

**PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE  
DOĞUM VE POSTPARTUM DÖNEME İLİŞKİN  
ENDİŞELERİN BELİRLENMESİ**

**Zehra Demet ÜST**

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Tőrkan PASİNLİOĞLU**

**Yüksek Lisans Tezi-2012**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE DOĞUM VE POSTPARTUM  
DÖNEME İLİŞKİN ENDİŞELERİN BELİRLENMESİ**

**Zehra Demet ÜST**

**Tez Yöneticisi**

**Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU**

**Yüksek Lisans Tezi**

**ERZURUM-2012**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE DOĞUM VE POSTPARTUM  
DÖNEME İLİŞKİN ENDİŞELERİN BELİRLENMESİ

Zehra Demet ÜST

Tez Savunma Tarihi : 30.04.2012

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Serap EJDER APAY

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof .Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi  
ERZURUM- 2012

**Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Yönetim Birimi'nce desteklenmiştir (Proje No: 2011/324)**

**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa No</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>V</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Endişenin Tanımı .....	<b>5</b>
2.2. Endişeyi Etkileyen Faktörler .....	<b>6</b>
2.3. Gebelik ve Endişe .....	<b>7</b>
2.4. Doğum Eylemi ve Endişe .....	<b>10</b>
2.5. Postpartum Dönem ve Endişe .....	<b>11</b>
2.6. Endişenin Giderilmesinde Ebe/Hemşirenin Rolü .....	<b>13</b>
<b>3. MATERYAL VE METOD</b> .....	<b>15</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	<b>15</b>
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	<b>15</b>
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	<b>15</b>
3.4. Verilerin Toplanması .....	<b>21</b>
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	<b>23</b>
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	<b>23</b>
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>38</b>

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>47</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>49</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>59</b>
<b>EK-I</b> Kişisel Bilgi Formu	
<b>EK-II</b> Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği	
<b>EK-III</b> Ölçek Kullanım İzni	
<b>EK-IV</b> Etik Kurul Onayı	
<b>EK-V</b> Araştırmanın Yapıldığı Kurumun İzin Yazısı	

**TEŞEKKÜR**

*Yüksek lisans eğitimim süresince hiçbir zaman desteğini esirgemeyen,*

*bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım danışman hocam*

*Sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na,*

*lisans eğitimimden bu yana bana her konuda destek veren*

*ve her zaman yanımda olan değerli hocalarım*

*Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN ve*

*Yrd. Doç. Dr. Serap EJDER APAY'a,*

*tezimi hazırlamamda göstermiş olduğu fedakarlıktan dolayı*

*Araş. Gör. Ayla ÇAPIK'a,*

*veri toplama süresince yardımlarını esirgemeyen*

*Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde çalışan arkadaşlarıma,*

*çalışmaya katılma nezaketinde bulunan gebelere*

*ve*

*eğitimim boyunca güven ve destekleri ile her zaman yanımda olan*

*SEVGİLİ AİLEME*

***SONSUZ TEŞEKKÜRLER...***

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo No</b>		<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b>	Primipar ve Multipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	<b>17</b>
<b>Tablo 2.</b>	Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	<b>19</b>
<b>Tablo 3.</b>	DDSEÖ ve Alt Boyutlarından Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Ortalamalar İle Primipar ve Multipar Gebelerin Aldığı Puan Ortalamaları .....	<b>25</b>
<b>Tablo 4.</b>	Primipar ve Multipar Gebelerin DDSEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	<b>26</b>
<b>Tablo 5.</b>	Primipar ve Multipar Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	<b>28</b>
<b>Tablo 6.</b>	Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DDSEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	<b>31</b>
<b>Tablo 7.</b>	Multipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DDSEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	<b>34</b>
<b>Tablo 8.</b>	Primipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DDSEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	<b>35</b>
<b>Tablo 9.</b>	Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DDSEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	<b>37</b>



## **ÖZGEÇMİŞ**

02.07.1986 yılında Horasan'da doğdu. İlk ve ortaöğretim eğitimini Erzurum'da tamamladıktan sonra 2008 yılında Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nden mezun oldu. 2008-2009 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi'nde, 2009-2011 yılları arasında Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde ebe olarak görev yaptı. 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne araştırma görevlisi olarak atandı.

**Zehra Demet ÜST**

**ÖZET****Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin  
Endişelerin Belirlenmesi**

Bu araştırma; primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Sağlık Bakanlığı Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'ne prenatal kontrol için başvuran gebelerden gönüllü olan 300 gebe üzerinde yapılmıştır. Veriler, 15 Mayıs-30 Aralık 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "*Kişisel Bilgi Formu*" ve "*Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği (DDSEÖ)*" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar, ortalama, t testi, tek yönlü varyans, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Primipar gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalamasının  $5.80 \pm 1.41$ , multiparların  $5.22 \pm 1.29$  olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Primipar ve multipar gebelerin her ikisinde de ilgili ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının "*Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler*" alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise "*Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi*" alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır.

Primipar gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe DDSEÖ puan ortalamasının azaldığı ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Primipar gebelerde eşin eğitim durumu ile eş mesleğinin de endişe düzeyini etkilediği bulunmuştur. Eşinin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan ve eşi serbest olarak çalışan gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Multipar gebelerde eşin eğitim durumunun endişe düzeyini etkilediği ve eğitim durumuna göre toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eşinin eğitimi yükseköğretim düzeyinde olan multipar gebelerin endişesinin diğerlerine göre daha az olduğu belirlenmiştir.

Primipar ve multipar gebelerin obstetrik özelliklerinden yalnızca planlanan doğum şekline göre DDSEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Normal doğum planlayan gebelerde endişe düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırma sonucunda; gebelerin endişe düzeylerinin genel olarak orta derecede olduğu ve primipar gebelerde multiparlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, endişe, doğum, postpartum dönem.

**ABSTRACT****Determination of Anxieties Related to Delivery and Postpartum Period in Primiparous and Multiparous Pregnant Women**

The purpose of this comparative descriptive study is to determine anxieties related to delivery and postpartum period in primiparous and multiparous pregnant women.

The study was conducted on 300 voluntary pregnant women who applied for prenatal control to Erzurum Nenehatun Maternity Hospital of Ministry of Health. The data was collected between May 15, 2011 and December 30, 2011. "*Personal Information Form*" and "*Scale of Fears of Childbirth and Postpartum Period (SFCPP)*" were used to collect data. Percentage distributions, mean, t test, one-way variance analysis, Kruskal Wallis test and Mann-Whitney U test were used to evaluate data.

It was determined that total mean score of SFCPP of primiparous pregnant women was  $5.80 \pm 1.41$  and multiparous was  $5.22 \pm 1.29$  and there was statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). The highest mean score obtained by primiparous and multiparous pregnant women from sub-scales of the related scale was of the sub-scale "anxieties towards behaviors of healthcare personnel during delivery"; and the lowest mean score was of the sub-scale "anxiety of not receiving any support from her husband during postpartum period".

It was determined that with increase in educational level of primiparous pregnant women their SFCPP mean score decreased; and there was statistically significant difference between mean scores ( $p < 0.05$ ). Also husband's educational status and occupation had an effect on anxiety level of primiparous pregnant women. It was found out that pregnant

women whose husbands were primary-school graduates and self-employed had higher total mean score of SFCPP and there was statistically significant difference between mean scores ( $p < 0.05$ ).

It was identified that the husband's educational status had an effect on anxiety level of multiparous pregnant women and there was statistically significant difference between mean scores in terms of educational status ( $p < 0.05$ ). It was determined that anxiety of multipar pregnant whose husband's education was at the level of higher education lower than the others.

It was determined that the difference between mean scores of SFCPP of primiparous and multiparous pregnant women was statistically significant in terms of their obstetrical properties except for only according to planned mode of delivery ( $p < 0.05$ ). The level of anxiety was higher in pregnant women who were planning normal delivery.

In consequence of this study, it was determined that level of anxiety in pregnant women was generally medium; and higher in primiparous pregnant women in comparison to others.

**Keywords:** Pregnancy, anxiety, delivery, postpartum period.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olup, psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir<sup>1</sup>. Bu dönemde gelişen psikolojik değişikliklere genellikle uyum sağlanırken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Bu ruhsal sorunlar gebeliğin farklı dönemlerinde çelişki, belirsizlik, içe dönüklük, pasif kişilik, bağımlılık, korku, kaygı gibi psikolojik değişikliklerle ortaya çıkmaktadır. Kaygı özellikle doğum ve doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz yönde etkilemektedir<sup>2-4</sup>.

Kaygı, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici endişe ve korku duygusudur<sup>5</sup>. Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişiminin sağlanması olan bu duygunun yardımıyla bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyarılardan sakınma ve baş etme gibi davranışlar görülür. Bir yere kadar sağlıklı olan bu duygunun yaşanması, bir süre sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu aşamadan sonra kaygı, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak görülmektedir. Kaygıya yönelik sorunların çözülmesinde, kişinin olayı ve sorunu kavraması, baş etme mekanizmaları, destekleyici kişilerin niteliği ve bulunabilirliği önem taşımaktadır<sup>3</sup>.

Gebelikte yeterli psikososyal desteğin varlığı ve ruh sağlığının iyi olması fetüsün sağlığı için de önemlidir. Duygusal gerilimin, özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişim geriliğine neden olduğu

bildirilmiştir<sup>6,7</sup>. Bundan dolayı gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek kadın ve doğacak çocuk için çok önemlidir<sup>8</sup>.

Kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili birçok korku yaşamaktadırlar<sup>9</sup>. Her gebe kadın bu süreçte az ya da çok doğum korkusu yaşar. Hangi doğum şeklini seçeceğinden, bu seçimin kendisinin ve bebeğinin sağlığını nasıl etkileyeceğine kadar endişeleri vardır. Gebelerin "*canım çok yanacak mı, doğumdan sonra beni nasıl bir fizik ve ruh sağlığı bekliyor*" gibi düşünceleri vardır<sup>10</sup>.

Gebelik boyunca korku yaşadığını belirten kadınlar korkuyu kendilerince tanımlar. Doğuma yönelik korkuların nedeni farklılık gösterir. Yapılan çalışmalara göre doğumda bebeğin ölmesi ya da zarar görmesi, bebeğin malformasyonlu olması, ağrı yaşama, sezaryen doğumun gerekli olması, doğum personeline güvenmeme, doğumda panik yaşama, kontrolsüz çılgılık atma, kontrol kaybı yaşama, doğum eylemi boyunca yalnız olma, doğumun nasıl olacağını bilmeme ve ölüm gibi birçok neden bulunmaktadır<sup>11-14</sup>.

Doğum çok özel bir olgu olup anne ve baba adayları için, yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak zaman zaman doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler uzun yıllar anlatılan doğum hikayeleri arasında yerini alabilmekte ve kadınlar hala doğumda hayatını kaybetmek korkusuyla acı çekmektedirler<sup>15</sup>.

Doğum sırasında ölüm korkusu/endişesi gebelikten önce oluşur ve bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "*tokophobia*" olarak adlandırılır. Bu durum çocukluktan yaşlılığa kadar tüm kadınları etkileyebilmektedir<sup>16</sup>. Yaşanan olumsuz deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, bir yandan da görsel medyada gösterilen ağırlı doğum sahneleri, kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla doğumun ağırlı, kanlı, korkutucu bir olay oluşuyla ilgili imaj; gebelik süresince kadınların vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de

yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların tercihlerini sezaryen doğumu tercih etmelerine yol açmaktadır<sup>15</sup>.

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres oluşturur. Anne adayı kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, annelik sevgisi yanında bir canlı dünyaya getirmenin gururunu da yaşar. Özellikle ilk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşamakta, doğum anında karşılaşılabileceği olayları tahmin edememektedir<sup>15</sup>.

