

H. YALÇINSOY KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERİN DOĞUMA İLİŞKİN KORKULARI VE
KORKULARIYLA BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**

Hazel YALÇINSOY

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2019**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERİN DOĞUMA İLİŞKİN KORKULARI VE
KORKULARIYLA BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**

HAZEL YALÇINSOY

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE YASEMİN KARAGEYİM KARŞIDAĞ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2019**

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Hazel YALÇINSOY tarafından Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ'ın danışmanlığında hazırlanan “**Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri**” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından. . / . /201. tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavındabulunmuş ve Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı (Danışman)

Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı A.D. Başkanı

Jüri

Dr. Öğr.Üyesi Yeliz MERCAN

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı A.D.

Jüri

Dr. Öğr.Üyesi İlknur DİNDAR

Trakya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği

Hemşirelik Bölümü

ETİK BEYAN

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

Hazel YALÇINSOY

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada beni yönlendiren, gösterdiği büyük emek, destek ve sabrından dolayı çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayşe Yasemin Karageyim Karşıdağ' a, emeği geçen Sayın Prof. Dr. Mustafa Uğur'a, her zaman yanımda olan sevgili eşim Fuat YALÇINSOY' a, enerjime enerji, mutluluğuma mutluluk katan güzel kızlarım Şevval'e ve Şeyma'ya ve araştırmaya katılan tüm gebelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hazel YALÇINSOY

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.2. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.3. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde, Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.4. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Eşlerinden Destek Görme Durumlarının, Eşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımına Ait İstatistikler.....	38
Tablo 4.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonuna İlişkin Bulgular.....	39
Tablo 4.6. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi-1.....	39
Tablo 4.7. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi-2.....	40
Tablo 4.8. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Doğurganlık Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 4.9. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Gebelikle/Doğumla İlgili Eğitim/Bilgi Alınan Kaynaklara Göre Değerlendirilmesi.....	41

Tablo 4.10. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Eş Desteği ve Eş Dışında Sosyal Destek Alma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi.....	41
Tablo 4.11. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Doğum Öncesinde Aldıkları Tıbbi Bakım Sayısının, Wijma A Doğum Korkusu Düzeyine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğum Eylemine Yönelik Düşünce ve Korkuları ile Gebelik Sayısı Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	43
Tablo 4.13. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğum Ağrısı Korkuları ve Sosyal Destek Alma Durumları ile Doğum Korkusuna Yönelik Düşünceleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 4.14. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Gebelerin Doğum Eylemine Yönelik Düşünce ve Korkularına Göre Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 4.15. Araştırma Kapsamındaki Multigravidaların Daha Önceki Doğum Eylemi Tecrübelerinin, Wijma A Doğum Korkusu Düzeyine Göre Dağılımına Ait İstatistikler.....	46
Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğuma Yönelik Korku Kaynakları ile Gebelik Sayısı Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesine.....	47
Tablo 4.17. Araştırma Kapsamındaki Multigravidaların, Önceki Gebelikleri ile Şimdiki Gebeliklerindeki Doğuma Yönelik Korku Kaynakları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	48
Tablo 4.18. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğuma Yönelik Korkularıyla Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler ile Gebelik Sayısı Arasındaki İlişkilere İlişkin İstatistikler.....	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Doğum eyleminin mekanizması	12
---	----

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- ACOG :Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
- ACTH :Adreno Kortikotropik Hormon
- ADP :Adenozin difosfat
- ATP :Adenozin trifosfat
- CRH :Kortikotropin Releasing Hormon
- DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü
- ISSE :İntradermal steril su enjeksiyonu
- n :Sayı
- PG :Prostaglandin
- PGF2 α :Prostaglandin F2 α
- PTHr-P :Paratiroid hormon-related Protein
- SPSS : Statistical Package for the Social
- SS :Standart Sapma
- TENS :Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı)
- TNSA :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- W-DEQ A :Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A versiyonu

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelik.....	4
2.1.1. Gebelikte Görülen Değişiklikler	5
2.1.1.1. Anatomik Ve Fizyolojik Değişiklikler.....	5
2.1.1.2. Genital Sistem Değişiklikleri	5
2.1.1.3. Üriner Sistem Değişiklikleri	5
2.1.1.4. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	6
2.1.1.5. Solunum Sistemi Değişiklikleri	6
2.1.1.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri.....	6
2.1.1.7. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri	7
2.1.1.8. Memede Görülen Değişiklikler.....	7
2.1.1.9. Ciltte Görülen Değişiklikler.....	7
2.1.1.10. Metabolik Değişiklikler	7
2.1.1.11. Psikolojik Değişiklikler.....	8
2.2. Doğum Eylem	8
2.2.1. Vajinal Doğum.....	9
2.2.1.1 Normal Doğumda Başın Hareketleri.....	10
2.2.1.2. Vajinal Doğumun Avantajları Ve Dezavantajları	12
2.2.1.3. Epizyotomi	12
2.2.1 Sezaryen Doğum	13

2.2.2.1. Sezaryen Doğumun Riskleri	15
2.3. Ağrı	16
2.4. Korku	24
2.4.1. Doğum Korkusu	24
2.4.1.1. Doğum Korkusunun Nedenleri	25
2.4.1.2. Korkunun Doğuma Etkisi	26
2.4.1.3. Doğum Korkusuyla Baş Etme.....	26
2.5. Doğum Öncesi Verilen Eğitim.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Türü Ve Amacı.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.4.1. Bağımlı Değişkenleri	30
3.4.2. Bağımsız Değişkenleri	30
3.5. Araştırmanın Soruları.....	31
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Ve Dışlanma Kriterleri.....	31
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	31
3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	31
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları	31
3.8. Verilerin Toplanması	32
3.8.1. Veri Toplama Aracı.....	32
3.8.2. Anket Formu	32
3.8.3. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu.....	32
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri Ve Resmi İzinleri	33
3.11. Araştırma Takvimi	34
4. BULGULAR	35
4. TARTIŞMA	50
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR	62
EK-1. Anket Formu	70
EK-2. Ölçek Formu	73

EK-3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu İstatistikleri	76
EK-4. Gönüllü Olur Formu	81
EK-5. Etik Kurul Kararı	83
EK-5. Devamı	85
EK-6. Etik Kurul Kararı (Değişiklik)	86
EK-7. Danışman Değişikliği Kararı	87
EK-8. Hastane İzin Formu	88
EK-8. Hastane İzin Formu(Devam).....	89
EK-9. Hastane İzin Formu	90
EK-10. Ölçek İzin.....	91
EK-11. Özgeçmiş.....	92

ÖZET

Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri

Bu araştırmanın amacı gebelerin doğuma ilişkin korkularını ve korkularıyla baş etme yöntemlerini saptayabilmektir. Çalışma 15.11.2015-01.02.2016 tarihleri arasında Kırklareli Devlet ve Özel Lüleburgaz Medikent hastanelerine başvuran 200 gebeyle yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. Veriler, gebe tanıtıcı bilgi formu ve kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS Windows 22,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerin yaşları 17- 45 yaş (ort. 26,62±5,99) arasındadır. Gebelerin %79'u (n:158) ev hanımı, %79'u (n: 158) çekirdek aile yapısındadır. Gebelerin %74,5'i (n:149) planlı gebelik geçirmekte olup % 97'si (194) doktor kontrollerine gitmektedir. Gebelerin % 55 (n:110) doğum eyleminden, % 62 (n:124) ağrı çekmekten korkmakta ve % 58,5 (n:117) doğum eylemini üstesinden gelmesi zor bir durum olarak ifade etmektedir. Ölçek puanlarının ortalaması 46,55'dir. Gebelerin % 53'ü (n:106) bebeğin sağlığı için endişe duyarken, korkularıyla baş etmek için ibadet etme yolunu seçtikleri saptanmıştır. Gebelere ihtiyaçlarına, eksikliklerine göre eğitim verilerek gebelerin korkularıyla baş etmesinde desteğin sağlanması önerilir.

Anahtar sözcükler: Doğum, Doğum Korkusu, Doğum Korkusuyla Baş Etme Yöntemleri, W-DEQ ölçeği

SUMMARY

The Types Of Anxieties Of Pregnant Women Regarding Pregnancyand The Methods In Coping Up With Them

The aim of this research is to determine the types of anxieties of pregnant women regarding pregnancyand the methods in coping up with them. The study was conducted with face to face interviews with 200 pregnant women who applied to Kırklareli State and Private Lüleburgaz Medikent hospitals between 15.11.2015-01.02.2016. The data were collected using the Wijma Maternal Expectancy / Experience Scale (W-DEQ) in order to measure the pregnant introductory information form and the fear of deliveries of women. The data were analyzed using SPSS for Windows 22.0 software. The ages of the pregnant women ranged from 17 to 45 years; while the mean is 26.62 ± 5.99 . 79% (n:158) of pregnant women are housewives, 79% (n:158) of them live in nuclear family. 74.5% (n:149) of pregnant women had planned pregnancy and 97% (n:194) go to doctor controls. 55% (n:110) of pregnant women fear the act of giving birth, 62% (n:124) of the pain they would have to be expased to and 58,5% (n:117) of they express labor as a difficult situation to overcome. The average of the scale scores is 46,55. While 53% (n:106) pregnant women were concerned about the health of the baby, it was determined that they prefer the way of worship to cope with their fear. It is recommended that pregnant women should be trained according to their needs and that support should be provided for pregnant women to cope with their fears.

Key Words: Birth, Fear of Birth, Coping with the Fear of Birth, W-DEQ Scale

1.GİRİŞ

Gebelik, kadını fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak etkileyen ve değiştiren bir dönüm noktasıdır (Taşkın, 2007). Fizyolojik bir durum olmasına rağmen, gebe kadınlarda gebelik ve doğum yüksek derecede strese neden olmaktadır. Özellikle primiparlar, çelişkili (ambivalan) birçok duygu yaşamakta, doğum eylemi sırasında ve sonrasında karşılaşabileceği durumları tahmin edememektedir (Üst ve Pasinlioğlu, 2015). Doğum birçok kadının farklı deneyimler yaşadığı bir eylemdir. Bu süreçte hem fiziksel hem de duygusal birçok etkene maruz kalınmaktadır. Aynı zamanda ebeveynlik başlangıcı olan bu dönem, yeni rolüne adaptasyon gerektiren bir kriz sürecidir (Demirsoy ve Aksu, 2015). Gebelerde bütün bu nedenler doğum korkusuna neden olmaktadır.

Korku, tehlikeli bir durumuna ya da tehlike olarak algıladığımız bir olaya gösterdiğimiz tepkidir (Koroğlu, 2006). Gebeler için doğum bilinmez bir olaydır; doğum eylemini korku ve heyecanla bekler (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Gebelikte yaşanan doğum korkusu kadının stresli bir gebelik geçirmesine neden olur bu da erken doğuma, doğum eyleminin uzamasına, sezaryen ile doğuma neden olabilmektedir (Akoy, 2015). Hildingsson ve ark., doğum korkusu sıklığını gebelik ortası dönemde %12,4, geç gebelik döneminde %13,5, doğumdan bir yıl sonra ise %15,1 olarak bildirmişlerdir. Doğum korkusunun primiparlarda multiparlara oranla daha fazla olduğu görülmüştür (Hildingsson, Nilsson, Karlstrom, ve Lundgren, 2011). Bazı çalışmalarda yaş arttıkça doğum korkusunun da arttığı gösterilmiştir (Nieminen, Stephansson ve Ryding, 2009).

Eskiden kadınlar gebelik ve doğum eylemi ile ilgili bilgiye anne, kardeş komşu tecrübelerini dinleyerek ulaşmaktaydı (Coşar ve Demirci, 2012). Olumsuz doğum tecrübeleri, gebelerin doğum eylemine yönelik korkularını artırırken (Nilsson, Lundgren, Karlström ve Hildingsson, 2009); anlatılan olumsuz doğum deneyimleri ve bu deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, ayrıca görsel basında gösterilen ağrılı ve olumsuz doğum sahneleri gebelerde olumsuz doğum eylemi düşünceleri uyandırmaktadır (Stoll, Hall, Janssen ve Carty, 2013). Dolayısıyla doğumu olumsuz bir süreç olarak algılayan gebeler doğum eylemini korkutucu

olarak düşünmekte ve sezaryen doğumu vajinal doğuma tercih etmektedirler (Sayiner, Özerdoğan, Giray, Özdemir, ve Savcı, 2009).

Doğum şeklinin tercihe göre şekillenmesi sezaryen doğum oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bu daha fazla tıbbi müdahaleyi gerektirmekte ve komplikasyon riskini artırabilmekte, iyileşme sürecini uzatabilmektedir. İyileşmenin gecikmesi ise annenin normal yaşantısına dönmesini, bebekle ilgilenmeyi ve bebeğe alışmayı zorlaştırmaktadır.

Gebelere verilen bakım ve eğitim hizmetleri her geçen gün artmaktadır. Bu sayede kadının gebelik süreci ve sonrasını daha az komplikasyonla geçirmesi sağlanabileceği de, gebelerin doğuma ilişkin korkuları devam edebilmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Doğuma ilişkin korkuların en başında aşırı ağrılı doğum eylemi yaşayabilme ihtimali gelmektedir. Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ve kontrolü zor ağrılardan birisidir (Ertem ve Sevil, 2005).

Bakshi ve arkadaşlarının 8000 gebe üzerinde yaptığı araştırmada, gebelerin %50'si bebeğin sağlığı ile ilgili korkularından, %40'ı ise doğum ağrısı ile ilgili korkularından bahsetmiştir (Bakshi, Mehta ve Sharma, 2007).

Doğum korkusu kontrol altında tutulabilirse doğum daha kolay ve komplikasyonsuz gerçekleşmektedir. Bu amaçla gebelerin daha az korku ve stresle doğum eylemine başlaması için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Hypno-Birthing doğum korkusuyla baş etmede kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem doğumu bir sanat olarak ele alır. Hypno-Birthing bilinçaltında yer alan korkuların çözümlendiği bir yöntemdir. Bilinçaltında var olan birtakım endişe ve korkular kadının doğum ağrısı çekmesine neden olabilmektedir. Çünkü doğum yapacak olan annenin, küçük yaşlardan itibaren doğumla ilgili duyduğu her olumsuz söz bilinçaltında depolanmıştır. Hypno-Birthing bu korkuların ve negatif duyguların açığa çıkarılarak temizlenmesini sağlamaktadır (Serçekuş, 2011)

Hemşireler/ebeler, gebelere ihtiyaçları doğrultusunda gereken eğitimi verebilmeli, gebeyi değerlendirebilmeli ve gerekirse doğru bilgileri gebe ile tartışabilmelidirler.

Hemşire veya ebeler, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vererek gereksiz sezaryen doğumların önlenmesine katkı sağlayabilmektedirler (Gözükara ve Eroğlu, 2008).

Bu araştırma gebelerin doğuma ilişkin korkularını ve korkularıyla baş etme yöntemlerini belirleyebilmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, neslin devamı ve annelik rolü için kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır (Lazoğlu, 2014). Gebelik ve doğum, anne ve baba adayları için çok özel bir süreçtir. Gebelik doğal bir durum olsa da bu süreçte anne adayında psikolojik, anatomik ve fizyolojik değişiklikler gözlenmektedir (Lazoğlu, 2014).

Gebeler ilk trimesterde gebeliği kabullenip kabullenmeme karmaşası yaşarlar. İkinci trimester ise bu duyguya alışan kadının fiziksel değişimlere alışma dönemidir. Gebeliğin son döneminde ise gebeler doğum eylemi ile ilgili karmaşık duygular yaşayabilmektedir (Şahin, Dinç ve Dişsiz, 2009). Bu dönemde gebe sıkıntılı ve heyecanlıdır; gebeliği kabullenme ve inkâr etmede de güçlükler olabilmekte, problemleri çözme ya da baş etmede zorluklar yaşayabilmektedir. (Taşkın, 2007).

Gebelik uzun bir süreçtir aynı zamanda fiziksel görüntü, sosyal ilişkiler, aile içi rollerde de değişiklik yapan bir durumdur (Yanikkerem, Altıparmak ve Karadeniz, 2006). Gebelik sürecinde düzenli ve doğru verilen eğitimler gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerin anne ve bebek için daha kolay ve sağlıklı geçmesini sağlamaktadır (Demiryay, 2006).

Bazı durumlarda ise; yaşanmış birtakım olumsuz doğum tecrübeleri uzun yıllar anlatılan doğum hikayelerine dönüşebilmektedir. Bu tür olumsuz hikayeler paylaşılarak yayılabilirken, bir yandan da görsel medya yayınlarındaki ağırlı doğum sahneleri kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmaya neden olmaktadır (Sayiner ve vd., 2009).

Sağlıklı gebelik süreci için anne adaylarının farkındalıklarını artırarak desteklemek gerekmektedir. Bilinçli anne adayları gebelik sürecini o derece sağlıklı geçirebilmektedirler. Preterm bakım stratejisinin belirlenmesi ve eldeki kaynakların maksimum etkinlikle kullanılabilceği bir bakım protokolünün oluşturulması,

gelişmekte olan ülkeler için kaynak israfını önlemek ve tüm topluma ulaşacak bakım programlarını oluşturmak açısından da önem taşımaktadır (Babadağı, 2008).

2.1.1. Gebelikte Görülen Değişiklikler

2.1.1.1. Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte fizyolojik birtakım değişiklikler gelişmektedir. Her gebede ve her gebelikte farklı derecede olsa da bu değişiklikler, doğum sonrası ilk 6-8 hafta içinde normale dönmektedir (Lazoğlu, 2014). Gebelerin yeme alışkanlıkları değişebilirken, aşırı ve ilginç (kil yemek gibi) yiyecek istekleri de olabilmektedir (Demiryay, 2006).

2.1.1.2. Genital Sistem Değişiklikleri

Uterus; gebelikte salgılanan hormonlar ve büyüyen fetusun etkisiyle büyümektedir. Uterus boyu 7-9 cm'den 32 cm'e kadar uzarken, ağırlığı 60 gr'dan 1000 gr'a kadar artmaktadır (Taşkın, 2007).

Serviks; serviksin fibröz yapısı gebelikte yumuşar ve rengi koyulaşır. Servikte proliferasyon artar ve servikal akıntıdaki değişiklikler bir tıkaç görevi görerek fetusu enfeksiyonlara karşı korur (Demiryay, 2006)

Vajina; servikal renk değişimi vajinaya da yansiyarak vajinanın mor ve ödemli bir yapıya dönüşmesine neden olur. Vajinal akıntı miktarı gebelikte artar. Vajen pH'sı düşerek inatçı mantar enfeksiyonlarına neden olabilir (Taşkın, 2007).

Hormonların etkisi ile tubalarda ve ligamentlerde uzama; artan damarlaşmanın etkisiyle vulva ve perinede varislerde artma görülür (Lazoğlu, 2014).

2.1.1.3. Üriner Sistem Değişiklikleri

Hemen hemen her gebede üriner sistem şikayetlerine rastlanır ve geçicidir (Haider, Nishat, Munir ve Haider, 2010). Hormonal etkilerle böbreklerin ve üretranın

hacminde değişiklik ve peristaltik hareketlerinde azalma görülür (Taşkın, 2007). Bunlar enfeksiyona yatkınlığı artırırken idrar akımı da yavaşlar. İlk ve son trimesterde mesaneye olan bası ile sık idrara çıkma gözlenir. Gebelerde ayrıca noktüri ve stres inkontinansa da sıklıkla rastlanmaktadır (Haider vd., 2010).

2.1.1.4. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelikte, kan volümü artışı ile kalbin yükü artmaktadır. Gebelikte sırt üstü yatış pozisyonunda ana damarlara (vena kava inferior ve descending aorta) bası nedeniyle supin hipotansif sendrom gelişme riskine karşı yan yatış pozisyonları önerilir (Taşkın, 2007).

2.1.1.5. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Uterusun büyümesine bağlı olarak; tüm gebelik süresi boyunca diyafram normalden 4cm daha yukarıya itilir (Özcan ve Oskay, 2014). Fonksiyonel rezidüel kapasite ve toplam akciğer kapasitesi diyafram yukarıya kalktığı için azalır bu da solunum sıkıntısına neden olabilmektedir (Akıcı, Tamirci ve Gören, 2017).

Genellikle üçüncü trimesterde gebelerin üst solunum yolu mukozasında kanlanma, sekresyon üretimi ve ödem artar. Östrojen hormonuna bağlı ses kısıklığı ve ses değişikliği olabilmektedir (Özcan ve Oskay, 2014).

2.1.1.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gastrointestinal sistemde gebelik hormonlarına bağlı aşırı tükürük salgısı, gastroözofageal reflü, bulantı ve kusma, mide ve barsaklarda gaz, iştahta artma veya azalma gibi şikâyetler yaşanmaktadır (Lazoğlu, 2014). Progesteron hormonunun gevşetici etkisinden dolayı reflü ve yanma sık görülen şikayetlerdendir. Progesteron hormonuna bağlı safra akışı azalır ve bu da safra taşı oluşumunu tetikler (Taşkın, 2007).

