

**Tablo 43.** Gebelerin evlenme şekline göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Evlenme Şekli	n	Beck Anksiyete Puanı	p=0.019
Görücü	101	19.3±10	
İsteyerek	98	16±9.2	

Pearson Chi-square test.

Araştırmaya katılan gebelerden sezeryan ile doğumu tercih edenlerde anksiyete puanının şiddetli düzeye daha yakın olduğu, normal doğumu tercih edenlerde ise hafif düzeye daha yakın olduğu gözlemlenmiş olup aralarındaki fark anlamlıdır (Tablo 44).

**Tablo 44.** Gebelerin doğum tercih yöntemlerine göre Beck Anksiyete Puanı(N=199)

Doğum tercihi	n	Beck Anksiyete Puanı	p=0.001
Normal	159	16.5±9	
Sezeryan	40	22.5±11.6	

Pearson Chi-square test.

Gebelerin sürekli ilaç kullanıp kullanmaması anksiyete düzeyine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Tablo 45).

**Tablo 45.** Gebelerin kronik rahatsızlığına göre Beck Anksiyete Puanı(N=199)

Kronik Rahatsızlık	n	Beck Anksiyete Puanı	P
Var	38	16.97±9.34	0.060
Yok	161	17.89±9.91	

Pearson Chi-square test.

Araştırmamızda, eşinden duygusal ve ya fiziksel olarak destek alan gebelerin, bu desteği yeterince alamayan gebelere göre anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 46).

**Tablo 46.** Gebelerin eş destek durumuna göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Eş Destek Durumu	n	Beck Anksiyete Puanı	p
Evet	189	17.56±9.55	0.373
Hayır	5	23.80±18.68	

Pearson Chi-square test.

Gebelerin daha önce yaşadıkları doğum deneyimlerine göre anksiyete seviyeleri Tablo 47, 48, 49, 50 ve 51’de gösterilmiştir.

**Tablo 47.** Gebelerin, daha önce de gebelik yaşama durumlarına göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Gebelik Yaşama Durumu	n	Beck Anksiyete Puanı	p
Evet	117	17.32±9.71	0.490
Hayır	82	18.29±9.92	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 48.** Gebelerin gebelik sayılarına göre Beck Anksiyete Puanı (n=117)

Gebelik Sayısı	n	Beck Anksiyete Puanı	P
1-3	92	16.84±9.46	0.308
4 ve üstü	25	19.08±10.61	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 49.** Gebelerin yaptıkları canlı doğum sayısına göre Beck Anksiyete Puanı (n=102)

Canlı Doğum	n	Beck Anksiyete Puanı	p
1-3	92	17.10±10	0.248
4 ve üstü	10	21±10.7	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 50.** Gebelerin küretaj olma durumuna göre Beck Anksiyete Puanı (n=112)

Küretaj Olma	n	Beck Anksiyete Puanı	p
Evet	14	17.86±9.69	0.807
Hayır	98	17.18±9.64	

Pearson Chi-square test.

**Tablo 51.** Gebelerin düşük deneyimine göre Beck Anksiyete Puanı (n=115)

Düşük Deneyimi	n	Beck Anksiyete Puanı	p
Evet	44	16.80±8.9	0.566
Hayır	71	17.87±10.21	

Pearson Chi-square test.

Araştırmamıza katılan gebelerin doğum ile ilgili aldıkları eğitime göre eğitimin olup olmasının anksiyete üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir (Tablo 52).

**Tablo 52.** Gebelerin doğum eğitimi alıp almamalarına göre Beck Anksiyete Puanı (N=199)

Doğum Eğitimi	n	Beck Anksiyete Puanı	p
Var	18	18.56±11.99	0.566
Yok	181	17.64±9.57	

Pearson Chi-square test.

#### **4.5. Gebelerde Doğum Korkusunun Depresyon ve Anksiyete ile Olan İlişisinin İncelenmesi**

Araştırmamıza katılan gebelerde, doğum korkusuyla depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki Tablo 53 ve 54’te gösterilmiştir.

Tablo 53’e göre doğum korkusu düşük olan gebelerin depresyon durumu, doğum korkusu yüksek olan gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Düşük doğum korkusu yaşayan gebelerin %61.8’i minimal, %20.6’sı hafif, %17.6’sı orta depresif bulgulara sahipken, bu grupta şiddetli depresif bulgu gösteren kimse yoktur. Benzer şekilde klinik derecede (hastaneye bu seviyede yatacak kadar), doğum korkusu yaşayan gebelerin %8.3’ü minimal, %29.2’si hafif, %50’si orta, %12.5’i şiddetli depresif bulgulara sahiptir.



**Tablo 53.** Gebelerde doğum korkusu ile depresyon arasındaki ilişki

			Depresyon Düzeyi				Toplam
			Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
WDBDÖ Korku Düzeyi	Düşük	n	21	7	6	0	34
		WDBDÖ Düzeyi	61,8%	20,6%	17,6%	0,0%	100,0%
		Depresyon Düzeyi	32,3%	11,3%	11,8%	0,0%	17,1%
		% Toplam	10,6%	3,5%	3,0%	0,0%	17,1%
	Orta	n	28	29	18	9	84
		WDBDÖ Düzeyi	33,3%	34,5%	21,4%	10,7%	100,0%
		Depresyon Düzeyi	43,1%	46,8%	35,3%	42,9%	42,2%
		% Toplam	14,1%	14,6%	9,0%	4,5%	42,2%
	Ağır	n	14	19	15	9	57
		WDBDÖ Düzeyi	24,6%	33,3%	26,3%	15,8%	100,0%
		Depresyon Düzeyi	21,5%	30,6%	29,4%	42,9%	28,6%
		% Toplam	7,0%	9,5%	7,5%	4,5%	28,6%
	Klinik	n	2	7	12	3	24
		WDBDÖ Düzeyi	8,3%	29,2%	50,0%	12,5%	100,0%
		Depresyon Düzeyi	3,1%	11,3%	23,5%	14,3%	12,1%
		% Toplam	1,0%	3,5%	6,0%	1,5%	12,1%
Toplam	N	65	62	51	21	199	
	WDBDÖ Grubu	32,7%	31,2%	25,6%	10,6%	100,0%	
	Depresyon Grubu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	32,7%	31,2%	25,6%	10,6%	100,0%	