Doğum olayı ile 38-42 hafta kadar süren uzun bekleyiş sonrasında aileler heyecanla bebekleri ile tanışmakta, bu olay bireyleri mutlu ettiği kadar da endişelendirmektedir. Çünkü insan için kendi sorumluluğunun dışında başka bir varlığın sorumluluğunu alması oldukça stres verici bir olaydır<sup>16,17</sup>.

Doğumdan sonra üreme organlarının gebelikten önceki durumuna dönmesine kadar geçen 6 haftalık süre postpartum dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan değişiklikler normal olarak kabul edilmektedir. Bazı kadınlarda üreme organlarının involüsyonu 4 hafta kadar erken olurken, bazıları için bu süre 10-12 haftaya kadar devam etmektedir. Postpartum dönemde anne, doğum eyleminin sona ermesi ve laktasyonun başlaması ile birlikte önemli anatomik, fizyolojik ve endokrin değişimler yaşamaktadır<sup>18</sup>. Annenin, doğum sonrasında hastaneden taburcu olmasıyla, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, bebeğini kabullenmesi, kendine ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Bu süreçte anneler, bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma uyum sağlamak durumundadırlar<sup>19</sup>.



Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni düzenin kurulduğu bir dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Doğumdan sonra ilk birkaç gün anne pasif ve bağımlıdır. Doğum süreci onu yormuştur. Bu nedenle uykuya eğilimlidir. Daha çok doğum eylemi ve doğum olayı ile ilgili konuşma ihtiyacı içindedir. Bu ilk günlerde daha çok alıcı konumundadır ve kendine dönüktür. İkinci günden sonra anne postpartum sürece uyum sağlamaya başlar. Artık ilgisi bebeğine yönelmiştir, endişeleri daha çok bebeği ile ilgilidir. Sütünün yetmeyeceği, ona yeterince bakamayacağı konusunda endişeleri olur. Bir anne olarak yeterli olduğu konusunda güven kazanmak ister. Bu periyotta anne daha çok verici konumdadır. Doğum sonu dönemin psikolojik sonuçları eğer ailede iletişim iyi ise pozitifdir<sup>19</sup>. Hormonal biyolojik değişiklikler, eşler arası çatışma, desteğin olmayışı, ekonomik güçlükler ve bireysel psikolojik faktörler; yüksek anksiyete, düşük kendilik değeri, depresyon ve postpartum psikozun ortaya çıkışında rol oynar<sup>20</sup>.

Gebelik ve doğum, kadınlar için yaşamlarının önemli bir parçasını oluşturmasına rağmen, bu dönemlerde kadınların karşılaştıkları endişelerle ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır. Gebeye bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı endişeleri iyi tespit etmesi gerekir. Bunların bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, primipar ve multipar gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin yaşadıkları endişeleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Endişenin Tanımı

Endişe, yaşamda güvence ya da gereksinimlerin karşılanmasını tehlikeye düşürecek herhangi bir etmen söz konusu olduğu zaman ortaya çıkan tepkidir. Endişeyi meydana getiren en önemli faktör çatışmadır. Çatışma ise, kişinin yaşamı ve arzuları ile toplumsal koşulların, olanakların karşı karşıya gelmesi durumunda ortaya çıkar<sup>21-24</sup>.

Endişe evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir. Endişe yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu endişeyi, endişe düzeyinin yüksek olması da belirsizliği artırabilir<sup>25-26</sup>.

Endişe hemen her bireyde gözlenen bir olgu olup, normal ve patolojik olarak farklılaşmaktadır. Endişenin yoğunluğu, sıklığı ve aşırılığı normal ve patolojik endişeyi birbirinden ayıran temel farklılıktır. Dubuy ve ark. (2001) çalışmalarında; endişenin sıklığına ve yoğunluğuna odaklanmışlar ve patolojik endişenin, normal endişeye göre daha sık ve şiddetli olduğunu bulmuşlardır. Borkovec ve Prunzinsky (1990) de patolojik endişe ile olumsuz düşüncelerin ilişkili olduğunu, patolojik endişesi olanların normal düzeyde endişesi olanlara göre daha fazla olumsuz deneyim ve konsantrasyon güçlüğü yaşadıklarını belirtmişlerdir<sup>27-29</sup>.

Endişe, sıkıntı ve kaygı ile ilişkilidir, dikkat kaynaklarını azaltıp, problem çözme becerisini kitlemektedir. Endişenin psikolojik ve fizyolojik belirtileri vardır. Psikolojik belirtiler kişiden kişiye büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Kişilik ve başa çıkma mekanizmaları tarafından da önemli ölçüde etkilenir. Psikolojik belirtiler; kendine güvensizlik, kontrol kaybı, gerilim ya da heyecanlı olma, gevşeyememe, sabırsızlık, girişimsizlik, yerinde duramama, uykusuzluk, sinirlilik, kötü bir şey olacakmış hissi, dikkat eksikliği gibi duygu durumlarıdır. Fizyolojik belirtiler ise; kalp hızında artma,

uykusuzluk, kan basıncında yükselme, yorgunluk ve halsizlik, terleme, ağız kuruluğu, baş dönmesi, baygınlık, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, diyare gibi belirtilerdir<sup>5,23</sup>.

## 2.2. Endişeyi Etkileyen Faktörler

Endişeye neden olan çok çeşitli faktörler vardır. Bunlar; prestij ve toplumsal değişim, başarısızlık veya başarı, başkaları tarafından kabul görmeme, servet kaybı, ahlaki çıkmazlık, ölüm, ayrılık, boşanma, kültürel baskılar, taşınma, göç, geçici veya kalıcı ayrılık, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, emeklilik, güvenlik riski, çevresel kirlilik, işsizlik, yeni iş, terfi, cinsel gelişme, akran ilişkilerinde değişiklik, gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, yaşlanma etkileri, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar ve motor kayıplardır.

Belirsizlik durumu da endişeye yol açan faktörler arasındadır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik durumu birey tarafından bir tehlike olarak değerlendirildiğinde yaşadığı endişe daha da artabilir. Bu durumda bireyin yapması gereken konularda karar vermesi de güçleşebilir. Karar vermesi zorlaşan birey endişe, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar. Hastalıkla ilgili bilginin verilmemesi hastaların endişelerini artırabildiği gibi, gereksinimden fazla bilgi de korku, endişe yaşatabilir, paniğe sokabilir. Bu nedenle kişilerin hazır oluşu değerlendirilerek, gereksindiği bilgilerin verilmesi önemlidir. Belirsizlik yaşayan bireylerin endişe düzeylerinin de yüksek olması nedeniyle uygun baş etme yöntemlerinin seçimi ve kullanılmasında yardım edilmelidir<sup>30</sup>.

Endişe ile baş etmede gösterilen bazı davranışlar vardır. Bunlar<sup>30</sup>:

- ✓ İçe-dönme (withdrawal) : Endişe yaratan olayların psikolojik olarak tehdit algılanması sonucunda içe kapanmadır.

- ✓ Dışa vurma (acting-out) : Endişenin dışa vurularak yani, agresif davranışlarla boşalımıdır.
- ✓ Bedene yansıtma (psikosomatization) : Endişenin bedendeki bir bölgeye yansıtılarak fizyolojik olarak ifadesidir.
- ✓ Kaçınma (avoidance) : Endişe yüklü yaşantılardan kaçınma yoluyla kontrolünün sağlanmasıdır.
- ✓ Problem çözme (problem solving) : Endişenin yarattığı durumlarla ya da olaylarla ilgili sorunların çözümünde uygun davranışları öğrenmek için kullanımıdır. Problem çözme bireyin gelişimini ve gerçekçi kararlarını alması için anksiyeteden yararlanmasını sağlar. Geçirilen yaşantıdan anlam çıkarma ya da uygun davranış ve becerileri öğrenme yoluyla bireyin kendini aynı sorunları yaşamaktan kurtarır.

Sağlık çalışanlarının, bireylerin yaşayabileceği endişe durumları ve belirtileri konusunda bilgilerinin olması oldukça önemlidir. Kişilere hizmet verirken hastalıkların tedavisini ve uyumunu kolaylaştırmak için bütüncül yaklaşım gerekir<sup>30</sup>.

### **2.3. Gebelik ve Endişe**

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Gebeliğin süresi son mensturasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftadır. Kadın vücudu gebelik boyunca büyüyen ve gelişen fetüsü, gereksinimlerini karşılayarak ve uygun ortam sağlayarak doğuma hazırlar. Bu süre içinde kadının tüm sistemlerinde ve metabolizma düzeninde değişimler meydana gelir. Bunlar ovulasyonun durması, memelerin süt yapımı için hazırlanması, kas-iskelet sisteminde gevşemeler meydana gelmesi, deride renk değişikliklerinin olması, sindirim sisteminde motilite azalması gibi değişikliklerdir<sup>1</sup>.

Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama ihtiyacı hissederler. Ayrıca aileye yeni bir üyenin katılmasına hazırlanmak için yeni roller öğrenmek zorundadırlar. Bu nedenle gebelik sürecine, kadın ve ailesi için gelişimsel bir kriz dönemi olarak bakılabilir.

Gebeliğin I. trimesterinde ambivalan (zıt) duygular hakimdir. Menstrasyonun kesilmesi, mide bulantılarının olması, gebenin kendisini yorgun hissetmesi, hasta olmadığı halde kendisini iyi hissetmemesi, kadında ambivalan duyguları ortaya çıkaran nedenlerdir. Bu rahatsızlıklar kadınların gebeliği istememesine neden olur<sup>1,31</sup>. Diğer taraftan kadın sağlıklı olduğuna inanmak ve gebeliğinin iyi gittiğini öğrenmek isteyebilir. Anne adayı olan kadın kendisinden başka çevresinde bulunan ve onun için önem taşıyan kişilerce de gebe olduğunun bilinmesi ve istenmiş olmasından emin olmak ister. Bu tür davranışlar kadının desteğe olan gereksinimini ortaya koymaktadır. Ayrıca bebeğe yönelik sorumluluk alma konusunda endişelidir<sup>32,33</sup>.

II. trimesterde kadının gücü yavaş yavaş artmaktadır. Bulantıları geçen gebe, kendisini iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir. Kadın, gebe bir kadının görünümünü kazanmıştır. II. trimesterde fetus hareketleri başlar. Bu da kadının ilgisini kendisinden bebeğe yöneltir. Bu dönemde anne kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar. Anne hayallere dalar. Çevresinden kopup bebeği ile bütünleşir. Ruhsal problem riskinin en düşük olduğu dönemdir. Aynı zamanda fiziksel olarak kendilerini en rahat hissettikleri dönemdir<sup>1,31</sup>.

Gebeliğin son döneminde doğum ağrısı ve doğum hakkındaki korku ve endişe giderek artabilir. Fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar. Artık daha

çabuk yorulur ve yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çeker, kendini rahatsız hisseder. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır. Aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Son ayda anne ilk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister, fakat doğumdan korkar. Bu dönemde kadın kocasının gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister. Bebeğin ailenin diğer fertleri tarafından beklenmesi de çok büyük önem taşır<sup>1,31</sup>.

Çoğu kadın için keyifli bir yaşam olayı olsa da, gebelik sıklıkla fiziksel ve ruhsal açıdan stresli bir dönemdir. Normal seyreden gebeliklerde bile fiziksel ve ruhsal değişiklikler kadınların günlük işlerini yapabilme yetisini azaltabilir. Psikiyatrik bozukluklar, özellikle de depresyon ve anksiyete bozuklukları, kadınların doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa ulaşırlar<sup>34</sup>. Çalışmalar da gebelikteki değişimlerin genel yaşam kalitesini azalttığını, gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ve puerperiumda fiziksel fonksiyonellik ve iyilik algısının gebelik öncesine göre azaldığını göstermektedir<sup>33-37</sup>.

Zamanında önlem alınmadığında endişenin gebelik ve yenidoğan üzerinde düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum gibi olumsuz etkileri vardır<sup>38,39</sup>.