2.1.1.7. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Hormonların etkisi ile pelvis eklemlerinde, bağ dokularında gelişen yumuşama ve gevşeme gebenin salınarak yürümesine neden olur. Ayrıca büyüyen uterusun etkisiyle vücut postüründe değişiklikler olur (Lazoğlu, 2014). Postural değişikliğe bağlı boyun, omuz ve üst ekstremitelerde ağrı ve son trimesterde sinirlere basının artmasına bağlı parastezi gelişebilir (Taşkın, 2007).

2.1.1.8. Memede Görülen Değişiklikler

Gebelerde memeler hassaslaşır, büyür ve gerginleşir. Meme çevresindeki areola koyulaşır ve büyür. Kolostrum denilen ilk süt gebeliğin ortalarında oluşmaya başlar (Lazoğlu, 2014).

2.1.1.9. Ciltte Görülen Değişiklikler

Gebelikte hormonların etkisi ile deri değişiklikleri meydana gelmektedir. Bakar Dertlioğlu ve arkadaşlarının klinik çalışmalarında en çok rastlanan deri değişimleri sırasıyla; stria gravidarum, kloazma, dişeti değişiklikleri, örümcek anjiom şeklindedir (Bakar Dertlioğlu, Çiçek, Uçak, Çelik ve Halisdemir, 2011).

2.1.1.10. Metabolik Değişiklikler

Gebelikte ortalama 12,5 kg kilo artışı beklenir. Normal bir insanda 2,5 mg/dl olan glukoz tüketimi fetusta 6 mg/dl kadardır. Gebelikte beslenme ve enerji ihtiyacı artmaktadır (Ersanlı, 1993).Vücudun bazal metabolizması yaklaşık %20 oranında artar ve oksijen gereksinimi çoğalır ve buna bağlı olarak demir gereksinimi artar. Gebelikte su retansiyonu ile kilo ve elektrolitlerde artış gözlenir (Demiryay, 2006; Taşkın, 2007).

2.1.1.11. Psikolojik Değişiklikler

Gebelik fiziksel değişimler yanında kadının yeni bir kimlik arayışı içine girdiği ve uyum sağlamaya çalıştığı psikososyal bir dönemdir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Gebede gelişen, büyüyen fetusun etkisi ile değişen beden imajı ve gebeliğe özgü hormonal durumun etkisi ile psikolojik değişiklikler meydana gelir (Kaplan, Bahar ve Sertbaş, 2007). Gebelikte hafif derecedeki psikolojik değişimlere adaptasyon sağlanırken, orta ve ağır dereceli durumlar gebede kaygı, anksiyete, depresyon ve strese neden olabilmektedir. Gebelikte yaşanan bu psikolojik rahatsızlıklar doğum korkusu, doğum sonu depresyon, prenatal bağlanma yetersizliği gibi bir takım sorunları da beraberinde getirebilmektedir (Dağlar ve Nur, 2014, Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010, Lazoğlu, 2014).

Gebeliğin başından sonuna kadar gebelerin eş ve aile desteğine ihtiyacı vardır. Fiziksel yakınmalar ve rahatsızlıklar psikolojik rahatsızlıkları beraberinde getirebilir. Özellikle genç yaşta gebelik, gebelik öncesi psikolojik rahatsızlıklar, bebeğin ve annenin sağlığı ile ilgili olumsuzluklar, ekonomik sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, istenmeyen gebelikler gebelik sürecini olumsuz etkileyerek tedavi gerektirebilecek boyutta psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Bostancı Daştan, Deniz ve Şahin, 2015; Yılmaz Dereli ve Kızılkaya Beji, 2010).

2.2. Doğum Eylem

Doğum eylemi; son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, büyüme ve gelişmesini tamamlayan fetus ve eklerinin kontraksiyonların etkisiyle doğum kanalından atılma sürecidir (Lazoğlu, 2014, Taşkın, 2007). Bir başka deyişle fetus, plasenta ve membranların doğum kanalından dışarıya çıkmasıdır (Kömürcü, 2013). Gebeliğin süresi döllenenmeden itibaren 266 gün veya düzenli adet gören ve 28 günlük siklusu olan kadınlarda, son âdetin ilk gününden itibaren 280 gün yani 40 haftadır (Ceylantekin, 2006). Normal bir doğum eylemi, fetusun yeteri kadar büyüdüğü ve dış dünyaya uyum sağlayabileceği zamanda gerçekleşir. Normal bir doğum eyleminin; termde kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetusun vertex pozisyonunda doğması ile gerçekleşir (Lazoğlu, 2014).

Kadınların fizyolojik yapısı genellikle vajinal doğuma uygundur. Uygun müdahale ve yeterli destekle doğum başarı ile sonuçlanmaktadır. Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin malprezentasyonu, fetal distres, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte veya anne ya da bebek için risk yaratabilmektedir. Bu ve benzeri riskli durumlarda bebeğin sezaryen yöntemi ile alınması gerekmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011).

Doğum eyleminde rol oynayan faktörler şunlardır;

- Doğum kanalı
- Fetus
- Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler
- Annenin psikososyal durumu (Lazoğlu, 2014).

2.2.1. Vajinal Doğum

Doğum eylemi dört evrede gerçekleşir:

Birinci evre (servikal dönem): Bu evre silinme ve dilatasyon ile başlar. Gebenin kontraksiyonları algılaması ile başlayan süreç serviksin tam dilatasyonu (10 cm) ile sonlanır (Lazoğlu, 2014). Bu evre; latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olarak üç fazdan oluşur. Latent faz uzundur ve bu fazda kontraksiyonların şiddeti hafiftir (Taşkın, 2007).

İkinci evre: Bu evrede serviks tam olarak açılır ve fetusun doğumu gerçekleşir. Bu evrede ağrılar şiddetli ve kontraksiyonlar sık aralıktır. Bu dönemde karın kasları ve diyafragmanın kasılmalarıyla karın içi basınç artar (Lazoğlu, 2014). Artan basınç ve uterus kasılmaları bir güce dönüşerek fetusu iter. Fetal baş rektuma bası yaparak gebede ıkınma isteği oluşmasını sağlar (Çiçek, 2016).

Üçüncü evre (plasental dönem): Fetusun doğumu ile başlayıp plasenta ve membranların doğumu ile sonlanır (Çiçek, 2016).

Dördüncü evre: Plasentanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saati ve annenin iyileşmeye başladığı süreci içerir (Çiçek, 2016, Lazoğlu, 2014).

2.2.1.1 Normal Doğumda Başın Hareketleri

Termdeki fetusun pasif hareketlerle doğum kanalında ilerlemesi ve çıkması için yaptığı hareketlerdir. Bu hareketler;

Yerleşme (Angajman): Başın transvers çapı ile pelvis girimine yerleşir ve yerleşen başın en geniş çapı ile pelvis girimine girmesine angajman adı verilir.

Desensus (İniş): Yerleşmiş olan başın doğum kanalı içinde pelvis çıkımına kadar inmesidir (Taşkın, 2007).

Fleksiyon: Fetus başının pelvik çıkıma ulaşabilmesi için en küçük hacimde olması gerekir. Fleksiyon, doğum kanalının ve yumuşak dokuların fetus başına olan direnci sonucu gerçekleşir (Taşkın,2007). Gerçek doğum ağrılarının başlaması ile fetal baş fleksiyon durumuna (baş öne doğru eğilir) geçer (Ceylantekin, 2006).

İç Rotasyon: Kontraksiyonların etkisiyle fetus başı aşağı doğru inerken iç rotasyon yapar. (Ceylantekin, 2006). Fetal başın pelvis çıkımından çıkabilmesi için simfizis pubise doğru dönme hareketini gerçekleştirmesi gerekir (Taşkın,2007).

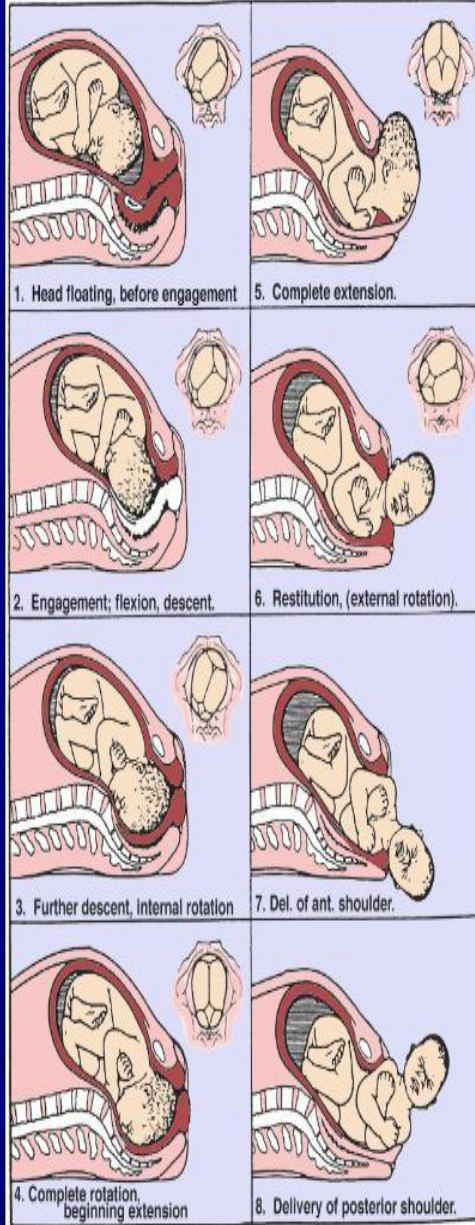
Defleksiyon: Fleksiyonda olan fetal başın çıkabilmesi için ekstansiyon yapması (baş enseye doğru eğilir) gerekir ve bu şekilde doğum kanalından baş çıkar.

Dış Rotasyon: Doğum kanalından çıkan fetusun omuzlarının kolay çıkabilmesi için bir dönme hareketi daha gerçekleşir ve omuzlar pelvik çıkıma paralel pozisyon alır. (Taşkın,2007).

Ekspulsiyon: Dış rotasyondan sonra kontraksiyonlar ve annenin itme gücüyle önce üst omuz sonra alt omuz doğar. Fetusun geri kalan bölümü kolaylıkla çıkar. Fetusun

doğumuyla beraber vajenden kan ve sıvı gelebilir. Tüm pasif hareketler Şekil 2.1' de gösterilmiştir.

Doğumda
başın kardinal
hareketleri



Şekil 2.1. Doğum eyleminin mekanizması

2.2.1.2. Vajinal Doğumun Avantajları ve Dezavantajları

Vajinal doğum fizyolojik bir süreçtir. Vajinal doğumda anne daha az kan kaybeder, günlük hayatına daha çabuk döner ve bu durum anne ve bebek açısından çok önemlidir. Annenin sütü çabuk gelir ve bebeğini kısa sürede emzirebilir. İyileşme daha çabuk olur ve hastanede daha az kalır (Ceylantekin, 2006). Vajinal doğum, doğum sayısını ve pozisyonunu engellemez, anestezinin neden olabileceği komplikasyonlar görülmez (Karabulutlu, 2012).

Bu avantajların yanı sıra vajinal doğum bazı riskler de taşımaktadır. Vajinal doğum sırasında bir çok komplikasyon gelişebilmektedir; eylemin uzamasıyla bebekte asfiksi, omuz takılması gibi... Bu nedenle doğum eylemi hastane koşullarında gerçekleştirilmeli ve riskli durumlarda sezaryen alternatifine geçilebilmelidir (Ceylantekin, 2006).

Vajinal doğumun anne için olası komplikasyonları ise; genital organ sarkmaları, yırtıklara bağlı fekal inkontinans ve üriner inkontinansdır.

Vajinal doğumlarda rutin yapılan epizyotomi nedeniyle bazı sıkıntılar doğabilmektedir. Epizyotomili annelerde; aşırı ağrı hissi, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi, boşaltım ile ilgili geçici veya uzun süreli problemler ve de bunlara bağlı olarak anne bebek etkileşiminin engellemesi gibi olumsuz durumlar gelişebilmektedir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

2.2.1.3. Epizyotomi

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişletmek için perinede bulbokavernoz kasa yapılan kesidir (Viswanathan vd., 2005). Bu kesi ile vajina çıkışı genişletilmiş ve bebeğin doğması kolaylaştırılmış olur. Ayrıca düzensiz ve kontrolsüz yırtıklar da önlenbilir (Dönmez ve Sevil, 2009). Epizyotomi onarımı yırtık onarımına göre daha kolaydır ve iyileşme daha estetikdir.

Epizyotominin rutin uygulanmasının yararı hala tartışmalıdır. Birçok ülkede özellikle primigravidalarda epizyotomi yapılmaktadır (Dereli Yılmaz, Vural ve Bodur, 2010).

Her doğumda rutin uygulanması yerine gerekli durumlarda yapılması önerilmektedir. (Ceylantekin, 2006). Şaşmaz'ın 200 vajinal doğum içeren çalışmasında kadınların %88,7'sine epizyotomi uygulandığı saptanmıştır (Şaşmaz, 2015).

Epizyotomi ile perineal travma arttığı için kadının normal cinsel yaşama geçiş süreci gecikmektedir. Bu nedenle, epizyotomi olasılığını azaltmak için 35. haftadan itibaren perine masajı önerilmektedir. Perine masajı dokuları ve kasları yumuşatarak elastik bir yapı kazandırmakta ve vajinal doğumlarda epizyotomi uygulamasına gerek duyulmadan bebeğinin doğabileceği bir ortam hazırlamaktadır (Karaöz ve Saruhan, 2012).

2.2.1 Sezaryen Doğum

Sezaryen; karın ve uterus duvarına yapılan insizyonlarla fetus, plasenta ve membranların dışarı alınmasıdır (Naeimi, ve Momeni, 2015). Büyük cerrahi operasyonlar olarak değerlendirilen sezaryen (seksiyo) (cesarean section abdominalis), 500 gram ve üstündeki fetüsün doğumu şeklinde tanımlanır (Şahin Büyük, 2017).

Sezaryen doğumda ciltten başlayarak 8 tabaka kesilmekte ve sonra dikilmektedir.

Bu tabakalar sırasıyla;

- Cilt
- Cilt altı yağ dokusu
- Kasların koruyucu kılıfı
- Kas tabakası
- Karın iç zarı
- Uterus zarı
- Uterus kası
- Amniyon zarı (Naeimi, ve Momeni, 2015).

Sezaryen doğum bazı durumlarda anne ve bebek sağlığını kurtarmak için başvurulması gereken bir yoldur. Fakat bir cerrahi girişimdir ve daha fazla müdahale gerektirmektedir. Cerrahi müdahale annenin iyileşme sürecini uzatırken, artmış

bakım ihtiyacını da beraberinde getirir. Bu nedenle anneyi fiziksel ve ruhsal yönden daha çok olumsuz etkiler (Ceylantekin, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranını %15 olarak kabul etmektedir (WHO, 2001) ancak 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre ülkemizde sezaryen doğum oranı %48'dir. (TNSA, 2013).

Uzunçakmak ve ark., İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2005 - 2012 tarihleri arasında yaptıkları çalışmada sezaryen oranlarını %39,3 olarak bildirmiştir. Ülkemizdeki sezaryen oranları WHO oranlarına göre genel olarak yüksektir.

Annenin bazı tıbbi sorunları, yaşı, primipar olması, geçirilmiş sezaryen operasyonu, tüp ligasyon isteği, annelerin sezaryen tercihi, doğum ağrısı korkusu ve sosyo-ekonomik sorunlar sezaryen oranını etkilemektedir (Naeimi, ve Momeni, 2015). Ayrıca bebek ile ilgili endişeler, annenin kendi sağlığı ile ilgili endişeleri, vajinal doğumda yaşanabilecek olumsuzluklar, epizyotomi ile ilgili korkular ve vajinal doğum korkusu da sezaryen tercihlerini artırmaktadır (Çapık, Sakar, Yıldırım, Karabacak ve Korkut, 2016). Doğum anında kontrolünü kaybetme, sağlık personeline ulaşamama, personele güvenmeme, vajinal muayeneyi kabul etmeme ve olumsuz doğum tecrübeleri gebeleri sezaryen doğuma yönlendirebilmektedir (Karabulutlu, 2012).

Sezaryen oranlarındaki artışın sebepleri; gebelik yaşının artması, yardımcı üreme teknikleriyle oluşan çoğul gebelikler, annelerin doğum şeklini seçme istekleri, sağlık kuruluşlarına erişimin kolaylaşması, önceki sezaryene bağlı sezaryen seçme zorunluluğudur (Eskicioğlu, Solmaz Hasdemir, Çelik, ve Mümtaz Koyuncu, 2014). Doğum şekli tercihlerine kültürel özellikler farklılık getirebilmektedir (Yüksel Yakut, 2017). Sezaryen doğumda zamanının ve süresinin belirlenebilir olması ve vajinal doğumlardaki komplikasyonlara bağlı yasal süreçlerden kaçınabilmek gibi nedenler de hekimlerin sezaryen doğuma yönelimini artırmaktadır (Şahin, 2009, Taşpınar, Özpınar, Çoban ve Küçük, 2014).

Yılmaz ve ark. 2002 yılında %37,7 olan sezaryen hızının 2007 yılında %51'e ulaştığını saptamışlardır. Toplam altı yıl içerisindeki sezaryen hızı %43,7 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada sezaryen oranları yıllar içinde arttığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen hızından (%15) yüksek olduğu saptanmıştır. Farklı hastanelerde sezaryen doğum oranlarında farklılıklar olsa da tüm hastanelerde sezaryen doğum oranlarının arttığını görülmektedir. (Taşpınar vd., 2014; Yılmaz, İsaoglu ve Kadanalı, 2009).

Isparta'da yapılan bir çalışmada, gebelerin % 60,9'unun sezaryen yöntemi ile doğum yaptığı saptanmıştır (Taşçı Duran ve Ünsal Atan, 2011). Sağlıklı anne ve bebekler için, anneye doğum şeklini seçme konusunda doğru bilgilendirme ve yönlendirme yapılmalıdır. Anne ve bebek sağlığı için donanımlı ve bilgili sağlık çalışanları tarafından gebelere uygun doğum eylemi hakkında bilgi mutlaka verilmelidir (Karabulutlu, 2012). Gebeler doğum için hazırlık sürecine alınarak etkin eğitimler ve destek ile sezaryen doğumlardaki artışın önüne geçilebilir ve olumlu sonuçlara ulaşılabilir (Şahin Büyük, 2017).

2.2.2.1. Sezaryen Doğumun Riskleri

Riskli vajinal doğumlarda sezaryen anne ve fetus için hayat kurtaran bir müdahaledir. Bunun yanında sezaryen doğumlar vajinal doğumlara göre çok daha fazla riski beraberinde getirmektedir. Sezaryen doğumda maternal mortalite oranı vaginal doğumdan daha fazladır (Demirgöz Bal, Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013).

Geçirilmiş uterin cerrahi, fetal distres, baş-pelvis uyumsuzluğu, çoğul gebelikler, verteks dışı prezentasyonlar, plasenta previa, dekolman plasenta, ilerlemeyen doğum eylemi ve iri fetus gibi durumlarda sezaryen endikasyonu mevcuttur (Aksoy vd., 2014).

Sezaryen doğumda vajinal doğuma göre daha fazla kanama olmaktadır. Mesane, bağırsak ve damar yaralanmaları görülebilmektedir (Demirgöz Bal, 2013). Ayrıca ameliyat gebede ayrı bir stres kaynağıdır. Sezaryen doğumlarda hem operasyona bağlı komplikasyonlar hem de doğum sonrası komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Anesteziye bağlı yan etkiler, kanama, emboli, mide barsak problemleri, gaz problemi, yara yeri enfeksiyonları, tansiyon problemleri gelişebilmektedir. Annelerde fiziksel olarak normal yaşama dönme gecikmektedir. Entübasyona bağlı boğazda tahriş, sütün geç gelmesi de olası problemlerdendir.

Sezaryene bağlı psikososyal sorunlar arasında en yaygın olanlar; bebeğini görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık hissi, bebeğine bağlanmada güçlük, üzülmeye ve suçluluk duyma, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesidir. Sezaryen doğum yapan kadınlarda erken dönemde fiziksel ve psikososyal sorunlar oldukça yaygındır (Ceylantekin, 2006). Ayrıca vajinal doğuma kıyasla sezaryen operasyonu hem işleme hem de hastanede kalış süresinin uzun olmasına bağlı olarak ülke ekonomisine ciddi yük getirmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011).

Ceylantekin 2006 yılında yaptığı çalışmasında; gebelerin %25,2'si sezaryenin en önemli olumsuz etkisinin doğum sonu ağrısı olduğunu; %20,5'i de iyileşme zamanının geç olmasını belirtmiştir. Sezaryen sonrası gelişen psikososyal sorunlar ise bebeği görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık hissi (%43,8) ve evde rollerini sürdürememeye bağlı gelişen endişedir (%27,1) (Ceylantekin, 2006).

Karolinska Enstitüsü'nde yapılan bir araştırmada, sezaryen ve vajinal yolla doğan bebeklerin kan örnekleri incelenmiştir. Araştırmaya göre; sezaryenle doğan bebeklerin lökositlerinde DNA-metilasyonu vajinal doğan bebeklerden daha yüksek bulunmuş; sezaryen doğumların sadece allerji ve astım değil immünolojik hastalıklarla da bağlantılı olabileceği bildirilmiştir (Schlinzig, 2009).