Tablo 54'te gösterildiği gibi doğum korkusu arttıkça gebelerin anksiyete oranlarında yükselme gözlemlenmiştir. Doğum korkusu düşük olanların %32.4'ü minimal, %47.1'i hafif, %17.6'sı orta, %2.9'u şiddetli anksiyete göstermiştir. Doğum korkusu klinik düzeyde olan gebelerin %4.2'si minimal, %16.7'si hafif, %25'i orta, %54.2'si şiddetli anksiyete gözlemlenmiştir. Buna göre genel olarak anksiyetesi yüksek olan gebelerin daha çok doğum korkusu yaşadıkları izlenmiştir.

**Tablo 54.** Gebelerin doğum korkusuyla anksiyete arasındaki ilişki

			Anksiyete Düzeyi				Toplam
			Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
WDBDÖ Korku Düzeyi	Düşük	n	11	16	6	1	34
		WDBDÖ Düzeyi	32,4%	47,1%	17,6%	2,9%	100,0%
		Anksiyete Düzeyi	40,7%	23,9%	9,5%	2,4%	17,1%
		% Toplam	5,5%	8,0%	3,0%	0,5%	17,1%
	Orta	n	12	28	29	15	84
		WDBDÖ Düzeyi	14,3%	33,3%	34,5%	17,9%	100,0%
		Anksiyete Düzeyi	44,4%	41,8%	46,0%	35,7%	42,2%
		% Toplam	6,0%	14,1%	14,6%	7,5%	42,2%
	Ağır	n	3	19	22	13	57
		WDBDÖ Düzeyi	5,3%	33,3%	38,6%	22,8%	100,0%
		Anksiyete Düzeyi	11,1%	28,4%	34,9%	31,0%	28,6%
		% Toplam	1,5%	9,5%	11,1%	6,5%	28,6%
	Klinik	n	1	4	6	13	24
		WDBDÖ Düzeyi	4,2%	16,7%	25,0%	54,2%	100,0%
		Anksiyete Düzeyi	3,7%	6,0%	9,5%	31,0%	12,1%
		% Toplam	0,5%	2,0%	3,0%	6,5%	12,1%
Toplam	N	27	67	63	42	199	
	WDBDÖ Grubu	13,6%	33,7%	31,7%	21,1%	100,0%	
	Anksiyete Grubu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	13,6%	33,7%	31,7%	21,1%	100,0%	

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Çalışmamızın Sosyodemografik Özelliklerin Literatürde Yapılan Çalışmalara Göre Tartışılması

Günümüzde sezeryan ile doğum oranı, tüm dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Sezeryan, her ne kadar bir doğum yöntemi olsa bile, sonuç itibarı ile cerrahi bir müdahale olup, annenin vücut bütünlüğünü bozmakla birlikte hem kişiye hem de ülkeye ekonomik bir yük olarak ortaya çıkan ciddi bir problemdir. Hiçbir tıbbi endikasyon yokken yapılan sezeryan sonucunda, annede gereksiz bir şekilde post-cerrahi komplikasyon riski artmakta, bebek üzerinde normal doğumun çok daha faydalı olabilecek fizyolojik ve biyolojik etkilerini de ortadan kaldırmaktadır. Bu nedenle sezeryan ile doğum tercih nedenlerini araştırıp tespit etmek ve bu nedenlere dönük gerekli önlemleri almak çok önemlidir.

Güleç D. ve ark. tarafından 2014 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi obstetri polikliniğine başvuran, doğum deneyimi ve korkusu araştırılan gebelerin ortalama yaşı  $26.9 \pm 5.9$  olarak bulunmuştur[115]. Yakut E.Y. tarafından gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirlemek amacıyla, Gaziantep Yavuzeli İlçe'sinde 2015 yılında yapılan çalışmada gebelerin yaş ortalaması  $28.7 \pm 6.6$  bulunmuştur[116]. Adageba ve ark. tarafından doğum öncesi dönemde sezaryen doğumuna ilişkin bilinç, algı ve tutumlar ile ilgili 2008 yılında Gana'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada, gebelerin yaş ortalaması  $29.4 \pm 5.3$  olarak bulunmuştur[117]. Bizim yaptığımız çalışmada yaş ortalaması  $26.9 \pm 5.1$  bulunmuş olup literatüre göre benzerlik göstermektedir.