#### **2.4. Doğum Eylemi ve Endişe**

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı süreçtir. Normal bir doğum eyleminin<sup>1</sup>;

- ✓ Termde (son menstrual period'dan 40 hafta sonra),
- ✓ Kendiliğinden başlaması,
- ✓ Tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile,
- ✓ Verteks pozisyonunda,

- ✓ Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- ✓ Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir.

***Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır;***

**I. Evre (Silinme ve Dilatasyon Evresi):** Düzenli uterin kontraksiyonlarının başlamasından servikal dilatasyonun tam olmasına kadar devam eder. Bu evre, nulliplarlarda en fazla 20 saat, multiparlarda 14 saat sürer. Bu dönemde annenin endişesi artar, yalnız kalmaktan korkar<sup>44-46</sup>.

**II. Evre (Ekspulsiyon Evresi):** I. evrenin bitiminden bebeğin doğumunun tamamlanmasına kadar geçen süredir. Bu evre primiplarlarda anestezi uygulanmışsa 3 saatten, uygulanmamış ise 2 saatten, multiparlarda ise; anestezi uygulanmışsa 2 saatten, uygulanmamış ise 1 saatten fazla sürmemelidir. Çoğu anne doğumun II. evresi, doğumun en zor ve ağırlı dönemi olarak tanımlamaktadır. Anneler bu dönemde gücünün tükendiğini, yardımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. II. evre annenin desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir<sup>44,47-49</sup>.

**III. Evre (Halas Evresi):** Bebeğin doğumundan plasenta ve membranların atılımına kadar geçen süredir. Bu evrenin ortalama süresi 5-30 dakika arasındadır. Anne bu dönemde; titreme, orta şiddette uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, uyuklama, perinede ağrı gibi sıkıntılar yaşamaktadır ve anne "plasenta çıkarılırken de bebeğin doğumu esnasında yaşadığı ağrıyı tekrar yaşayıp yaşamayacağını" sorar<sup>50,51</sup>. Yani bu dönemde de annede ağrıya yönelik endişe vardır.

**IV. Evre (Kanama-Kontrol Evresi):** Plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içerir. Bu süre bazen 4 saate kadar uzayabilir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır<sup>41-43</sup>. Anne bu dönemde açkımış-susamış olabilir, fiziksel yorgunluğa bağlı olarak titreme görülebilir<sup>49-51</sup>. Bu dönemde anne bir yandan bebekle

ilgilenmek ve emzirmek zorundayken bir yandan da kendi vücudunun gebelikten önceki hale gelmesi için uğraşır<sup>52</sup>.

Doğum her kadının yaşamında önemsenen pozitif bir deneyim olmasına rağmen her zaman endişe ve korkuya neden olmuştur. Doğum ağrılı bir olaydır ancak bu ağrıyı algılama; kişilerin ağrı eşiği ve kendilerini bu konuya hazırlamaları ile de yakından ilgilidir. Kişiye özel bir deneyim olması nedeniyle de kültürel, bilişsel, dinsel, ruhsal ve çevresel faktörlerden etkilenebilir. Özellikle genç primiparlar bu konuda daha önceden doğru ve sağlıklı bilgi almadıkları, tüm bilgilerinin yakın çevreden duyduklarıyla sınırlı kalması nedeniyle ağrıyı dayanılmaz olarak algılarlar<sup>53</sup>.

### **2.5. Postpartum Dönem ve Endişe**

Doğum eylemi sona erdikten, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum (puerperium, postnatal, lohusalık veya doğum sonu) dönem başlar. Postpartum dönem, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine döndüğü 6-8 haftalık dönemdir. Bu dönemde annenin organizması daha çok pelvik organlarda olmak üzere çeşitli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin etkisi altındadır. Doğum sonrası ilk 24 saat içinde ve erken doğum sonrası dönemde çok hızlı ve potansiyel risk değişikliklerinin oluşumu söz konusudur. Geç doğum sonu dönemdeki değişiklikler ise, daha yavaş ve aşama aşamadır<sup>54,55</sup>. Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarına geri dönme sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan memelerde meydana gelir<sup>56,57</sup>. Bu dönem hızlı fizyolojik değişikliklerin yanında



ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Bu dönem içerisinde birçok patolojik değişim görülebilir<sup>58,59</sup>.

Doğum sonrası dönem, yenidoğanın aile sistemiyle bütünleştiği, kadının emosyonel, fiziksel ve sosyal adaptasyonunun olduğu, IV. trimester olarak da adlandırılabilen bir dönemdir. Aynı zamanda kadının bebeğin doğmasıyla annelik rolünü takındığı, yeni role uyumun sağlandığı ve aile üyeleriyle ilişkilerin yeniden tanımlandığı özel bir dönem olup, birçok kadın tarafından pozitif olarak yaşanan gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu dönemde anne fiziksel durumunun eski haline dönmesi, bebeğin bakımıyla ilgili beceri ve güven geliştirme, bebeği ile iletişim kurmayı başarma, yeni bir birey olan bebeğin aileye katılımı sonucu değişen aile yapısı ve yaşam tarzına uyum sağlama gibi gelişimsel ve fiziksel sorumlulukları başarmak durumundadır<sup>58</sup>.

Bebeğin doğmasıyla, ebeveynlerin önceden öğrenilmiş rolleri (örneğin eş rolü) değişebilmekte ve ebeveynlik yeteneklerine ilişkin alışık olmadıkları yeni endişelerle yüz yüze kalabilmektedir. Bu dönemde sağlık hizmetinin anne ve bebeğe istenilen düzeyde verilememesi, anne ve bebekte fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Özellikle primipar annelerin bebek bakımına, büyüme-gelişmesine, bebeğin normal özelliklerine, davranışlarına (gece ağlaması, v.b.) ve hastalıklarına ilişkin bilgi eksikliği annede kaygı nedeni olup, annelik rolünden memnuniyetini azaltabilmekte, ebeveyn-bebek bağlılığını ve yaşam değişikliğini olumsuz etkileyebilmektedir<sup>58</sup>. Doğum sonrası ilk 3 ayda annelerde görülen postpartum depresyona girme nedenlerinin %30'unun bebek bakımına ilişkin zorluklardan kaynaklandığı ifade edilmiştir<sup>59</sup>.

## 2.6. Endişenin Giderilmesinde Ebe/Hemşirenin Rolü

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili fizyolojik değişiklikler, fiziksel komplikasyonlar, yorgunluk, yetersizlik, izolasyon, bebeğin gereksinimleri, rol çatışması, hem bebek hem de ailedeki diğer kişilerin bakım sorumluluğunun devamı gibi nedenler annenin bu dönemdeki adaptasyonunu zorlaştırmaktadır. Özellikle annenin kendisi ve bebeğin bakımı için yeterlilik duygularını etkileyen; bebek bakımı ve ebeveynlik hakkında edindiği bilgi, algılanan yaşam streslerinin miktarı, çocuklarla deneyimi bebek bakımı konusunda endişelerini ve sıkıntılarını gidermede elde ettiği danışmanlık kaynaklarıdır. Dinamik değişikliklerin yer aldığı bu dönemde bilgi verme, danışmanlık yapma ve ebeveynlerin endişelerini giderme gibi yaklaşımların, özellikle doğumdan sonraki ilk üç ayda anneliğe uyum ile annenin endişelerini giderme ve bebek bakımı konusunda annenin öz güven geliştirmesinde önemli olduğu belirtilmiş, annelik rolüne uyumda öz-güven ve prenatal dönemde başlayan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğu ifade edilmiştir<sup>60-63</sup>. Bu nedenle anneler, bireyselleşmiş bakım ve danışmanlık sağlayan empatik bir sağlık personeline gereksinim duymaktadırlar.

Ebe/hemşireler bireylere bakım verirken onları sadece fiziksel olarak değil psikososyal yönden de değerlendirmelidirler. Özellikle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki bir kadını izliyorsa, onun içinde bulunduğu dönemle uyumunu gözden geçirmeli ve endişeleri varsa gidermelidir.

Endişesi olan bir kadına bakım verirken<sup>63</sup>;

- ✓ Kadına sakın bir biçimde yaklaşılmalı ve endişesinin düzeyi belirlenmeli,
- ✓ Kendini rahat bir biçimde ifade etmesi sağlanmalı,
- ✓ Çevresel uyaranlar azaltılmalı,
- ✓ Açık, kısa ve anlaşılır ifadeler kullanılmalı,

- ✓ Endişeye neden olan etkenler birlikte araştırılıp, risk faktörleri kontrol altına alınmalı,
- ✓ Kullandığı başetme yöntemleri tartışılmalı ve bu yöntemlerden uygun olmayanları bırakması için desteklenmeli,
- ✓ Kendi farkındalığını artırmaya yardım edilmeli,
- ✓ Kendine yardım becerileri öğretilmelidir.

### 3. MATERYAL ve METOD

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bakanlığı Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'ne 20 Haziran-30 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran gebeler üzerinde yapılmıştır. İlgili hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün yatak kapasitesi 115'tir. Kapsamlı yenidoğan bakım hizmetinin verildiği bölüm ise 35 yatak kapasitelidir. İlgili hastanenin polikliniklerine günlük başvuru sayısı yaklaşık 700-800, günlük doğum sayısı yaklaşık 25-35 arasındadır<sup>64</sup>.

İlgili hastane, Doğu Anadolu Bölgesindeki hasta potansiyelinin en fazla olduğu ve her kesimden gebenin başvurduğu bir hastane olduğu için tercih edilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, yukarıda belirtilen tarihler arasında adı geçen hastanenin polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılabilmek için taşıyan gebeler oluşturmaktadır. İlgili polikliniklere bir yıl içerisinde prenatal kontrol amacıyla başvuran gebe sayısı gerekli istatistik kayıtları düzenli tutulmadığı için bilinmemektedir. Çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlardaki örneklem seçme formülü kullanılmıştır. Bu formül aşağıdaki gibidir<sup>65</sup>:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma.

Yukarıdaki formüle göre hesaplandığında;

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0,186 \cdot 0,814}{(0.05)^2} = 232.65344$$

Çalışmaya uygun bulunan katılımcıların evreni temsil edebilmesi için en az 233 kişi gerektiği hesaplanmıştır. Örneklemin evreni temsil etme gücü düşünülerek çalışma 300 gebe ( 150 primipar, 150 multipar gebe) ile bitirilmiştir.

#### ***Araştırmaya Katılma Kriterleri***

- ✓ En az ilkokul mezunu olmak,
- ✓ Gebelikte riskli bir durumu bulunmamak,
- ✓ Doğal yolla gebe kalmış olmak.

#### **Örneklem Grubunun Özellikleri:**

Örnekleme alınan primipar ve multipar gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1.** Primipar ve Multipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Primipar Gebeler (n=150)		Multipar Gebeler (n=150)	
	S	%	S	%
<b>Yaş</b>				
15-19	13	8.7	5	3.4
20-24	67	44.7	15	10.0
25-29	53	35.3	65	43.3
30 ve üstü	17	11.3	65	43.3
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	56	37.3	91	60.7
Ortaöğretim	54	36.0	36	24.0
Yükseköğretim	40	26.7	23	15.3
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	34	22.7	14	9.3
Çalışmıyor	116	77.3	136	90.7
<b>Mesleği</b>				
Kamu	34	22.7	16	10.7
Ev hanımı	116	77.3	134	89.3
<b>Eşinin Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	34	22.7	41	27.3
Ortaöğretim	54	36.0	72	48.0
Yükseköğretim	62	41.3	37	24.7
<b>Eşinin Mesleği</b>				
Kamu	70	46.7	45	30.0
Özel sektör	45	30.0	48	32.0
Serbest meslek	35	23.3	5	38.0
<b>Ekonomik Durum</b>				
Kötü	24	16.0	31	20.7
Orta	93	62.0	94	62.7
İyi	33	22.0	25	16.6
<b>Yaşadığı Yer</b>				
İl	109	72.7	107	71.3
İlçe	22	14.7	18	12.0
Köy	19	12.6	25	16.7
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	101	67.3	108	72.0
Geniş aile	49	37.2	42	28.0

Primipar gebelerin %44.7'sinin 20-24 yaş aralığında olduğu, %37.3'ünün eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, %77.3'ünün çalışmadığı ve %77.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Primipar gebelerin eşlerinin %41.3'ünün eğitim durumunun yükseköğretim düzeyinde olduğu ve %46.7'sinin kamuda çalıştığı bulunmuştur. Primipar gebelerin %62.0'ının ekonomik durumunun orta düzeyde

olduğu, %72.7'sinin il merkezinde yaşadığı ve %67.3'ünün çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır.