2.3. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain=IASP) ağrıyı "Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim ve bir korunma mekanizması" olarak tanımlamaktadır. Ağrı, kişiden kişiye değişen, ırk, bölge, duygu durumu, ekonomik, kültürel, inançsal, etnik ve çevresel birçok faktöre göre farklılık gösterebilen ve şiddeti değişebilen bir mekanizmadır (Avcıbay ve Alan, 2011).

Latince poena (ceza, intikam, işkence) sözcüğüyle bağlantılı olan ağrı (pain), “Hastalık, bedensel yaralanma veya organik bozukluğa bağlı rahatsızlık verici bir duygu” olarak tanımlanır (Köksal & Taşçı Duran, 2013). Gebelikle ilgili olumsuz tecrübeler paylaşıldıkça doğum eylemi, ağırlı bir süreç olarak algılanır hale gelmiştir (Gökçe İşbir ve Okumuş, 2011). Doğum ağrısı tecrübe edilen en şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır. Ağrının doğum eylemine bir katkısı olmamakla birlikte aşırı ağrı annenin ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Genç Moralar, Aygen Türkmen ve Altan, 2011) Çok şiddetli hissedilen doğum ağrısının aralıkları kısaldıkça annenin dinlenmesine zaman kalmaz ve aşırı yorgunluk, stres ile beraber hiperventilasyon gelişir. Bu durum annenin oksijen ihtiyacını arttırır, takiben kan basıncı ve kardiyak out-put da arttırır. Bütün bu metabolik olaylara cevaben vücutta stres hormonları salgılanmaya başlar, artan hormon seviyeleri uterusu giden kan akımını azaltır, metabolik asidoz oluşur ve hipoksiye neden olur (Ertem ve Sevil, 2005, Öztürk Can ve Saruhan, 2008).

Doğumun başlamasıyla birlikte kasılmaların şiddeti artar, süresi kısalmır. Ağrının artması anne ve bebek için riskleri de beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle uygun analjeziklerle ağrı azaltılmalıdır. Fakat analjeziklerin gebe ve bebek üzerinde oluşturabileceği yan etkiler iyi hesaplanmalıdır. Analjezi için epidural, spinal epidural ve inhaler analjezikler kullanılmaktadır (Ertem ve Sevil, 2005).

Jones’un yaptığı bir araştırmada gaz ve inhaler analjeziklerin mide bulantısı, kusma, baş dönmesi gibi şikâyetlere neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca düşük kan basıncına, üriner retansiyona ve bacaklarda hareket kısıtlılığına da neden olabilmektedir. Yapılan çalışma anneye ne kadar az invazif girişim yapılırsa bebek ve anne için o kadar güvenli olacağını göstermiştir (Jones, 2012). Spinal epidurallerin ise iyi ağrı kesici özelliği olmasına karşın kaşıntıya neden olduğu gözlenmiştir (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015).

Farmakolojik analjeziklerin yan etkileri nedeniyle birçok gebe ağrıyı azaltmak için alternatif yollar aramaktadır. Nonfarmakolojik tercihlerden en çok Gevşeme ve Solunum Egzersizleri, Müzik, İlgiyi Başka Yöne Çekme, Hipnoz, Pozisyon verme, Masaj, TENS, Terapötik dokunma, destek veren kişilerin varlığı kullanılmaktadır (Ertem ve Sevil, 2005).

Fizyolojik bir süreç olan doğum ağrısının şiddetini kontrol altında tutabilmek için gebeye gereken destek verilmeli ve nonfarmakolojik yöntemler etkin bir şekilde uygulanmalıdır (Avcıbay, 2009). Doğum ağrısı fizyolojisinde periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral medial sistemler ve korteks rol oynamaktadır. Pelvik organlar hem sinirsel hem de hormonal kontrol altındadır (Ertem ve Sevil, 2005). Bu nedenle korku, gerginlik ve ağrının şiddeti, kontraksiyonları etkileyerek süreci uzatabilmektedir. Aşırı ağrı gebenin duygu durumunu olumsuz etkileyebilmekte, stres ve anksiyeteyi arttırabilmektedir (Genç Moralar vd., 2011).

Nonfarmakolojik yöntemlerle gebenin gevşemesi, rahatlama sağlanarak ağrıyı daha hafif şiddette hissetmesi amaçlanmaktadır.

1. Gevşeme Metotları

Biofeedback (Biyolojik geri bildirim): Bu yöntemde gebeye bedenindeki değişiklikler hakkında bilgi verilir ve ağrı sırasında bu bilgiler geri istenerek gebenin ağrıya daha az yoğunlaşması sağlanır. Böylelikle gebe ağrıyı daha hafif hisseder (Yıldırım ve Hotun Şahin, 2003).

Hareket/Pozisyon: Ağrıları azaltmada uygun hareket ve pozisyon da oldukça önemlidir. Travayda ayakta ya da oturur pozisyonda iken (vertikal pozisyonda), düz ya da yan yatış pozisyonuna göre daha az sırt ağrısı olmaktadır. Ayrıca bir risk yoksa gebeye hareket etmesi ve pozisyon değiştirmesi önerilmelidir (Avcıbay ve Alan 2011).

Hipnoz: Hipnoz yoğun bir konsantrasyon, derin bir gevşeme durumudur. Hipnoz gebeyi rahatlatır, anksiyetesini azaltır, travay sırasında ağrıyı kontrol altına almasını sağlar ve ayrıca perine ve uterus kaslarını kontrol altına alarak gevşemeyi öğrenmesini sağlar (Gökçe İşbir ve Okumuş, 2011). Doğum öncesi dönemde gebeye hipnoz eğitimi ile olumlu telkinler verilerek süreci nasıl yöneteceği öğretilir. HypnoBirthing, bir teknikten çok kadını fiziksel ve psikolojik olarak doğum yapmaya hazırlayan bir doğum felsefesi olarak da adlandırılabilir. Bu metot ile bilinçaltında yerleşmiş negatif duygu ve korkular pozitif beklentiler ile yer değiştirir (Serçekuş, 2011).

Akupunktur: Akupunktur vücutta bulunan özel noktaların iğnelerle uyarılması sonucunda, vücudun dengesini yeniden bulmasını sağlayan bilimsel bir tedavi yöntemidir. Vücutta 365 akupunktur noktası vardır. Bu noktalara iğne batırılarak ağrı kontrol altına alınmaya çalışılır. İğnenin derinliği ve süresi kişinin emosyonel durumu, ağrının şiddetine göre değişiklik göstermektedir (Mamuk ve İnci Davas, 2010, Taşçı ve Sevil, 2007).

Müzik ve Audioanaljezi: Audioanaljezi, çevresel sesler ya da müziğin duyma hissini stimüle etmesi ile ağrının azaltılmasında kullanılmaktadır. Birçok hastane doğum merkezlerinde CD/DVD çalarları kullanılmaktadır. Bazı kadınlar müziği kendileri kontrol etmek istedikleri için taşınabilir müzik çalarları tercih edilmektedir. Müzik kadınların kendilerini hipnoz etmesinde kullanılabilir ve doğumda rahatlamayı sağlayabilir. Seçilen müzik rahatlama hissini, annenin bebeğinin ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini ve kontrol hissini artırır (Taşçı ve Sevil, 2007).

Ses çıkarma: Ses çıkarma ve inleme de ağrıyı hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan tekniklerden biridir. Doğurmak üzere olan kadınlara, doğum eylemi sırasında gürültü yapmamaları, bağırılmaları tembih edilmektedir. Ancak kadınlar doğum eyleminde sese karşı çok duyarlı olmaktadır. Özellikle doğumun güç zamanlarında kadınlar, ses çıkararak biraz da olsa rahatlamaya çalışırlar. Ses çıkarma: inleme, figan etme, mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrarlamayı içerir. Bu durum kadının ağrıdan çok korktuğu için bağırması anlamına gelmez, tam aksine kendi bedenine dikkatini yöneltmiş olan kadının var olan enerjisinin bir kısmının sesli ifadelerle dışarı yöneltilmesidir (Yıldırım ve Hotun Şahin, 2003).

Akupress: Çin'de binlerce yıldır kullanılan bir yöntemdir. Genel olarak vücutta belirli noktalara basınç uygulamak suretiyle o bölgede toplanan enerji yoğunluğunun dağıtılması ve ilgili noktalarla bağlantılı organların da bu şekilde rahatlaması esasına dayanır. İğnesiz akupunktur olarak da bilinen bu metot için özel ahşap bir alet el ya da parmaklar yardımıyla uygulanır. Kontraksiyonların başladığı anda bel bölgesinde omurganın iki tarafına aynı anda basınç uygulamaya başlanır ve kontraksiyon çözülene kadar devam edilir (Avcıbay ve Alan, 2011).

Sofroloji: Hipnoz, derin gevşeme teknikleri, telkin ve meditasyon yöntemlerini kapsayan bir alan olup, şuur hallerinin dengelenmesini böylece kişinin kendini eğitmesi ve iyileştirmesini sağlayan bir yöntemdir. Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan bu yöntemlerle yüksek düzeyde memnuniyet sağlanmış olsa da doğum ağrısı ile baş etmede kullanımına ilişkin bilimsel bir çalışma yoktur.

Haptonomi: Dokunma ve hissetmenin bilimi olarak bilinen haptonomi, insanlar arasındaki duygusal ilişki ve etkileşimi konu edinir. Amacı iyileştirmek, başkasının varlığını onaylamak, temel özgüveni yaratmak için sözlerle ve hareketlerle dokunmaktır. Uygulayıcılar ebeveynler ve fetus arasında dokunmayla kurulacak olan bağın, doğum eyleminin daha hızlı ve kolay olmasını sağlayacağı görüşünü savunmaktadırlar. Uzmanlar, duygulanma durumu ile ilişkili olduğu için gerçek bir değerlendirme yapmanın mümkün olmadığı görüşündedirler ve henüz bilimsel çalışmalarla desteklenmemiştir (Avcıbay, 2009).

2-Mental Uyarılma

Hayal Kurma: Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar. Doğum eylemi sırasında hayal kurma gevşemenin oluşmasında etkili olmaktadır. Eğer kadın gevşemeye odaklanmış ve hayal kurabilmiş ise her bir kontraksiyonda kendi düşüncelerine yoğunlaşabilir ve bunu uzun süre devam ettirebilir.

Odaklanma/Dikkat Dağıtma: Ağrıda dikkati başka yöne çekme dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklanmasıdır. Ağrıdan daha az rahatsız edici bir uyarın (sıcaklık veya basınç) etkisi olmalıdır. Kişi kendisini ağrı duyusundan korurken diğer duyuşal girdileri artırır. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur. Gebeler için odak noktası sevdikleri bir eşya ve ya sevdikleri birinin gözlerine odaklanma olabilmektedir. Gezinmek, başkalarıyla konuşmak, televizyon seyretmek, telefonu kullanmak gibi gebeyi meşgul edecek durumlar dikkatin dağıtılmasını sağlayıp ağrıya odaklanmasını önleyecektir (Avcıbay ve Alan, 2011).

3- Tensel Uyarılma

Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS): TENS en yaygın kullanılan elektroanaljezi yöntemidir. İnvaziv olmayan bu yöntemde, cilde yerleştirilen yüzeysel elektrodlar aracılığıyla sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulanmaktadır (Erden ve Şenol Çelik, 2014).

İntradermal sıvı su enjeksiyonu (ISSE): İntradermal steril su enjeksiyonu sakral alan üzerindeki Michaelis Eşkenar Dörtgenini (romboidi) çevreleyen deri alanının dört noktasına yapılır. İşlemin etkisi uygulamadan hemen sonra başlamakta ve yaklaşık iki saat sürmektedir. Uygulamanın ağrı üzerindeki kontrolü endojen opioid endorfin salınımı ve kapı kontrol teorisi ile ilişkilendirilmektedir. Arı sokmasına benzeyen ve uzun sürmeyen yanma hissi veren bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık çalışanları tarafından çok kolay uygulanabilir olması, fetuse olumsuz bir etkisinin olmaması ve güvenli olması nedeniyle ISSE doğumda bel ağrısının hafifletilmesinde uygun bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Yılar, 2014).

Yüzeysel soğuk - sıcak uygulama: Teorik olarak sıcak uygulama hem kas spazmını gidererek hem de dokuların viskoelastik özelliklerinde değişime neden olarak sinir uçlarındaki baskı ve gerilme gibi etkileri azaltıp analjezi sağlar. Diğer yandan vazodilatasyon ile dolaşımın artması sonucunda ağrıyı uyaran metabolik artıkların bölgeden uzaklaştırılmasını sağlar. İskemi sonucu gelişen gerilim tipi ağrıda da bölgenin kanlanmasını sağlayarak analjezik etki yaratır. Doğumda sıcak uygulama aracı olarak; sıcak su şişeleri/su torbaları, sıcak havlu veya kompresler, ısıtıcılı battaniyeler ve sıcak su banyoları kullanılmaktadır. Aktif fazda L1 bölgesine yapılan buz masajının da doğum ağrısını hafiflettiği belirtilmektedir (Avcıbay ve Alan, 2011).

Hidroterapi (Banyo/Duş): Bir diğer tensel girişim ise sıcak su kullanımınıdır. Sıcak suyun hem hidrokinetik hem de hidrotermal etkisi vardır. Sıcak su lokal vazodilatasyona ve kasların gevşemesine neden olur. Bunun yanında sadece abdominal kasların ısını artırmakla kalmaz, beraberinde kontraksiyonları da etkileyerek servikal dilatasyona yardımcı olur (Yıldırım ve Hotun Şahin, 2003).

Birçok kadın doğum sırasında banyo ile rahatlama sağlayabilmektedir. Kuzey Amerika'daki hastanelerde kadınlar yıllardır suda doğum yöntemini kullanmaktadır. Kadınların rahatlama ve ağrıyı azaltabilmek için bu şekilde doğum yapmaları önerilmiştir (Penny, Simkin ve MaryAnn O'Hara,2002).

Masaj: Masaj, vücuda düzenli ve metodik olarak el ile yapılan basınç, ovma, yoğurma, vurma ve buna benzer işlemler olarak tanımlanır. Özellikle doğum eylemi sırasında şiddetli ağrıyı azaltmak ve rahatlatmak için kullanılan bir yöntemdir (Gönenç 2013). Masaj uygulaması bölgesel kanlanmayı artırır, iskemiye azaltır ve böylece endorfin salınımında artış gözlenir. Bunların hepsi sempatik sinir sisteminin uyarılmasına ve iskelet kaslarının gevşemesine yardımcı olur. Masajın doğum eylemi üzerine olan etkileri birçok çalışma ile kanıtlanmış; doğum ağrısını, depresif ruh halini, anksiyeteyi, heyecanı azalttığı ve doğumun süresini kısalttığı belirtilmiştir (İpek, 2014).

Aromaterapi: Bitkisel kaynaklardan (yapraklar, çiçekler, ağaç kabukları, meyveler, kökler) çıkarılmış, konsantre edilmiş esansiyel yağların sağlığı ve iyilik durumunu artırması amacıyla masaj, banyo veya inhalasyon yolu ile kullanılması aromaterapi olarak tanımlanmaktadır. Aromaterapide hoş bir koku koklatılarak gevşeme sağlanır. Doğum esnasında kadına cesaret vermesi için hoş kokuların uzun yıllardır kullanıldığı bilinmektedir (İpek, 2014).

4-Solunum Teknikleri: Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde annenin ağrı eşliğini yükseltir, gevşemesini sağlar, uteroplasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla daha iyi baş edebilmesine yardımcı olur. Doğum ağrısıyla baş etmede Grantly Dick Read ve Fernand Lamaze gibi geliştirilmiş birçok model bulunmaktadır.

Dick Read Metodu: Doğumun anatomisi ve fizyolojisi, gebelik hijyeni, relaksasyon teknikleri, solunum egzersizi hareketleri hakkında gebenin eğitilmesini hedefler.

Lamaze Metodu: Pavlov'un şartlı cevap teorisine dayanmaktadır. Buna göre beynin bir bölümü üzerindeki stimülasyon belirli merkezleri uyarır. Kontraksiyonlar sırasında ağrıya ve korkuya cevap öğrenilebilir; şartlı cevap durdurulabilir ya da pozitif bir şeyle yer değiştirebilir şeklinde bir felsefeye sahiptir. Solunum teknikleri

hakkında gebeyi bilgilendirip uygulamasını sağlamak anksiyete, korku, rahatsızlık ve ağrının azaltılmasında oldukça etkili olacaktır. Bunun için en ideal zaman latent fazdır (Avcıbay, 2009, Coşar ve Demirci, 2012).

İlk Düzey (Normal Solunum): Latent fazın başında uygulanır. Solunum sırasında sadece göğüs hareket eder. Burundan nefes alıp sıcak yemeği üfler gibi ağızdan nefes verilir.

İkinci Düzey (Yavaş-Derin Göğüs Solunumu): Aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla baş etmeye yardımcı solunum tekniğidir. Her kontraksiyona normal solunumla başlanır. Nefes yine burundan alınır ağızdan verilir. Nefes alınırken de verilirken de yavaş davranılır, yaklaşık 5 saniyede alınır ve 5 saniyede verilir. Kontraksiyon biterken en son yine normal solunum yapılır (Avcıbay, 2009)

Üçüncü Düzey (Hızlı Yüzeysel Solunum): Bu teknik sesli solunum olarak da adlandırılır. Yine kontraksiyonlarla beraber normal solunumla başlar. Ha..ha..ha.. gibi gebenin sesli olarak ağızdan soluk alıp verme şeklidir. Kontraksiyon şiddeti artarken hızlanılır yavaşlamaya başlarken yavaşlanır ve en son yine normal solunumla bitirilir. Annenin ağzı kuruyabilir ağzının ıslatılması için biraz su verilmesinde ya da dudaklarının ıslatılmasında sakınca yoktur.

Dördüncü Düzey Solunum (Üfleme-Karın Solunumu): Geçiş aşamasında dilatasyon 8-10 cm arasında iken yapılacak solunum şeklidir. Ancak ıkınması erken olursa servikte ödem ve yırtıklar fazla olacaktır. Bu teknik, karın solunumu yaptırmaya çalışır. Gebenin uygulayabilmesi diğer solunum tiplerine göre daha zordur. Ancak etkin bir şekilde yapılırsa ağrıyla baş etmede çok yardımcı olacaktır. Aynı hızlı yüzeysel solunum gibidir ancak bunda yaklaşık 5-6 kere sesli olarak soluk alıp verdikten sonra mum üfler gibi bir nefes verip tekrar başa dönmek gerekir. Kontraksiyon şiddeti arttıkça soluk alıp verme sayısı azaltılır, aynı şekilde devam edilir ve kontraksiyon biterken yine normal solunumla sonlandırılır. Bir el karın üzerine konularak uygulanan tekniğin doğruluğu kontrol edilmeli ve göğüs değil karın hareket etmelidir (Yıldırım ve Hotun Şahin, 2003).

2.4. Korku

Korku; bilinen ve algılanan bir tehdit veya tehlikeye karşı hissedilen bir tepkidir. İnsanın duygu durumu göz önüne alınırsa seçtiği veya algıladığı tehlike veya tehdit karşısında korku yaşaması insancıl bir davranıştır (Çiçek ve Mete, 2015). Korku tehlike durumlarında insanın tedbir ve önlem almasını sağlayan uyanma ve uyandırma mekanizmasıdır. Korku, insani ve evrensel bir duygudur (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Gebelik her kadın için çok önemli ve bir o kadar da endişe verici süreçtir. Bu sürecin son dönemlerinde gebenin endişeleri yerini korkuya bırakır (Çiçek ve Mete, 2015). Ancak doğum korkusu gebelikten önce oluşur ve çok şiddetli boyutlara ulaşırsa “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Beynimizde korku merkezi limbik sistemde yer alan amigdaladır. Limbik sistem; amigdala, hipokampus ve septal çekirdekler gibi yapıları tanımlamak için kullanılır. Prefrontal kortekste ise korkunun hikayesi hatırlanarak değerlendirme yapılır. Hipotalamus acil durumları algıladığında CRH salgılar, bu hormon pituitar bezden ACTH salgılatır ve artan ACTH adrenal korteksi uyararak kortizolün salınmasına neden olur (Lazoğlu, 2014).

2.4.1. Doğum Korkusu

Doğum süreci kadınlar tarafından önceden tahmin edilemediği için anksiyete yaratır. Özellikle son trimesterde doğuma ilişkin bilinmezlik endişesi artar ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen doğum ile ilgili korkular başlar (Serçekuş ve Okumuş, 2009). Yapılan bir araştırmada doğum korkusuna nullipar kadınlarda daha sık rastlansa da multipar kadınlarda daha yoğun yaşandığı belirlenmiştir (Nieminen vd., 2009).

İnsanlar öngöremediği ya da bilmediği şeyden korkarlar, bu nedenle gebelere doğum eylemi, travayın süreci ve doğum sonrası dönem hakkında etkili bilgi ve eğitim verilerek endişeleri giderilmelidir (Körükçü, 2009).Bakshi'nin çalışmasında, kadınlarda, yaşanmış ağrılı doğum, gebelikte veya doğum sırasında maruz kalınan komplikasyonlar, doğum sırasında zarar görmüş veya doğumsal anomalili bebek sahibi olmak, acil sezaryen operasyonuna alınmış olmak veya doğum sonrası problemler yaşamak doğum korkusunu artırmaktadır (Bakshi, 2007). Doğum

korkusunun diğerk bir sebebi de sağlık personelinin davranışlarına bağlı gelişen güvensizliktir (Lazoğlu, 2014).