Lazoğlu M. tarafından doğum korkusunun derecesine göre gebelerin özyeterlilik algılarını karşılaştırmak ve aralarındaki ilişkiyi belirlemeye dönük 2014 yılında Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapılan çalışmada gebelerin %33.6'sını ilkökul, %27'sini ortaokul, %24.3'ünü lise, %15.1'ini üniversite mezunları oluşturduğu gözlemlenmiştir[35]. Adageba ve ark. tarafından doğum öncesi dönemde sezaryen doğumuna ilişkin bilinç, algı ve tutumlar ile ilgili yapılan çalışmada gebelerin eğitim düzeyini %10.1 örgün eğitimi olmayan, %6.9 birincil, %67.2 ikincil, %15.8 ise üçüncül düzey oluşturmaktadır[117]. Güleç d. ve ark. tarafından 2014 yılında Ege

Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi obstetri polikliniğine başvuran, doğum deneyimi ve korkusu araştırılan gebelerin %59.3'ünü ilköğretim, %27.6'sını lise, %13.1'ini üniversite mezunları oluşturmuştur[115]. Yaptığımız çalışmada gebelerin %67.3'ünü ilköğretim, %11.1'ini lise, %21.6'sını üniversite mezunları oluşturduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda, ilköğretim mezunlarının yüksek çıkmasının nedeni bölgenin okuma oranının daha düşük olmasından kaynaklanması muhtemeldir. Çalışmamızda üniversite mezunlarının diğer yerlere göre yüksek çıkmasının nedeni ise çalışmamıza perinataloji polikliniğini de dahil etmemiz ve bu eğitim seviyesindeki gebelerin bu polikliniği daha çok tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yakut E.Y. tarafından 2015 yılında Gaziantep'in Yavuzeli ilçesindeki TSM'de gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada gebelerin %88.57'si ev hanımı iken %11.43'ünü memur veya çalışan kesim oluşturmaktadır[116]. Bülbül T. ve ark. tarafından 2014 yılında Acıbadem Hastanesi Obstetri Polikliniğinde doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, gebelerin mesleğini %31 ev hanımı, %32 memur ve %35 diğer kesim oluşturmaktadır[118]. Yabancı kaynaklarda ev hanımı tabiri olmadığından ötürü genel bir çalışmamızla ilgili genel bir kıyaslama yapılamamıştır. Bizim yaptığımız çalışmada gebelerin %79'unu ev hanımı, %21'ini çalışan kesim oluşturmaktadır. Çalışmamız, yapılan ilk çalışmayla benzerlik gösterirken, diğer çalışmadan farklı olmasının nedeni o çalışmanın özel hastanede yapılmış olması ve buraya başvuran kişi profilinden kaynaklanıyor olabilir.

Gözükara F. ve ark. tarafından 2008 yılında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kadınların doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada gebelerin sezeryan ile doğum yapma oranı %38 bulunmuştur[119]. Hopkins K. tarafından 2000 yılında, Brezilya'da gebelerin sezeryan ile doğumu tercih etmelerindeki nedenleri araştırmaya dönük yapılan çalışmada sezeryan oranının %36 olduğu görülmüştür[120]. Konakçı S.K. tarafından 2002 yılında İzmir Narlıdere Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, sezaryen ile doğumların sıklığını ve doğumların sezaryen ile gerçekleştirilmesine yol açan etmenleri belirlemeye dönük yapılan çalışmada sezeryan oranı %40.2 bulunmuştur[121]. Yaşar Ö. tarafından 2006 yılında Afyonkarahisar

Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler ile ilgili yapılan çalışmada gebelerde sezeryan oranı %22.6 bulunmuştur[122]. Amerika'da 1970'li yıllarda sezeryan oranı %4.5 iken, 2010'lu yıllarda bu oran %32'lere kadar çıkmıştır[7]. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırma verilerine göre 1993 yılında ülkemizde sezeryan oranı %7 olarak tespit edilmişken, bu oran beş yıl sonra iki katına çıkmış olduğu gözlemlenmiştir. Sonraki çalışmalarda 2003 yılında bu oran %21.2, 2008'de %36.7, 2013 te %48 olarak bulunmuştur[123]. Ülkemizde 2016 yılında tüm doğum oranları içerisinde sezeryan ile olan doğumun %53.1 olduğu görülürken; primer sezeryan oranının tüm doğumlar içerisindeki oranı %26.4 olduğu belirlenmiştir[124]. World Health Organization (WHO) 2005 yılında yaptığı çalışmalara göre sezeryan oranları Amerika Birleşik Devletleri'nde %23, İngiltere'de %21.3, İtalya'da %32, Brezilya'da %38 olarak tespit edilmiştir. Avrupa'da en düşük sezeryan oranına sahip ülkeler ise İsviçre %10, Çekoslovakya %14, Hollanda %14 olarak görülmüştür. WHO bir ülkede yapılan tüm doğumlardaki sezeryan ile doğum oranının %15'i aşmaması gerektiğini önermiştir[125, 126]. Son olarak Türkiye'de sezeryan oranının %52, dünya genelinde ise %25 olduğunu görmekteyiz[127].

Bizim yaptığımız bu çalışmada Van YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Obstetri Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran daha önce sezeryan olmayan gebelerin %79.9'u normal doğum ile, %20.1'i sezeryan ile doğum yapmak istedikleri belirlenmiştir. Çalışmamızdaki sezeryan oranı, Amerika ve Avrupa'daki bazı ülkelere yakın değerlerde olmakla beraber ülkemizdeki sezeryan oranının çok altındadır. Çalışmamızın, ülkemizdeki istatistiklerinin altında olmasının nedenleri arasında ilk gebelik veya hiç sezeryan olmamış, sezeryan için herhangi bir endikasyonu olmayan gebelerde yapılmış olması olabilir. Daha önceden sezeryan olan gebelerin, normal doğum yapamayacağı üzerindeki düşüncelerde bu duruma yol açtığı söylenebilir. Aynı zamanda doktorların gebeler üzerinde, tıbbi bir endikasyon olmadığı halde doğum tercihlerini etkilediği söylenebilir.