Multipar gebelerin %43.3'ünün 30 ve üstü yaş aralığında olduğu, %60.7'sinin eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, %90.7'sinin çalışmadığı ve %89.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Multipar gebelerin eşlerinin %48.0'ının eğitim durumunun ortaöğretim düzeyinde olduğu ve %38.0'ının serbest meslekte çalıştığı bulunmuştur. Multipar gebelerin %62.7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %71.3'ünün il merkezinde yaşadığı ve %72.0'ının çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır.

Örnekleme alınan primipar ve multipar gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Obstetrik Özellikler</b>	<b>Primipar Gebeler (n=150)</b>		<b>Multipar Gebeler (n=150)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>				
1	150	100.0	-	-
2	-	-	76	50.7
3	-	-	43	28.6
4 ve üstü	-	-	31	20.7
<b>Trimester</b>				
1. Trimester	6	4.0	5	3.3
2. Trimester	17	11.3	22	14.7
3. Trimester	127	84.7	123	82.0
<b>Önceki Doğum Şekli</b>				
Normal Doğum	-	-	89	59.4
Sezaryen Doğum	-	-	61	40.6
<b>Planlanan Doğum Şekli</b>				
Normal Doğum	138	92.0	74	56.6
Sezaryen Doğum	12	8.0	65	43.4
<b>Şimdiki Gebeliği Planlama Durumu</b>				
Planlı Olan	128	85.3	110	73.3
Planlı Olmayan	22	14.7	40	26.7
<b>Sosyal Destek Varlığı</b>				
Var	136	90.7	118	78.7
Yok	14	9.3	32	21.3
<b>Daha Önce Eğitim /Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu</b>				
Almış	26	17.3	36	24.0
Almamış	124	82.7	114	76.0

Primipar gebelerin %84.7'sinin 3. trimesterde olduğu, %92.0'ının normal doğum yapmayı planladıkları bulunmuştur. Primipar gebelerin %85.3'ünün gebeliğini planladığı, %90.7'sinin sosyal desteğinin olduğu ve %82.7'sinin daha öncesinde herhangi bir eğitim/danışmanlık hizmeti almadığı saptanmıştır.



Multipar gebelerin %50.7'sinin 2. gebeliği olduğu, %82.0'mın 3. trimesterde olduğu, %59.4'ünün önceki doğum şeklinin normal doğum olduğu, %56.6'sının ise şimdiki gebeliği için normal doğum planladıkları bulunmuştur. Multipar gebelerin %73.3'ünün şimdiki gebeliğini planladığı, %78.7'sinin sosyal desteğinin olduğu ve %76.0'mın daha öncesinde herhangi bir eğitim/danışmanlık hizmeti almadığı belirlenmiştir.

### 3.4.Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen "*Kişisel Bilgi Formu*" ve Kitapçıoğlu ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilen "*Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği*" kullanılarak toplanmıştır<sup>1</sup>.

#### *Kişisel Bilgi Formu*

Bu form, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirleyebilecek türde toplam 16 soru içermektedir.

#### *Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği*

Kitapçıoğlu ve ark. tarafından 2007 yılında Türk toplumu için geliştirilmiştir. Ölçek, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların yaşadıkları endişeleri belirleyebilecek türde 61 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tiptedir.

Her bir ifade için en düşük 1, en yüksek 5 puan verilmiştir. "*Hiç katılmıyorum*" 1 puan, "*Katılmıyorum*" 2 puan, "*Kararsızım*" 3 puan, "*Katılıyorum*" 4 puan, "*Tamamen Katılıyorum*" 5 puan değerindedir. Katılımcılardan her bir ifade için bu sečeneklerden birini işaretlemeleri istenmektedir. İlgili ölçek 10 alt boyuttan oluşmaktadır.

1. *Bebeğe İlişkin Endişeler*; 10 ifadeden,
2. *Doğum Eylemine İlişkin Endişeler*; 13 ifadeden,
3. *Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler*; 5 ifadeden,
4. *Doğum Sonrası Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi*;7 ifadeden,
5. *Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler*; 4 ifadeden,
6. *Doğum Sonrası Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler*; 8 ifadeden,
7. *Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi*; 5 ifadeden,
8. *Travay Öncesi Endişeler*; 3 ifadeden,

9. *Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler*; 4

ifadeden,

10. *Sezaryen Olma Endişesi*; 2 ifadeden oluşmaktadır.

Ölçeği oluşturan faktörlere ait puanlar hesaplanmış, elde edilen puanlar toplanarak ortalamaları alınmış ve ortalama ölçek puanı elde edilmiştir. Faktörlerin her birine ait soru sayısı farklı olduğundan karşılaştırılabilmesi için standardizasyon uygulanmıştır. Bu amaçla, faktörden elde edilen toplam ham puan, o faktörden alınabilecek en yüksek puana bölünüp, 10 ile çarpılmıştır. Standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 arasında değişmektedir. Alt boyutların puanları tek tek standardize edildikten sonra toplanarak, alt boyut sayısına bölünüp, aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama toplam puan olarak adlandırılmıştır<sup>1</sup>.

Standardizasyon sonrası puanlar;

0,00-2,00: Çok düşük

2,01-4,00: Düşük

4,01-6,00: Orta

6,01-8,00: Yüksek

8,01-10,00: Çok yüksek

olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10, en düşük puan 0'dır. Ölçekte ters puanlanan ifadeler bulunmamaktadır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0,955 olup, bu çalışmada da Cronbach Alpha değeri 0,955 olarak hesaplanmıştır.

### 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar, ortalama, t testi, tek yönlü varyans, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney-U testleri kullanılmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce Kitapçioğlu ve ark. geliştirmiş olduğu "*Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği*" için kullanma izni (EK-III) alınmıştır. Daha sonra Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay (EK-IV) ve Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nden uygulama izni (EK-V) alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması esnasında gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "*Aydınlatılmış Onam*" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "*Özerkliğe Saygı*" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" ilkesi yerine getirilmiştir. Anket ve ölçek uygulaması tamamlandıktan sonra gebelerin soruları yanıtlanmış, bilgi almak isteyen gebeler bilgilendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

DDSEÖ ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek ortalamalar ile primipar ve multipar gebelerin aldığı puan ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir.

İlgili ölçek alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan ortalaması 0.00, en yüksek puan ortalaması 10.00'dır.

Buna göre; primipar gebelerin ölçek alt boyutlarından aldığı en düşük puan ortalaması  $4.10 \pm 1.86$ , en yüksek puan ortalaması  $6.98 \pm 2.34$ 'dir. Multipar gebelerin ölçek alt boyutlarından aldığı en düşük puan ortalaması  $3.97 \pm 1.65$ , en yüksek puan ortalaması  $6.22 \pm 2.40$ 'dir.

**Tablo 3.** DDSEÖ ve Alt Boyutlarından Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Ortalamalar İle Primipar ve Multipar Gebelerin Aldığı Puan Ortalamaları

DDSEÖ Alt Boyutları	Alınabilecek Puan Ortalamaları		Gebelerin Aldığı Puan Ortalamaları	
	En Düşük	En Yüksek	Primipar Puan Ortalaması	Multipar Puan Ortalaması
1. Bebeğe İlişkin Endişeler	0.00	10.00	5.42±1.75	5.37±1.98
2. Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	0.00	10.00	6.81±1.85	5.86±1.97
3. Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	0.00	10.00	6.54±2.45	5.70±2.28
4. Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	0.00	10.00	5.46±1.97	4.14±1.77
5. Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	0.00	10.00	4.69±2.17	4.63±2.14
6. Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	0.00	10.00	5.47±1.68	5.19±1.70
7. Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	0.00	10.00	4.10±1.86	3.97±1.65
8. Travay Öncesi Endişeler	0.00	10.00	6.01±2.52	5.33±2.32
9. Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	0.00	10.00	6.98±2.34	6.22±2.40
10. Sezaryen Olma Endişesi	0.00	10.00	6.50±2.68	5.74±2.61
<b>DDSEÖ Toplam</b>	0.00	10.00	5.80±1.41	5.22±1.29

Primipar ve multipar gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’te verilmiştir.

Primipar gebelerde ölçek toplam puan ortalamasının  $5.80 \pm 1.41$ , multipar gebelerde  $5.22 \pm 1.29$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.** Primipar ve Multipar Gebelerin DDSEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gebelik Durumu	DDSEÖ Toplam		Test ve p Değeri
	Puan Ortalamaları	SS	
Primipar	5.80	1.41	t = 3.704
Multipar	5.22	1.29	p < 0.001

Primipar ve multipar gebelerin DDSEÖ’nin alt boyutlarına göre toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5’te verilmiştir.

1. *Bebeğe İlişkin Endişeler* alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $5.45 \pm 1.75$ , multipar gebelerde  $5.37 \pm 1.98$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).
2. *Doğum Eylemine İlişkin Endişeler* alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $6.81 \pm 1.85$ , multipar gebelerde  $5.86 \pm 1.97$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).
3. *Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler* alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $6.54 \pm 2.45$ , multipar gebelerde  $5.70 \pm 2.28$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

4. Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $5.46 \pm 1.97$ , multipar gebelerde  $4.14 \pm 1.77$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).
5. Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $4.69 \pm 2.17$ , multipar gebelerde  $4.63 \pm 2.14$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).
6. Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $5.74 \pm 1.68$ , multipar gebelerde  $5.19 \pm 1.70$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).
7. Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $4.10 \pm 1.86$ , multipar gebelerde  $3.97 \pm 1.65$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).
8. Travay Öncesi Endişeler alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $6.01 \pm 2.52$ , multipar gebelerde  $5.33 \pm 2.32$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
9. Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $6.98 \pm 2.34$ , multipar gebelerde  $6.22 \pm 2.40$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).



10. *Sezaryen Olma Endişesi* alt boyutunun puan ortalamasının primipar gebelerde  $6.50 \pm 2.68$ , multipar gebelerde  $5.74 \pm 2.61$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 5.** Primipar ve Multipar Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DDSEÖ Alt Boyutları	Primipar Gebeler		Multipar Gebeler		Test ve p Değeri
	Puan Ortalaması	SS	Puan Ortalaması	SS	
1. Bebeğe İlişkin Endişeler	5.42	1.75	5.37	1.98	t= 0.234 p>0.05
2. Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	6.81	1.85	5.86	1.97	t = 4.257 <b>p&lt;0.001</b>
3. Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	6.54	2.45	5.70	2.28	t= 3.080 <b>p&lt;0.05</b>
4. Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	5.46	1.97	4.14	1.77	t= 6.097 <b>p&lt;0.001</b>
5. Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	4.69	2.17	4.63	2.14	t= 0.214 p>0.05
6. Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	5.47	1.68	5.19	1.70	t= 1.390 p>0.05
7. Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	4.10	1.86	3.97	1.65	t= 0.603 p>0.05
8. Travay Öncesi Endişeler	6.01	2.52	5.33	2.32	t= 2.428 <b>p&lt;0.05</b>
9. Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	6.98	2.34	6.22	2.40	t= 2.772 <b>p&lt;0.05</b>
10. Sezaryen Olma Endişesi	6.50	2.68	5.74	2.61	t= 2,462 <b>p&lt;0.05</b>

Primipar gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DDSEÖ toplam puan ortalamaları Tablo 6'da karşılaştırılmıştır.

15-19 yaştaki gebelerin puan ortalaması  $5.72 \pm 1.75$ , 30 ve üstü yaştakilerin  $5.64 \pm 1.06$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumu ilköğretim olan gebelerin puan ortalaması  $6.16 \pm 1.40$ , yükseköğretim olanların  $5.31 \pm 1.26$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın yükseköğretimden kaynaklandığı bulunmuştur (Bonferroni=16.97).

Çalışan gebelerin puan ortalamasının  $5.92 \pm 1.22$ , çalışmayanların  $5.76 \pm 1.47$  olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Gebelerin mesleğine göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Eşinin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalaması  $6.22 \pm 1.43$ , yükseköğretim düzeyinde olanların  $5.39 \pm 1.33$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın yükseköğretimden kaynaklandığı bulunmuştur (Bonferroni=18.66).

Eşleri serbest olarak çalışan gebelerin puan ortalamasının  $6.31 \pm 1.25$ , eşleri kamuda çalışanların  $5.51 \pm 1.32$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın serbest olarak çalışanlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Bonferroni=14.84).

Ekonomik durumu kötü olan gebelerin puan ortalamasının  $6.25 \pm 1.40$ , iyi olanların  $5.94 \pm 1.31$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Köyde yaşayan gebelerin puan ortalamasının  $6.35 \pm 1.18$ , il merkezinde yaşayanların  $5.76 \pm 1.40$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Çekirdek aileye sahip olan gebelerin puan ortalamasının  $5.98 \pm 1.32$ , geniş aileye sahip olanların  $5.71 \pm 1.45$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 6.** Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DDSEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b> (n= 150)	<b>Sayı</b>	<b>DDSEÖ</b> <b>Toplam Puan</b> <b>Ortalaması</b>	<b>SS</b>	<b>Test ve</b> <b>p Değeri</b>
<b>Yaş</b>				
15-19	13	5.72	1.75	KW= 3.854 p>0.05
20-24	67	6.01	1.36	
25-29	53	5.59	1.48	
30 ve üstü	17	5.64	1.06	
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	56	6.16	1.40	F= 4.427 <b>p&lt;0.05</b>
Ortaöğretim	54	5.78	1.44	
Yükseköğretim	40	5.31	1.26	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	34	5.92	1.22	t = 0.600 p>0.05
Çalışmıyor	116	5.76	1.47	
<b>Meslek</b>				
Kamu	34	6.01	1.18	t=1.004 p>0.05
Ev hanımı	116	5.73	1.47	
<b>Eşinin Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	34	6.22	1.43	F= 4.898 <b>p&lt;0.05</b>
Ortaöğretim	54	6.00	1.39	
Yükseköğretim	62	5.39	1.33	
<b>Eşinin Mesleği</b>				
Kamu	70	5.51	1.32	F= 3.843 <b>p&lt;0.05</b>
Özel sektör	45	5.83	1.57	
Serbest	35	6.31	1.25	
<b>Ekonomik Durum</b>				
Kötü	24	6.25	1.40	KW= 4.215 p>0.05
Orta	93	5.63	1.43	
İyi	33	5.94	1.31	
<b>Yaşadığı Yer</b>				
Köy	19	6.35	1.18	KW= 3.619 p>0.05
İlçe	22	5.51	1.57	
İl	109	5.76	1.40	
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek Aile	101	5.98	1.32	t= 1.101 p>0.05
Geniş Aile	49	5.71	1.45	

Multipar gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DDSEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

15-19 yaştaki gebelerin puan ortalaması  $6.11 \pm 0.87$ , 30 yaş ve üstündekilerin  $5.16 \pm 1.32$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalaması  $5.29 \pm 1.17$ , yükseköğretim düzeyinde olanların  $4.77 \pm 1.40$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Çalışan gebelerin puan ortalaması  $4.77 \pm 1.46$ , çalışmayanların  $5.26 \pm 1.27$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Gebelerin mesleğine göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Eşinin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalaması  $5.21 \pm 1.26$ , yükseköğretim düzeyinde olanların  $4.68 \pm 1.36$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( **$p < 0.05$** ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın yükseköğretimden kaynaklandığı saptanmıştır (Bonferroni=15.98).

Eşleri serbest olarak çalışan gebelerin puan ortalamasının  $5.29 \pm 1.32$ , eşleri kamuda çalışanların  $4.98 \pm 1.44$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Ekonomik durumu kötü olan gebelerin puan ortalamasının  $5.37 \pm 1.32$ , iyi olanların  $4.86 \pm 1.67$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Köyde yaşayan gebelerin puan ortalamasının  $5.42 \pm 1.29$ , il merkezinde yaşayanların  $5.15 \pm 1.29$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Çekirdek aileye sahip gebelerin puan ortalamasının  $5.40 \pm 1.41$ , geniş aileye sahip olanların  $5.15 \pm 1.24$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 7.** Multipar Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DDSEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler (n= 150)	DDSEÖ			Test ve p Değeri
	Sayı	Toplam Puan Ortalaması	SS	
<b>Yaş</b>				
15-19	5	6.11	0.87	KW= 2.861 p>0.05
20-24	15	5.33	1.29	
25-29	65	5.17	1.28	
30 ve üstü	65	5.16	1.32	
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	91	5.29	1.17	KW= 2.607 p>0.05
Ortaöğretim	36	5.30	1.48	
Yükseköğretim	23	4.77	1.40	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	14	4.77	1.46	MWU= 746.000 p>0.05
Çalışmıyor	136	5.26	1.27	
<b>Meslek</b>				
Kamu	16	4.86	1.39	MWU= 879.000 p>0.05
Ev hanımı	134	5.26	1.27	
<b>Eşinin Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	41	5.21	1.26	F= 5.036 p<0.05
Ortaöğretim	72	5.49	1.20	
Yükseköğretim	37	4.68	1.36	
<b>Eşinin Mesleği</b>				
Kamu	45	4.98	1.44	F= 1.137 p>0.05
Özel sektör	48	5.36	1.09	
Serbest	57	5.29	1.32	
<b>Ekonomik Durum</b>				
Kötü	31	5.37	1.32	KW= 2.249 p>0.05
Orta	94	5.26	1.11	
İyi	25	4.86	1.67	
<b>Yaşadığı Yer</b>				
Köy	25	5.42	1.29	KW= 1.399 p>0.05
İlçe	18	5.30	1.29	
İl	107	5.15	1.29	
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek Aile	108	5.40	1.41	t= 1.070 p>0.05
Geniş Aile	42	5.15	1.24	

Primipar gebelerin obstetrik özelliklerine göre DDSEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Primipar gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında "*planlanan doğum şekli*" dışındaki özelliklerinin hiç birinde DDSEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Primipar gebelerin planlanan doğum şekline göre DDSEÖ puan ortalamalarına bakıldığında; normal doğum planlayanların puan ortalamasının  $5.87\pm 1.40$ , sezaryen doğum planlayanların puan ortalamalarının  $4.93\pm 1.36$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 8.** Primipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DDSEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler (n= 150)	Sayı	DDSEÖ		Test ve p Değeri
		Toplam Puan Ortalaması	SS	
<b>Gebeliği Planlama Durumu</b>				
Planlı Olan	128	5.77	1.47	MWU= 1342.000 $p>0.05$
Planlı Olmayan	22	5.92	1.06	
<b>Planlanan Doğum Şekli</b>				
Normal Doğum	138	5.87	1.40	MWU = 510 $p<0.05$
Sezaryen Doğum	12	4.93	1.36	
<b>Trimester</b>				
1. Trimester	6	5.80	1.83	KW= 0.42 $p>0.05$
2. Trimester	17	5.67	1.48	
3. Trimester	127	5.81	1.39	
<b>Sosyal Destek Varlığı</b>				
Var	136	5.80	1.42	MWU= 941.000 $p>0.05$
Yok	14	5.77	1.37	
<b>Daha Önce Danışmanlık/Eğitim Alma Durumu</b>				
Almış	26	6.04	1.35	MWU= 1403.000 $p>0.05$
Almamış	124	5.74	1.42	



Multipar gebelerin obstetrik özelliklerine göre DDSEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir.

Multipar gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında "*planlanan doğum şekli*" dışındaki özelliklerinin hiç birinde DDSEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Multipar gebelerin planlanan doğum şekline göre DDSEÖ puan ortalamalarına bakıldığında; normal doğum planlayanların puan ortalamasının  $5.41\pm 1.17$ , sezaryen doğum planlayanların puan ortalamalarının  $4.96\pm 1.40$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 9.** Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DDSEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler (n= 150)	DDSEÖ			Test ve p Değeri
	Sayı	Toplam Puan Ortalaması	SS	
<b>Gebelik Sayısı</b>				
2	76	5.09	1.23	F= 0.887 p>0.05
3	43	5.29	1.39	
4 ve üstü	31	5.43	1.28	
<b>Daha Önceki Doğum Şekli</b>				
Normal Doğum	89	5.34	1.21	t= 1.48
Sezaryen Doğum	61	5.03	1.38	p>0.05
<b>Gebeliği Planlama Durumu</b>				
Planlı Olan	110	5.18	1.29	t= -0.513
Planlı Olmayan	40	5.31	1.29	p>0.05
<b>Planlanan Doğum Şekli</b>				
Normal Doğum	85	5.41	1.17	t= 2.16
Sezaryen Doğum	65	4.96	1.40	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Trimester</b>				
1. Trimester	5	5.01	2.13	KW= 3.338 p>0.05
2. Trimester	22	4.76	1.43	
3. Trimester	123	5.31	1.22	
<b>Sosyal Destek Varlığı</b>				
Var	118	5.15	1.24	t= -1.204
Yok	32	5.46	1.44	p>0.05
<b>Daha Önce Danışmanlık/Eğitim Hizmeti Alma Durumu</b>				
Almış	36	5.24	1.03	t= 0.104
Almamış	114	5.21	1.36	p>0.05

## 5. TARTIŞMA

Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatürle tartışılmıştır. Araştırma konusuyla ilgili yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.

DDSEÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında; primipar gebelerde  $5.80 \pm 1.41$ , multipar gebelerde  $5.22 \pm 1.29$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Gebelerin endişe düzeyi orta derecede olup, primipar gebelerde daha yüksektir. Araştırma bulgusunu destekleyecek şekilde, Akbaş ve ark.<sup>66</sup> ile Kaplan ve ark.'nın<sup>67</sup> yaptıkları çalışmalarda; ilk gebeliği olanlarda daha fazla durumsal kaygı saptanmıştır.

Bu araştırmada primipar gebelerde endişe düzeyinin daha yüksek olmasının nedeni doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili deneyimsizlik/tecrübe eksikliği olabilir. Primipar gebeler deneyimsiz oldukları için doğum anında ve doğumdan sonra karşılaşılabilecekleri olayları tahmin edememekte, bu da gebelerin endişesinin artmasına neden olabilmektedir. Araştırma bulgularına göre multipar gebelerde de endişe düzeyi orta derecedir. Doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili deneyim sahibi olmanın endişe düzeyini azalttığı fakat endişeyi ortadan kaldırmadığı söylenebilir. Doğumun ağrılı ve kanlı bir eylem olması ve kadının mahremiyetini tehdit etmesi nedeniyle tüm gebelerde bir miktar endişenin her zaman var olacağı düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerin DDSEÖ'nin alt boyutlarına göre puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; araştırmada en yüksek endişe düzeyi *Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler* alt boyutuna ait olup, puan ortalaması primipar gebelerde  $6.98 \pm 2.34$ , multipar gebelerde  $6.22 \pm 2.40$ 'dır. Endişe düzeyinin her iki grupta da yüksek derecede olduğu ve puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sjögren'in<sup>68</sup> yaptığı çalışmada gebelik döneminde saptanan en önemli korku nedeninin (%73) doğumda görev alan sağlık personeline güven eksikliği olarak belirtilmiştir<sup>68</sup>. İlgili araştırmanın bulgusu bu araştırmanın bulgusunu desteklemektedir.

İkinci sırada *Doğum Eylemine İlişkin Endişeler* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $6.81\pm 1.85$ , multipar gebelerde  $5.86\pm 1.97$  olduğu ve endişe düzeyinin primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Yaşanan olumsuz deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılmasının ve görsel medyada gösterilen ağırlı doğum sahnelerinin özellikle primipar gebelerde endişenin artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Benzer araştırmalarda gebelerde en fazla doğum ağrısı olmak üzere; doğumda panik yaşama, kendisinin doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, başaramamaktan korkma, doğumda yanlış bir davranışta bulunarak kendisine ve bebeğine zarar vermekten korkma gibi nedenlerle normal doğum eyleminden de korktuğu ve bunun da isteğe bağlı sezaryen oranını artırdığı belirtilmiştir<sup>12,15,69-72</sup>

Üçüncü sırada *Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $6.54\pm 2.45$ , multipar gebelerde  $5.70\pm 2.28$  olduğu ve endişe düzeyinin primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Multipar gebelerin puan ortalamasının primipar gebelere göre daha düşük olmasının nedeni önceki deneyimlerinin var olması olabilir. Araştırma bulgusunu destekleyecek şekilde Arslan'ın<sup>73</sup> çalışmasında da primipar annelerin danışmanlık sürecinde danıştıkları konuların başında bebek beslenmesi ile ilgili

konuların geldiği belirtilmiştir. Doğaner'in<sup>74</sup> çalışmasında da doğum sonu hastaneden taburcu olurken bilgi alan annelerin %31.9'unun emzirme ve meme bakımı konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalar annelerin daha çok bebek beslenmesine yönelik endişe yaşadığını göstermektedir.

Dördüncü sırada *Sezaryen Olma Endişesi* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $6.50 \pm 2.68$ , multipar gebelerde  $5.74 \pm 2.61$  olduğu ve endişe düzeyinin primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bununla ilgili yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Araştırmada multipar gebelerin %32.0'nin daha önceden sezaryen doğum, %8.7'sinin de hem normal hem de sezaryen doğum yaptıkları bulunmuştur. Yani multipar gebelerin yaklaşık yarısının sezaryen ile doğum deneyimleri mevcuttur. Buna rağmen onlarda da bu konu ile ilgili endişe düzeyi yüksektir. Sezaryen sonrası rahatsızlıkların normal doğuma göre daha fazla yaşanması bunu deneyimlemiş olan gebeleri endişeye sevk etmiş olabilir. Diğer taraftan, primipar gebelerin endişe düzeyinin multiparlara göre daha yüksek olmasının nedeni, sezaryenin bir ameliyat olması ve primiparların daha önce böyle bir ameliyatı yaşamamış olmalarına bağlı gelişen ameliyat korkusu olabilir.

Beşinci sırada *Travay Öncesi Endişeler* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $6.01 \pm 2.52$ , multipar gebelerde  $5.33 \pm 2.32$  olduğu ve endişe düzeyinin primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bununla ilgili yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Gebelerin travay öncesi endişelerinin bu süreçte gerçekleşecek olayları tahmin edememelerinden kaynaklandığı

düşünülmektedir. Ayrıca filmlerde sancı çeken gebelerin canının çok yandığının gösterilmesinin de bunda etkili olduğu düşünülmektedir.

Altıncı sırada *Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $5.74 \pm 1.68$ , multipar gebelerde  $5.19 \pm 1.70$  olduğu ve endişe düzeyinin her iki grupta da orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Bu araştırmanın bulgularını destekleyecek şekilde Arslan'ın<sup>73</sup> ve Doğaner'in<sup>74</sup> yaptıkları çalışmalarda; annelerin en sık danışmanlık istedikleri konuların başında (yukarıda da belirtildiği gibi) bebek beslenmesinin geldiği, bunu sırasıyla bebeğin hastalığı, bebeğin gazını çıkarma, bebek banyosu-vücut bakımı, göz ve göbek bakımının takip ettiği belirtilmektedir.

Yedinci sırada *Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $5.46 \pm 1.97$ , multipar gebelerde  $4.14 \pm 1.77$  olduğu ve endişe düzeyinin her iki grupta da orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Başer ve ark.<sup>75</sup> çalışmasında ilk gebeliği olan annelerin bebek bakımı konusunda daha fazla güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuç araştırma bulgusuyla uyumludur. Bebek bakımı konusunda deneyimsiz olan primipar gebelerin bu konuda eğitim ve danışmanlığa daha fazla ihtiyaçları olabileceği düşünülmektedir.

Sekizinci sırada *Bebeğe İlişkin Endişeler* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $5.45 \pm 1.75$ , multipar gebelerde  $5.37 \pm 1.98$  olduğu ve endişe düzeyinin her iki grupta da orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırma bulgusunu destekleyecek şekilde, Di Renzo ve ark.<sup>76</sup> 810 İtalyan gebe üzerinde yaptığı araştırmada;

gebelerin 1/3'ünden fazlasının hasta veya özürlü bebek doğurma korkusunun olduğu belirtilmiştir. Hem primipar hem multipar gebelerin her ikisi de doğuracakları bebekle ilgili olarak belirli düzeyde endişe taşımaları, sonucun ne olacağı kesin olarak bilinmeyen bir süreç olan doğum eylemi ve neticeleri hakkında eğitim ve danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Dokuzuncu sırada *Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $4.69 \pm 2.17$ , multipar gebelerde  $4.63 \pm 2.14$  olduğu ve endişe düzeyinin her iki grupta da orta derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Araştırmada endişe düzeyinin orta derecede olmasının nedeni aileye yeni bir bireyin katılması ve özellikle anneye bağımlı olması, evdeki diğer kişilerin, çocukların var olması kadının yükünü artıracığından, kadın eski sosyal hayatını yaşayamayacağını düşünebilir. Apay ve Pasinlioğlu'nun<sup>77</sup> çalışmasında da kadınların postpartum haftalara göre Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri puan ortalamaları incelenmiş ve Sosyal ve Toplumsal Faaliyetler alt boyutundaki puanların postpartum hafta arttıkça yükseldiği ve arada istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Postpartum dönemde fizyolojik iyileşme sürecine paralel olarak hareket kabiliyetinde ve sosyal aktivitelerinde artma olmaktadır.

Son olarak *Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi* alt boyutu gelmektedir. Puan ortalaması primipar gebelerde  $4.10 \pm 1.86$ , multipar gebelerde  $3.97 \pm 1.65$  olduğu ve endişe düzeyinin primipar gebelerde orta derecede, multipar gebelerde düşük derecede olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Her iki grup gebelerin sosyal destek alma durumunun yüksek olması ve çiftlerin büyük çoğunluğunun bu

gebeliği planlamış olması nedeniyle; gebelerde doğum sonrası eşinden destek alamama endişesinin çok fazla olmadığı dūřunılmektedir. Multipar gebelerin daha önceki doğumlarından sonra eşlerinden destek alıp, bunu deneyimlemiş olmaları daha az endişe duymalarına neden olabilir.

Primipar gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DDSEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalaması  $6.16 \pm 1.40$ , yükseköğretim düzeyinde olanların puan ortalaması  $5.31 \pm 1.26$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın yükseköğretimden kaynaklandđı bulunmuştur. Araştırma bulgusunu destekleyecek şekilde Gözüyeşil ve ark.<sup>78</sup> alışmasında gebelerin depresyon puan ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılmış, ilkokul mezunu gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Eğitim düzeyinin yüksek olmasının endişeyi azaltan bir faktör olduğu söylenebilir. Gebelik ve doğum her ne kadar birçok bilinmeyen barındırıyor olsa da, eğitim düzeyi yükseldikçe kadınlar daha bilinçli hale gelmektedir. İhtiyaç duydukları bilgiye ulaşabilmekte ve böylece endişelerini kısmen de olsa azaltabilmektedirler.

Eřinin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalaması  $6.22 \pm 1.43$ , yükseköğretim düzeyinde olanların  $5.39 \pm 1.33$  olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın yükseköğretimden kaynaklandđı bulunmuştur. Eřlerin eğitim düzeyleri, mesleklerini ve aile ekonomisini buna bağlı olarak gebelerin endişe düzeyini etkilediği dūřunılmektedir. Eđitim düzeyi yükseldikçe bilinçlenme arttığı için, bir sorun olduğu zaman buna are arama ve bulma etkinliklerinin daha fazla



olduğu söylenebilir. Bu nedenle de endişelenmenin daha az olması doğaldır. Araştırmayı destekler nitelikte Gözüyeşil ve ark.<sup>78</sup> ile Kılıçarslan'ın<sup>79</sup> çalışmalarında da gebenin eşinin eğitim düzeyinin artmasının, gebede depresyon durumunu azalttığı bulunmuştur. Buna karşın Akbaş ve ark.<sup>66</sup>. yaptığı araştırmada eş eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır.

Eşleri serbest olarak çalışan gebelerin puan ortalamasının  $6.31 \pm 1.25$ , eşleri kamu da çalışan gebelerin puan ortalamasının  $5.51 \pm 1.32$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın serbest olarak çalışanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Bunun nedeni kişilerin çalıştığı yerlerde sosyal güvencesinin olmaması (SGK gibi) ve bireylerin gelecek kaygısı taşımaları olabilir. Her doğumda aileye yeni bir birey katılır ve bu birey yeme-içme, giyim, sağlık ve eğitim gibi masrafları beraberinde getirir. İnsanların hayatında iş demek aş demektir. Hele de devlet desteği olan ve yeterince gelir getiren bir iş, insanların kendilerini güvende hissetmelerine ve gelecek ile ilgili endişelerinin azalmasına neden olur. Arslan'ın<sup>73</sup> araştırmasında araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin meslekleri ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmediği fakat eşlerinin meslekleri ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlendiği ve eşi

Multipar gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DDSEÖ puan ortalamaları karşılaştırılmasına bakıldığında; eşinin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalaması  $5.21 \pm 1.26$ , eşinin eğitim durumu yükseköğretim düzeyinde olan gebelerin puan ortalamasının  $4.68 \pm 1.36$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın yükseköğretimden kaynaklandığı belirlenmiştir. Kişilerin eğitim

düzeyleleri mesleklerini ve aile ekonomisini buna bağlı olarak gebelerin endişe düzeyini etkilediği düşünölmektedir. Araştırmayı destekler nitelikte Gözüyeşil ve ark.<sup>78</sup> ile Kılıçarslan'ın<sup>79</sup> çalışmalarında da gebenin eşinin eğitim düzeyinin artmasının, gebede depresyon durumunu azalttığı belirtilmiştir. Buna karşın Akbaş ve ark.<sup>66</sup>. yaptığı çalışmada eş eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Primipar gebelerin obstetrik özelliklerine göre DDSEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; primipar gebelerin obstetrik özelliklerinin hiçbirinde ilgili ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Multipar gebelerin obstetrik özelliklerine göre DDSEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; multipar gebelerin "*planlanan doğum şekli*" dışındaki obstetrik özelliklerinin hiçbirinde DDSEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Multipar gebelerde planlanan doğum şekline göre DDSEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Puan ortalamasının spontan vajinal doğum planlayan gebelerde en yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun, yaşanan deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılması ve normal doğumun ağrılı ve kanlı bir eylem olarak bilinmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Yapılan araştırmalarda da gebelerin en fazla doğum ağrısı olmak üzere; doğumda panik yaşama, kendisinin doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, başaramamaktan korkma, doğumda yanlış bir davranışta bulunarak kendisine ve bebeğine zarar vermekten korkma gibi nedenlerle normal doğum eyleminden korktuğu belirtilmiştir<sup>12,15,69-72</sup>.

Multipar gebelerde gebelik sayısına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen ( $p>0.05$ ), gebelik sayısı arttıkça endişe düzeyinin arttığı görülmektedir. Arslan'ın<sup>73</sup> çalışmasında gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının yükseldiği belirtilmiştir. Karataylı'nın<sup>80</sup> çalışmasında gebeliğin özellikle 3. trimesterinde anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Bu araştırmada trimesterlere göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen ( $p>0.05$ ), son trimesterdeki puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni doğum eyleminin yaklaşmış olması olabilir.

Sosyal destek alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ancak sosyal destek alan gebelerin endişe düzeyi daha düşük bulunmuştur. Kılıçarslan'ın<sup>79</sup> çalışmasında da gebelerin destek alma durumu arttıkça anksiyetenin azaldığı belirtilmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Primipar ve multipar gebelerin endişe düzeyinin orta derecede ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ),
- DDSEÖ toplam puan ortalamasının primipar gebelerde multiparlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ),
- Primipar ve multipar gebelerin her ikisinde de ilgili ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının "*Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler*" alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise "*Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi*" alt boyutuna ait olduğu,
- Primipar gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe DDSEÖ puan ortalamasının azaldığı ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ),
- Primipar gebelerde eşin eğitim durumu ile eş mesleğinin de endişe düzeyini etkilediği bulunmuştur. Eşinin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan ve eşi serbest olarak çalışan gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ),
- Multipar gebelerde eşin eğitim durumunun endişe düzeyini etkilediği ve eğitim durumuna göre toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ), eşinin eğitimi yükseköğretim düzeyinde olanların endişesinin diğerlerine göre daha az olduğu,
- Primipar ve multipar gebelerin obstetrik özelliklerinden planlanan doğum şekline göre DDSEÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu ( $p<0.05$ ), bunlardan normal doğum planlayan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu ( $p<0.05$ ), belirlenmiştir.

***Bu sonuçlar doğrultusunda řu önerilerde bulunulabilir:***

- Gebelerin gebelik ve doğum hakkında bilgilendirilmesi amacıyla gebe eğitim sınıfları oluşturulması,
  - Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelere başvuran gebelerin endişelerinin belirlenip, gerekli eğitimlerin verilmesi,
  - Sağlık personelinin gebelere destek vermesi konusunda bilinçlendirilmesi,
  - Hastanelerin doğum kliniklerinde sosyal hizmet uzmanı ve psikolog bulundurulması,
- önerilebilir.

**KAYNAKLAR**

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık. 2011: 211-225.
2. Erdem Ö. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi. Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2009.
3. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10: 1.
4. Beck CT. Predictors of postpartum depresyon, an update. Nursing Research. 2001; 50(5): 275.
5. Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2004; 5: 39-44.
6. Berle JI, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S. ve ark. Neonatal Outcomes In Offspring of Women with Anxiety and Depression During Pregnancy. A linkage study from the nord-trondelaghealthstudy (hunt) andmedical birth registry of norway. ArchWomen Ment Health. 2005; 8: 181-89.
7. Mc Elderry D. Screening of adolescent females for depression before, during and after pregnancy. Opinions in Pediatric and Adolescent Gynecology 2001; 1(14):131-33.
8. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 27(1): 51-57.

9. Kitapçioğlu G. Yanıkkerem E. Sevil Ü. Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;9(1): 47-54.
10. Doğum korkusunu en aza indirmek için öneriler. (Erişim Tarihi: 19.03.2011).  
<http://www.anneoluncaanladim.com/2/dogum/212/dogum-korkusunu-en-aza-indirmek-icin-oneriler>.
11. Serçekuş P. Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
12. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a ceserean section for personal reasons. Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica. 1993; 72: 280-285.
13. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency ceserean section. Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica. 1998; 77: 542-547.
14. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth. a study of 329 pregnant women. Birth. 2002; 29(2):101-109.
15. Sayiner FD. Özerdoğan N. Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2 (3): 143-148.
16. Bernazzani O, Saucier JF, David H. Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. J Psychosom Res. 1997; 42: 391-402.
17. Doyurgan KT. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2009.

18. Karaçam Z. Normal postpartum dönemin fizyolojisi ve bakımı. In Şirin A. ed. Kavlak O. Kadın Sağlığı. İstanbul. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. 2008: 708.
19. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6: 6.
20. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2009; 29(1): 206-214.
21. Gürsoy AA. Ameliyat öncesi dönemde yaşanan kaygının hastanın iyileşme sürecine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Temmuz-Aralık: 2001, 114-119.
22. Gönener HD. Okul yaş dönemi çocuğu olan ebeveynlerin hastalık ve hastaneye yatma durumunda "Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Çocukların Endişe Kaynakları ile Etkileşimi" Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
23. Pehlivan S. Üst gastrointestinal endoskopi işleminde bilgilendirmenin hastanın işlemi algılamasına, işleme uyumuna ve anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2007.
24. Hayta S. Ameliyat nedeniyle hastaneye yatan adölesanların ameliyat olma ve hastaneye yatma durumunda endişe kaynakları ölçeğinin geliştirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2008.
25. Beşer GN, Öz F. "Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi" Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(1): 47-58.



26. Serindağ S. Onkolojik hastalığı olan okul yaş dönemi çocukların hastaneye yatma durumunda Endişe Kaynakları Ölçeği'nin geliştirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2008.
27. Dubuy JB, Beaudoin S, Rheume J, Dugas MJ. Worry: daily self- report in clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39: 1249-1255.
28. Borkovec TD, Pruzinsky T. Cognitive and personality characteristics of worries. *Behaviour Research and Therapy* 1990; 28(6): 507-512.
29. Tunay Ş. Depresyon ve kaygı belirtilerinde örtüşen ve ayrışan özelliklerin endişe olgusu açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
30. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara. Mattek Matbaacılık Basım 2010: 141-142.
31. Tabur F. Düşük riski olan kadınlardaki kaygı düzeyleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2007.
32. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. *Inter Rev. Psychiatry* 2003; 15: 217–230.
33. Gjerdingen D, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Fam Med* 1991; 23: 370 –375.

34. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47: 209–212.
35. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 988-993.
36. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P. et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 45–51.
37. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 1999; 94: 935–941.
38. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (2):18–28.
39. Dunkel-Schetter C, Lobel M. Pregnancy and childbirth. In Blechman EA, Brownell KD. eds. *Behavioral medicine and women*. New York: Guilford; 1998.
40. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, 2007.
41. Demir N. Normal doğum. İçinde: Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (eds). *Obstetrik maternal- fetal tıp ve perinatoloji*. Ankara: Medical Network, 2001: 1258-1298.
42. Saydam KB. Doğum eylemi. İçinde: Şirin A. *Kadın sağlığı*. İstanbul. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. 2008: 646.

43. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
44. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK, Gıllstrap CL, Hauth CJ, Wenstrom DK. Williams Doğum Bilgisi. 21. Baskı, 1. Cilt, Çeviri; Akman AC. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2005.
45. Pernol LM, Pernol B. Obstetri ve Jinekoloji El Kitabı, Çeviri Editörü Ayhan A, Bozdağ G. Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
46. Davis E. A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth: Heart & Hands, California, 2004.
47. Berkiten A. Doğumun I. ve II. evresinde gebeye uygulanan pozisyonların doğum sürecine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı (No:2-B) Ankara, 2005.
49. Gelişen O, Dur R. Operatif doğumlar: forseps uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2008, 1: 55-62,
50. Hobbs L. The best labor possible. Book for Midwives an Imprint of Elsevier Science Limited, Edinburgh, 2001.
51. Ling EF, Duff P. Obstetrik jinekoloji pratiği için ilkeler. Çev. Ed: Ceylan Y. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2006.
52. Jinekoloji ve gebelik. (Erişim Tarihi: 20.06.2011)  
<http://www.jinekolojivegebelik.com/2000/01/dogum-sonrasi-donem.html>

53. Avcıbay B. Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2009.
54. Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008; 50: 294-298.
55. Atıcı M, Gözüm S. Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001 8(2): 77-90.
56. Mucuk S. Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2002; 11(1): 21-29.
57. Walker LO, Wilging S. Rediscovering the “M” in “MCM”: Maternal health promotion after childbirth: *JOGNN*, 2000; 29(3): 229-235.
58. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth*, 2005; 32: 86-92.
59. Edhborg M, Seimyr L, Lundh W, Witstrom AM. Fussy child-difficult parenthood? Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 month postpartum. *J Reprod Infant Psychol* 2000; 18: 225-238.
60. Clemons RM. Issues in newborn care. *Primary Care*, 2000; 27: 251-267.
61. Jansson A, Sivberg B, Larsson WB. et al. First-time mothers’ satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic. *Acta Paediatr*, 2002; 91: 571-577.

62. Yıldız D. Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği sağlam bebek ünitesinde hemşirenin planlı hemşirelik eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2003.
63. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara. Mattek Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. 2010: 145-148.
64. Nenehatun görücüye çıktı. (Erişim tarihi: 19.03.2011).  
[http://www.nenehatundogum.gov.tr/haberdetay.aspx?hastanemizdenhaberler\\_id=47](http://www.nenehatundogum.gov.tr/haberdetay.aspx?hastanemizdenhaberler_id=47).
65. Karataş N. Araştırmada örnekleme. İçinde: Erefe İ, ed. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset; 2004: 125-138.
66. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A. ve ark. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 85-91.
67. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10 (1): 113-121.
68. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1997 Dec; 18(4): 266-272.
69. Chong ESY, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. Journal of Gynecology and Obstetrics 2003; 80: 189-194.
70. Duman Z, Koken GN, Şahin FK, Coşar E, Arıöz DT, Aral D. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. Perinatoloji Dergisi 2007; 15(1): 7-11.

71. Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC. Cesarean section on request in a developing country. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 96: 54-56.
72. Sayın C, Berberoğlu U, Varol F. Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip edilen gebelikte doğum şekli tercihi. *T Klin Jinekoloj Obst.* 2004; 18(2): 82-88.
73. Arslan B. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2010.
74. Doğaner G. Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005.
75. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14 ( Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 54-58.
76. DiRenzo G, Polito P, Volpe A, Anceschi M, Guidetti R. A multicentric study on fear of childbirth in pregnant women at term. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1984; 3: 155-163.
77. Apay SE, Pasinlioğlu T. Kesitsel bir çalışma: kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009;1: 20-29.
78. Gözüyeşil YE, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Frat sağlık hizmetleri dergisi* 2008; 3(9): 39-66.

79. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.
80. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya, 2007.

## EK-I

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**1. Kaç yaşındasınız?**

- a)15-19
- b)20-24
- c)25-29
- d)30 ve üstü

**2. Yaşadığınız yer?**

- a) Köy
- b) İlçe
- c) İl

**3. Eğitim durumunuz?**

- a) İlköğretim
- b) Ortaöğretim
- c) Yükseköğretim

**4. Çalışma durumunuz?**

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

**5. Çalışıyorsanız mesleğiniz?.....**

**6. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?**

- a) Kötü
- b) Orta
- c) İyi

**7. Eşinizin mesleği nedir?.....**

**8. Eşinizin eğitim durumu nedir?**

- a) İlköğretim
- b) Ortaöğretim
- c) Yükseköğretim

**9. Kaçmıcı gebeliğiniz?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ve üzeri

**10. Daha önceki doğumlarınızın şekli nedir? (birden fazla şık işaretlenebilir)**

Doğum Şekilleri	1.doğum	2.doğum	3.doğum	4.doğum
Normal Doğum				
Sezaryen Doğum				



**11. Bu gebelik için planladığınız doğum şekliniz nedir?**

- a) Normal doğum
- b) Sezaryen doğum

**12. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?**

- a) Evet
- b) Hayır

**13. Gebelik haftanız ?**

- a) 1. Trimester.....hafta
- b) 2. Trimester.....hafta
- c) 3. Trimester.....hafta

**14. Yaşadığınız aile tipi nedir?**

- a) Geniş aile
- b) Çekirdek aile

**15. Gebeliğiniz süresince size destek olan kişi/kişiler var mı?**

- a) Var
- b) Yok

**16. Daha önce gebelik, doğum ve doğum sonu döneme yönelik herhangi bir eğitim/danışmanlık hizmeti aldınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

## EK-II

### DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME İLİŞKİN ENDİŞELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda hamile kadınların doğum ve doğum sonrası dönemde yaşabilecekleri kaygılar ya da endişeler ile ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her madde altındaki kutucuklardan size uygun olana X işareti koyunuz.

İfadeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1 Bebeğimin kör olmasından endişeleniyorum					
2 Bebeğimin sağır olmasından endişeleniyorum					
3 Bebeğimin sakat doğmasından endişeleniyorum					
4 Doğum yaparken bebeğimi kaybetmekten endişeleniyorum					
5 Bebeğimin geri zekalı olmasından endişeleniyorum					
6 Doğum yaparken bebeğime bir şey olacak diye endişeleniyorum					
7 Bebeğimin mor doğmasından endişeleniyorum					
8 Doğum yaparken ölmekten endişeleniyorum					
9 Doğum sonrası bebeğin kafasında şişlik olmasından endişeleniyorum					
10 Doğum sırasında bebeğe kordon dolanmasından endişeleniyorum					
11 Doğum yaparken ıkınamamaktan (bebeği itememekten) endişeleniyorum					
12 Doğum yaparken sancılarının kaçmasından endişeleniyorum					
13 Doğuramamaktan endişeleniyorum					
14 Doğumun uzun sürmesinden endişeleniyorum					
15 Doğum sırasında bebeğin basının sıkışmasından endişeleniyorum					
16 Doğumda kontrolümü kaybetmekten endişeleniyorum					
17 Dikişli doğum yapmaktan endişeleniyorum					
18 Doğumda sırasında yırtılmaktan endişeleniyorum					

19	Doğum odasında başka kadınları doğum sancısı çekerken görmek düşüncesi beni endişelendiriyor					
20	Doğum sonrası dikişlerimin acı vereceği düşüncesi beni endişelendiriyor					
21	Doğum odasında yalnız kalmaktan endişeleniyorum					
22	Doğum sırasında kanamamın çok olmasından endişeleniyorum					
23	Doğum sırasında canımın çok yanmasından endişeleniyorum					
24	Doğum sonrası sütümün bebeğe yetmemesinden endişeleniyorum					
25	Doğum sonrası sütüm gelmezse diye endişeleniyorum					
26	Doğum sonrası bebeğimi emzirememekten endişeleniyorum					
27	Doğumdan sonra göğüslerimin şişip ağrı yapmasından endişeleniyorum					
28	Doğumdan sonra meme uçlarımın yara olmasından endişeleniyorum					
29	Doğum sonrası bebeğim ağlarsa onu sakinleştireceğimi, susturacağımı bilmemekten endişeleniyorum					
30	Doğum sonrası bebeğime banyo yaptıramamaktan endişeleniyorum					
31	Doğum sonrası bebeğimi nasıl tutacağımı bilmediğimden endişeleniyorum					
32	Doğum sonrası bebeğimin hastalanırsa bunu fark edememekten endişeleniyorum					
33	Doğumun nasıl bir olay olduğunu bilmemek beni endişelendiriyor					
34	Doğum sonrası bebeğime iyi bakamamaktan endişeleniyorum					
35	Doğum sonrası bebeğimin hastalanmasından endişeleniyorum					
36	Doğumdan sonra sosyal yaşantımızı eskisi gibi sürdüremeyeceğimden endişeleniyorum					

37	Doğumdan sonra evde günlük yaşantımızı eskisi gibi sürdüremeyeceğimden endişeleniyorum					
38	Doğumdan sonra kendime vakit ayıramayacağımdan endişeleniyorum					
39	Doğumdan sonra esimle birlikte geçireceğim zamanın azalacağından endişeleniyorum					
40	Doğumda sonra bebeğin ağzında pamukçuk oluşmasından endişeleniyorum					
41	Doğum sonrası bebeğin göbeğinin geç düşmesinden endişeleniyorum					
42	Doğum sonrasında büyük abdestimi rahat yapamamak düşüncesi beni endişelendiriyor					
43	Doğum sonrası bebeğin göbeğinin iltihap kapmasından endişeleniyorum					
44	Doğum sonrası bebekle ilgili sorunları tek basıma karşılamak zorunda kalmaktan endişeleniyorum					
45	Doğumdan sonra herkesin bebekle ilgilenip beni ihmal etmesinden endişeleniyorum					
46	Doğumdan sonra esimden destek alamamaktan endişeleniyorum					
47	Doğumdan sonra bebek nedeniyle esimle sorun yaşamaktan endişeleniyorum					
48	Doğumdan sonra esimle cinsel sorun yaşamaktan endişeleniyorum					
49	Doğum için hastaneye zamanında yetişememek beni endişelendiriyor					
50	Doğum sancısı başladığında yalnız olmaktan endişeleniyorum					
51	Suyumun erken boşalmasından (gelmesinden) endişeleniyorum					
52	Doğumda sağlık personelinin hata yapmasından endişeleniyorum					
53	Doğum yaparken sağlık personelinin bana kötü davranacağını düşünmek beni endişelendiriyor					

54	Doğum yaparken sağlık personelinin beni ve acımı anlamamasından endişeleniyorum					
55	Doğumda bebeğime yeterli müdahale yapılamamasından endişeleniyorum					
56	Doğum sonrası ruhsal sağlığımın bozulacağından endişeleniyorum					
57	Doğum sonrası beden sağlığımın bozulacağından endişeleniyorum					
58	Doğum sonrası uyku düzenimin bozulacağından endişeleniyorum					
59	Doğum sonrasında kanamamın çok olmasından endişeleniyorum					
60	Sezaryen ile doğum yapmaktan korkuyorum					
61	Sezaryen olursam ayılamamaktan endişeleniyorum					

TEŞEKKÜRLER...

EK-III

## ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Office belgeleri | 08.04.2011

Yanıtla ▼

Emre YANIKKEREM



Emre YANIKKEREM  
emrenurse@hotmail.com

- 
- E-posta gönder
- E-postayı bul

Kişilere ekle

Kime: zehra.ust@hotmail.com

Kimden: **Emre YANIKKEREM** (emrenurse@hotmail.com)

Gönderme tarihi: 08 Nisan 2011 Cuma 19:18:39

Kime: zehra.ust@hotmail.com

Hotmail Etkin Görünüm

1 ek (177,6 KB)



Doğum+Ve+...doc

Çevrimiçi göster

Karşıdan yükle(177,6 KB)

Zip olarak karşıdan yükle

"gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler"

isimli ölçeği ekte yolluyorum tezinizde kullanabilirsiniz iyi çalışmalar

Yrd. Doç. Dr. Emre YANIKKEREM

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı Başkanı

EK-IV



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Servisi : Enstitü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.ATA.0.AL/00/00/ -1249

Konu : Etik Kurul

03 MAY 2011

**Sayın:** Zehra Demet ÜST

Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvuru Formları hakkında Enstitümüz Etik Kurulunun almış olduğu 27.04.2011 tarih ve "2011.2.1/26" numaralı kararı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurul Başkanı

EK: 1 Adet Karar

**Dahili TLF :** 0-442-231 4885-4886-4887-4891-4894-4895

**HARİCİ TLF :** 0 442 - 236 09 70


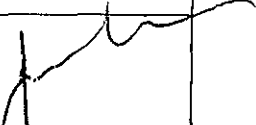

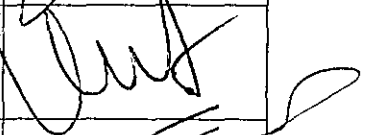
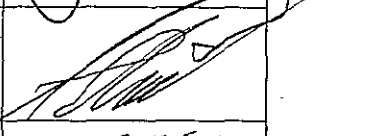
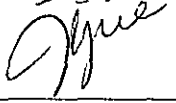

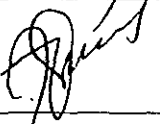

**FAX :** 0-442 - 236 09 69

**E-mail:** sagbilenst@atauni.edu.tr

Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM

**“2011. 2.1/ 26“SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 27.04.2011**

2.1/ 26- Enstitümüz Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zehra Demet ÜST’ ün “ **Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi**” tez konusu görüşüldü; İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Türkan PASİNLİOĞLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. İsmail CEYLAN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Mustafa ATASEVER	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç. Dr. Hakan USLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Raportör	



EK-V



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRLÜĞÜ

**Bölümü :**

**Servisi :** Ayniyat


**Sayı :** B.30.2.ATA.0.A1.00.01/06/1661

**Konu :** İzin istemi.

04 TEM 2011

**DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIĞI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencilerinden Zehra Demet ÜST'ün tez çalışması için gerekli izin alınmış olup; yazı fotokopileri ekte sunulmuştur.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. İsmail CEYLAN  
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

E K : 2

**Dahili TLF :** 0-442- 231 4888 – 4886 – 4887 – 4891 – 4893 – 4894 - 4895

**Harici TLF :** 0 442 - 236 09 70

**FAX :** 0-442 - 236 09 69

**E.Mail :** sagbilenstatauni.edu.tr

**Adres :** Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Servisi: Enstitü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.ATA.0.A1.00.01/03/ - 1453


Konu : Bilgi verilmesi

13 HAZ 2011

DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans öğrencisi Zehra Demet ÜST hakkında Rektörlük Makamı'nın 09.06.2011 tarih ve "010726" sayılı yazısı ile Erzurum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 01.06.2011 tarih ve "14705/261" sayılı yazıları ilişiktedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. İsmail CEYLAN  
Enstitü Müdürü

EKİ:2 Adet

**Dahili TLF :** 0-442-231 4885-4886-4887-4891-4894-4895

**HARİCİ TLF :** 0 442 - 236 09 70

**FAX :** 0-442 - 236 09 69

**E-mail:** sagbilenst@atauni.edu.tr

Enstitüler Binası Kat: 1 25240 ERZURUM

T.C  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : B.30.2.ATA.0.70.72.00/00-1168  
Konu : Tez Çalışması

30.06.2011\*012167

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz yüksek lisans öğrencilerinde Zehra Demet ÜSTÜN tez çalışması ile ilgili olarak Erzurum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünüzden alınan 21/06/2011 tarih ve 16677-284 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

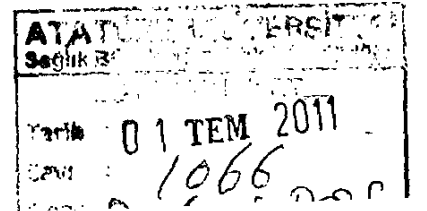
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU  
Rektör Yardımcısı

Eki:1

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM  
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916  
e-posta: [odaire@atauni.edu.tr](mailto:odaire@atauni.edu.tr)





T.C.  
ERZURUM VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B-10-4-İSM-4-25-00-09 /  
Konu : Tez çalışması

16677  
/284

21 Haziran 2011

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)  
ERZURUM

İlgi:16.06.2011 tarih ve 11301 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Zehra Demet ÜST'ün "Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını gönüllülük esasına göre Müdürlüğümüze bağlı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Serhat YANÇELİK  
Vali a.  
İl Sağlık Müdürü

**Bebeğin ilk aşısı anne sütüdür. Bebeğinizin sağlığı ve mutluluğu için ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleyiniz.**

Erzurum Sağlık Müdürlüğü: Hastaneler Cad. 25200 / ERZURUM. Telefon (0442) 234 39 25 dahili: 1131 Faks: (0442) 234 39 18. Web sayfası: www.erzurum.saglik.gov.tr