Naeimi'nin çalışmasında gebelerin vajinal doğum ağrısıyla ilgili korkularının ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişelerinin sezaryen doğum şeklini seçmelerine neden olduğu belirtilmiştir (Naeimi ve Momeni, 2015).

Doğum korkusunun gebelerde doğuma ilişkin olumsuzlukları da beraberinde getirdiği düşünölmektedir. Anksiyete yaşıayan gebenin doğum şekli için tercihinin değiştiiği, ağrıya karşı toleransının azaldığı, daha fazla ağrı kesici ve tıbbı müdahaleye ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir (Gökçe İsbir ve İnci, 2014).

2.4.1.1. Doğum Korkusunun Nedenleri

Gebelerin en çok doğum ağrısının şiddeti ile ilgili korkular yaşadığı ve doğuma yakın bu korkuların artış gösterdiği bulunmuştur. Gebelerin travayda ağrıyla başa çıkma korkusu yaşadıkları da saptanmıştır (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Doğum korkusu gerilim yaratır, tüm kaslarda spazma yol açarak ağrıyı artırır (Lazoğlu, 2014). Gebelerin, psikolojik, bilişsel, sosyo-ekonomik, kültürel farklılıkları doğum ve doğumla ilgili birçok faktörü algılama şeklini ve derecesini değiştirmektedir. Yaşanan olumsuz doğum tecrübeleri ya da olumsuz doğum hikayeleri gebelerin korkularını arttırmaktadır. Annenin daha önce yaşadığı cinsel taciz öyküsü, genç yaşta gebelik, ileri anne yaşı, abortuslar, plansız gebelik durumları annenin korku düzeyini etkileyen faktörler arasındadır (Aksoy, 2015).

Kadınlar doğumda acı çekmekten, doğum sürecinin kötü geçmesinden, deneyimsiz olmaktan, anestezi almaktan, şiddetli ağrı yaşamaktan, doğumun uzamasından, paniklemekten, müdahalelerden (epizyotomi, rüptür vb), kendine zarar vermesinden, acilen sezaryen doğuma alınmaktan; fazla kanama, plasenta parçasının kalması, tansiyonun yükselmesi gibi risklerden, doğum sırasında komplikasyon gelişmesinden ve yeterince ıkınamamaktan korkmaktadır (Demirsoy ve Aksu, 2015).

2.4.1.2. Korkunun Doğuma Etkisi

Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum süreleri uzayabilmektedir. Diğer yönden korku daha fazla tıbbi müdahaleye neden olabilmektedir. Korkuyla birlikte artan stres, yara iyileşmesi gibi fizyolojik onarımları geciktirmektedir. Doğum korkusu yaşayan kadınların sezaryen doğumu tercih olasılıkları artmaktadır (Demirsoy ve Aksoy, 2015).

Gebelikle ilgili sürekli olumsuz düşünceler taşımak gebenin günlük yaşamını olumsuz etkileyebilmekte ve sürekli anksiyeteye neden olabilmektedir. Anksiyete, stres ve korku kısır bir döngü olarak birbirini izlerken annenin doğum sırasında odaklanmasını hatta algısını bile etkileyebilmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Doğum sırasında yaşanan şiddetli stres, hormonları etkiler ve bazı hormonların (adrenalin, noradrenalin gibi) salınımının artmasına neden olur. Stres hormonlarının artması kan akımını olumsuz etkiler ve plasental kan akımını azaltarak uterusu giden oksijen miktarının azalmasına neden olmaktadır.

Stres hormonlarının artması kan akımını etkiler ve plasental kan akımını azaltarak uterusu giden oksijen miktarının azalmasına neden olur. Fetusa giden oksijen azaldığından fetal distres gelişebilir. Ayrıca artan hormon seviyesi servikal dilatasyonun yavaşlamasına hatta durmasına neden olabilir. Bu durumlar sonucunda gebeye tıbbi müdahale gereksinimini artmaktadır (Serçekuş, 2005, Serçekuş, 2011, Lazoğlu, 2014).

2.4.1.3. Doğum Korkusuyla Baş Etme

Korku kişisel bir davranış ve savunma mekanizmasıdır. Kişi yaşadığı veya kurguladığı olaylara vereceği tepki tercihi olarak korkuyu kullanır. Olaylara karşı korkuyu tercih etmek, kişinin konuyla ilgili bilgi sahibi olmaması ya da daha önce deneyimleyip geliştirdiği savunma mekanizması kaynaklıdır.

Erikson ve arkadaşları çalışmalarında, korkuyla baş etmede kullanılan ana yaklaşımlar 'kaçınma', 'yardım arama' ve 'oryantasyon' şeklinde belirtilmiştir. Kaçınma duygusu taşıyan gebelerin fazla bilgi almak istemedikleri saptanmıştır. Bazı

kadınlar korkudan bahsetmenin korkuyu arttırabileceğinden bahsetmiştir. ‘Oryantasyon’ eğiliminde olan kadınlar çok fazla sorgulayarak ve fazla bilgi birikimiyle korku duyulan olaylardan kurtulabileceklerini düşündüklerini bildirmişlerdir (Eriksson, Jansson ve Hamberg, 2006). Gebelerin korkularıyla baş edebilmeleri için, gebenin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Gebelerin, gebelik ve doğuma karşı bilgi eksiklikleri giderilerek sağlıklı bir süreç geçirmeleri sağlanabilmektedir. Gebelik ve doğumu fizyolojik bir süreç olarak düşünen ve dışarıdan yapılacak girişimleri azaltmaya dayalı bir felsefesi olan Lamaze’nin gebede doğum algısını olumlu yönde arttırdığı Coşar ve Demirci’nin araştırmasında saptanmıştır (Coşar ve Demirci, 2012).

Lamaze yöntemi kontrollü kas gevşetme ve solunum modelleriyle gebeyi uterus kasılmalarını taklit etmeye şartlandırır. Anne adayı her bir kontraksiyonun başlangıcında derin bir nefes alır, bunu kontraksiyon süresince alınan hızlı ve yüzeysel nefesler izler. Kontrol annededir ayrıca anne sözel olarak desteklenir (Dinç vd., 2014).

Doğum korkusuyla baş etmede diğer bir yöntem Hypnobirthing yöntemidir. Hypnobirthing bilinçaltında yer alan korkuların çözümlendiği bir yöntemdir. Sağlıklı bir doğum eylemi için korku-gerginlik-acı siklusunun engellenmesi önemlidir. Korkuyla baş etmede en önemli faktör sosyal destektir. Birincil olarak eş desteği ve ilgisi son derece önemlidir. Bu anlamda çiftlerin bilinçlenmesi, doğum öncesi eğitim almayı talep etmeleri ve doğum öncesi eğitim sınıflarının yaygınlaşması çok önemlidir (Serçekuş, 2011).

2.5. Doğum Öncesi Verilen Eğitim

Gebeyi doğuma hazırlamanın amacı; doğumun başlama belirtileri hakkında bilgilendirmek, doğum başladığında yapılacaklar ve yapılması gerekenler hakkında gebeyi eğitmek, travayda gebenin yapması gerekenler hakkında farkındalık kazandırmaktır (Uçar, 2014).

Doğum öncesi bakımın amacı; sağlıklı gebelik süreci geçirmek ve doğuma hazırlanmak, gerekli testleri yaptırmak ve sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilme. (Çetin, Güneş, Karaoğlu ve Üstün, 2005). Dolayısıyla gebenin düzenli doğum öncesi izlemelerine gitmesi, tıbbi ve hemşirelik bakımı ile psikososyal destek alması, danışmanlık ve eğitim programlarına katılması gerekli ve doğru olacaktır.

Ayrıca doğum öncesi bakım; doğum eylemi, doğum ağrılarıyla baş etme ve doğum pozisyonları, ıkınma, solunum ve gevşeme egzersizleri, doğum eylemine katkı sağlama, doğum esnasında yapılacak girişimler, rahatlama teknikleri gibi eğitimler ile anne adayını ve eşini doğuma hazırlamaktadır. Kadının kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığını artırmayı hedeflemektedir (Coşar ve Demirci, 2012).

Doğum öncesi eğitime alınan gebelerin korkuyla baş etmede daha başarılı oldukları, sezaryen tercihlerinin azaldığı, daha az müdahaleli doğum yaptıkları, doğum eyleminde kontrollü oldukları ve süreci yönetebildikleri, bebek bakımına daha erken katılabildikleri, memnuniyet düzeylerinin arttığı, emzirme ve bağlanmanın daha hızlı olduğu saptanmıştır (Altıparmak ve Coşkun, 2016).

Ebe ve hemşirelerin gebeyi iyi dinlemesi, korku ve olumsuz tecrübelerini ifade etmelerine olanak sağlaması ve gebeyi holistik (bütüncül) olarak değerlendirmesi sağlıklı ve başarılı bir gebelik süreci ve doğum eylemi için çok önemlidir. Gebenin duygu, düşünce ve korkularını bir bütün olarak ele alarak; yeterli danışmanlık ve eğitimle gebelerin korkuları azaltılabilir, davranışlarını kontrol etmesi ve olumlu duygular hissetmesi sağlanabilir, kendine güveni artırılabilir. Bu bütüncül yaklaşım doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilmekte ve iyi bir düzeye ulaşmasına yardımcı olabilmektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Araştırma, gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemlerini belirlemek ve değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 15.11.2015-01.02.2016 tarihleri arasında Kırklareli Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 15.11.2015-01.02.2016 tarihleri arasında Kırklareli Devlet Hastanesi ve Özel Lüleburgaz Medikent Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniklerine prenatal kontrol için başvuran 32.-42. haftalar arasındaki gebeler oluşturmuştur. Araştırmaya ardışık başvuran 100 primigravida ve 100 multigravida olmak üzere toplam 200 gebe örneklem olarak alınmıştır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, evrendeki birim sayısının bilinmediği durumda esas alınan, aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Baş, 2006).

$$n = t^2 pq / d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

d= Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır.

İncelenen olayın görülüş sıklığı hakkında herhangi bir tahmin olmadığı için p değeri 0,5 olarak belirlenmiştir. Buna göre $q=1-p=0,5$ olmuştur. Örneklem hatası (d) 0,10 olarak ele alınmış ve 0,05 anlamlılık düzeyindeki t tablo değeri ise 1,96 olarak bulunmuştur.

Elde edilen t, p, q ve d değerleri formülde yerine konulduğunda; örneklem büyüklüğü 96 olarak belirlenmiştir. Bu değer, ulaşılması gereken en düşük birim sayısı olarak değerlendirilmiş ve örneklem hatasının da düşürülebilmesi amacıyla, mümkün olduğunca gebe kadın araştırmaya dahil edilmeye çalışılmıştır. Dolayısıyla; araştırma kapsamındaki anket, kolayda örneklem yöntemi kullanılarak, 100 primigravida ve 100 multigravida olmak üzere, 200 gebe kadına uygulanmıştır. Araştırmaya dahil edilen bu 200 gebe kadın, araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örnekleme oluşturulan 200 değeri ele alındığında, örneklem hatasının (d) 0,10'dan 0,07'ye düşürülmüş olduğu görülmektedir.

Gebe sayısının Kırklareli'nde az olması ve sosyo-ekonomik statü farklılıklarını azaltmak ve homojen bir anket çalışmasına ulaşmak adına doğum oranı yüksek olan Özel Lüleburgaz Medikent Hastanesi'nde de anket çalışması uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenleri

Doğum Eylemine Yönelik Düşünce ve Korkular, Doğuma Yönelik Korku Kaynakları, Doğum Korkusuyla Baş Etme Yöntemleri, Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanı

3.4.2. Bağımsız Değişkenleri

Gebelik Sayısı, Gebelik Türü, Gebelik Haftası, Doğum Ağrısı Korkusu, Sosyal Destek Alma Durumu, Eş Desteği, Doğum Eylemine Yönelik Düşünce ve Korkular, Yaş, Gebelikte Alınan Kilo, Eğitim Durumu, Aile Türü, Çalışma Durumu, Gebelikle/Doğumla İlgili Eğitim/Bilgi Alınan Kaynaklar.

3.5. Araştırmanın Soruları

Soru 1: Araştırma kapsamındaki gebelerin, doğum eylemine yönelik düşünce ve korkuları ile gebelik sayısı arasında anlamlı ilişki var mıdır?

Soru 2: Araştırma kapsamındaki gebelerin, doğum ağrısı korkusu ile doğum korkusuna yönelik düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Soru3: Araştırma kapsamındaki gebelerin, sosyal destek alma durumları ile doğum korkusuna yönelik düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Soru4: Araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği puanları, gebelikle/doğumla ilgili eğitim/bilgi alınan kaynaklara göre farklılık gösteriyor mu?

Soru5: Araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği puanları, eş desteği ve eş dışında sosyal destek alma durumlarına göre farklılıklar gösteriyor mu?

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Gebelik haftasının 32-42. haftalar arasında olması

Tanı almış ruhsal hastalığı bulunmaması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında belirtilen kurumlara başvurmuş olması

3.6.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

Gebelik haftası 32 den küçük gebeler

Gebelikte bir komplikasyon saptanan gebeler

Anket sorularının tamamını cevaplamak istemeyenler

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Kırklareli Devlet Hastanesi ve Özel Lüleburgaz Medikent Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniklerine prenatal kontrol için başvuran 32.-42. haftalar arasında gebeliği olan sağlıklı kadınlarla sınırlı olduğu için topluma genelleme kısıtlılığı vardır.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bütün gebelere tüm formlar uygulanmış ve WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinden aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Anket ve ölçeklerin doldurulması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.8.1. Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu (EK-1), WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin A versiyonu (EK-2) kullanıldı

3.8.2. Anket Formu

Kadınların demografik özelliklerini ve obstetrik öykülerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve 26 sorudan oluşmaktadır.

3.8.3. WİJMA Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

Doğum korkusunu belirlemek amacıyla Wijma, Wijma ve Zar (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Körükçü (2009) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya göre Cronbach Alfa değeri 0,89 ile W-DEQ ölçeği A versiyonunun Türkçe formunun güvenilir olduğu bulunmuştur.

Ölçek 33 maddeden oluşmuş ve yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tipte bir ölçektir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puanların

yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükçü ve arkadaşları WIJMA Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği puanlarını dört alt grupta toplamışlardır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (puan ≤ 37), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (puan 38-65), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (puan 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan (puan ≥ 85) gebelerdir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada kapsamında elde edilen veriler, SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) adlı istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin özetlenmesinde ve değerlendirilmesinde; Frekans ve Yüzde Dağılımları, Betimsel İstatistikler, Çapraz Tablolar, Ki-Kare Testi, Yates Ki-Kare Testi, Fisher Ki-Kare Testi, Mc Nemar Testi, İki Bağımsız Örneklem t-Testi, Tek Faktörlü Varyans Analizi yöntemleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular % 95 güven aralığında, % 5 ($p < 0,05$) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri ve Resmi İzinleri

Araştırma öncesi Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul onayı (13/11/2015 tarihli ve 6946409/302.14-54 sayılı), Kırklareli Devlet Hastanesinden (03/12/2015 tarihli ve 82030386/605 sayılı)(EK-7) ve Özel Medikent hastanesinden gerekli izinler (09/02/2016 tarihli ve 16/126 sayılı) alınmıştır (EK-8). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırma kapsamındaki gebelere, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" imzaları alınmıştır. Elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.11. Araştırma Takvimi

- Literatür taraması: Temmuz 2015
- Araştırmanın planlanması: Ağustos-Eylül 2015
- Verilerin elde edilmesi: Ocak-Nisan 2016
- Veri tabanının oluşturulması ve düzenlenmesi: Ekim 2016
- Verilerin analizi: Nisan- Haziran 2017
- Tezin yazımı: Şubat 2018 – Mart 2019

4. BULGULAR

Gebelerin demografik ve doğurganlık özelliklerinin frekans ve yüzde dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 30,5’i 21-25 yaş arasında, % 27,5’i 26-30 yaş arasında, % 24,5’i 31 yaş ve üzerinde iken % 17,5’i ise 20 yaş ve altındadır. Gebelerin % 30’u 65 kg ve altında, % 32’si 66-75 kg arasında, % 25,5’i 76-85 kg arasında ve % 12,5’i 86 kg ve üzerindedir. Bu gebelikleri sırasında aldıkları kiloya göre değerlendirildiğinde; çoğunluğu (% 39) 6-10 kg arasında, % 29,5’i 11-15 kg arasında, % 16’sı 16 kg ve üzerinde, % 15,5’i ise 5 kg ve altında kilo almıştır.

Gebeler eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde; % 6’sı okur-yazar değil iken % 1,5’i okur-yazar, % 24,5’i ilkokul, % 23’ü ortaokul, % 24,5’i lise ve % 20’si üniversite mezunuydu. Gebelerin % 79’u ev hanımı iken % 21’i çalışıyordu.

Gebelerin % 79’u çekirdek aileye sahip iken % 70’i şehirde, % 16,5’i ilçede ve % 13,5’i köyde yaşamaktaydı.

Gebelerin eşlerinin yaş dağılımı incelendiğinde; % 23’ü 25 yaş ve altında, % 32 ile çoğunluğu 26-30 yaş, % 21,5’i 31-35 yaş arasında ve % 23,5’i 36 yaş ve üzerindedir. Eşlerin % 2,5’i okur-yazar değilken % 2’si okur-yazar, % 22’si ilkokul, % 21,5’i ortaokul, % 32,5’i lise ve % 19,5’i üniversite mezunuydu.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kilo (kg)	65 ve altı	60	30,0
	66-75 arası	64	32,0
	76-85 arası	51	25,5
	86 ve üzeri	25	12,5
Gebelikte Alınan Kilo (kg)	5 ve altı	31	15,5
	6-10	78	39,0
	11-15	59	29,5
	16 ve üzeri	32	16,0
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	12	6,0
	Okur-yazar	3	1,5
	İlkokul	49	24,5
	Ortaokul	46	23,0
	Lise	49	24,5
	Üniversite	41	20,0
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	158	79,0
	Çalışan	42	21,0
Aile Tipi	Çekirdek aile	158	79,0
	Geniş aile	42	21,0
Yaşanılan Yer	Şehir	140	70,0
	İlçe	33	16,5
	Köy	27	13,5
Eşin Yaşı (yıl)	25 ve altı	46	23,0
	26-30 arası	64	32,0
	31-35 arası	43	21,5
	36 ve üzeri	42	23,5
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	5	2,5
	Okur-yazar	4	2,0
	İlkokul	44	22,0
	Ortaokul	43	21,5
	Lise	65	32,5
	Üniversite	39	19,5
Toplam		200	100

Tablo 4.2’de araştırma kapsamındaki gebelerin doğurganlık özelliklerinin frekans ve yüzde dağılımları yer almaktadır.

Olguların % 50’si ilk gebeliği olduğunu; % 24,5’i ikinci gebeliği, % 16,5’i üçüncü gebeliği ve % 9’u dördüncü veya üzeri gebeliği olduğunu belirtmiştir. Gebelerin % 53’ü çocuğunun olmadığını, % 32’si 1 çocuğu, % 11’i 2 çocuğu ve % 4’ü 3 veya daha fazla çocuğu olduğunu söylemiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 74,5’i mevcut gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiştir ve gebelerin % 65,5’i 32-36. haftalar arasındadır. Daha önceki

gebeliklerinde % 1'i erken doğum tehdidi ve % 1'i preeklampsi sorunu yaşadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı	1. gebelik	100	50,0
	2. gebelik	49	24,5
	3. gebelik	33	16,5
	4. ve üzeri	18	9,0
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	106	53,0
	1 çocuk	64	32,0
	2 çocuk	22	11,0
	3 ve üzeri	8	4,0
Gebelik Türü	Planlı	149	74,5
	Plansız	51	25,5
Gebelik Haftası	32-36. hafta	131	65,5
	37-42. hafta	69	34,5
Daha Önceki Gebeliklerde Yaşanan Sorunlar	Erken doğum tehdidi	1	1,0
	Preeklampsi	1	1,0
	Sorun yok	98	98,0
	İlk gebelik	100	-
Şimdiki Gebelikte Yaşanan Sorunlar	Sorun yok	200	100
Toplam		200	100

Gebelerin doğum öncesinde aldıkları tıbbi bakım sayısı ve doğumla ilgili eğitim ya da bilgi aldıkları kaynak(lar)ın neler olduğu incelenmiş; ayrıca gebelerin eşlerinden veya başka birinden sosyal destek görüp görmedikleri belirlenmeye çalışılmış ve elde edilen veriler Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Gebelerin, mevcut gebelikleri sırasında aldıkları tıbbi bakım sayısı incelendiğinde; % 1,5'u 4 kez veya daha az, % 1,5'u 5-7 kez ve % 97'si ise 8 kez veya üstü tıbbi bakım almıştır. Gebelik ve doğumla ilgili eğitim, bilgi aldıkları kaynaklar sorulduğunda (birden fazla cevap verebilecekleri söylenmiştir) % 62 ile doktor, % 31 ile ebe/hemşire ve % 16 ile internet en çok verilen cevaplar olmuştur.