Dünya'da ve Türkiye'de sezeryan doğum artış nedenleri arasında; anne adaylarının kariyer kaygısı, maddi endişelerden dolayı ilk gebeliklerini ileri bir yaşa ertelemeleri, gebelerin doğum korkusu, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, gebe

takibinin yaygın yapılmasına bağlı tespit edilen fetal sorunların ortaya çıkması, yardımcı üreme tekniklerinin kullanılmasına bağlı meydana gelen çoğul gebelikler ve preterm eylemine daha sık rastlanması, kişinin kendi istemi, normal doğumla meydana gelebilecek doğal komplikasyonlara bile karşı, doğumu yaptıran doktorun medikolegal problemlerle karşılaşması sayılabilir[8, 128].

## **5.2. Doğum Yöntemlerinden Birini Tercih Eden Gebelerde, Doğum Korkusu Etkisinin Tartışılması**

Laursen M. ve ark. tarafından 2008 yılında Danimarka'da gebelerde doğum korkusu nedenlerine yönelik yapılan bir çalışmada, doğum korkusunun düşük eğitim düzeyi, genç ve ileri yaş, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu belirlenmiştir[129]. Yaptığımız alışmada Laursen M. ve ark. tarafından yapılan çalışmayla benzer bulgular elde edilmiştir. Tekirdağ İ. ve Cebeci R.'nin 2010 yılında İstanbul Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezeryan oranlarının artış nedenlerine dönük yaptığı çalışmada 30 yaş altı gebelerin, 30 yaş üstü gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadıkları gözlemlenmiştir[130]. Araştırma yaptığımız gebelerden, 25 yaş altı ve 35 yaş üstü olanların depresyon puanının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde bu yaş gruplarında anksiyetenin de artmış olduğunu gözlemledik. Üniversite mezunu olan gebelerin genel olarak, diğer eğitim seviyelerine göre daha düşük depresyon ve anksiyete eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Ev hanımı veya çalışmayan gebelerin, çalışan gebelere göre daha yüksek depresif bulgulara sahip oldukları tespit edilmiştir.

alık K.Y ve Aktaş S. Tarafından 2011 yılında Trabzon'da gebelikte depresyonla ilgili yapılan bir çalışmada depresyonun doğum eylemine cerrahi müdahaleyi arttırdığı gözlemlenmiştir[131]. Yaptığımız çalışmada da depresyon ve anksiyetenin doğum korkusunu arttırdığı ve böylelikle gebelerin sezeryane eğilimlerini arttırdığı gözlemlenmiştir.

Scollato A. ve Lampasona R. tarafından 2013 yılında Belçika'da gebelerde doğum korkusu ile ilgili yapılan bir çalışmada, doğum öncesinde depresyon yaşayan kadınlarda daha fazla doğum korkusu yaşadıkları ve normal doğumdan kaçındıkları gözlemlenmiştir[85]. Sjögren'nin 1997 yılında Almanya'da gebe kadında doğum ile ilgili kaygı nedenlerine dönük yaptığı bir çalışmada depresyon ve anksiyete

bulgularından olan uyuma zorluğu, kabus görme, doğuma bağlı endişe, ailevi sorunlar gibi nedenlerin doğum korkusunu arttırdığını göstermiştir[132]. Çalışmamızın ana temasını oluşturan depresyon ve anksiyetenin doğum korkusunu, dolayısıyla gebelerin doğum tercihlerini nasıl etkilediğini göstermek açısından elde ettiğimiz veriler, depresyon ve anksiyetesi yüksek bulunan gebelerin, sezeryan ile doğum eğilimine daha fazla girdikleri tespit edilmiştir. Aynı zamanda çalışmamızda gebelerde erken veya ileri yaş, çalışmama durumu, eşinden yeterince destek almaması, bir veya birden fazla gebelik deneyimi, eğitim seviyesinin düşük olması, doğumla ilgili yeterince bilgi sahibi olmaması gibi bazı sosyodemografik özelliklerin gebelerde, depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı gösterilmiştir.

Yaptığımız çalışmada görücü usulü evlenenlerin, isteyerek evlenenlere göre daha yüksek depresif ve anksiyete bulgularına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde çalışmamızın bu kısmıyla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yaptığımız bu çalışma göstermektedir ki, depresyon ve anksiyetesi yüksek olan gebelerin doğum korkusu daha yüksek olabilmekte ve bunun sonucunda sezeryan eğilimi diğer kesimlere göre daha fazla artabilmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sezeryan, doğal olmayan yoldan gebeye, cerrahi girişimle doğum yaptırılması olayıdır. Hiçbir endikasyon olmaksızın uygulanacak bu yöntem, annenin vücut bütünlüğünü bozmakla beraber, bebeğin normal doğum yolundan elde edeceği faydalardan uzak bırakmaktadır. Ayrıca yapılacak gereksiz bir sezeryan sonucunda annenin hastanede yatış süreci uzamaktadır. Bu durum hem anne ve bebeğine sağlık açısından daha fazla olumsuz risk taşımakta hem de devleti sağlıkta daha fazla ekonomik giderin altına sokmaktadır.