Gebelikleri sırasında % 95'i eş desteği aldığını belirtirken, % 76,5'i eş dışında sosyal destek aldığını ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde, Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine Göre Dağılımı

Doğum Öncesi Bakım Özellikleri	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Gebelikte Alınan Tıbbi Bakım Sayısı	4 veya daha az	3	1,5	
	5-7 kez	3	1,5	
	8 ve daha fazla	194	97,0	
Gebelik/Doğumla İlgili Eğitim/Bilgi Alınan Kaynak(lar)	Doktor	Evet	124	62,0
		Hayır	76	38,0
	Ebe/Hemşire	Evet	62	31,0
		Hayır	138	69,0
	Arkadaş	Evet	13	6,5
		Hayır	187	93,5
	Anne (Abla, Kardeş, Görümce vb.)	Evet	10	5,0
		Hayır	190	95,0
	Kitap	Evet	8	4,0
		Hayır	192	96,0
İnternet	Evet	32	16,0	
	Hayır	168	84,0	
Eş Desteği	Var	190	95,0	
	Yok	10	5,0	
Eş Dışında Sosyal Destek	Var	153	76,5	
	Yok	47	23,5	
Toplam		200	100	

Tablo 4.4 incelendiğinde; gebeliği sırasında eşine destek veren erkeklerin % 34,2'sinin lise ve % 20'sinin üniversite mezunu olduğu; destek vermeyen erkeklerin ise % 70'inin ilköğretim ve altı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Eşlerinden Destek Görme Durumlarının, Eşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımına Ait İstatistikler

Eş Desteği	Eş Eğitim Düzeyi				Toplam
	İlköğretim ve altı	Ortaokul	Lise	Üniversite ve üzeri	
Var	46	41	65	38	190
	% 24,2	% 21,6	% 34,2	% 20,0	% 100
Yok	7	2	0	1	10
	% 70,0	% 20,0	% 0,0	% 10,0	% 100
Toplam	53	43	65	39	200
	% 26,5	% 21,5	% 32,5	% 19,5	% 100

Araştırma kapsamında kullanılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonuna ilişkin bulgular Tablo 4.5'te yer almaktadır. Bu çalışmada elde

edilen verilere göre, W-DEQ A Cronbach Alfa değeri 0,815 olarak elde edilmiştir. Bu değer kullanılan ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonuna İlişkin Bulgular

Ölçek	n	En Küçük	En Büyük	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach Alfa
W-DEQ A	200	1	108	46,55	20,46	0,815

Araştırma kapsamındaki 200 gebenin ölçek puanlarının en küçüğü 1 en büyüğü 108 bulunmuştur. Ölçek puanı arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. Ayrıca ölçek puanlarının ortalaması 46,55 ve standart sapması 20,46'dır ve araştırma kapsamındaki gebelerin doğum korkularının orta derecede olduğu söylenebilir.

Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Puanlarının Değerlendirilmesi Tablo 4.6'de sunulmuştur. Yapılan Tek Faktörlü Varyans Analizleri sonucunda araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A doğum korkusu ölçeği puanlarının, Yaş, Gebelikte Alınan Kilo ve Eğitim Durumuna göre, % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi-1

	Gruplar	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yaş (yıl)	20 ve altı	35	50,57	19,66	2,411	0,068
	21-25 arası	61	49,47	20,20		
	26-30 arası	55	46,25	18,84		
	31 ve üzeri	49	40,37	22,16		
Gebelikte Alınan Kilo (kg)	5 ve altı	31	42,68	24,22	1,097	0,351
	6-10	78	48,74	19,10		
	11-15	59	47,72	20,12		
	16 ve üzeri	32	42,78	18,04		
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	64	47,56	20,79	0,805	0,492
	Ortaokul	46	49,21	21,64		
	Lise	49	43,00	20,26		
	Üniversite	41	46,21	18,92		

Tablo 4.7'e göre, yapılan t testleri sonucunda; araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A doğum korkusu ölçeği puanlarının, aile tipi ve kadının çalışma durumuna göre, % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi-2

Gruplar		n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Aile Tipi	Çekirdek Aile	158	45,15	20,51	-1,895	0,060
	Geniş Aile	42	51,83	19,64		
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	158	46,87	20,60	0,424	0,672
	Çalışan	42	45,36	20,15		

Gebelerin Wijma A doğum korkusu ölçeği puanlarının, doğurganlık özelliklerine (Gebelik Durumu, Gebelik Türü ve Gebelik Haftası) göre değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4.8'da yer almaktadır. Yapılan t testleri sonucunda; araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A doğum korkusu ölçeği puanlarının gebelik sayısı, gebelik türü ve gebelik haftasına göre % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Doğurganlık Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Gruplar		n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Gebelik Sayısı	Primigravida	100	49,12	17,83	1,786	0,076
	Multigravida	100	43,98	22,60		
Gebelik Türü	Planlı	149	47,52	20,83	1,151	0,251
	Plansız	51	43,71	19,26		
Gebelik Haftası	32-36. hafta	131	46,92	19,98	0,348	0,728
	37-42. hafta	69	45,85	21,49		

Araştırma kapsamındaki gebelerin gebelikle/doğumla ilgili eğitim/bilgi aldıkları kaynakların, doğum korkusuna etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4.9'da yer almaktadır. Gebelerin en çok kullandığı üç kaynak; Doktor, Ebe/Hemşire ve İnternet olarak belirlenmiştir. Yapılan t testleri sonucunda, bu kaynakların her biri için ilgili kaynağı kullanan ve kullanmayan gebeler arasında, Wijma A doğum

korkusu ölçeği puanları açısından, %5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Gebelikle/Doğumla İlgili Eğitim/Bilgi Alınan Kaynaklara Göre Değerlendirilmesi

Gruplar		n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Doktor	Evet	124	46,06	20,74	0,435	0,664
	Hayır	76	47,35	20,12		
Ebe/Hemşire	Evet	62	47,92	22,17	-0,633	0,527
	Hayır	138	45,93	19,70		
İnternet	Evet	32	51,25	18,41	-1,421	0,157
	Hayır	168	45,65	20,76		

Araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A doğum korkusu ölçeği puanlarının, eşlerinden destek görme ve eşleri dışında bir sosyal destek alma durumlarına göre değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4.10’de yer almaktadır. Gebelerin Wijma A doğum korkusu ölçeği puanlarının, eş ve eş dışı sosyal destek alıp almama durumlarına göre, yapılan t testleri sonucunda; % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Eş Desteği ve Eş Dışında Sosyal Destek Alma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Gruplar		n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Eş Desteği	Var	190	46,45	20,46	-0,308	0,758
	Yok	10	48,50	21,56		
Eş Dışında Sosyal Destek	Var	153	46,05	19,29	-0,559	0,578
	Yok	47	48,19	24,05		

Araştırma kapsamındaki gebelerin doğum öncesinde aldıkları tıbbi bakım sayısı ile Wijma A doğum korkusu düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.11’de yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki 200 gebenin büyük bir çoğunluğunun ($n=194$) doğum öncesinde 8 veya daha fazla sayıda tıbbi bakım aldığı görülmektedir. Bu gebelerin % 45,4’ünün Wijma A doğum korkusu düzeylerinin “Orta” ve % 36,1’inin doğum korkusu düzeylerinin ise “Düşük” olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Doğum Öncesinde Aldıkları Tıbbi Bakım Sayısının, Wijma A Doğum Korkusu Düzeyine Göre Dağılımı

Alınan Tıbbi Bakım Sayısı	W-DEQ A Doğum Korkusu Düzeyi				Toplam
	Düşük	Orta	Ağır	Klinik	
4 ve daha az	0 % 0,0	2 % 66,7	1 % 33,3	0 % 0,0	3 % 100
5-7 kez	2 % 66,7	1 % 33,3	0 % 0,0	0 % 0,0	3 % 100
8 ve daha fazla	70 % 36,1	88 % 45,4	27 % 13,9	9 % 4,6	194 % 100
Toplam	72 % 36,0	91 % 45,5	28 % 14,0	9 % 4,5	200 % 100

Araştırma kapsamındaki gebelerin, doğum eylemine yönelik düşünce ve korkularının değerlendirilmesine ilişkin bulgular değerlendirilmiştir (Tablo 4.12). Ayrıca multigravidaların, önceki doğum eylemleri hakkındaki değerlendirmeleri ile şimdiki W-DEQ A doğum korkusu düzeyleri arasındaki ilişkiler de incelenmiştir.

“Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?” sorusuna primigravidaların % 56’sı, multigravidaların ise % 61’i evet cevabını vermişlerdir. Bu soruya verilen cevaplar ile gebelik sayısı arasında, % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=0,515$ ve $p=0,473$).

“Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?” sorusuna primigravidaların % 65’i, multigravidaların ise % 59’u evet cevabını vermişlerdir. Bu soruya verilen cevaplar ile gebelik sayısı arasında, % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=0,764$ ve $p=0,382$).

“Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?” sorusuna primigravidaların % 52’si, multigravidaların ise % 58’i evet cevabını vermişler ve bu soruya verilen cevaplar ile gebelik sayısı arasında, % 5 hata düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=0,727$ ve $p=0,394$).

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğum Eylemine Yönelik Düşünce ve Korkuları ile Gebelik Sayısı Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Düşünce ve Korku		Gebelik Sayısı		Toplam	X ² (p değeri)
		Primigravida	Multigravida		
Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?	Evet	56 % 56	61 % 61	117 % 58,5	0,515 (0,473)
	Hayır	44 % 44	39 % 39	83 % 41,5	
Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?	Evet	65 % 65	59 % 59	124 % 62,0	0,764 (0,382)
	Hayır	35 % 35	41 % 41	76 % 38,0	
Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?	Evet	52 % 52	58 % 58	110 % 55,0	0,727 (0,394)
	Hayır	48 % 48	42 % 42	90 % 45,0	
Toplam		100 % 100	100 % 100	200 % 100	

Tablo 4.13'e göre; gebelerin, "Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar ile "Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2=37,098$ ve $p<0,001$). Doğum ağrısı çekmekten korkan gebelerin % 71,8'i doğum olayının korkulacak bir durum olduğunu düşünürken; doğum ağrısı çekmekten korkmayanların % 27,6'sı bu yönde bir düşünceye sahiptir.

"Eşinizin dışında sosyal destek alıyor musunuz? (Anne, kız kardeş, görümce vb.)" sorusuna verdikleri cevaplar ile "Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?" sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=0,519$ ve $p=0,471$).

Tablo 4.13. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğum Ağrısı Korkuları ve Sosyal Destek Alma Durumları ile Doğum Korkusuna Yönelik Düşünceleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Soru		Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?			X ² (p değeri)
		Evet	Hayır	Toplam	
Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?	Evet	89 % 71,8	35 % 28,2	124 % 100	37,098 (<0,001)
	Hayır	21 % 27,6	55 % 72,4	76 % 100	
Eşinizin dışında sosyal destek alıyor musunuz? (Anne, kız kardeş, görümce vb.)	Evet	82 % 53,6	71 % 46,4	153 % 100	0,519 (0,471)
	Hayır	28 % 59,6	19 % 40,4	47 % 100	
Toplam		110 % 55	90 % 45	200 % 100	

“Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?” sorusuna evet cevabını veren gebeler ile hayır cevabını verenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3,880$ ve $p<0,001$). (Tablo 4.14). İlgili soruya evet cevabını veren gebelerin doğuma ilişkin korkularının daha yüksek olduğu söylenebilir.

“Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?” sorusuna evet cevabını veren gebeler ile hayır cevabını verenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=4,859$ ve $p<0,001$). Tablo 4.14’e göre; ilgili soruya evet cevabını veren gebelerin doğuma ilişkin korkularının daha yüksek olduğu söylenebilir.

“Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?” sorusuna evet cevabını veren gebeler ile hayır cevabını verenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3,164$ ve $p=0,002$). Tablo 4.14’e göre; ilgili soruya evet cevabını veren gebelerin doğuma ilişkin korkularının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.14. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, Gebelerin Doğum Eylemine Yönelik Düşünce ve Korkularına Göre Değerlendirilmesi

Düşünce ve Korku		n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?	Evet	117	51.12	18.77	3,880	<0,001
	Hayır	83	40.11	21.12		
Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?	Evet	124	51,77	19,39	4,859	<0,001
	Hayır	76	38,04	19,40		
Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?	Evet	110	50,60	20,50	3,164	0,002
	Hayır	90	41,60	19,41		

Araştırma kapsamındaki anket çalışmasında multigravidalara, “Daha önce yaşadığınız doğum eylemi tecrübesini nasıl tanımlarsınız?” şeklinde bir soru sorulmuş ve 4’lü Likert (Çok iyi, İyi, Kötü ve Çok kötü) cevaplar alınmıştır. Multigravidaların önceki doğum eylemi tecrübeleri ile şimdiki Wijma A doğum korkusu düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.15’da yer almaktadır.

Tablo 4.15 incelendiğinde; multigravidalardan daha önceki doğum tecrübesinin “Çok iyi” olduğunu ifade edenlerin % 63,2’sinin Wijma A doğum korkusu düzeyi “Düşük” ve daha önceki doğum tecrübesinin “İyi” olduğunu ifade edenlerin % 45,6’sının şimdiki Wijma A doğum korkusu düzeyi “Düşük” saptanmıştır. Önceki doğum tecrübesinin “Kötü” olduğunu ifade eden multigravidaların Wijma A Doğum Korkusu Düzeyi % 50’sinin “Ağır” olarak belirlenirken, daha önceki doğum tecrübesinin “Çok kötü” olduğunu ifade edenlerin % 28,6’sının ki “Klinik” olarak belirlenmiştir. Bu bulgular genel olarak değerlendirildiğinde; önceki doğum tecrübesi çok iyi veya iyi olan gebelerin şimdiki doğum korkusu düzeylerinin düşük veya orta derecede olduğu söylenebilir.

Tablo 4.15. Araştırma Kapsamındaki Multigravidaların Daha Önceki Doğum Eylemi Tecrübelerinin, Wijma A Doğum Korkusu Düzeyine Göre Dağılımına Ait İstatistikler

Daha Önceki Doğum Tecrübesi	W-DEQ A Doğum Korkusu Düzeyi				Toplam
	Düşük	Orta	Ağır	Klinik	
Çok İyi	12 % 63,2	6 % 31,6	1 % 5,3	0 % 0,0	19 % 100
İyi	31 % 45,6	27 % 39,7	6 % 8,8	4 % 5,9	68 % 100
Kötü	1 % 16,7	2 % 33,3	3 % 50,0	0 % 0,0	6 % 100
Çok Kötü	2 % 28,6	1 % 14,3	2 % 28,6	2 % 28,6	7 % 100
Toplam	46 % 46,0	36 % 36,0	12 % 12,0	6 % 6,0	100 % 100

Gebelerin doğuma yönelik korku kaynakları ile gebelik sayısı arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Tablo 4.16). Daha sonra bu korku kaynaklarının, multigravidaların önceki gebelik(ler)i ile şimdiki gebelikleri arasında değişip değişmediği irdelenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.16'ye göre, gebelerin doğuma yönelik korku kaynakları; ağrı, kendi sağlığı, bebeğinin sağlığı, ne ile karşılaşacağını bilememe, personele güvenmeme, aşırı kanama, kontrol kaybı, vajinal muayene/ kesi/ yırtık korkusu, cinsel hayatın olumsuz etkilenmesi korkusu, doğuramama, doğum odasında yalnız kalma, genel anestezi, hepsi, hiç korkum yok şeklindedir. Her biri için; ilgili korkunun olup olmaması ile gebelik sayısı (primigravida - multigravida) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$)

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğuma Yönelik Korku Kaynakları ile Gebelik Sayısı Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Korku Kaynakları		Gebelik Sayısı				P		
		Primigravida	Multigravida	Toplam				
Ağrı	Evet	16	% 16	17	% 17	33	% 16,5	1,000 ¹
	Hayır	84	% 84	83	% 83	167	% 83,5	
Kendi sağlığı	Evet	15	% 15	18	% 18	33	% 16,5	0,703 ¹
	Hayır	85	% 85	82	% 82	167	% 83,5	
Bebegimin sağlığı	Evet	52	% 52	54	% 54	106	% 53	0,777 ³
	Hayır	48	% 48	46	% 46	94	% 47	
Ne ile karşılaşacağını bilememe	Evet	21	% 21	12	% 12	33	% 16,5	0,128 ¹
	Hayır	79	% 79	88	% 88	167	% 83,5	
Personele güvenmeme	Evet	3	% 3	2	% 2	5	% 2,5	1,000 ²
	Hayır	97	% 97	98	% 98	195	% 97	
Aşırı kanama	Evet	1	% 1	1	% 1	2	% 1,0	1,000 ²
	Hayır	99	% 99	99	% 99	198	% 99	
Kontrol kaybı	Evet	0	% 0	0	% 0	0	% 0	-
	Hayır	100	% 100	100	% 100	200	% 100	
Vajinal muayene/ kesi/ yırtık korkusu	Evet	10	% 10	4	% 4	14	% 7	0,166 ¹
	Hayır	90	% 90	96	% 96	186	% 93	
Cinsel hayatın olumsuz etkilenmesi	Evet	0	% 0	0	% 0	0	% 0	-
	Hayır	100	% 100	100	% 100	200	% 100	
Doğuramama	Evet	5	% 5	2	% 2	7	% 3,5	0,445 ²
	Hayır	95	% 95	98	% 98	193	% 96,5	
Doğum odasında yalnız kalma	Evet	0	% 0	1	% 1	1	% 0,5	1,000 ²
	Hayır	100	% 100	99	% 99	199	% 99,5	
Genel Anestezi	Evet	3	% 3	3	% 3	6	% 3	1,000 ²
	Hayır	97	% 97	97	% 97	194	% 97	
Hepsi	Evet	2	% 2	4	% 4	6	% 3	0,683 ²
	Hayır	98	% 98	96	% 96	194	% 97	
Hiç korkum yok	Evet	1	% 1	2	% 2	3	% 1,5	1,000 ²
	Hayır	99	% 99	98	% 98	197	% 98,5	
Toplam		100	% 100	100	% 100	200	% 100	

1: Yates Ki-Kare; 2: Fisher Ki-Kare; 3: Ki-Kare

Tablo 4.17'e göre; Ağrı, Ne ile karşılaşacağını bilememe, Personele güvenmeme, Aşırı kanama, Vajinal muayene/ kesi/ yırtık korkusu, Doğuramama ve Hepsi şeklindeki korku kaynakları açısından, multigravidaların önceki gebelikleri ile şimdiki gebelikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak; kendi sağlığı, bebeğinin sağlığı ve hiç korkum yok şeklindeki korku kaynakları açısından multigravidaların önceki gebelikleri ile şimdiki gebelikleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (sırası ile $p<0,01$, $p<0,001$). Önceki

gebelik(ler)inde kendi sağlığı veya bebeğinin sağlığından endiŖe eden multigravidaların büyük çoğunluğu, Ŗimdiki gebeliğinde de kendi sağlığı veya bebeğinin sağlığından endiŖe ederken; önceki gebelik(ler)inde bu konularda bir endiŖe taŖımayanların çoğunluğu yine böyle bir endiŖe taŖımamaktadır. Bunun haricinde, önceki gebelik(ler)inde hiç korkum yok diyen multigravidaların büyük çoğunluğu (% 91,7) Ŗimdiki gebeliğinde bu durumun tersini ifade etmiŖlerdir.

Tablo 4.17. AraŖtırma Kapsamındaki Multigravidaların, nceki Gebelikleri ile Ŗimdiki Gebeliklerindeki Doğuma Yönelik Korku Kaynakları Arasındaki İliŖkilerin Değerlendirilmesi

Korku Kaynakları	nceki Gebelik(ler)	Ŗimdiki Gebelik				Mc Nemar p değer		
		Evet	Hayır	Toplam				
Ağrı	Evet	10	% 43,5	13	% 56,5	23	% 100	0,263
	Hayır	7	% 9,10	70	% 90,9	77	% 100	
	Toplam	17	% 17,0	83	% 83,0	100	% 100	
Kendi sağlığım	Evet	4	% 80,0	1	% 20,0	5	% 100	0,001
	Hayır	14	% 14,7	81	% 85,3	95	% 100	
	Toplam	18	% 18,0	82	% 82,0	100	% 100	
Bebeğimin sağlığı	Evet	20	% 74,1	7	% 25,9	27	% 100	<0,001
	Hayır	34	% 46,6	39	% 53,4	73	% 100	
	Toplam	54	% 54,0	46	% 46,0	100	% 100	
Ne ile karŖılaŖacađımı bilememe	Evet	2	% 9,1	20	% 90,9	22	% 100	0,099
	Hayır	10	% 12,8	68	% 87,2	78	% 100	
	Toplam	12	% 12,0	88	% 88,0	100	% 100	

Tablo 3.18’da, araŖtırma kapsamındaki gebelerin doğuma yönelik korkularıyla baŖ etmede kullandıkları yöntemler ile gebelik sayısı (primigravida-multigravida) arasındaki iliŖkiler incelenmiŖtir. Gebelerin doğuma yönelik korkularıyla baŖ etmede kullanabilecekleri yöntemler olan Hareket, Müzik, Dikkat dağıtma, Hayal kurma, Sıcak-soğuk uygulama, Banyo/DuŖ, Masaj, Solunum egzersizleri, Sağlık alıŖanlarından yardım alma, İbadet etmek, EŖ desteği, Hepsi ve Hiçbiri seçeneklerinin her birisi için ilgili yöntemin kullanılıp kullanılmaması ile gebelik sayısı (primigravida-multigravida) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir iliŖki bulunamamıŖtır ($p>0,05$). Tecrübeli arkadaŖlarla konuŖmak seçeneğinin kullanılıp kullanılmaması ile gebelik sayısı (primigravida-multigravida) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir iliŖki bulunmuŖtur ($p= 0,001$). Bu kapsamda Tablo 4.18 incelendiğinde; doğum korkusuyla baŖ etmede ‘‘Tecrübeli arkadaŖlarla konuŖmak’’ yöntemini primigravidaların % 24’ kullanırken, multigravidaların sadece % 6’sı kullanmaktadır.

Tablo 4.18. Araştırma Kapsamındaki Gebelerin, Doğuma Yönelik Korkularıyla Baş Etmede Kullandıkları Yöntemler ile Gebelik Sayısı Arasındaki İlişkilere İlişkin İstatistikler

Doğum Korkusuyla Baş Etme Yöntemleri	Gebelik Sayısı						p	
	Primigravida		Multigravida		Toplam			
Hareket	Evet	3	% 3	0	% 0	3	% 1,5	0,246 ²
	Hayır	97	% 97	100	% 100	197	% 98,5	
Müzik	Evet	4	% 4	0	% 0	4	% 2,0	0,121 ²
	Hayır	96	% 96	100	% 100	196	% 98,0	
Dikkat dağıtma	Evet	20	% 20	19	% 19	39	% 19,5	1,000 ¹
	Hayır	80	% 80	81	% 81	161	% 80,5	
Hayal kurma	Evet	0	% 0	3	% 3	3	% 1,5	0,246 ³
	Hayır	100	% 100	97	% 97	197	% 98,5	
Sıcak-soğuk uygulama	Evet	0	% 0	0	% 0	0	% 0	-
	Hayır	100	% 100	100	% 100	200	% 100	
Banyo/ Duş	Evet	3	% 3	0	% 0	3	% 1,5	0,246 ²
	Hayır	97	% 97	100	% 100	197	% 98,5	
Masaj	Evet	1	% 1	0	% 0	1	% 0,5	1,000 ²
	Hayır	99	% 99	100	% 100	199	% 99,5	
Solunum egzersizleri	Evet	3	% 3	0	% 0	3	% 1,5	0,246 ²
	Hayır	97	% 97	100	% 100	197	% 98,5	
Sağlık çalışanlarından yardım alma	Evet	11	% 11	11	% 11	22	% 11	1,000 ¹
	Hayır	89	% 89	89	% 89	178	% 89	
Tecrübeli arkadaşlarla konuşmak	Evet	24	% 24	6	% 6	30	% 15	0,001 ¹
	Hayır	76	% 76	94	% 94	170	% 85	
İbadet etmek	Evet	50	% 50	60	% 60	110	% 55	0,155 ³
	Hayır	50	% 50	40	% 40	90	% 45	
Eş desteği	Evet	8	% 8	8	% 8	16	% 8	1,000 ¹
	Hayır	92	% 92	92	% 92	184	% 92	
Toplam		100	% 100	100	% 100	200	% 100	

1: Yates Ki-Kare; 2: Fisher Ki-Kare; 3:Ki-Kare

4. TARTIŞMA

Gebelik, bir kadın için birçok karmaşık duyguyu beraberinde getiren kimi zaman zorlu kimi zaman huzurlu bir süreçtir. Bu süreçte gebe, korku ve endişeyle bilinmez bir yola girerken birçok duyguyu bir arada yaşayabilmektedir. Bu da gebede doğum ve doğuma ilişkin korkuları artırabilmektedir. Bu çalışmada gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve baş etme yöntemleri araştırılmıştır.

Araştırmadaki gebelerin % 30,5'i 21-25 yaş, % 27,5'i 26-30 yaş arasında iken % 24,5'i 31 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakıldığında ise ilkokul, ortaokul ve lise mezunları eşit olarak dağılmıştır. Çalışmada gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği puanlarının yaş, gebelik sayısı ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği bulunmuştur. Şahin ve arkadaşlarının 2009 yılında 100 gebeyle yaptıkları araştırmada gebelerin yaşı ve geçirdiği gebelik sayısı arttıkça doğum korkusu puanının istatistiksel olarak artış gösterdiğini saptamışlardır. Çalışmamızdan farklı bu sonuçlar evrenin sınırlılığı ve sosyo-kültürel değişkenlerden kaynaklanmış olabilir. Güleç ve arkadaşlarının 2013 yılında İzmir'de 214 gebeyle yaptığı çalışmada ise çalışmamıza benzer olarak doğum sayısının gebelikteki doğum korkusunu etkilemediği saptanmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre doğum öncesi yeterli bakım alma oranı %89'dur. Çatak ve arkadaşlarının (2012) İstanbul'da yaptığı çalışmada annelerin % 99,6'sı doğum öncesi bakım (DÖB) almışlardı. Çalışmamıza katılan gebelerin %97'si 8 ve üstü bakım almışlardır. Şahin ve vd., (2009) yaptıkları çalışmada kadınların gebelikte $7,64 \pm 2,99$ kez bakım aldıkları saptanmış olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Babadağlı'nın (2008) çalışmasında prenatal takip oranı %73,4 bulunmuş olup literatür ve çalışmamızdan düşüktür ancak TNSA 2003 verilerine (%81) yakındır. TNSA 2003 verilerine göre, anne yaşının 35 ve daha yukarı olduğu doğumların %30'unda ve adolesan gebeliklerin %14,4'ünde gebeler doğum öncesi hiçbir bakım almamıştır. Doğum öncesi bakım hizmetleri alma durumu gebenin yaşı ile yakından ilişkilidir.

Çalışmamızda gebelerin %79'u ev hanımı, %79'u çekirdek aile tipine sahip ve %70'i şehirde yaşamakta idi. Araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği Puanlarının, aile tipi ve çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği bulunmuştur. Seller'in (2012) çalışmasında. %86,7'sinin ev hanımı olduğu, %90,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve W-DEQ A ölçek puanları bakımından meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Ev hanımı, memur ve diğer meslek gruplarından olan gebelerin işçi grubuna göre W-DEQ A ölçek puanı daha yüksek bulunmuş olup düşük sosyo-ekonomik düzeyin doğum korkusunu arttırdığı belirtilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak örneklem sayısı daha büyük ($n:300$) ve doğum için başvuran gebelere anket uygulanmıştır.

Kılıçarslan'ın (2008) Edirne'de yaptığı araştırmada, gebelerin %60,6'sı bilgiyi doktordan almıştır. Aynı araştırmada başvuru kaynağı olarak internet diyenlerin oranı %29 olarak bulunmuştur. Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda gebelerin %62'si gebelik/doğum ile bilgiyi doktordan aldığını ifade ederken, % 31'i ebe/hemşire, %16'sı internet olarak ifade etmiştir. Seller'in (2012) çalışmasında, gebelerin %91,5'inin sağlık personelinin bilgi aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda da gebeler çoğunlukla doktor ve ebelerden destek aldığını ifade etmiş olup bu oran çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre gebelerin %95'i doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Çalışmamızda gebelerin %97'si doğum öncesi bakımı doktordan almış olup TNSA 2013 verileriyle benzerlik göstermektedir. Çarıkçı'nın yaptığı (2012) çalışmada kadınların doğum öncesi kontrollere gitme oranı %96,8 olarak gözlenmiş olup çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çarıkçı'nın yaptığı (2012) çalışmada kadınların doğum öncesi kontrollere gitme durumu sorulduğunda %96,8 olduğu gözlemlenmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin %95'i eş desteği, %76,5'i sosyal destek alırken; Öztürk'ün 2014 yılında yaptığı çalışmada gebelere %97,8 eşinin destek olduğu, %96,7'sinin

yakınlarından da destek aldığı saptanmıştır. Gebelerin korkularının azalmasında yakınlarından aldığı bilgiler ve korkularını paylaşmasının önemli olduğu ve bunların gebede olumlu düşünceler gelişmesine yol açtığı saptanmıştır (Serçekuş, 2011).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu ile toplanan verilerden elde edilen istatistiklere göre; araştırma kapsamındaki 200 gebe kadının ölçek puanlarının en küçük değeri 1, en büyük değeri 108 olmuştur. Ölçek puanlarının ortalaması 46,55 ve standart sapması 20,46'dır. Elde edilen ortalamaya göre araştırma kapsamındaki gebelerin doğum korkularının orta derecede olduğu söylenebilir. Güleç ve arkadaşları Ege Üniversitesi Hastanesi'nde 214 gebeyle yaptıkları çalışmada W-DEQ puan ortalamaları $46,4 \pm 31,2$ olarak bulunmuş olup çalışmamız ölçek puanıyla benzerlik göstermektedir. Öztürk'ün (2014) yaptığı anket çalışmasında, W-DEQ puan ortalaması $87,50 \pm 30,53$ olarak belirlenmiş olup, bu farklılık anketin travayda uygulanması nedeniyle ağrı, stres ve kaygı içindeki gebelerin korku düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Şahin ve arkadaşları (2009) W-DEQ puan ortalamalarını $86,63 \pm 13,76$ olarak saptamış olup bu farklılığın alınan örneklem sayısı (100 kişi) ve son trimesterde olan gebeleri kapsamından ve çalışmanın İstanbul'da düşük sosyo-kültürel bölgede yapılmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca gebeler doğuma yeterince iyi hazırlanmadığı ve gebelere korkularıyla baş etmede herhangi bir girişimde bulunulmadığı için yüksek ölçek puanı gözlemlenmiştir.

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında; W-DEQ puan ortalamaları, Norveç'te $56,66 \pm 19,49$ (Adams, Eberhard-Gran ve Eskild, 2012), Norveç (Storksens, Garthus-Niegel, Vangen ve Eberhard-Gran, 2013) $53,8 \pm 20,5$, Finlandiya'da $68,3 \pm 21,1$ (Rouhe vd.), Kanada'da $52,87 \pm 19,66$ (Hall ve vd.) olarak saptamışlardır. Yapılan tüm bu çalışmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Seller (2012) 36 yaş ve üstündeki gebelerdeki doğum korkusunun, 19 yaş ve altındaki gebelere göre daha az olduğunu belirtmiştir. Özen Gün'ün (2018) çalışmasında; 20 yaş ve altında olan gebelerin doğum korkusu puan ortalamasının ($63,58 \pm 22,30$) diğer yaş gruplarına göre; 21-30 yaş grubundaki gebelerin puan

ortalamasının ($56,04 \pm 20,73$) ise 31 yaş ve üzerinelere ($50,73 \pm 19,77$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da gebelerin yaşı ilerledikçe Wijma Doğum Korkusu Ölçeği puan ortalamaları azalmıştır.

Özen Gün'ün (2018) çalışmasında; eğitim düzeyi ile doğum korkusu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmış ($p > .05$) olup çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Keklikçi'nin (2018) çalışmasında; geniş ailede yaşayan gebelerin doğum korkusu genel puan ortalamalarının ($7,16 \pm 1,09$), çekirdek ailede yaşayanlara göre ($6,49 \pm 1,27$) daha yüksek olduğu belirlenmiş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Geniş ailede yaşayan kadınlarda gelir dağılımının az olması ve kadınların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama düşüncesinin doğum korku düzeylerini artırmada etkili olabileceği belirtilmiştir.

Çalışmamızda gebelerin çalışma durumları ile korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yılmaz'ın 2012 yılında yaptığı çalışmada çalışan kadınların WBDÖ-A puan ortalaması $54,54 \pm 18,49$ iken, çalışmayan kadınların puan ortalaması $62,39 \pm 23,76$ olarak saptanmış olup çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Saisto ve arkadaşlarının araştırmasında işsizliğin doğum korkusunu artırdığı belirtilmiştir. Farklılığın çalışmalarda örneklem sayılarının çalışmamıza göre fazla olması ve sosyo-kültürel değişkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Karabulutlu'un (2014) yaptığı çalışmada; primipar / multipar olmanın ya da gebelik haftasının doğum korkusu düzeyleri ile ilişkili olmadığı belirtilmiş olup sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Literatürde gebeliği isteme durumu ile Wijma A puanları ilişkisi araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup (Yılmaz, 2012) çalışmamızda benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Keklikçi'nin yaptığı çalışmada (2018) gebelerin ikinci ($6,17 \pm 1,30$) ve üçüncü ($6,66 \pm 1,24$) trimester arasında doğuma ilişkin korku puanları ortalaması istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur. Yabancı kaynaklara bakıldığında yine gebelik haftasının doğum korkusu ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (Nieminen vd., 2009).

Sağlık çalışanından (53,63±20,24) bilgi aldığını ifade eden gebelerin doğum korkusu puan ortalamalarının, diğer kaynaklardan (61,55±24,70) (basın, arkadaş vb.) bilgi alan gebelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Özen Gün, 2018). Çalışmamızda bilgi kaynaklarının her biri için ilgili kaynağı kullanan ve kullanmayan gebeler arasında, Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Çalışmalar arasındaki farklılık örneklem sayısından kaynaklanmış olabilir. Gebelik ve doğumla ilgili doğru kişilerden alınan bilgi ile gebelik süreci, doğum eylemi ve bebek bakımı gibi endişe verici süreçlere hazırlık yapılıp bunlarla baş etme kolaylaşabilmektedir (Serçekuş, 2011).

Gebeler eşlerinden ve sosyal çevrelerinden destek aldıklarında kendilerini daha güçlü hissettiklerini ifade etmektedir (Keklikçi, 2018). Yurtdışında 480 gebe ile yapılan bir çalışmada, eş veya sosyal desteği olmayanların daha fazla doğum korkusu yaşadıkları belirtilmiştir (Laursen vd., 2008). Çalışmamızda eş desteği veya sosyal destek alan gebelerin Wijma-A ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Alınan destek gebe için önemli olsa da doğum korkusu üzerine tek başına yeterli olmuyor olabilir.

Doğum öncesi bakım almayan gebelerin doğum korkusu daha fazla olarak bildirilmiştir (Seller, 2012). Çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun 8 veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım aldığı; doğum korkusu düzeylerinin “Orta” ve “Düşük” olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarından destek alan gebelerin doğum korkusunu daha az yaşadığı, memnuniyetlerinin ve kendine güven duygusunun arttığı bildirilmiştir.

Keklikçi'nin (2018) yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarına daha sık muayene olan kadınların doğum korkusu genel puan ortalaması diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Doğum korkusu düzeyi arttıkça hem doktora hem de ebe/hemşireye başvuru ve muayene olma sıklığının artması bu farklılığa neden olmuş olabilir.

Doğuma yönelik korkuların nedenleri; önceki doğum deneyimleri, bilgi düzeyi, inançlar, hastalık varlığı, belirsizlik, düşük ağrı eşiği, doğumhane ortamı ve sağlık personeli olarak belirlenmiştir (Serçekuş ve Okumuş, 2009). Çalışmamızda primigravidaların % 56'sı, multigravidaların ise % 61'i doğum eylemini zor bir durum olarak tanımlarken; primigravidaların % 65'i, multigravidaların ise % 59'u doğum ağrısı çekmekten korktuklarını ifade etmişlerdir. Primigravidaların % 52'si, multigravidaların ise % 58'i doğum eylemini korkulacak bir durum olarak nitelendirmektedirler.

Güneştaş (2011) gebelerin %64,4'ünün doğumla ilgili kaygı ve korkusu olduğunu bildirmiştir. Şahin ve ark, (2009) çalışmasında, primipar ve multipar gebeler arasında ölçeğin korku puanları için istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Coşar ve Demirci (2012) doğum hakkında bilgi almayan primipar gebelerde doğum korkusunun arttığını saptamıştır. Çalışmamızda primigravidaların doğum ağrısına yönelik korkuları multigravidalara göre daha fazla bulunsa da sonuç anlamlı çıkmamıştır. Primigravidaların, daha önce doğum ağrısını tecrübe etmemiş olmaları ve doğum ağrısını deneyimlemiş arkadaş veya akrabalarından edindikleri olumsuz bilgilerle doğum ağrısına yönelik korkularının daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Multigravidaların ise doğum eylemi ile ilgili korku ve endişeleri primigravidalara göre anlamlı düzeyde olmasa da yüksek saptanmıştır. Multigravidaların deneyimledikleri doğum eylemi nedeniyle bu korkuları daha fazla hissedebilecekleri düşünülmektedir.

Körükçü (2009) 660 gebe ile yaptığı çalışmada, klinik düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranını %41,1 olarak tespit etmiş ve primipar kadınların doğum korkusunun daha fazla olduğunu belirlemiştir.

Araştırmada gebelerin aldıkları sosyal destek ile doğum eylemi korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Güleç'in 2012-2013 yılları arasında 214 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin doğum korkusu ile aldıkları sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup çalışmamızla farklılık göstermektedir. Çalışmamızdan farklı bu sonuçlar Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi ile ilgili çalışmada W-DEQ-A Versiyonu Skorları eğitim ile azaldığı bulunmuştur (Kızılırmak, 2011). Kültürel farklılıklar kadınların ağrı duygusunu farklı yaşamalarına neden olabilmektedir. Doğumda ağrı çekmek bazı gebeler için anne olma yolunda kutsal sayılırken, bazıları için bebeğin kaybı gibi olumsuz düşünceleri çağrıştırmaktadır (Sani, 2015). Çalışmamızda da ağrı çekme fikri bazı gebeye zorlu bir süreci çağrıştırmakta olup korkuyu artırmakta, bazıları çok etkilememekte olup Sani'nin çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamındaki gebelerin Wijma A Doğum Korkusu Ölçeği puanlarının, 'Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?', sorusuna evet cevabını veren gebelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Doğuma ilişkin korkusu fazla olan gebelerin ağrıyı daha şiddetli yaşadığı, şiddetli ağrı yaşayanların doğuma ilişkin korkularının da fazla olduğu gözlemlenmiştir (Gözükara ve Eroğlu, 2008, Karabulutlu, 2012, Saymer vd., 2009). Finlandiya' da primipar gebelerin daha çok doğum ağrısından şikayet ettikleri ve bu gebelerin %19'unun ikinci gebeliklerinde vajinal doğum yerine sezaryen talep ettikleri bildirilmiştir (Saisto ve ark., 1999). Gebelerin doğumun üstesinden gelebileceğini düşünenlerin düşünmeyenlere göre doğum korkusu puan ortalaması düşük ve anlamlı bulunmuştur (Özen Gün, 2018).

2013 yılında Subaşı ve arkadaşları doğum ile ilgili verilen eğitimlerin gebelerin doğum korkuları ve doğumla ilgili kötü fikirlerinin azalmasında önemli rolü olduğunu saptamışlardır.

Şahin (2009) çalışmasında, doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığını belirtmiş olup araştırmamızla paralellik göstermektedir. Gebelerin doğuma ilişkin korkularının artmasının nedenleri yaşadığı olumsuz doğum deneyimleri ya da gebenin yaşayan çocukları için kaygı duyması ile açıklanabilir.

Önceki doğum tecrübesi "çok iyi" veya "iyi" olan gebelerin şimdiki doğum korkusu düzeylerinin düşük veya orta derecede olduğu bulunmuştur. Farahat ve arkadaşları (2015) doğumla ilgili önceden yaşanmış olumlu deneyimlerin kadınların doğuma ilişkin tercihini etkilediğini saptamıştır. Özen Gün'ün çalışmasında önceki doğum tecrübelerini kötü ($66,67 \pm 23,47$) ve iyi ($42,88 \pm 16,65$) olarak değerlendirenlerin

ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup, iyi doğum tecrübesine sahip gebelerin doğuma ilişkin korkularının daha az olduğu gözlenmiştir. Özkan ve arkadaşları (2013) son gebelikte problem yaşamanın sezaryen olma riskini artırdığını rapor etmiştir. Multigarvidaların olumlu deneyimlerinin var olan gebelik için doğum şekline yaklaşımını değiştirdiği ve daha olumlu bir bakış açısı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin %53'ü bebeğin sağlığı ile ilgili korku yaşarken; Öztürk'ün (2014) İstanbul'da yaptığı çalışmada bu oran %90 olarak saptanmıştır. Dönmez ve arkadaşları (2014) gebelerin yarısından fazlasının bebeğinin öleceğine veya zarar göreceğine ilişkin düşünceleri olduğunu saptamış olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ayrıca gebelerin %29'unun acı çekmekten, %12'sinin anestezi ve sezaryenden korktuklarını belirtmişlerdir. Serçekuş ve Okumuş (2009) gebelerin doğum ağrısı, doğum sırasında anne ve bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, travayda yapılan girişimler ve sağlık personeli nedeniyle korku yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Ceylantekin (2006) gebelerin %72'sinin bebeğini kaybetmekten yarısının da ölmekten korktuklarını saptamış; çalışmamızda da bebeğinin sağlığı ile ilgili korkusu olanlar %53, kendi sağlığı ile ilgili korku yaşayanlar %16,5 olarak bulunmuştur. Sonuçta gebeler yüksek oranda bebeklerinin sağlığı ve kendi sağlıkları ile ilgili korku yaşamaktadır. Kitapçioğlu ve arkadaşları (2008) da hamilelik dönemine ait korkuların başında bebeğin sağlığı ile ilgili endişelerin olduğunu açıklamışlardır.