- Ülkemizde de giderek artan sezaryen oranlarını anlamak ve bu konuda başarılı müdahaleler oluşturabilmek için kadınların doğum şekli tercihlerine etki eden faktörleri bilmek önemlidir.
- Araştırmalarda sezaryen doğum endikasyonları arasında geçmese de gebe kadınların tercihi de önemli bir faktördür.
- Kadının bilinçli olarak en başından sezaryen doğum istemesi ve gebelik süresince de buna uygun adımlar atması, sezaryen oranlarının artmasında önemli bir yer tutmaktadır.
- Araştırmamızda, gebelerin depresyon ve anksiyetelerinin yüksek olması doğum korkularını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir.
- Doğum korkusu, depresyon ve anksiyetenin normalden yüksek olması gebelerin sezeryan ile doğumu tercih etmelerinde önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir.
- Kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak, depresyon ve anksiyete durumlarını tespit etmek ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir.
- Doğum eylemine hazırlanan gebelerin öz yeterlilik algıları aile-hastane işbirliği içinde yükseltilmeye çalışılması, doğum öncesi eğitimler verilmesi ve sağlık çalışanlarının uygulamalarda gebelerin öz yeterlilik algısını yükseltmeye yönelik pozitif yönlendirmeler yapması önerilebilir.



- Antenatal dönemde doğum öncesi eğitim almanın gebelerde doğumla ilgili ortaya çıkan depresyon ve anksiyetenin azalmasına, böylelikle doğum korkularının düşürülmesine yardımcı olunabilir.
- Sezaryen doğum, özellikle güvenli cerrahi müdahale yapmak ve/veya cerrahi komplikasyonları tedavi etmek için yeterli imkanın olmadığı, kapasite eksikliğinin olduğu durumlarda önemli kalıcı komplikasyonlara, sakatlık ve ölümlere neden olabilir. Sezaryen ideal olarak sadece tıbben gerekli durumlarda yapılmalıdır.



## KAYNAKLAR

1. Taşkın, L., *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 1997: [Yyy](Sistem Ofset Matbaacılık).
2. Green, J.M., et al., *Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population*. Journal of health psychology, 2003. **8**(6): p. 753-764.
3. Hofberg, K. and M. Ward, *Fear of pregnancy and childbirth*. Postgraduate medical journal, 2003. **79**(935): p. 505-510.
4. Tokat, M.A., H. Okumuş, and C.-L. Dennis, *Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey*. Midwifery, 2010. **26**(1): p. 101-108.
5. Villar, J., et al., *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. The Lancet, 2006. **367**(9525): p. 1819-1829.
6. Dölen, İ. and Ö. Özdeğirmenci, *OPTİMAL SEZARYEN HIZI NE OLMALIDIR? TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA GÜNCEL NEDİR?*
7. Cunningham, F., et al., *Williams obstetrics, 24e*. 2014: Mcgraw-hill.
8. Dölen, İ. and M. Gökçü, *Sezaryen ve etik*. Kadın Doğum Dergisi, 2002. **1**(2): p. 86-89.
9. Evans, J., et al., *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*. Bmj, 2001. **323**(7307): p. 257-260.
10. Josefsson, A., et al., *Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica: ORIGINAL ARTICLE, 2001. **80**(3): p. 251-255.
11. Altınay, S., *Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği. Ankara, 1999.
12. Karaçam, Z. and G. Ançel, *Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population*. Midwifery, 2009. **25**(4): p. 344-356.
13. Da Costa, D., et al., *Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood*. Journal of Affective Disorders, 2000. **59**(1): p. 31-40.
14. Kelly, R.H., J. Russo, and W. Katon, *Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?* General Hospital Psychiatry, 2001. **23**(3): p. 107-113.
15. Mongan, M.F., *HypnoBirthing: the Mongan method*. Health Communications, Inc., Deerfield Beach, FL, 2005.

16. Nerum, H., et al., *Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?* Birth, 2006. **33**(3): p. 221-228.
17. Wijma, K., B. Wijma, and M. Zar, *Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth.* Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 1998. **19**(2): p. 84-97.
18. Aune, I., et al., *Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women's perspectives.* Midwifery, 2015. **31**(7): p. 721-727.
19. Coşar, F. and N. Demirci, *Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi.* SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012. **3**(1): p. 18-30.
20. Areskog, B., N. Uddenberg, and B. Kjessler, *Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth.* Journal of Psychosomatic Research, 1984. **28**(3): p. 213-220.
21. Levin, J.S., *The factor structure of the pregnancy anxiety scale.* Journal of Health and Social Behavior, 1991.
22. Saisto, T., et al., *Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth.* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2001. **108**(5): p. 492-498.
23. Fisher, C., Y. Hauck, and J. Fenwick, *How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example.* Social science & medicine, 2006. **63**(1): p. 64-75.
24. Melender, H.-L. and S. Lauri, *Fears associated with pregnancy and childbirth—experiences of women who have recently given birth.* Midwifery, 1999. **15**(3): p. 177-182.
25. Bewley, S. and J. Cockburn, II. *The unfacts of 'request'caesarean section.* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2002. **109**(6): p. 597-605.
26. Körükçü, H., *Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması.* 2009, Yüksek Lisans Tezi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşirelik Ana Bilim Dalı ....
27. Coşkun, A., H. Karanisoğlu, and H. Seçim, *Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği.* 1992: Anadolu Üniversitesi.
28. Alehagen, S., K. Wijma, and B. Wijma, *Fear during labor.* Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2001. **80**(4): p. 315-315.
29. Fenwick, J., et al., *The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women.* Midwifery, 2005. **21**(1): p. 23-35.
30. Rouhe, H., et al., *Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial.* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2013. **120**(1): p. 75-84.
31. Çiçek, N. and M.T. Mungan, *Klinikte obstetrik ve jinekoloji.* 2007: Güneş Tıp Kitabevleri.

32. Doğum, T.L., *kadın sağlığı hemşireliği. 11. Baskı*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2012.
33. Potur, D.C. and N. Kömürcü, *Dismenore yönetiminde tamamlayıcı tedaviler*. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 2013. **10**(1): p. 8-13.
34. Katz, V., *Prenatal Bakım*. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Gibbs SR, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi, 2010.
35. LAZOĞLU, M., *DOĞUM KORKUSUNUN DERECESİNE GÖRE GEBELERİN ÖZ-YETERLİLİK ALGISININ KARŞILAŞTIRILMASI*. 2014.
36. Metcalfe, J. and K. Ueland, *Maternal cardiovascular adjustments to pregnancy*. Progress in cardiovascular diseases, 1974. **16**(4): p. 363-374.
37. Fenkçi, İ., *Maternal fizyoloji*. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi, 2004: p. 161-169.
38. Beck Jr, W.W., *A critical look at the legal, ethical, and technical aspects of artificial insemination*. Fertility and Sterility, 1976. **27**(1): p. 1-8.
39. GÜNERİ, S.E., *Pregnancy and Healthy Life Style Behaviours*. Recent Advances in Health Sciences: p. 183.
40. Kısa, C. and S. Yıldırım, *Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 2004. **12**(4): p. 3-6.
41. Read, J., *ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing*. BMJ. British medical journal (International ed.), 2004. **329**(7465): p. 559-561.
42. Kuğu, N. and G. Akyüz, *Gebelikte ruhsal durum*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2001. **23**(1): p. 61-64.
43. Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 1. 2000: lippincott Williams & wilkins Philadelphia.
44. Kömürcü, N., *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 2000.
45. Şirin, A. and O. Kavlak, *Kadın sağlığı*. Baskı, İstanbul, 2008: p. 234-258.
46. Birliği, A.P., *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR)*.(E. Köroğlu, Çev.) Ankara, Hekimler Yayıncılık Birliği, 2001.
47. Sağduyu, A., et al., *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000. **11**(1): p. 3-16.
48. MARAKOĞLU, K. and M.Ş. ŞAHSIVAR, *Gebelikte depresyon*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2008. **28**(4): p. 525-532.
49. Ashley, J.M., et al., *Estimated prevalence of antenatal depression in the US population*. Archives of women's mental health, 2016. **19**(2): p. 395-400.

50. Kim, J.J., et al., *Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program*. Archives of women's mental health, 2009. **12**(3): p. 167-172.
51. Virit, O., et al., *Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi*. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008.
52. Bowen, A. and N. Muhajarine, *Antenatal depression*. Canadian Nurse, 2006. **102**(9).
53. Köken, G., et al., *Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2008. **29**(2): p. 91-95.
54. Leigh, B. and J. Milgrom, *Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress*. BMC psychiatry, 2008. **8**(1): p. 24.
55. Figueiredo, B., A. Pacheco, and R. Costa, *Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers*. Archives of women's mental health, 2007. **10**(3): p. 103-109.
56. Lau, Y. and D.W.F. Keung, *Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese*. Social Science & Medicine, 2007. **64**(9): p. 1802-1811.
57. Bödecs, T., et al., *Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample*. Orvosi hetilap, 2009. **150**(41): p. 1888-1893.
58. Cebeci, S.A., Ç. Aydemir, and E. Göka, *Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi*. Kriz Dergisi, 2002. **10**(1): p. 11-18.
59. Muzik, M., et al., *When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care*. Obstetrics and Gynecology Clinics, 2009. **36**(4): p. 771-788.
60. Gözüyeşil, E., A. Şirin, and Ş. Çetinkaya, *Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008. **3**(9): p. 40-62.
61. Clark, A., et al., *The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study*. Journal of Health Psychology, 2009. **14**(1): p. 27-35.
62. Aktaş, S., et al., *Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki*. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 2009: p. 15-18.
63. Sidebotham, M., *Mental health problems*. Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, 13th ed.(Eds C Henderson, S Macdonald), 2004: p. 918-934.
64. Xie, R.-H., et al., *Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression*. Annals of epidemiology, 2009. **19**(9): p. 637-643.
65. Diego, M.A., et al., *Prenatal depression restricts fetal growth*. Early human development, 2009. **85**(1): p. 65-70.

66. Zuckerman, B., et al., *Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors*. American journal of obstetrics and gynecology, 1989. **160**(5): p. 1107-1111.
67. Raynor, M. and M. Oates, *Perinatal mental health*. Myles Textbook For Midwives, 2009. **15**: p. 679-703.
68. Dimidjian, S. and S. Goodman, *Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum*. Clinical obstetrics and gynecology, 2009. **52**(3): p. 498.
69. Spinelli, M.G. and J. Endicott, *Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women*. American Journal of Psychiatry, 2003. **160**(3): p. 555-562.
70. Gavin, N.I., et al., *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*. Obstetrics & Gynecology, 2005. **106**(5): p. 1071-1083.
71. Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1994. **51**(1): p. 8-19.
72. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. BMC Med, 2013. **17**: p. 133-137.
73. Serçekuş, P., *Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011. **10**(2): p. 239-242.
74. Brockington, I., *Puerperal disorders*. Advances in Psychiatric Treatment, 1998. **4**(6): p. 312-319.
75. Hofberg, K. and I. Brockington, *Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases*. The British Journal of Psychiatry, 2000. **176**(1): p. 83-85.
76. Dossett, E.C., *Perinatal depression*. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 2008. **35**(3): p. 419-434.
77. Waldenström, U., I. Hildingsson, and E.-L. Ryding, *Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2006. **113**(6): p. 638-646.
78. Stone, S.D. and A.E. Menken, *Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the health care practitioner*. 2008: Springer Publishing Company.
79. Brockington, I., E. Macdonald, and G. Wainscott, *Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium*. Archives of Women's Mental Health, 2006. **9**(5): p. 253-263.
80. Bakshi, R., et al., *Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth*. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics, 2008. **10**(1): p. 9-11.
81. Di Renzo, G.C., *Tocophobia: a new indication for Cesarean delivery?* The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2003. **13**(4): p. 217-217.

82. Kitapçioğlu, G., et al., *Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması*. 2008.
83. Lazarus, R.S., *Thoughts on the relations between emotion and cognition*. American psychologist, 1982. **37**(9): p. 1019.
84. Hofberg, K. and M.R. Ward, *Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric–psychiatric interface*. Clinical obstetrics and gynecology, 2004. **47**(3): p. 527-534.
85. Scollato, A. and R. Lampasona, *Tokophobia: When fear of childbirth prevails*. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 2013. **1**(1).
86. Dick-Read, G., *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. 2013: Pinter & Martin Ltd.
87. Saisto, T., et al., *Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression: A longitudinal study*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2001. **80**(1): p. 39-45.
88. Bewley, S. and J. Cockburn, *Responding to fear of childbirth*. The Lancet, 2002. **359**(9324): p. 2128-2129.
89. Sjögren, B., *Childbirth: expectations, choices, and trends*. The Lancet, 2000. **356**: p. S12.
90. Sayiner, F., et al., *Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler*. Perinatoloji Dergisi, 2009. **17**(3): p. 104-112.
91. YAŞAR, Ö., et al., *Birth method choices of primipar women and the factors which have an effect on these choices*. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007. **17**(6): p. 414.
92. Dietz, H.P. and M.J. Peek, *Will there ever be an end to the Caesarean section rate debate?* Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology, 2004. **44**(2): p. 103-106.
93. Penna, L. and S. Arulkumaran, *Cesarean section for non-medical reasons*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2003. **82**(3): p. 399-409.
94. Çalış, G., *Kadınların Evde Doğum Deneyimlerinin Betimlenmesi: Olgubilim Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
95. Karabulut, G., *Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi*. 2014, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
96. Yücesoy, H., *Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi*. 2017, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
97. Çankaya, S., et al., *Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu*. Genel Tıp Dergisi, 2014. **24**(1).
98. Demiryay, A., *Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar*. 2006, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

99. Uysal, B., *Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi*. 2017, ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
100. Gibbins, J. and A.M. Thomson, *Women's expectations and experiences of childbirth*. Midwifery, 2001. **17**(4): p. 302-313.
101. Larkin, P., C.M. Begley, and D. Devane, *Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis*. Midwifery, 2009. **25**(2): p. e49-e59.
102. Spaich, S., et al., *Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2013. **170**(2): p. 401-406.
103. Hildingsson, I., *Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study*. Women and Birth, 2015. **28**(2): p. e7-e13.
104. Karlström, A., A. Nystedt, and I. Hildingsson, *The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women*. BMC pregnancy and childbirth, 2015. **15**(1): p. 251.
105. Nilsson, L., et al., *Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers*. Nursing research and practice, 2013. **2013**.
106. Størksen, H.T., et al., *The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2013. **92**(3): p. 318-324.
107. Beck, A., A. Rush, and B. Shaw, *Emery g. Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford, 1979.
108. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanterinin gecerliligi uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.)*. Psikoloji Dergisi., 1988. **6**: p. 118-122.
109. Aydemir, Ö. and E. Köroğlu, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 4. baskı*. HYB basın yayın, Ankara, 2009: p. 21-33.
110. Hisli, N., *Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample)*. J. Psychol., 1989. **7**: p. 3-13.
111. PEKEL, N.B., et al., *Parkinson Hastalarında Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2017. **43**(3): p. 91-96.
112. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of consulting and clinical psychology, 1988. **56**(6): p. 893.
113. Envanteri, U.M.B.A., *Geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
114. Ulusoy, M., N.H. Sahin, and H. Erkmén, *The Beck anxiety inventory: psychometric properties*. Journal of cognitive psychotherapy, 1998. **12**(2): p. 163-172.



115. GÜLEÇ, D., et al., *Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki*. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology, 2014. **24**(1): p. 36-41.
116. Yakut, E.Y., *Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri*. 2015, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
117. Adageba, R.K., et al., *Awareness and perceptions of and attitudes towards caesarean delivery among antenatal*. Ghana medical journal, 2008. **42**(4): p. 137.
118. BÜLBÜL, T., et al., *Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016. **25**(3): p. 126-130.
119. GÖZÜKARA, A.G.F. and K. EROĞLU, *İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2008. **15**(1): p. 32-46.
120. Hopkins, K., *Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?* Social science & medicine, 2000. **51**(5): p. 725-740.
121. KONAKÇI, S.K. and B. KILIÇ, *İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler*. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology, 2004. **14**(2): p. 88-95.
122. Yaşar, Ö., *Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler*. 2006, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
123. Ayçiçek, H., *Kadınların Prenatal Kayıp Durumunda Ebelerden Beklentileri*. 2019, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
124. Demirbaş, M., M.P. Karabel, and M.B. İnci, *Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri*. Sakarya Tıp Dergisi, 2018. **7**(4): p. 158-163.
125. Güngör, E.S., et al., *Vaginal birth after cesarean section: Is it safe?*
126. ismet TEKİRDAĞ, A. and R. CEBECİ, *Eğitim Hastanesinde Sezaryen Oranları*.
127. Çakaloz, D.K. and A. Çoban, *Sezaryen doğumların azaltılmasında ebenin rolü*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2019. **28**(1): p. 51-59.
128. Woo, G.M., et al., *The pelvis after cesarean section and vaginal delivery: normal MR findings*. AJR. American journal of roentgenology, 1993. **161**(6): p. 1249-1252.
129. Laursen, M., M. Hedegaard, and C. Johansen, *Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2008. **115**(3): p. 354-360.
130. Tekirdağ, A.İ. and R. Cebeci, *Eğitim Hastanesinde Sezaryen Oranları*. İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN TIP DERGİSİ (IKSST), 2010. **2**(1): p. 21-26.
131. Çalık, K.Y. and S. Aktaş, *Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011. **3**(1): p. 142-162.

132. Sjögren, B., *Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women.* Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 1997. **18**(4): p. 266-272.



## EKLER

### Ek 1. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Formu

**1. Kaç yaşındasınız?**

- a) 18-25      b) 26-35      c) 36-49

**2. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?**

- a) 1-13      b) 14-26      c) 27-41

**3. Eğitim durumunuz nedir?**

- a) İlkokul      b) Ortaokul      c) Lise      d) Üniversite      e) Lisansüstü

**4. Mesleğiniz nedir?**

- a) Ev Hanımı/Çalışmıyor b) Sağlık Çalışanı c) Öğretmen d) Diğer.....

**5. Kaç yıldır evlisiniz?**

- a) 0-3      b) 4-7      c) 8-10      d) 10 ve üstü

**6. Görücü usulü mü yoksa isteyerek mi evlendiniz?**

- a) Görücü      b) İsteyerek

**7. Hangi doğum şeklini tercih edersiniz?**

- a) Normal      b) Sezeryan

**8. Sürekli ilaç kullanılmasını gerektiren bir rahatsızlığınız var mı?**

- a) Evet      b) Hayır

**9. Şimdiki gebeliğiniz sırasında bebeğinizin babası size duygusal ya da fiziksel yönden destek oluyor mu?**

- a) Evet      b) Hayır      c) Diğer (açıklayınız).....

**10. Eşiniz ve siz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?**

- a) Her ikimizde bu bebeği istiyoruz      b) Ben istiyorum; fakat eşim istemiyor  
c) Eşim istiyor; fakat ben istemiyorum      d) Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz

**11. Daha önce gebelik deneyiminiz oldu mu?**

- a) Evet      b) Hayır

**Eğer cevabınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 15. soruya geçiniz.**

**12. Kaç kez gebelik yaşadınız?**

- a) 1-3      b) 4-6      c) 7 ve üstü

**13. Bu gebeliklerden kaç tanesi canlı doğum ile sonlandı?**

- a) 1-3      b) 4-6      c) 7 ve üstü

**14. Önceki doğumunuzu hangi doğum şekli ile yaptınız?**

- a) Normal                      b) Sezeryan

**15. Küretaj deneyiminiz oldu mu?**

- a) Evet                      b) Hayır

**Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 13. soruya geçiniz.**

**16. Kaç kez küretaj oldunuz?**

- a) 1-3                      b) 4-6                      c) 7 ve üstü

**17. Düşük deneyiminiz oldu mu?**

- a) Evet                      b) Hayır

**Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 15. soruya geçiniz.**

**18. Kaç kez düşük yaşadınız?**

- a) 1-3                      b) 4-6                      c) 7 ve üstü

**19. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?**

- a) Evet                      b) Hayır

**Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.**

**20. Kimden eğitim aldınız?**

- a) Sağlık personelinden                      b) Gebe eğitim kitaplarından  
c) Gebe eğitim kursundan                      d) İnternette                      e) Diğer.....

## Ek 2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu

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

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

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

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

### I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

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

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

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

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

**III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

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

**IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

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

**V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayalediyorsunuz?**

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

**VI Son bir ay içinde dođum sancıları ve dođumunuz ile ilgili dűřünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?**

- 32 ...dođum sancıları ve dođumunuz sırasında bebeđinizin öleceđine iliřkin dűřünceleriniz?  
0      1      2      3      4      5  
Hiç      Çok sık
- 33 ... dođum sancıları ve dođumunuz sırasında bebeđinizin zarar görebileceđine iliřkin dűřünceleriniz?  
0      1      2      3      4      5  
Hiç      Çok sık

**Lűtfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?**



### Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö)

Adı Soyadı: ..... Sınıfı/ No : ..... Tarih: .....

#### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.  
1. Gelecek hakkında karamsarım.  
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.  
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.  
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2. Kendime çok kızıyorum.  
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.  
2. Kendimi öldürmek isterdim.  
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.  
2. Çoğu zaman ağlıyorum.  
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2. Şimdi hep sinirliyim.  
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.  
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.  
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.  
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.  
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.  
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.  
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.  
2. İştahım çok azaldı.  
3. Artık hiç iştahım yok.

- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.  
1. İki kilodan fazla kilo verdim.  
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.  
Evet ..... Hayır .....
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.  
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.  
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



## Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği

İsim: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlandım</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	②	③	④
2	Sıcak/ ateş basmaları	①	②	③	④
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	①	②	③	④
4	Gevşeyememe	①	②	③	④
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	②	③	④
6	Baş dönmesi veya sersemlik	①	②	③	④
7	Kalp çarpıntısı	①	②	③	④
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	①	②	③	④
9	Dehşete kapılma	①	②	③	④
10	Sinirlilik	①	②	③	④
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	②	③	④
12	Ellerde titreme	①	②	③	④
13	Titreklilik	①	②	③	④
14	Kontrolü kaybetme duygusu	①	②	③	④
15	Nefes almada güçlük	①	②	③	④
16	Ölüm korkusu	①	②	③	④
17	Korkuya kapılma	①	②	③	④
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	②	③	④
19	Baygınlık	①	②	③	④
20	Yüzün kızarması	①	②	③	④
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	①	②	③	④
TOPLAM İŞARET SAYISI					