Gebeler en çok doğum ağrısından, doğum eyleminin uzaması ve doğum sırasında panik olmaktan, ölü doğum yapmaktan, doğum sırasında bebeğin zarar görmesinden ya da bebeklerinin hasta doğmasından endişe etmektedirler (Melender, 2002). Bakshi ve ark. 100 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin, %73'ünün sağlık personeline güvensizlikten, %65'inin yetersiz olmaktan, %55'inin bebeğin veya kendisinin ölmesinden, %44'ünün dayanılmaz ağrısı olmasından, %43'ünün kontrolünü kaybetmekten korktuklarını saptamışlardır. Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) 350 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %71,1'i doğumdan veya doğum ağrısından korktuğu için sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir. Seller'in (2012) çalışmasında ilk gebeliği (89,06±5,03) olan gebelerin W-DEQ A ölçek puanları, ikinci gebeliği

(72,95±6,73) olan gebelerin W-DEQ A ölçek puanlarından daha yüksektir. Önceki doğumunda komplikasyon geçirenlerin (89,75±2,14) ve geçirmeyenlerin (73,49±6,42) W-DEQ A ölçek puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Özen Gün'ün (2018) çalışmasında daha önceki doğumda kendini güvende hissedenlerin doğum korkusu puan ortalamasının (41,21±14,76) heyecanlandım/ endişelendim (48,32±16,96) ve korktum (63,64±20,61) diyenlerinkine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

İnanç ve kültürel değişkenler insanların yaşam tarzı ve duygu durumunu yakından ilgilendiren faktörlerdir. Kültürel değişkenler gebelerin gebeliğe olan yaklaşımı etkilemekte ve bazı geleneksel uygulamaları da beraberinde getirmektedir (Karabulutlu, 2014). Çalışmamızda gebelerin korkularıyla baş etmede kullanabilecekleri yöntemler olarak hareket, müzik, dikkat dağıtma, hayal kurma, sıcak-soğuk uygulama, banyo/duş, masaj, solunum egzersizleri, sağlık çalışanlarından yardım alma, ibadet etme ve eş desteği alınmıştır. Gebelerin kullanacakları herhangi bir yöntem doğuma yönelik korku ve gerginliklerinin azalmasını sağlayacaktır. Buna göre, gebelerin %55'i korkularıyla baş etmek için ibadet etmeyi seçerken, %19,5'i dikkat dağıtmayı, %15'i tecrübeli arkadaşlarla konuşmayı, %11'i sağlık çalışanlarından yardım almayı, %8'i eş desteği almayı seçmişlerdir.

Karaçam ve arkadaşları (2011) gebelerin takdir edilmesi yoluyla motive edildiklerinde kontrollerini sağlamada daha başarılı olduklarını görmüşlerdir. Duygusal anlamda destek gören gebe olumlu duygular geliştirerek korku ve endişeleriyle daha kolay baş edebilmektedir. Uçar'ın (2014) çalışmasında doğum korkusu ve ağrısı ile baş etme eğitimi alan gebelerin doğuma ilişkin olumlu düşüncelerinin daha az olduğu görülmüştür. Çalışmamızda doğum korkusuyla baş etmede "Tecrübeli arkadaşlarla konuşmak" yöntemini primigravidaların % 24'ü, multigravidaların ise sadece % 6'sı kullanmaktadır. Gebelik süreci ve doğum eylemine yönelik fikir sahibi olan multigravidaların başka yorumlara daha az başvurduğu söylenebilir.

Kahriman'ın (2007) çalışmasında; gebelerin % 44,5'inin doğumun kolay olması için herhangi bir yöntem uygulamadığı, % 55,5'inin ise bazı yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Bu yöntemlere bakıldığında en fazla 'Egzersiz, yürüyüş, yüzme gibi sporlar' (% 47,2) olduğu gözlenmiştir. Çarıkçı'nın çalışmasında ise en çok uygulanan geleneksel yöntemler olarak yürüme-sallanma (%46,8), merdiven inme-çıkma, banyo-duş, sırta masaj, egzersiz, kendini yorma saptanmıştır. Teke (2005) Osmaniye'de yaptığı çalışmasında gebelerin kolay doğum yapabilmeleri için; beline masaj yapma (ovma), doğum anında Kur'an okunması gibi bir takım geleneksel yöntemler kullanıldığını saptamıştır. Çalışmada doğum korkusuyla baş etmede geleneksel yöntemler olarak ibadet etme ve dikkati dağıtmak en çok başvurulan yöntem olmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamındaki gebelerin doğum korkuları orta derecededir.

Doğum ağrısı çekmekten korkan gebelerin yaklaşık dörtte üçü ve doğum ağrısı çekmekten korkmayanların ise yaklaşık dörtte biri doğum olayının korkulacak bir durum olduğu düşüncesine sahiptir.

“Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?” sorusuna evet cevabını veren gebelerin doğuma ilişkin korkuları daha fazladır.

“Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?” sorusuna evet cevabını veren gebelerin doğuma ilişkin korkularının daha fazla olduğu saptanmıştır.

“Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?” sorusuna evet cevabını veren gebelerin doğuma ilişkin korkuları daha fazladır.

Önceki doğum tecrübesi “Çok İyi” veya “İyi” olan gebelerin şimdiki doğum için doğum korkusu düzeyleri düşük veya orta derecededir.

Önceki gebelik(ler)inde kendi sağlığı veya bebeğinin sağlığından endişe eden multigravidaların büyük çoğunluğu, şimdiki gebeliğinde de kendi sağlığı veya bebeğinin sağlığından endişe ederken; önceki gebelik(ler)inde hiç korkum yok diyen multigravidaların büyük çoğunluğu şimdiki gebeliğinde bu durumun tersini ifade etmişlerdir.

Doğum korkusuyla baş etmede “Tecrübeli arkadaşlarla konuşmak” yöntemini primigravidaların yaklaşık dörtte biri kullanırken, multigravidaların çok azı kullanmaktadır. Doğum korkusu ile baş etmede en çok tercih edilen yöntem olarak ibadet etmek ve dikkati dağıtmak bulunmuştur.

ÖNERİLER

- Doğum öncesi gebeler holistik yaklaşımla değerlendirilmeli; ihtiyaçları, eksiklikleri belirlenmeli ve gereken destekler sağlanmalıdır,
- Verilecek bakım ve destek gebelerin eğitim düzeylerine göre anlayabilecekleri şekilde düzenlenmelidir,
- Alanında uzmanlaşmış sağlık personelleri tarafından primipar ve multipar gebeler bilgilendirilmelidir,
- Eğitimler sırasında gebelerin bireysel olarak da değerlendirilip eksiklikleri tamamlanmalıdır,
- Doğuma ilişkin korkularının nedenleri belirlenip gerekli danışmanlık ve bakım hizmeti alması sağlanmalıdır,
- Gebeler; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere ait geleneksel inanç ve uygulamalar açısından sorgulanmalı, zararlı olabilecek alışkanlıklar açısından değerlendirilip bilinçlendirilmelidir,
- Gebenin eşine ve ailesine de farkındalık oluşturabilecek düzeyde eğitimlerin verilmesi planlanmalıdır,
- Sağlık profesyonellerinin de gebenin kullanabileceği gebelik ve doğum eylemi ile baş etme yöntemleri hakkında eğitimleri sağlanmalıdır,
- Gebelere daha kaliteli ve nitelikli bakım verebilmek için multidisipliner bir yaklaşım sağlanmalıdır,
- Doğum eylemini şiddetli ağrı olarak değerlendiren ve bu sebeple korku ve anksiyete yaşayan gebelere yardımcı olabilmek için sağlık çalışanlarına ağrıyla baş etme yöntemleri öğretilmelidir.

KAYNAKLAR

- Adams SS, Eberhard-Gran M, & Eskild A.(2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238-46.
- Akıcı,A., Tamirci, M., & Gören, M. Z. (2017). Gebelikte yaşanan fizyolojik değişikliklerin farmakokinetik mekanizmalar üzerine etkileri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, (7)71-7.
- Aksoy, A.N. (2015), Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, (2) 161-165.
- Aksoy, H., Özyurt, S., Aksoy, Ü., Açmaz, G., İdem Karadağ, Ö., Alparslan, M. A. vd. (2014). Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış, *Kocaeli Tıp Dergisi*, (3)1-7.
- Altıparmak, S., & Coşkun, A. M. (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-2624.
- Avcıbay, B. (2009), *Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 242807).
- Avcıbay, B., & Alan, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, cilt:4, sayı:3, 18-24.
- Babadağlı, B. (2008). Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,(11) 3, 96-105.
- Bakar Dertlioğlu, S., Çiçek, D., Uçak, H., Çelik, H., & Halisdemir, N. (2011). Gebelikte gözlenen deri değişiklikleri ve gebelik dermatozlarının incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 16 (4),170-174.
- Bakshi, R., Mehta, A., & Sharma, B., (2007). Tokophobia: fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, (10)1.
- Baş, T., , (2006) , “Anket”, Ankara, Seçkin Yayıncılık, s.45.
- Başgöl, Ş., & Kızılkaya Beji, N., (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (2),32-39.
- Bostancı Daştan, N., Deniz, N., & Şahin, B. (2015). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2),71-78.
- Ceylantekin, Y. (2006). *Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 193008) .
- Coşar, F., & Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*, (3)1, 18-30.

- Çapık, A., Sakar, T., Yıldırım, N., Karabacak, K., & Korkut, M. (2016). Annelerin doğum şekline göre doğumdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, (19)2.
- Çarıkcı, M. Y. (2012). *Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönem bakımına yönelik geleneksel uygulamalar*. Yüksek Lisans Tezi. T.C.Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 324196).
- Çatak B., İkişik H., Kartal SB, Öner C., Uluç HH., & Seğmen Ö. (2012). İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi*, 20(3),126-134.
- Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., & Üstün, Y. (2005). Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4), 247-252.
- Çiçek, Ö. (2016). *Doğum eyleminde uygulanan hemşirelik bakımının doğum korkusu, ağrısı, doğum süresi ve memnuniyete etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 424598).
- Çiçek, Ö., & Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8 (4), 263-268.
- Dağlar, G. & Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 429-441.
- Demirgöz Bal, M., Dereli Yılmaz, S. & Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *F.N. Hem. Dergisi (21) 2*, 139-146.
- Demirsoy, G., & Aksu, H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 36-45.
- Demiryay, A. (2006). *Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar*. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 192530).
- Dereli Yılmaz, S., & Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Dereli Yılmaz, S., Vural, S., & Bodur, S. (2010). Epizyotomi bakımında serum fizyolojik ve rivanolün iyileşme sürecine etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2),172-177.
- Diñç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., & Günaydın, S. (2014). Gebe eğitimi. *(Derleme).Dergipak HSP*, 1(1),68-76.
- Dönmez S., Yeniel Ö., & Kavlak O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, (3)3, 908-920.
- Dönmez, S., & Sevil, Ü. (2009). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (2)3, 106-112.

- Erden, S., & Şenol Çelik, S. (2015). Bir elektro analjezi yöntemi: transkütan elektriksel sınır stimülasyonu ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 50–60.
- Eriksson, C., Jansson, İ., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a swedish qualitative study. *Midwifery*, (22), 240–248.
- Ersanlı, Z., (1993). Gebelikte ve diyabette metabolik değişiklikler, *Perinatoloji Dergisi*, 1 -.70-74,1993.
- Ertem, G., & Sevil, Ü., (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (8)2.
- Eskicioğlu, F., Solmaz Hasdemir, P., Çelik, H., Mümtaz Koyuncu, F., (2014), Sağlık politikalarının, hekimlerin sezaryen kararı almalarında etkisi: ikinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(2),119-123.
- Farahat, A.H., Mohamed, H.S., Prof. Abd Elkader, S., & Amina El-Nemer, A.. (2015). Effect of implementing a birth plan on womens' childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes. *Journal of Education and Practice*. Vol.6, No.6, 2015.
- Genç Moralar, D., Aygen Türkmen, Ü., & Altan, A. (2011). Doğum Analjezisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 27(1), 5-11.
- Gökçe İşbir, G.,& İnci, F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *KASHED*, 1(1):29-4029.
- Gökçe İşbir, G., & Okumuş, H. (2011). Doğum ağrısı ile baş etmede güvenli yaklaşım: hipnozla doğum. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8 (2),7-10.
- Gönenç, İ.M. (2013). *Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür'ün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 339431).
- Gözükara, F., & Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–46.
- Gözükara, F., & Eroğlu, K.(2011), Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 90.
- Güleç, D., Öztürk, R.,Sevil, Ü.,& Kazandı, M. (2013). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 24(1),36-4.
- Güneştaş, İ. (2011). *Gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C Ondokuzmayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 298809).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verileri, 2013.

- Haider, G., Nishat,Z., Munir, A.A., & Haider, A. (2010). Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. *Liaquat University Hospital, Hyderabad Sindh, Pakistan*. (60)3, 13.
- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, & Stoll K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurses*. 38(5),567-76.
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlstrom, A., & Lundgren, I. (2011). A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Article in Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. s.536.
- Hotun Şahin, N. (2009). Seksio - sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (2)3, 93-97.
- İpek, A. (2014). *Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi, doğum*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi_sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 379386).
- Jones, L. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Blackwell Publishing Asia Pty Ltd and Chinese Cochrane Center, West China Hospital of Sichuan University. *JEBM*. 101–102 c 2012.
- Kahriman, İ. (2007). *Trabzon il merkezinde 6-12 aylık çocuğu olan annelerin bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 193455).
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergi*, (10) 1, 113-121.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, (20)3, 210-218 ISSN 1304-4869.
- Karabulutlu, Ö. (2014). Kars ilinde doğum sonu dönemde yenidoğan bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (4), 295-302.
- Karaçam, Z., & Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 19(1): 45-53.
- Karaöz, B., & Saruhan, A. (2012). Perinenin korunması için intrapartum girişimler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 1(4), 323-335.
- Keklikçi, S. (2018). *Primiparlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, TC. Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 520607).
- Kılıçarslan, S. (2008). *Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri*, Uzmanlık Tezi. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 203208).

- Kızıllırmak, A. (2011). *Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisi*. Doktora tezi. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 305986).
- Kitapçıoğlu, G., Yanıkkörem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 9(1), 47 – 54.
- Köksal, Ö. & Taşçı Duran, E. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 6 (3), 144-148.
- Kömürücü, N(ed). (2013). *Doğum ağrısı ve yönetimi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri (2. Baskı), 2.
- Koroğlu E.. (2006). *Kaygılarımız korkularımız*. Ankara, HYB Yayıncılık (1.Baskı), s.1-40.
- Körükçü, Ö. (2009). *Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği a versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 242161).
- Laursen, M., Hedegaart, M., & Johansen, J. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the danish national birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 115(3), 354-360.
- Lazoğlu, M., (2014), *Doğum korkusunun derecesine göre gebelerin öz-yeterlilik algısının karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 379377).
- Mamuk, R, & İnci Davas, N. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, (44)3.
- Melender HL. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *BIRTH*, 29,2.
- Naeimi, N., & Momeni, H. (2015). Study of Some Factors Contributing to Pregnant Women's Tendency to Choose a Delivery Method. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen Fakültesi Fen Bilimleri Dergisi*. (CFD), (36)3, 1740.
- Nieminen, K., Stephansson, O. & Ryding, EL. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (7), 807-813.
- Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, & Hildingsson I. (2011). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women Birth*. 25(3), 114-121.
- Özcan, H., & Oskay, Ü. (2014). Gebelikte fazla görülen solunum sistem hastalıkları ve bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 80-91.
- Özen Gün, E. (2018). *Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: karşılaştırmalı bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 530212).

- Özkan, S., Sakal, F.N., Avcı, E., Cici, E.F., & Tunca, M.Z. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler, *Turk J Public Health*. 11(2), 59-71.
- Öztürk Can, H., & Saruhan, A. (2008). Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19-37.
- Öztürk, T. (2014). *Travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinde hemşirelik desteğinin etkisi*. Yüksek Lisans tezi. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 359785).
- Penny P. Simkin, PT, and MaryAnn O'Hara, MD, MP. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, 139.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, & Saisto T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age. *And Obstetric Histor*. 116(1), 67-73.
- Saisto T, Ylikorkala O, & Halmesmaki E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol*, 94,679-82.
- Sani, R. M. (2015). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Faculty of Health Sciences Journal*, 1 (1).
- Sayiner F.D., Özerdoğan N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3),143-148 .
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., & Savcı, A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17 (3), 104-112.
- Schlinzig, T., Johansson, S., Gunnar, A., Ekström, TJ., & Norman, M. (2009). Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. *Acta Pædiatrica*.ISSN, 0803–5253.
- Seller, A. (2012). *Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 3143325).
- Serçekuş, P, (2011). Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Prev Med Bull*, 10(2), 239-242.
- Serçekuş, P. (2005). *Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi. TC. Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 163804).
- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *midwifery*, 25, 155–162.
- Stoll K, Hall W, Janssen P, & Carty E. (2013). Why are young Canadians afraid of birth? a survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian university students. *Midwifery*, S0266-6138(13)00222-2.
- Storksens, HT., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran M., (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(3), 318-24.

- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., & Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167.
- Şahin Büyük, D. (2017). *Gebelerin doğuma hazır oluşluk, doğum korkusu ve bilinçli farkındalık düzeylerinin doğum şekli tercihlerine etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. [\(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir\)](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir).(Tez Numarası 452596).
- Şahin, N., Dinç, H., & Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, (40),2, 57-62.
- Şaşmaz, G. (2015). *Kadının doğum eylemindeki destekleyici bakım algısı ile doğum korkusu arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. T.C.Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. [\(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir\)](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir).(Tez Numarası: 388570).
- Şekil 1: Erişim [<http://azkurs.org/normal-dogum-doc-dr-ali-yanik.html>].
- Taşçı, E., & Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3), 181-186.
- Taşçı Duran, E., & Ünsal Atan, Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Taşkın, L. (2007). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. ANKARA, Sistem Ofset Matbaacılık, s:80-297.
- Taşpınar, A., Özpınar, S., Çoban, A., & Küçük, M. (2014). The effects of prenatal care on cesarean section rates in a maternity and children's hospital. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 442-450.
- Teke, E. (2005). *Osmaniye'de doğumla ilgili inanç ve uygulamalar*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Dili Ve Edebiyatı Ana Bilim Dalı. [\(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir\)](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir). (Tez Numarası: 188089).
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2003). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*. Ankara.Hacettepe Üniversite Hastaneleri.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*. Ankara Hacettepe Üniversite Hastaneleri.
- Uçar, T. (2014). *Gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla baş etme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisi*. Doktora Tezi. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. [\(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir\)](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sayfasından erişilmiştir).(Tez Numarası 365373).
- Uçar, T., & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4 (2):54-58 ISSN:2146-6696.
- Uzunçakmak, C., Gültaş, A., Aydın, S., Var, A., & Özçam, H. (2013). S.B. İstanbul eğitim araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği'nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*, (14) 112-6, s:112-116.
- Üst, Z.D., & Pasinlioğlu, T. (2012). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, doi: 10.17681/hsp.96963 s:307-317.

- Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, KN. vd. (2005). The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. agency for healthcare research and quality advancing excellence in health care, evidence report, *Technology Assessment Number 112*, 2-60.
- World Health Organization. (2001). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Retrieved January 01, 2008, from World Health Organization (WHO). Caesarean section delivery, an increasingly popular option. *Bull World Health Organ.* 79(12), 1173.
- Yanikkerem, E., Altıparmak, S., & Karadeniz, G. (2006). Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum ISSN*, (8)3,10, s:36-42.
- Yılar, Z. (2014). Doğum eyleminde bel ağrısının hafifletilmesinde intradermal steril su enjeksiyonu, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, (17)3, 179-186.
- Yıldırım, G., & Hotun Şahin, N. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 14-20.
- Yılmaz Dereli, S., & Kızılkaya Beji, N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., & Kadanalı, S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 22(2), 104-110.
- Yılmaz, S. (2017). *Doğum beklentisi ile yaşanan doğum deneyimi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir.(Tez Numarası 478257).
- Yüksel Yakut, E. (2015). *Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri*. Yüksek lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir.(Tez Numarası 419871).

EK-1. ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu form, Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri hakkında bilgi toplamak için hazırlanmıştır. Bu araştırma benim yüksek lisans tez çalışmamdır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak ve sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Formda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Teşekkürler.

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık

Bilimleri Enstitüsü

Genel Hemşirelik ABD.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Hazel YALÇINSOY

1. Yaşınız:
2. Kilo:.....
3. Gebeliğiniz boyunca kaç kilo aldınız?:.....
4. Eğitim Durumunuz: 1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu
4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Üniversite ve üzeri
5. Mesleğiniz: 1. Ev hanımı 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek
6. Aile Tipiniz: 1.Çekirdek aile 2. Geniş aile 3.Diğer.....
7. Yaşadığınız yer: 1. Şehir 2. İlçe 3. Köy
8. Eşinizin Yaşı:.....
9. Eşinizin Eğitim Durumu: 1.Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Üniversite ve üzeri
10. Kaç gebelik geçirdiniz?: 1.1 2.2 3.3 4.4 ve üstü
11. Yaşayan çocuk sayısı: 1.Yok 2. 1 3.2 4. 3 ve üstü
12. Bu gebelik planlı bir gebelik mi? 1.Evet 2.Hayır
13. Gebelik haftanız:.....
14. Daha önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1. Düşük/ Düşük tehdidi 2. Erken doğum/Erken doğum tehdidi
3.Preeklemsi/Eklemsi 4. Diyabet 5. Kalp rahatsızlığı 6 Hayır
15. Şimdi ki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Düşük/ Düşük tehdidi 2. Erken doğum/Erken doğum tehdidi
3.Preeklemsi/Eklemsi 4. Diyabet 5. Kalp rahatsızlığı 6 Hayır

16. Şimdiki gebeliğiniz sırasında kaç kez tıbbi bakım aldınız ?

- 1.4 veya daha az 2. 5-7 kez 3. 8 veya daha fazlası

17. Şu anki gebeliğiniz sırasında gebelikle veya doğumla ilgili eğitimi\bilgiyi kimden/nerden aldınız?

1. Doktor 2. Ebe/ hemşire 3. Arkadaş 4. Anne (abla, kardeş, görümce vs.)
5.kitap 6. İnternet

18. Şimdiki gebeliğiniz sırasında eşiniz size duygusal ya da fiziksel yönden destek oluyor mu? 1.Evet 2.Hayır

19. Eşinizin dışında sosyal destek alıyor musunuz? (Anne, kız kardeş, görümce vb.)

- 1.Evet (Kim:.....) 2.Hayır

20. Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur? 1.Evet

2.Hayır

21. Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

22. Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır? 1.Evet

2.Hayır

23. Doğuma ilişkin korku kaynaklarınız nelerdir?

- 1.Ağrı 2.Kendi sağlığı 3. Bebeğinin sağlığı 4.Ne ile karşılaşacağını bilememe
5.Personele güvenmeme 6.Aşırı kanama 7.kontrolümü kaybetme 8. vajinal muayene, vajinal kesi ve yırtık korkusu
9. cinsel hayatının olumsuz etkilenmesi 10.Doğuramama 11.Doğum odasında yalnız kalma 12.Genel anestezi
13. Hiç korkum yok 14. Hepsi

24. Doğuma ilişkin korkularınızla baş etmede kullandığınız yöntemler nelerdir?

1. Hareket 2. Müzik 3. Dikkat dağıtma 4.Hayal kurma 5. Sıcak-soğuk uygulama
6.Banyo-duş 7.Masaj 8. Solunum egzersizleri 9. Sağlık çalışanlarından yardım alma
10. Tecrübeli arkadaşlarla konuşmak 11.ibadet ederim 12. Eş desteği 13. Hiçbiri 14.Hepsi

25. Daha önce yaşadığınız doğum eylemi tecrübesini nasıl tanımlarsınız?

1. Çok iyi 2.iyi 3. Kötü 4. Çok kötü

26. (Multigravidalarda) İlk gebeliğinizde doğuma ilişkin korkularınız nelerdi?

- 1.Ağrı 2.Kendi sağlığım 3. Bebeğinin sağlığı 4.Ne ile karşılaşacağını bilememe
5.Personele güvenmeme 6. Aşırı kanama 7.kontrolümü kaybetme 8. vajinal muayene, vajinal kesi ve yırtık korkusu 9. cinsel hayatının olumsuz etkilenmesi
10. Doğuramama 11.Doğum odasında yalnız kalma 12.Ölüm korkusu 13. Hiç korkum yok 14. Hepsi

EK-2. ÖLÇEK FORMU

WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VERSİYONU

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

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancularınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancularınızı ve doğumu düşününüz, ümit ettiğiniz şekli değil.

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç
mükemmel _____ mükemmel değil

2. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç
korkunç _____ korkunç değil

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

3. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç
yalnız _____ yalnız değil

4. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç
güçlü _____ güçlü değil

5. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç kendinden
Kendinden emin _____ emin değil

6. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç korkmamış
korkmuş

7. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece yüzüstü _____ Hiç yüzüstü
bırakılmış _____ bırakılmamış

8. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç
güçsüz _____ güçsüz değil

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

9. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece _____ Hiç

güvende					güvende değil
10.0	1	2	3	4	5
Son derece					Bağımlı
bağımsız					
11.0	1	2	3	4	5
Son derece					Hiç
umutsuz					umutsuz değil
12.0	1	2	3	4	5
Son derece					Gerginlik yok
gergin					
13.0	1	2	3	4	5
Son derece					Hiç
memnun					memnun değil
14.0	1	2	3	4	5
Son derece					Hiç
Hoşnut					hoşnut değil
15.0	1	2	3	4	5
Son derece					Hiç
terkedilmiş					terk edilmemiş
16.0	1	2	3	4	5
Tamamen					Hiç kendine
kendine hakim					hakim değil
17.0	1	2	3	4	5
Son derece					Hiç rahat
rahat					değil
18.0	1	2	3	4	5
Son derece					Hiç mutlu
mutlu					değil
19.0	1	2	3	4	5
Aşırı					Hiç panik
panik					değil
20.0	1	2	3	4	5
Aşırı					Ümitsizlik yok
ümitsizlik					
21.0	1	2	3	4	5
Aşırı çocuğa					Hiç çocuğa
kavuşma isteği					kavuşma isteği yok

22.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 Aşırı

Öz güveni

öz güvenli _____ yok

23.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece

Kendine güvensiz

kendine güvenli

24.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Aşırı

Hiç

ağrılı

ağrı yok

IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece kötü

Kötü şekilde davranacağım

davranmayacağım

26.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Bedenimin bütün kontrolü

Bedenimin bütün kontrolü

sağlamasına izin vereceğim

sağlamasına izin vermeyeceğim

27.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Kontrolümü tamamen

Kontrolümü

kaybedeceğim

kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece

Hiç keyif verici

keyif verici

değil

29.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece doğal

Hiç doğal değil

30.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Tamamen olması

Hiç olması gerektiği

gerektiği gibi

gibi değil

31.0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Son derece tehlikeli

Hiç tehlikeli değil

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

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

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Hiç

Çok sık

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

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Hiç

Çok sık

Sayı	42	9	13	58	6	72		
Yüzde	21,0%	4,5%	6,5%	29,0%	3,0%	36,0%		
7.	0 Hiç Yüzüstü bırakılmamış	1	2	3	4	5 Son derece yüzüstü bırakılmış	0,22	0,91
Sayı	186	2	4	2	1	5		
Yüzde	93,0%	1,0%	2,0%	1,0%	0,5%	2,5%		
8.	0 Hiç Güçsüz değil	1	2	3	4	5 Son derece güçsüz	1,90	2,07
Sayı	96	9	11	33	5	46		
Yüzde	48,0%	4,5%	5,5%	16,5%	2,5%	23,0%		
9.	0 Son derece güvende	1	2	3	4	5 Hiç güvende değil	0,80	1,40
Sayı	138	9	32	8	1	12		
Yüzde	69,0%	4,5%	16,0%	4,0%	0,5%	6,0%		
10.	0 Son derece bağımsız	1	2	3	4	5 Bağımlı	3,43	1,95
Sayı	35	2	32	12	10	109		
Yüzde	17,5%	1,0%	16,0%	6,0%	5,0%	54,5%		
11.	0 Hiç umutsuz değil	1	2	3	4	5 Son derece umutsuz	0,81	1,63
Sayı	153	7	7	10	4	19		
Yüzde	76,5%	3,5%	3,5%	5,0%	2,0%	9,5%		
12.	0 Gerginlik yok	1	2	3	4	5 Son derece gergin	3,75	1,78
Sayı	19	1	3	16	1	60		
Yüzde	19,0%	1,0%	3,0%	16,0%	1,0%	60,0%		
13.	0 Son derece memnun	1	2	3	4	5 Hiç memnun değil	2,07	2,16
Sayı	89	7	29	10	5	60		
Yüzde	44,5%	3,5%	14,5%	5,0%	2,5%	30,0%		
14.	0 Son derece hoşnut	1	2	3	4	5 Hiç hoşnut değil	2,52	2,17
Sayı	70	6	28	15	7	74		
Yüzde	35,0%	3,0%	14,0%	7,5%	3,5%	37,0%		
15.	0 Hiç terkedilmemiş	1	2	3	4	5 Son derece terk edilmiş	0,30	1,07

Sayı	182	2	5	3	0	8		
Yüzde	91,0%	1,0%	2,5%	1,5%	0,0%	4,0%		
16.	0 Tamamen kendine hakim	1	2	3	4	5 Hiç kendine hakim değil	1,07	1,63
Sayı	124	12	32	9	4	19		
Yüzde	62,0%	6,0%	16,0%	4,5%	2,0%	9,5%		
17.	0 Son derece rahat	1	2	3	4	5 Hiç rahat değil	2,68	2,05
Sayı	55	4	47	13	6	75		
Yüzde	27,5%	2,0%	23,5%	6,5%	3,0%	37,5%		
18.	0 Son derece mutlu	1	2	3	4	5 Hiç mutlu değil	1,88	2,17
Sayı	102	4	27	6	4	57		
Yüzde	51,0%	2,0%	13,5%	3,0%	2,0%	28,5%		
III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?								
19.	0 Hiç panik değil	1	2	3	4	5 Aşırı panik	2,73	2,11
Sayı	62	9	6	41	7	75		
Yüzde	31,0%	4,5%	3,0%	20,5%	3,5%	37,5%		
20.	0 Ümitsizlik yok	1	2	3	4	5 Aşırı ümitsizlik	0,77	1,52
Sayı	152	6	6	21	1	14		
Yüzde	76,0%	3,0%	3,0%	10,5%	0,5%	7,0%		
21.	0 Aşırı çocuğa kavuşma isteği	1	2	3	4	5 Hiç çocuğa kavuşma isteği yok	0,17	0,67
Sayı	184	5	8	1	2			
Yüzde	92,0%	2,5%	4,0%	0,5%	1,0%			
22.	0 Aşırı özgüvenli	1	2	3	4	5 Özgüveni yok	1,17	1,43
Sayı	101	16	58	9	5	11		
Yüzde	50,5%	8,0%	29,0%	4,5%	2,5%	5,5%		
23.	0 Son derece kendine güvenli	1	2	3	4	5 Kendine güvensiz	0,81	1,28
Sayı	128	16	38	8	3	7		
Yüzde	64,0%	8,0%	19,0%	4,0%	1,5%	3,5%		
24.	0 Hiç ağrı yok	1	2	3	4	5 Aşırı ağrılı	3,51	1,81

Sayı	26	10	14	40	6	104		
Yüzde	13,0%	5,0%	7,0%	20,0%	3,0%	52,0%		
IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?								
25.	0 Hiç kötü davranmayacağım	1	2	3	4	5 Son derece kötü davranacağım	1,23	1,85
Sayı	126	13	8	23	2	28		
Yüzde	63,0%	6,5%	4,0%	11,5%	1,0%	14,0%		
26.	0 Bedenimin bütün kontrolü sağlamanın izin vereceğim	1	2	3	4	5 Bedenimin bütün kontrolü sağlamanın izin vermeyeceğim	0,93	1,69
Sayı	142	10	16	6	4	22		
Yüzde	71,0%	5,0%	8,0%	3,0%	2,0%	11,0%		
27.	0 Kontrolümü kaybetmeyeceğim	1	2	3	4	5 Kontrolümü tamamen kaybedeceğim	0,99	1,60
Sayı	134	11	9	28	4	14		
Yüzde	67,0%	5,5%	4,5%	14,0%	2,0%	7,0%		
V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?								
28.	0 Son derece yalnız	1	2	3	4	5 Hiç Yalnız değil	0,07	0,38
Sayı	191	5	2	2	0	0		
Yüzde	95,5%	2,5%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%		
29.	0 Son derece doğal	1	2	3	4	5 Hiç doğal değil	0,02	0,19
Sayı	198	0	2	0	0	0		
Yüzde	99,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
30.	0 Tamamen olması gerektiği gibi	1	2	3	4	5 Hiç olması gerektiği gibi değil	0,16	0,75
Sayı	188	3	4	1	1	3		
Yüzde	94,0%	1,5%	2,0%	0,5%	0,5%	1,5%		
31.	0 Hiç tehlikeli değil	1	2	3	4	5 Son derece tehlikeli	1,33	1,84
Sayı	122	6	10	32	6	24		

Yüzde	61,0%	3,0%	5,0%	16,0%	3,0%	12,0%		
VI Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?								
	0					5		
32.	Öleceğine ilişkin hiç düşüncem olmadı	1	2	3	4	Öleceğine ilişkin çok sık düşüncem oldu	0,57	1,01
Sayı	133	38	20	4	1	4		
Yüzde	66,5%	19,0%	10,0%	2,0%	0,5%	2,0%		
	0					5		
33.	Bebelin zarar göreceğine ilişkin hiç düşüncem olmadı	1	2	3	4	Bebelin zarar göreceğine ilişkin çok sık düşüncem oldu	0,88	1,23
Sayı	99	65	15	9	5	7		
Yüzde	49,5%	32,5%	7,5%	4,5%	2,5%	3,5%		

Tabloda, W-DEQ A doğum korkusu ölçeğinde bulunan 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 ve 31. İfadeler ters yönde çevrilerek hesaplamalar yapılmıştır. Tabloda, ölçekte yer alan 33 ifadenin her birine verilen cevaplar için, frekans ve yüzde dağılımları ile ortalama ve standart sapmalar ayrı ayrı sunulmuştur.

EK-4. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş etme Yöntemleri

Sayın Katılımcı,

Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş etme Yöntemleri konusunda bir araştırma yapmaktayım. Doğum korkusu anne, fetus ve yeni doğanı birçok yönden etkilerken, ebeveynler arası ilişkilerde de olumsuzluklara sebep olmaktadır. Doğum korkusunun sağlık personelleri tarafından tanımlanması, düzeyinin saptanması, doğum korkusuna sebep olan faktörlerin belirlenmesi ve uygun girişimlerin planlanması önemlidir. Bu kadınla bir arada olan hemşirelerin, kadın hayatını birçok yönden etkileyen doğum korkusunu tanımlamaları, hemşirelik bakımlarını planlamada yol gösterici olacaktır. Amaç; doğum korkusunu tanımlamak, sebep olan faktörleri ele almak ve uygun hemşirelik yaklaşımlarını belirlemektir. Bu yaklaşımları belirleyebilmek için sizin ankete katılımınız ve vereceğiniz cevaplar önemlidir.

Yaptığımız ankete katılmayı kabul ettiğinizde size 10 dakika sürecek anket soruları sorulacaktır. Anket soruları sizin tecrübe, deneyim ve yorumlarınıza dayandığı için doğru veya yanlış yanıtlanma gibi bir durum söz konusu olmayacaktır. Anket sorularına verdiğiniz cevaplar gizli kalacaktır. Sizlerden alınan cevaplar tamamen bilimsel amaçlı bir araştırmaya dahil edilecektir. Ankete katılmak veya ayrılmak sizin isteğinize bağlıdır. Ankete katılmadığınızda ya da ayrıldığınızda size herhangi bir cezai işlem uygulanmayacaktır veya sizin zararınıza hiçbir durum olmayacaktır.

Araştırmaya Katılan Kurumlar: Kırklareli Devlet Hastanesi ve Özel Medikent Hastanesi

Toplam Katılımcı: 200 kişi

Katılımınız ve katkılarınız için

teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Sayın **Hemşire Hazel Yalçınsoy** tarafından **Kırklareli Devlet Hastanesi ve ya Özel Medikent hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde** tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu

bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

EK-5.ETİK KURUL KARARI



T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 13
Konu : Etik Kurul Karar

13/11/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 09/11/2015 tarihli ve 6946409/302.14-54 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa UĞUR danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Hazel YALÇINSOY'un 'Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri.' başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazınız ve ekleri 13.11.2015 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BAŞAT
Etik Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 sayfa)

EK-5. Devamı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU (2015-SBEK-13)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P13R00

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Hazel YALÇINSOY		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Anabilim Dalı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü		
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mustafa UĞUR		
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Perinatoloji Yandal Uzmanlığı		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ	YOK		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	YOK		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
DİĞER İSE BELİRTİNİZ				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>






EK-5. Devamı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU (2015-SBEK-13)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P13R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	09.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09.11.2015	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:13	Tarih: 13.11.2015				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aygül YANIK	İşletme Yönetimi ve Organizasyon	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK-6. ETİK KURUL KARARI (değişiklik)



T.C
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 3
Konu : Etik Kurul Karar

12/02/2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 19.02.2016 tarihli ve 6946409/302.14-23 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa UĞUR danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Hazel YALÇINSOY'un 'Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri.' başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında merkez değişikliği yapılması talebi 12.02.2016 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BASAT
Etik Kurul Başkanı

EK-7. DANIŞMAN DEĞİŞİKLİĞİ KARARI

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 21.02.2018
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2018/04

KARAR 02: Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa UĞUR' un emeklilik dolayısıyla 16.02.2018 tarihinde görevinden ayrılması nedeniyle, tez danışmanlığımı yürüttüğü öğrencilerin danışmanlık durumu görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa UĞUR'un, emeklilik dolayısıyla 16.02.2018 tarihinde görevinden ayrılması nedeniyle, tez danışmanlığımı yürüttüğü öğrencilere atanan tez danışmanlarının aşağıdaki şekilde kabulüne oybirliği ile karar verildi.

Öğrenci No:	Adı	Soyadı	Anabilim Dalı	Danışmanı
1148303011	Hazel	YALÇINSOY	HEMŞİRELİK	Doç.Dr. A.Yasemin KARAĞEYİM KARŞIDAĞ
1148303006	Banu	VATANSEVER	HEMŞİRELİK	Yrd. Doç. Dr. Sibel YAŞAR
1148302003	Ersin	ERSOY	HALK SAĞLIĞI	Yrd. Doç. Dr. Yeliz MERCAN

ASLININ AYNIĞIDIR

Melika YAVUZ TAŞCI
Enstitü Sekreteri
Raportör

EK-8. HASTANE İZİN FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 82030386/605
Konu : Araştırma İzni

Sayın Hazel YALÇINSOY
Karakaş Mah. Bağlar Yolu Sok. Ziya Güre Apt.
No:9 Kat:1 Daire:2

KIRKLARELİ

“Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri” konulu çalışmanız hakkında alınan Makam Onayı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Hüseyin ASLAN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Makam Onayı (1 sayfa)

Belgenin Aslı Elektronik İmza ile
Aşlı ile Aynıdır.
Mehmet TUNCA
V.H.K.L.

Karakaş Mah. Hastane Cad. No:9 C Blok KIRKLARELİ
Nuran ERDEN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 721011db-b67d-4aa2-9b93-062ee5538e52 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. HASTANE İZİN FORMU(devam)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kırklareli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 82030386/605
Konu : Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Hazel YALÇINSOY'dan alınan dilekçede, Genel Sekreterliğimize bağlı Kırklareli ve Lüleburgaz Devlet Hastaneleri'nde "*Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri*" konulu anket çalışmasını yürütmek istediği ifade edilmektedir.

Söz konusu çalışmanın kişisel verilere, gönüllülüğe ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışma sonucunun da Genel Sekreterliğimizce değerlendirilip onaylandıktan sonra kullanılması kaydıyla gerekli iznin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Hüseyin ASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2015

Dr.Fergan GENÇ
Genel Sekreter

Karakaş Mah. Hastane Cad. No:9 C Blok KIRKLARELİ
Nuran ERDEN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 88dba94d-5108-4b1c-9f70-733ec492616e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. HASTANE İZİN FORMU

özel
medikent
hastanesi

Sayı : 16/ *12*
Konu : Araştırma İzni Hk.

09.02.2016

İLGİLİ MAKAMA

Hazel YALÇINSOY'un anket çalışmasını Hastanemizde yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Turgay YÜCEL
Mesul Müdür



Adres: Dere Mahallesi, Edirne Asfaltı, Küme Evler No:6 Lüleburgaz/ KIRKLARELİ
Tel : 444 59 39 Faks: 0 288 412 46 00
web : www.medikenthastanesi.com e-mail : info@medikenthastanesi.com

EK-10. ÖLÇEK İZİN

İLT: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

 Ozgur Korukcu <ozgurkorukcu@akdeniz.edu.tr>
25.05.2018 Cum 10:08
Siz

 W-DEQ A (2).doc
66 KB

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

2 ek (166 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sevgili Hazel,
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunu ekte gönderiyorum. Ölçeğin geçerlik güvenirlik makalesi de var.. Çalışmada kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle.

Dr. Öğr. Üyesi ÖZGÜR KÖRÜKCÜ

EK-11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hazel	Soyadı	YALÇINSOY
Doğ.Yeri	Bulgaristan	Doğ.Tar.	01.07.1984
Uyruğu	T.C	Email	hazelvatansever84@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu	2008-2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Kırklareli Üniversitesi	2010-
2.	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	2009-2010
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
ingilizce	orta	orta	orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69,08120	66,72069	57,49266
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MIKROSOFT WORD	ORTA
POWER POINT	ORTA

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri