



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ADÖLESAN GEBELERİN DOĞUM HAKKINDA
BİLGİLENDİRİLMESİYLE DOĞUM KORKUSUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELEK IŞIK

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üyesi ASİYE KOCATÜRK

İSTANBUL – 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Melek IŞIK
Tez Başlığı : Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle
Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 14.04.2021 Saat: 09:00

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

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Asiye KOCATÜRK

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nuran AYDIN ATEŞ

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Zümrüt BİLGİN

Marmara Üniversitesi

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

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

MELEK IŞIK

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın yürütülmesinde ve oluşumun da engin bilgi birikiminden ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK’e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma sırasında benden desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Bahar İKİZ, Ayhan İKİZ, Esmâ KARAÇÖL, Fatma YOLUDAR, Sena GÜLLÜK’e ve tüm arkadaşlarıma kardeşlerim Sevda IŞIK ve Mehmet Şerif IŞIK’a

Her zaman arkamda olan beni destekleyen annem Hayriye IŞIK ve babam Halil IŞIK’a her zaman beni cesaretlendiren teyzem Şafia ESER ve çocuklarına,

Çalışmamızın veri tabanını sağlayan değerli katılımcılara,

Şükranlarımla...

Melek IŞIK

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Dünya’da ve Türkiye’de Adölesan Gebeliğin Görölme Sıklığı	5
4.2. Adölesan Gebeliğin Önemi	8
4.3. Adölesan Gebelik Nedenleri	10
4.3.1. Yoksulluk.....	10
4.3.2. Eğitim	10
4.3.3. Sosyal Kültürel Nedenler.....	11
4.3.4. İlk Evlenme Yaşı	12
4.4. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları.....	13
4.4.1. Maternal Sonuçlar.....	13
4.4.1.1. Preeklampsi ve Eklampsi	14
4.5. Adölesan Gebeleri Doğum Hakkında Bilgilendirme	15
4.6. Doğum Korkusu	15
4.6.1. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması.....	17
4.6.2. Doğum Korkusunun Nedenleri.....	18
4.6.2.1.Biyolojik Nedenler	18
4.6.2.2.Psikolojik Nedenler	19
4.6.2.3. Sosyal Nedenler	19
4.6.2.4. Plansız ve İstenmeyen Gebelikler	20
4.6.2.5. Önceki Doğum Deneyimleri.....	21
4.6.2.6. Kişilik Özellikleri	21

4.6.2.7. Depresyon ve Anksiyete	22
4.6.2.8. Çocukluk Döneminde Cinsel Taciz	22
4.6.2.9. Düşük SosyoEkonomik Düzey	22
4.6.3. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları	22
4.7. Doğum Korkusu ile Baş Etmede Sağlık Ekibi Üyeleri ve Ebelerin Rolü	25
5. MATERİYAL VE METOD	28
5.1. Araştırmanın Şekli	28
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri	29
5.4. Araştırma Soruları	29
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
5.6. Verilerin Toplanması	30
5.7. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler	30
5.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	30
5.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu	31
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	33
6.1. Normallik Analizi	33
6.2. Katılımcıları Tanımlayıcı Bulgular	33
6.3. Araştırma Sorularının Test Edilmesi	45
7. TARTIŞMA	48
8. SONUÇ	56
9. KAYNAKLAR	58
10. EKLER	68
EK-1	68
EK-2	71
EK-3	79
EK-4. ARAŞTIRMA İZNİ	80
EK-5. ONAM FORMU	81
11. ETİK KURUL ONAYI	82
12. ÖZGEÇMİŞ	85

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 6.1. Gebelerin ve Eşlerinin Yaş, Evlilik Yaşı ile Gebelik Haftası Ortalamaları.....	33
Tablo 6.2. Gebelerin ve Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 6.3. Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	36
Tablo 6.4. Gebelerin Sağlık Durumu.....	38
Tablo 6.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın Gruplara Göre Dağılımı	40
Tablo 6.6. Gebelerin Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Doğum Korkusu Düzeyleri	41
Tablo 6.7. Grupların Genel Özelliklerinin Doğum Korkusu Düzeyine Etkisi	42
Tablo 6.8. İlaç ve Tütün Kullanımının Doğum Korkusu Düzeyine Etkisi.....	44
Tablo 6.9. Doğum Hakkında Bilgi Alma, Sürekli İlaç Kullanma ve Eş Desteğine Göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanları.....	45
Tablo 6.10. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın Karşılaştırma Sonuçları.....	46
Tablo 6.11. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın LSD Çoklu Karşılaştırma Sonuçları...	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.1. Adölesan doğurganlık hızı, 2001-2019.....7

Şekil 4.1.2. Adölesan doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2018.....7



1. ÖZET

ADÖLESAN GEBELERİN DOĞUM HAKKINDA BİLGİLENDİRİLMESİYLE DOĞUM KORKUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dünya sağlık örgütü 10-19 yaşları arasındaki yetişkinliğe geçiş dönemini adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. Bu yaşlar arasında meydana gelen gebeliklere adölesan gebelik denir. Adölesan gebelikler beraberinde çeşitli sorunlar ve zorluklar getirmektedir. Çalışmamız adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunun değerlendirilmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evreni; Ocak-Mayıs 2020 tarihleri arasında Tekirdağ'da bir kamu hastanesinin Kadın Doğum Polikliniği ve Doğumhane Birimine başvuran gebe kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü belirlemede G*Power 3.1 programı kullanılmış ve 1. Grupta (bilgi alan) 66, 2. Grupta (bilgi almayan) 66 kişi olacak şekilde 132 adölesan gebeden oluşmuştur. Verilerin toplanmasında Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 26 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans (ANOVA) testi, t-Testi ve LSD testi kullanılmıştır. Bu çalışmada adölesan gebelerin doğum korkusu düzeylerinin dağılımlarında doğum hakkında bilgi alanların %19,7'sinin düşük, %45,5'inin orta, %34,8'inin yüksek; bilgi almayanların ise %12,2'sinin düşük, %43,9'unun orta ve %43,9'unun yüksek doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, adölesan gebelerin orta düzeyde doğum korkusu yaşadıkları göz önüne alınırsa, doğum korkusunun azaltılmasına yönelik gerekli bilgilendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerekmektedir. Çalışmanın sınırlılıkları düşünüldüğünde bu çalışmanın daha geniş bir evrende tekrarlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Gebelik, Doğum Korkusu, Gebe Bilgilendirme

2. ABSTRACT

ASSESSMENT OF BIRTH FEAR OF PREGNANCY OF ADOLESCAN WITH KNOWLEDGE ABOUT BIRTH

The World Health Organization defines the transition period to adulthood between the ages of 10 and 19 as the adolescent period. Pregnancies between these ages are called adolescent pregnancies. Adolescent pregnancies bring various problems and difficulties. Our study was planned as a comparative identifier in order to inform adolescent pregnant women about birth and evaluate birth fear. The universe of the research; It consists of pregnant women who applied to the Obstetrics Outpatient Clinic and Maternity Unit of a public hospital in Tekirdağ between January-May 2020. In determining the sample size, the G*Power 3.1 program was used and 132 pregnant adolescents were selected, 66 in the first group (receiving information) and 66 in the second group (without information). A version of the Descriptive Information Form and the Wijma Birth Expectation / Experience Scale (W DEQ) were used in collecting the data. SPSS 26 program was used for statistical analysis of the data. One-way variance (ANOVA) test, t test and LSD test were used to evaluate the data. In this study, 19.7% of those who received information about birth in the distribution of the levels of fear of birth of adolescent pregnant women were found to be low, 45.5% were medium; 34.8% is high; 12.2% of those who did not receive information were found to have low birth fear, 43.9% had medium and 43.9% had high fear of birth.

In conclusion, if it is taken into consideration that adolescent pregnant women have a moderate fear of birth, the necessary information studies to reduce the fear of birth should be given weight. Considering the limitations of the study, this study should be repeated in a larger universe.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Fear of Birth, Pregnant Informing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik dönemi ve doğum olayı, kadın yaşamının en önemli dönemlerinden birini oluşturur. Adölesan bir gebenin doğum olayını nasıl algıladığı doğum sürecini iyi geçirmesi açısından önemlidir. Doğum süreci aynı zamanda kaliteli bir doğum sonu dönem geçirmek, başta anne-bebek etkileşimi olmak üzere, emzirme, bebek beslenmesi, bebek bakımı ve lohusanın ruhsal sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşları arasındaki bireyler olarak tanımlanan ergenler, dünya nüfusunun neredeyse beşte birini temsil etmektedir (DSÖ,2016). Adölesan gebeliklerin görülme sıklığı, aile yapısı, sosyal, ekonomik ve kültürel özellikler, evlenme yaşı, dini inançlar, kontraseptif yöntem kullanımı birçok faktörün etkisine bağlı olarak değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelik oranları gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Bunun muhtemel nedeninin ise gelişmiş ülkelerde genç yaştaki kadınlara sağlanan eğitim ve kontraseptif olanaklarının gebe kalma riskini azaltması olduğu düşünülmektedir (Yaşar ve diğerleri, 2007; Abalı, 2017).

Bireylerin sosyal hayatı ve buna bağlı olarak kişisel hayatları aldıkları eğitimin süresi ve kalitesiyle doğru orantılıdır. Birey eğitiminin çok önemsenmediği bölgelerde özellikle kız çocuklarının eğitim hayatının yok denecek kadar az olması onları farklı yerlere yönlendirmektedir. Bu durumun oluşmasında gerek aileler gerekse de bulundukları yerin örf, adet, gelenek ve görenekleri etkili olmaktadır. Bu yaşta evlenmeler, eğitim bağlamında olgunluğa erişmemiş bünyeler 15-19 yaş aralığı olarak tabir ettiğimiz adölesan doğurganlık sınıfı içine girmektedir. TNSA'nın 2018 yılı verilerinde ilkokulu bitirmiş kadınların %20'si adölesan dönemde çocuk sahibi olurken bu oran lise ve üzeri eğitim alan kadınlar arasında %1'dir. Genç yaştaki gebelikler kişiyi sosyal hayattan alıkoyarken aynı zamanda da ekonomik anlamda özgürlüğünü kısıtlayıp bağımlı hale getirmektedir (Şolt ve Yazıcı 2015, TNSA 2018).

Adölesan gebeliklerin yüksek riskli olarak kabul edilmesinde geç gebelik tanısı koyma, yetersiz antenatal bakım, yetersiz beslenme, riskli gebelik davranışlarında bulunma, istenmeyen gebelik ve şiddete maruz kalma riskinin yüksek olması gibi

sebepler önemli yer tutmaktadır (Keskin ve Kıncı, 2018:33; Güzel vd., 2016:28; Melekoğlu vd., 2013:213).

Adölesan gebeliklerin anne ve bebek açısından fizyolojik, psikolojik olumsuzlukları da beraberinde getirdiği görülmektedir. (Kawakita vd., 2016:130; Jeha vd., 2015:1; Ganchimeg vd., 2014:40; Huang vd., 2014:260). Adölesan gebeliklerin yaşadığı olumsuzluklar anne ve bebek açısından ölüm oranını arttırmaktadır. Adölesan gebelerin bebek ölüm oranlarının daha ileri yaşta doğum yapan gebelere göre daha fazla olduğu görülmüştür (Huang vd., 2014:260; Naz, 2014:131).

Gebelik ve doğum fiziksel bir süreçtir. Buna rağmen doğum korkusu kadınlar üzerinde psikolojik etkiler oluşturur. Tokofobi gebelikten önce başladığında çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar bile birden fazla doğum kontrol yöntemi kullanmaya çalışırlar. Gebelik durumunda ise kürtaj gibi gebeliği sonlandırma yöntemlerine başvurabilirler. Doğum korkusunun bir diğer göstergesi birinci gebelik ile ikinci gebelik arasındaki sürenin uzun olmasıdır. Doğum korkusu yaşayan kadınların önemli bir özellikleri de sezaryen yöntemini tercih etmeleridir (Aksoy,2015:162).

Doğum korkusunu azaltmak için doğum ile ilgili bilinmeyen hakkında gebeye bilgi vermek, gebeyi cesaretlendirmek, korku ile başa çıkmasına yardım etmek, doğum hakkındaki düşüncelerini ifade etmesini sağlamak ve doğum eylemine yönelik olumlu düşüncelere daha çok yer vermesini sağlamak gerekir. (Meyer, 2013:218; Deliktas ve Kukulu, 2019:501). Ebeler bu konuda yeterli bilgi birikimine sahip olup adölesan gebelerin sorunlarına yönelik çözüm önerileri ile yaklaşmalı, bu gebelere karşı daha ilgili ve hoş görülü davranarak daha konforlu bir alan oluşturmalıdır.

Bu çalışma adölesan gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dünya’da ve Türkiye’de Adölesan Gebeliğin Görülme Sıklığı

DSÖ (2012), gelişmekte olan ölkelerde adölesan kızların %30’u 18 yaşın altında, %14’ü ise 15 yaşın altında evlendiğini rapor etmiştir. Başka bir çalışmada ise beş kız çocuğundan biri, gelişmemiş ölkelerde ise her üç kız çocuğundan biri 18 yaşın altında doğum yapmaktadır (DSÖ, 2012). DSÖ 2018 verilerine göre her yıl 15-19 yaş arasındaki 16 milyon adölesan ve 15 yaşından küçük 2,5 milyon adölesan gelişmekte olan bölgelerde doğum yapmaktadır. Dünya 15-19 yaşları arasındaki adölesanların önde gelen ölüm nedenleri ise gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlardır. Dünyada her yıl 15 ile 19 yaş arasındaki 3,9 milyon adölesan güvensiz koşullarda kürtaj olmaktadır (DSÖ, 2018).

Loaiza ve Liang (2013), 15 yaşına kadar canlı doğum yapan adölesanların oranının %3 olduğu bildirilmiştir. 18 yaşından önce Sahra Altı Afrika, Batı ve Orta Afrika’ da adölesan doğum oranı %28, Doğu ve Güney Afrika’ daki adölesan doğum oranı ise %4 olarak bildirilmiştir. Her yıl 18 yaşın altında olan 7,3 milyon adölesan kız doğum yapmaktadır (akt. Gürol ve diğerkleri, 2020; Kaya, 2020).

Sedgh ve arkadaşlarının (2016) 1990-2011 yılları arasında birden fazla ölkede yaptıkları çalışmada 10-14 yaş aralığındaki adölesan gebelik hızı en yüksek Macaristan’da bulunmuştur. Aynı çalışmada 15-19 yaş aralığındaki adölesan gebelik hızı binde 57 ile Amerika’da, en düşük ise İsviçre’de saptanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri’ nde (ABD) 2014 yılında 15-19 yaşlarındaki adölesanların doğum oranı bin kadın başına 24.2 doğumdur. ACOG 2017 verilerine göre ise 2015 yılında ABD’ de 15-19 yaşları arasındaki adölesanlarda doğum oranının bin kadın için 22.3 olduğu bildirilmiştir. Gebelik oranlarındaki düşüşlere rağmen ırkçı ve etnik eşitsizlikler nedeniyle Latin Amerika dışındaki beyaz ergenler ile karşılaştırıldığında, siyah ve İşpanyol ergenler arasında daha yüksek doğum oranları olduğu için hala bir sorun olarak devam ettiğı bildirilmektedir. DSÖ 2017 verilerine göre ise en düşük adölesan gebelik oranı %0,7 ile Kore Demokratik Halk Cumhuriyetidir (DSÖ, 2017).

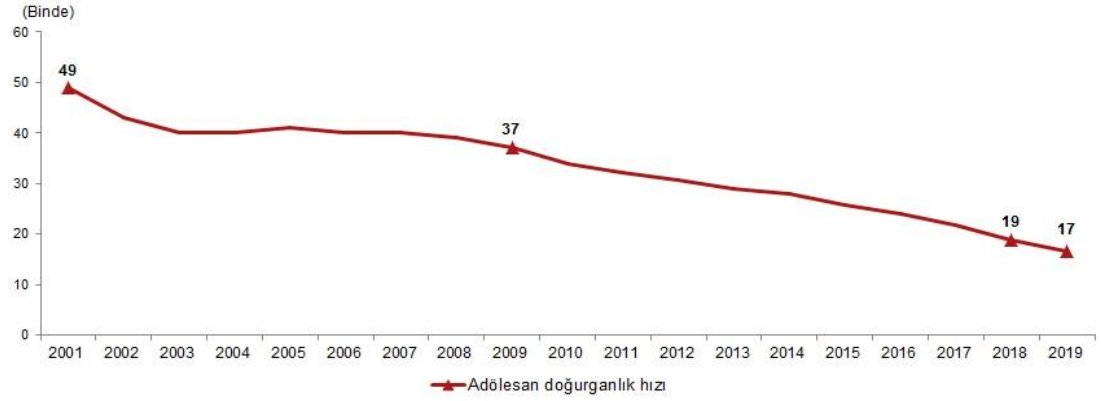
Adölesan gebelik oranının en yüksek olduğu ülke ise %229 oranıyla Merkez Afrika Cumhuriyeti'dir. Japonya'da adölesan gebelik oranı %4,4, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %26,6, Güney Afrika'da ise %54'tür. Dünya genelinde adölesan gebelik oranına bölgesel olarak baktığımızda Avrupa bölgesinde %1,3- 54 arasında, Amerika Bölgesi'nde %12,6- 115,6 arasında, Afrika Bölgesinde %12,4-229 arasında, Doğu Akdeniz Bölgesinde %6-87 arasında, Batı Pasifik Bölgesinde %1,7-105,3 arasında, Güney Doğu Asya Bölgesi'nde ise %0,7-113 arasında değişmektedir (Gürol ve diğerleri, 2020).

Dünya genelinde tüm doğumların yaklaşık onda birini temsil eden 15 milyon bebeğin adölesan annelerden doğduğu bildirilmektedir. Türkiye'de tüm doğumların yaklaşık %20' si riskli olarak kabul edilen 20 yaşın altında ve 35 yaş üzerinde görülmektedir. Türkiye'de yaşa özel doğurganlık hızı 15-19 yaşları arasında bin kadın başına 31'dir. TÜSEB ve TÜİK 2018 verilerine göre ise 2017 yılında adölesan doğurganlık hızı binde 21 olarak bildirilmiştir (TÜSEB, 2018 ve TÜİK, 2018).

Ülkemizde adölesan yaşta olan kadınların %5' i çocuk doğurmaya başlamıştır. Yine adölesan dönemdeki kadınların %3' ünün bir canlı doğumu olmuş, %1' i ise ilk çocuğuna gebedir. Türkiye' de çocuk doğurmaya başlama 18 yaşından itibaren artmaktadır. 19 yaşındaki adölesanların %19' u ya ilk çocuğuna gebedir ya da anne olmuştur. Yaşanılan bölge, eğitim durumu hane halkı refahı da adölesan gebelik oranını etkilemektedir. TNSA 2018 sonuçlarına göre kırsal alanda adölesanlarda gebelik oranı %7, kentte adölesan gebelik oranı %2'dir. Buda bize kırsal alanda adölesan gebeliklerin daha çok görüldüğünü göstermektedir. Adölesan gebelik oranı batıda %2, güney, orta ve doğu'da %7'dir (TNSA, 2018).

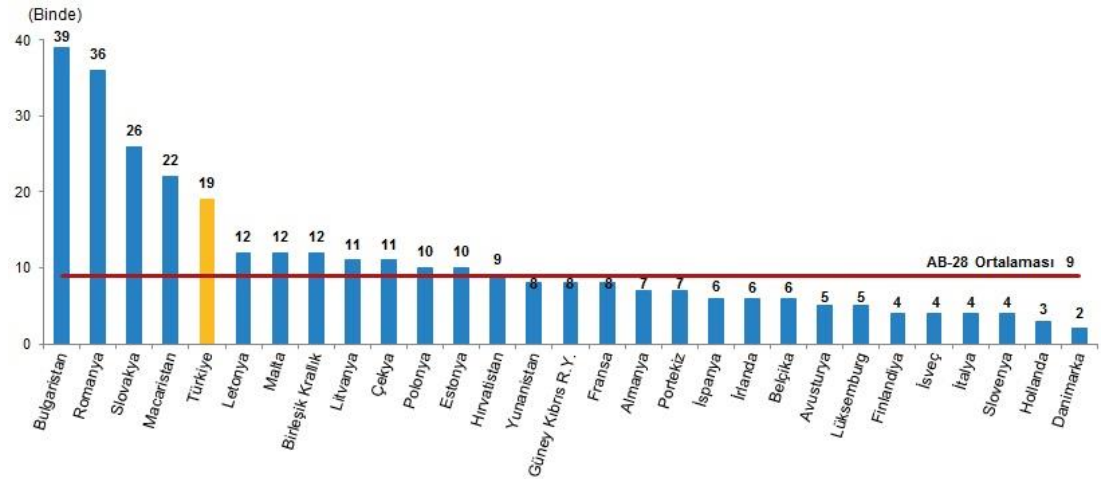
Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Adölesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2019 yılında binde 17'ye düştü. Diğer bir ifadeyle, 2019 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 17 doğum düştü (TNSA, 2019).

Şekil 4.1.1.: Adölesan doğurganlık hızı, 2001-2019



Avrupa Birliği üyesi 28 ülkenin adölesan doğurganlık hızları incelendiğinde, 2018 yılında en yüksek adölesan doğurganlık hızının olduğu ülke binde 39 ile Bulgaristan, en düşük adölesan doğurganlık hızının olduğu ülke ise binde 2 ile Danimarka oldu. Adölesan doğurganlık hızı 2018 yılında binde 19 olan Türkiye, Avrupa Birliği üyesi 11 ülke ile beraber Avrupa Birliği ortalamasının üzerinde yer aldı (TNSA, 2019).

Şekil 4.1.2.: Adölesan doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2018



Eğitim seviyesi ile adölesan gebelik arasında ters yönde bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesi fazla olan adölesanların eğitim düzeyi az olan adölesanlara göre çocuk doğurma davranışı daha düşüktür. Eğitimi olmayan kadınların %17' si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken bu oran en az ilkokul mezunu kadınlarda %8' dir. Refah düzeyi de adölesan gebelik oranını etkilemektedir. Orta,

düşük ve en düşük refah seviyelerindeki ailelerde adölesan gebelik oranı %6-8, en yüksek refah düzeyine sahip ailelerde adölesanlardaki gebelik oranı ise %3 veya daha azdır (Barut ve Cooper, 2009; Birol, 2000).

Diyarbakır'da yapılan çalışmada, doğum yapan kadınların %10,3' ünün 19 yaşın altında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların yarısından çoğunun (%59,7) 18 ve altı yaşta evlendiği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada adölesanların yaklaşık %6,4'ü evli, %4,9'u gebe ve %4,8'i doğum yaptığını belirtmiştir. Aynı çalışmada, eğitimsizlik ve işsizliğin adölesan anneler için riski artırdığı saptanmıştır (Kızılkaya, 2020).

4.2. Adölesan Gebeliğin Önemi

Adölesan gebelikler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen küresel bir problemdir. Adölesan anneler ve bebekleri ölüm veya hastalık riski taşıdıklarından dolayı adölesan dönemdeki doğurganlık önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Çalışmalar annelerin yeterli düzeyde doğum öncesi bakım almadıklarını ve obstetrik komplikasyonlarla sık karşılaştıklarını göstermektedir. Sayar' in belirttiğine göre günümüzde adölesanlar önceki kuşaklara göre daha erken yaşlarda cinsel ilişki deneyimi yaşamaktadır (Patur, 2003; Şahin, 2009).

Ergenlik döneminde gençler, artan özerklik ve birçok alanda deneyim kazandıkça sayısız fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişikliklere yönelirler. Deneyim, alkol veya uyuşturucu kullanımını, tütün içmeyi ve cinsel aktiviteyi içerebilir. Bunların tümü istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarıyla ilişkilendirilebilir (Kanbur,2010).

Gelişmekte olan ülkelerde cinsel yönden aktif olan gençler doğum kontrol yöntemlerini kullanmaya ve/veya kürtaj olmaya özendirilmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebe oranlarındaki düşüklüğe aile planlamasına katkıda bulunan sağlık personelinin gayretlerine, cinsellik eğitimine, sorumlu cinsel tutum için güçlü toplumsal desteğe, eşit bir gelir dağılımı sağlayan sosyal devletin varlığına, evlilik dışı cinsel ilişkiyi yargılayan aşırı tutucu ve aşırı dinciliğin olmayışı gibi faktörlere bağlanmıştır (Gümüş ve diğerleri, 2010).

Birleşmiş Milletler ve DSÖ, güvenli yollardan aile planlamasına erişimin bir insan hakkı olduğunu çünkü cinsiyet eşitliğini teşvik etmek, kadınların özerkliğini ilerletmek ve yoksulluğu azaltmak için gerekli olduğunu düşünmektedir (DSÖ,2018). DSÖ, aile planlamasında bakım kalitesini arttırmak için çeşitli yöntemler arasından seçim yapmanın, bilinçli seçimin, mahremiyetin ve mahremiyet ile genç kadınların kültürel ve dini inançlarına saygılı ilişkinin, farklı kontraseptif yöntemler sunmanın, riskleri ve faydaları hakkında kanıta dayalı bilgiler sağlamanın; eğitimli sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmenin, hizmete kolay erişimin önemli olduğunu vurgulamaktadır (DSÖ,2018). Dünya Sağlık Örgütü ayrıca hiçbir doğum kontrol yönteminin yalnızca yaşa bağlı olarak kontrendike olmadığını belirtmektedir (DSÖ,2018). Bununla birlikte, kontraseptif eğitim ve bilgiye erişim ve kontraseptif yöntemlerin varlığı ve erişilebilirliği, özellikle ergenler için sosyal, kültürel, politik ve dini etkilerin karmaşık dinamiklerinden etkilenebilir. Bu duruma göre doğum kontrol bakımı almak ve danışmanlık almak cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olan ergenleride kapsar.

Sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin dörtte biri adölesan yaş grubunda olduğu görülmektedir. Adölesan gebelikler sadece anne sağlığını değil bebeğin sağlığını da etkilemektedir ve bu gruptaki kadınların bebeklerinde daha fazla prematüre ve düşük doğum ağırlığı görülmektedir (Tüik Doğum İstatistikleri 2017, Tüik Doğum İstatistikleri 2018).

DSÖ' nün bildirdiğine göre adölesan gebeler 20-24 yaşlarındaki gebelere göre daha yüksek oranda eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon riski ile karşı karşıyadır (DSÖ, 2018). Adölesan annelerden doğan bebeklerde düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ağır neonatal hastalıklar bakımından yüksek risklerle karşı karşıyadır. Adölesan gebelikler anne ve bebek sağlığına getirdiği riskler kadar topluma ve ülkelerin ekonomisine de ağır yükler getirmektedir (Şen, 2011). ABD' de adölesan anne ve bebeklerinin izlemlerinin daha sık yapılması ve riskli bir grup olmaları nedeni ile her yıl sigorta şirketleri 9 milyon dolar fazla ödeme yapmaktadır. Tüm bu veriler adölesan gebeliklerin hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Sevil ve Özhan, 2004; Sezen ve Ünsalver, 2018).

4.3. Adölesan Gebelik Nedenleri

Çalışmanın bu kısmında adölesan gebelik nedenlerinden bahsedilmesi planlanmaktadır. Bu kapsamda yoksuluk, eğitim, sosyo-kültürel nedenler ile ilk evlenme yaşı unsurları ele alınacaktır.

4.3.1. Yoksulluk

Gebelik yaşayan adölesanların çoğu düşük gelirli ailelere sahiptir. Yoksul ailelerden gelen adölesan kızların sosyo-ekonomik düzeyi yüksek adölesan kızlardan daha çok cinsel ilişkide bulunmaktadır ve gebelik risklerini daha az bilmektedir. TNSA 2018 verilerine göre; en düşük refah seviyesine sahip ailelerde yaşayan adölesanların %9'u, en yüksek refah düzeyine sahip adölesanların %1'inden azının çocuk doğurmaya başladığı bildirilmiştir (TNSA, 2018). Yoksul ve eğitim düzeyi düşük adölesanların çocuk denecek yaşlarda cinsel ya da fiziksel şiddete maruz kalmış ve bu adölesanların anneleri de adölesan yaşta doğum yapmıştır.

Bazı toplumlarda kız çocukları aileye ekonomik bir yük gibi görülüp, evlendirilerek maddi yönden rahat edeceği, iyi giyineceği, iyi besleneceği düşüncesiyle yoksul aileler adölesan yaşta kızların evliliğini uygun görmektedir. Bu tür kız çocuğunun ekonomik yük olarak algılandığı toplumlar da evden bir kişinin eksilmesinin ailenin ekonomik yükünü azaltacağı görüşüyle kızlar başlık parası, çeyiz parası veya herhangi bir mal karşılığında evlendirilip ailelere gelir kaynağı olarak görülmektedir. Borja ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin yaşadığı konutlarda çeşme suyu, elektrik, alafranga tuvalet gibi sosyodemografik göstergelerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir (Borja ve Adair, 2003). Özşahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin evlenmeden önceki aile gelirlerinin düşük olduğu, ortalama 5.1 kardeşe sahip olduğu ve geniş ailelerde yaşadığı belirtilmiştir (Özşahin, 2017).

4.3.2. Eğitim

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların okur-yazar olma oranı, eğitim seviyesi ve kadının statüsü erkeklerin statüsü ve eğitim durumundan daha düşüktür. Eğitim seviyesinin azlığı ve gelenekler yüzünden erken yaşta evlilik ve buna bağlı gebelikler fazladır. Eğitim düzeyi ve sosyal statüsü düşük olan ve evlenmeden cinsel ilişki

yaşayıp gebe kalan adölesan, ailesi tarafından reddedilme tehlikesiyle de karşı karşıya kalmaktadır (Atik ve Örtten, 2008; Doğan ve Doğan, 1992).

Adölesanın kendisinin, eşinin/partnerinin ve ailesinin eğitim seviyesinin düşük olması adölesan gebelikler için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. DSÖ, 18 yaşın altında 12 yıldan daha az eğitim gören adölesanların daha fazla eğitim görenlere göre 6 kat daha fazla doğum yaptığını rapor etmiştir. TNSA 2018 sonuçlarına göre ilkokulu bitirmiş kadınların %20'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken, lise ve üzeri eğitim almış kadınların ise %1' inin çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir (TNSA,2018). Sonuç olarak adölesan yaşta yapılan evlilikler ve bunun sonucunda oluşan adölesan gebelikler kadının eğitim görmesini, meslek sahibi olmasını, çalışma yaşamına katılmasını engellemekte ve adölesanın toplum içindeki statüsünü ve sosyoekonomik durumunu etkilemekte olduğu görülmektedir.

4.3.3. Sosyal Kültürel Nedenler

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde gelenekler ve kültürel yapı erken yaşta evliliklerin ve gebeliklerin en önemli sebepleri arasında sayılabilir. Bunun yanında kültürel sebepler ile ailelerin çocuklarının evlenmelerini bir an önce görme isteği, çocukların aile açısından bir yük olarak görülmesi, başlık parası gibi maddi beklentiler erken yaşta yapılan evliliklerin sebepleri arasında sayılabilir (Aydın, 2013; Akman ve diğerleri, 2012; Körükçü, 2017).

İlk evlenme yaşının gebelik ve doğum üzerinde önemli bir etkisi vardır. Türkiye'de evlilik toplumsal olarak çocuk doğurmak için kabul gören, onaylanan dönemin başlangıcıdır. Erken yaşta evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altındadır. Küçük yaşlarda anne veya babasını kaybedip üvey ebeveyne sahip olan, anne-babası boşanmış olan, ailesinde çocuk sayısı fazla olan, aile içi iletişimleri bozuk olan, ailesinde suça eğilimli veya suç işlemiş kişiler bulunan, adölesanda veya adölesanın ailesinde madde bağımlılığı bulunması, ailesinde cinsel istismar varlığı bulunan veya adölesanın ailesinde mental sorun varlığının aile içinde huzursuzluk ve kavgalara sebep olması nedeniyle adölesan yaşta cinsel ilişki yaşamak veya çocuk doğurmanın normal olarak görülmesi görüşüyle karşımıza erken yaşta evliliklerin ve bunun sonucu olan adölesan gebelikleri çıkarmaktadır (Li ve diğerleri, 2005).

Toplulun kız çocuklarına bakış acısı, kızlarının namusunu koruma isteğinin olması, ailelerin kızlarının evlilik öncesi cinsel birliktelik yaşamasını önleme çabası, daha fazla sayıda çocuk olma isteğinin ve imkanının olması gibi faktörler adölesan evliliklerin oranını artırmakta ve buna bağılı olarak da adölesan gebelik oranlarının yükselmesine sebep olmaktadır (Kaya, 2020).

4.3.4. İlk Evlenme Yaşı

Evlilik yaşının adölesan gebeliğı etkileyen en önemli nedenlerden biri olduğı bilinmektedir. Canbaz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada adölesan gebelerin %31,4'ünün 13-16 yaş arasında evlendiğı görölmektedir. Özşahin ve arkadaşları 15-19 yaş arasındaki kadınların %6,4'ünün evli olduğunu, %4,9'unun en az bir gebelik geçirdiğı bildirilmektedir (Aydın, 2013; Gözüylmaz ve Baran, 2011).

Medeni Kanunu'nda evlilik yaşı şu şekilde geçmektedir; 'Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadıkça evlenemez. Hakim olağanüstü durumlarda ve pek çok önemli nedenle 16 yaşını doldurmuş erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Türkiye'de yasal evlilik yaşı 18' dir (4721 sayılı TMK). Evlilik yaşına ilişkin farklı uygulamaların olması, 18 yaşından küçük bir kız çocuğunun evlendirilmesinin anne baba izni, hakim kararına bırakılması erken evliliklerin önünü açmakta ve buna bağılı olarak da adölesan gebelikleri karşımıza çıkarmaktadır.

Türkiye'de ebeveynlerin onayı ile en düşük evlilik yaşı hem erkek hem kadın için 17'dir. TNSA 2018 verilerine göre 15-19 yaş arası kadınların %4,8'i evlidir. Evlilik dışı çocuk sahibi olmak Türkiye'de yaygın olmadığı için evlenmemiş kadınların nüfusunun oranı doğurganlık düzeyini doğrudan etkilemektedir (TNSA, 2018). Erken yaş evlilikler sonucunda adölesan gebelikler karşımıza çıkmakta ve bu şekilde adölesan gebeliklere özen artmaktadır. Molina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin %42'sinin annesinin de adölesan yaşta doğum yaptığını belirtmiştir (İskenderoğlu, 2020).

Ülkemizin bazı bölgelerinde kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi normal olarak görölmekte ve gelenek veya kültürel olarak da desteklenmektedir. Adölesan evlilikler sonucu ortaya çıkan adölesan gebelikler adölesan yaşta olan çiftler tarafından istenmese de aile büyükleri tarafından planlanmış ve istenen bir gebelik

olduğu görülmektedir. Ayrıca toplumun adölesan yaşta evlenen kıza yaptığı çevre baskısı (doğurganlığını kanıtlama isteği) üzerine aile planlaması yöntemlerini kullanmadıkları da görülmektedir. Tüm bunlardan dolayı adölesan evlilikler dünyada ve Türkiye’de önemli bir sorundur (Aydın, 2013).

4.4. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları

Adölesanların biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan gerekli olgunluğa erişmeden gebe kalmaları hem anne hem de bebeğin hayatında önemli sorunlara yol açtığından dolayı bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Ayyıldız ve diğerleri, 2015). Dünyadaki bütün veriler anne ve bebek ölüm hızlarının en çok olduğu dört tip gebeliğe işaret etmektedir. Bunlar; 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük kadınların gebelikleri, dört veya daha fazla sayıdaki gebelikler, bir önceki gebelikleri arasında iki yıl ve/veya daha kısa süre olan gebeliklerdir (Abalı, 2017).

Adölesan gebelikler yüksek riskli gebeliklerdir ve yüksek maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Yılda yaklaşık olarak 70.000 adölesan gebelik ve doğumla ilgili nedenlerle ölmektedir. Erken yaştaki gebeliklerde riskler gebelik, doğum ve yeni doğan riskleriyle sınırlı değildir, doğum sonu komplikasyonları kapsayan riskler de vardır. Bunun yanında adölesan anneler ile bebekleri hastalık ve ölüm riski de taşımaktadır. Erken yaşta başlayan gebelikler geniş ailelerin oluşmasına neden olur. Bu durum hem demografik hem de anne çocuk sağlığı açısından önemli olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Erken yaşta evlenen kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı düşük olduğundan gebeliğe bağlı risklerin görülme oranı daha yüksektir (Kömürcü, 2008).

4.4.1. Maternal Sonuçlar

Adölesan gebelikler, genç kızları eğitim gibi temel bir haktan ve diğer birçok sosyal haktan mahrum bırakmaktadır. Ayrıca, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemekte, diğer gebeliklere kıyasla daha riskli kabul edilmektedir. Adölesan gebeliklerde görülen gebelik ve doğum komplikasyonları diğer gebeliklere göre %60 daha fazla görülmektedir. Gebelik süresince kadın vücudunda çeşitli yapısal ve işlevsel değişiklikler görülmektedir. Kadın biyolojik ve sosyal yönden gelişimini tamamlamadan gebe kaldığında hem anne hem de bebek bu süreçten olumsuz

etkilenmektedir. Adölesan gebelikler genel olarak riskli gebelikler olarak kabul edilmekte, tıbbi ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda doğurganlık yaşı küçüldükçe annelerde komplikasyon görülme riskinin yükseldiği bildirilmiştir. Adölesan gebelikler de yaşanabilecek sorunlar anne yaşı kadar, olumsuz yaşam koşulları, düşük sosyo-ekonomik durum, olumsuz sağlık koşulları, beslenme bozukluğu, kötü alışkanlıklar, antenatal bakım yetersizliği de etkili olmaktadır (Abalı, 2013; Gürol ve diğerleri, 2020).

4.4.1.1. Preeklampsi ve Eklampsi

Preeklampsi genellikle gebeliğin 20. haftasından sonra veya doğumdan sonra yedi gün içinde gelişen hipertansiyon veya proteinüri ile ortaya çıkan bir durumdur. Preeklampsi maternal ölümlerin %18-20'sinden sorumludur. Gebeliğin başında kan basıncı normal olan bir hastada 20. gebelik haftasından sonra kan basıncının 140/90 mmHg ve daha yüksek olması ya da önceki ölçümlere göre sistolik basınçta 30 mmHg, diyastolik basınçta ise 15 mmHg'lık artış hipertansiyon açısından tanı koydurucudur. Proteinüri glomerüler hasarın göstergesidir. Laboratuvar analizinde 24 saatlik idrarda 300 mg ve üstü protein görülmesi, 6 saatlik veya daha fazla ara ile alınan en az 2 idrar örneğinde +1'den fazla proteinüri olması patolojik proteinüri tanısı için yeterlidir (Kömürcü, 2008; Derman, 2020).

Preeklampsi ve eklampsi 20 yaş ve üzeri gebeliklere göre adölesan gebelerde daha sık görülmektedir. Gelişimini tamamlamadan adölesan da meydana gelen gebelik ile artmış metabolizma, yeterli düzeyde olmayan doğum öncesi bakım, düşük sosyoekonomik ve eğitim seviyesi preeklampsi görülme sıklığını artırmaktadır. Eklampsi görülmesi ise ender karşılaşılan bir durumdur. Kawakita ve arkadaşları erken adölesan gebelerde preeklampsi ve hemoliz, artmış karaciğer enzimi düzeyleri düşük trombosit sendromu risklerinin artmış olduğunu tespit etmiştir (Kaya, 2020).

Melekoğlu ve arkadaşları, adölesan grupta preeklampsi (%31,3) görülme sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğunu belirlemiştir. İnalöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan grupta eklampsi gelişiminin fazla olduğu görülmüştür. Seçkin ve arkadaşları da preeklampsinin adölesan gebe grubunda daha yüksek oranda görüldüğünü tespit etmiştir. Bu oranın yüksek olması gebelerde maternal ve fetal morbidite ve mortalite riskinin arttığını göstermektedir. Adölesan gebelikler maternal

ve fetal kötü sonuçlara yol açtığı için yüksek riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir (Melekoğlu ve diğerleri, 2013).

4.5. Adölesan Gebeleri Doğum Hakkında Bilgilendirme

Adölesan gebeleri doğum süreci hakkında bilgilendirme çok önemlidir. Zira adölesan gebelikler genel olarak 19 yaşın altındaki kadınların gebeliği olarak kabul edilmekte olup ülkeler arası karşılaştırılabilirlik açısından doğum gerçekleştiğinde 15-19 yaş arasında olan gebelikler adölesan gebelikler olarak tanımlanmaktadır. Adölesan gebelikler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere meydana gelen küresel bir problemdir. Adölesan anneler ve bebekleri ölüm veya hastalık riski taşıdıklarından dolayı adölesan dönemdeki doğurganlık önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Çalışmalar annelerin yeterli düzeyde doğum öncesi bakım almadıklarını ve obstetrik komplikasyonlarla sık karşılaştıklarını göstermektedir. Sayar' in belirttiğine göre günümüzde adölesanlar önceki kuşaklara göre daha erken yaşlarda cinsel ilişki deneyimi yaşamaktadır. Tüm bu durumlardan dolayı adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesi yapılması ülkelere zorunluluk olarak kabul edilmeli ve uygulanmalıdır (Biol, 2000; Aydın, 2013; Abalı, 2017).

4.6. Doğum Korkusu

Gebelikte biyopsikososyal değişimler gerçekleşir. Gebe kadın ortaya çıkan bu değişimlere uyum sağlayarak doğuma ve anneliğe hazırlanır. Hem doğum hem de doğum sonrası süreç için kadınlarda bir korku duygusu ortaya çıkabilir. Tıp alanındaki gelişmelerle beraber doğum süreçlerinin ve doğum sonrası süreçlerin daha sağlıklı ve güvenli bir biçimde yürütülmesine rağmen birçok gebe kadında doğum korkusu gözlemlenebilmektedir. Aslında yaşanan korkunun makul bir seviyede olması kadının kendisini doğuma ve anneliğe hazırlaması noktasında faydalı olacaktır. Diğer tarafta, gebelik başlamadan önce oluşan veya yüksek düzeylerde olan korku “tokofobi” olarak isimlendirilir. Doğum korkusu olarak da isimlendirilen tokofobi gebelik ile ilgili bir anksiyete türüdür. Tokofobinin en önemli özelliği doğum sırasında ölüm korkusudur (Uçar ve Gölbaşı, 2015: 54).

Yukarıda da bahsedildiği üzere doğum korkusunun makul bir düzeyde olması motive edici bir işlev görür. Diğer tarafta gebelikten önce başlaması ve giderek

şiddetini artırması gebe kadın üzerinde kötü etkiler bırakır. Kavram olarak ilk kez 2000`li yıllarda üzerinde durulan doğum korkusu panik olma, gerginlik, kaygı, depresyon, üzüntü ve kuşkuculuk duygularını ortaya çıkarır. Ayrıca kadınlarda kimseyle konuşmama isteği, içe kapanıklık, sorunlarını dile getirmeme ve benzeri davranışlar sergilenir (Sezer ve Ünsalver, 2018: 30).

Doğum korkusu kapsamında ortaya çıkan olumsuz duygular şu şekilde listelenebilir:

- Bebeğin malformasyonlu olması
- Doğum esnasında bebeğin ölmesi
- Doğum esnasında bebeğin zarar görmesi
- Beklenmedik bir biçimde sezaryene gereksinim duyulması
- Doğum sancıları/ağrıları
- Kadının sergilediği davranışların doğum esnasında çocuğa zarar vermesi
- Ölüm korkusu
- Doğum boyunca yalnız olma
- Doğum yapabilecek yetenekte olmama
- Doğumda çaresiz kalma
- Doğumda komplikasyonların gelişmesi (plasentanın ayrılmaması gibi)
- Doğumda panik olması
- Epizyotomi
- Perineal hasar
- Umbilikal kordun bebeğin boynuna dolanması ve komplikasyona neden olması
- Uterin rüptür
- Vajinal rüptür
- Kontrol kaybı yaşama duygusu gibi nedenlerdir (Lazoğlu, 2014: 11-12).

4.6.1. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması

Doğum korkusu üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar nulliparlarda görülen ve ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkan, sonucunda gebe kalmaktan kaçınmaya neden olan primer tokofobi, daha önceki doğum deneyimlerinde olumsuz durumlarla karşılaşılması sonucunda oluşan sekonder tokofobi ve gebelik döneminde depresif hastalıkların bir sonucu olarak ortaya çıkan ve doğumdan kaçınma ve aşırı fobi ile sonuçlanan depresyon şeklindedir (Gürol ve diğerleri, 2020).

Primer tokofobi gebe kalmadan önceki dönemlerde ortaya çıkar. Adolesan dönemde ve genç yetişkinlik döneminde başlar. Primer tokofobi oluştuğunda kadın doğumdan kaçınmayı ister. Gebe kalındığı durumlarda da kadın gebeliği sonlandırmaya meyillidir. Primer tokofobi yaşayan kadın gebeliği sonlandırmadığında doktordan sezeryan talep edebilir. Dahası, primer tokofobi o kadar şiddetli görülebilir ki bu sorunu yaşayan kadınlar çocuk sahibi olmak istemez ve evlatlık edinmeyi tercih edebilirler (Uçar ve Gölbaşı, 2015: 54).

Sekonder tokofobi primer tokofobide olduğu gibi daha önceleri başlamaz. Bir doğum gerçekleşir ve elde edilen deneyim sonucunda ikincil travmatik bir obstetrik olay sonucunda gelişir. Travmatik doğum eylemi söz konusudur. Ölü fetüs, düşük ve benzeri durumlar da sekonder tokofobinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Daha önce yaşanmış kötü/travmatik doğum deneyimleri sekonder tokofobiyi ortaya çıkarır. Kadında doğuma karşı bir kaçınma davranışı gözlemlenir. Zira daha önceki deneyimler korku oluşturur. Kimi kadınlarda doğum sonrasında uykuları kaçırarak derece korku yaşanabilmekte ve stres düzeyi çok yüksek olmaktadır. Ayrıca gebe kalmayı çok isteyen bazı kadınlar için de sekonder tokofobi gebelikten kaçınma nedeni olmaktadır. Burada doğum travması temel neden olarak ortaya çıkar. Doğum travması doğum esnasında anne ve bebek açısından yaralanma veya ölüme neden olabilecek problemlerin yaşanabildiği ve aşırı doğum sancısının ortaya çıkabildiği bir durumdur. Stres nedeniyle kontrolünü kaybetme veya ölüm korkusu da ortaya çıkar (Tekinarslan, 2015: 14).

Prenatal depresyon belirtisi şeklinde tokofobi daha az bir yoğunlukta gözlemlenir. Bu durumda kadınlar oranları az da olsa doğumdan önce yoğun bir fobi yaşarlar. Bu kadınlar doğumdan kaçınmaya meyillidirler. Kadında bebeği

doğuramayacağı veya bebeğin öleceği korkusu gözlemlenir (Uçar ve Gölbaşı, 2015: 54).

Tekinarslan (2015) 'e göre bu konuda doğumla ilgili morbid bir korku yoktur ve bu korku gebelik öncesi ve depresyon öncesi inançlarına tezat gösterir. Doğum korkusunun depresyon öyküsünden sonra güçlü bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamında bu durumdan olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir. Gebelik depresyonunun tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin yanında, postpartum depresyon riskini yaklaşık 6,5 kat artırdığı belirlenmiştir. Preterm doğumu da kapsayan olaylı obstetrik öykü, major konjenital anomali ve sezaryen doğum, tanı konmuş doğum korkusunun postpartum depresyonla ilişkili olduğu, gebelik öncesi veya gebelik sırasında depresyonu olmayan kadınlarda riskin düşük olduğu gözlenmiştir (Tekinarslan, 2015: 15).

4.6.2. Doğum Korkusunun Nedenleri

Doğum korkusu farklı birçok nedenden kaynaklanabilir.

4.6.2.1. Biyolojik Nedenler

Korku bireyde katekolaminlerin salınımına neden olur. Hafif düzeyde katekolamin salınımı yenidoğanda uyanıklık sağlar ve sürfaktan salınımını uyararak neonatal solunum fonksiyonunu kolaylaştırır. Ancak yüksek düzeyde korku, uterusun kontraksiyonunu engelleyen katekolaminlerin aşırı salınımına neden olarak uterin distosia gelişme riskini attırır, bunun sonucunda da yenidoğanda uyum yetersizliği yaratabilir.

Biyolojik nedenler aslında doğum sancısı ile ilgili sorunlardır. Doğum sancısına neden olan ve kadının fizyolojisi ile ilgili olan konular doğum korkusunun biyolojik nedenlerini oluşturur. Kadının ağrı eşiğinin düşük olduğuna yönelik

düşüncesi doğum korkusunu yükseltmektedir. Fizyolojik konular aynı zamanda isteğe bağlı sezaryen oranının yükselmesine neden olur.

4.6.2.2. Psikolojik Nedenler

Psikolojik nedenler arasında anne olma korkusu, doğum esnasında yetersiz kalma korkusu, önceki obstetrik deneyimler ve ağrı korkusu yer almaktadır.

Psikolojik nedenler dört alt grupta değerlendirilebilir. Bunlardan ilki anne olma korkusudur. Anne olunmasıyla beraber çoğun gelişimi ile ilgili büyük bir sorumluluk alınmaktadır. Ek olarak, kimi kültürlerde iş, kariyer ve sosyal yaşam gibi nedenlerden dolayı anne olmanın önemi azalmıştır. Kadın anne olduğunda sosyal aktivitelere katılamama ve kariyerinin duraksaması gibi konularda korku yaşar. Zira bu toplumlarda özgürlüğün azalması korkusu gelişmiştir ve anne olmak özgürlüğü bir ölçüde azaltmaktadır. İkinci psikolojik neden doğum esnasında yetersiz kalma korkusudur. Yetersiz kalma durumunda bebeğe de zarar gelebilecektir. Gebe kadın doğum esnasında yetersiz kalacağını düşünürse gerçekçi düşünemez ve yaşadığı korku umutsuzluk ve çaresizlik duygularını da beraberinde getirir. Üçüncü psikolojik neden önceki obstetrik deneyimlerdir. Sekonder tokofobinin geçmiş doğum süreçlerinde olumsuz deneyimlerin yaşanması ile beraber gebe kadında korku oluşacaktır. Benzer sorunların tekrar yaşanması ihtimali sezeryan isteği gibi durumlar ortaya çıkarır. Son psikolojik neden ağrı korkusudur. Bu doğal olarak doğum sürecinde yaşanan ağrının kadın üzerinde oluşturduğu korkuyu ifade eder. Bu korku çok yüksek düzeylerde olabilmekte ve yine sezeryan isteği söz konusu olmaktadır (Tekinarslan, 2015: 17-20).

4.6.2.3. Sosyal Nedenler

Batıl inançlar, kültürel özellikler, yakın çevrenin konuşmaları ve yorumları, stres düzeyi, eşin verdiği destek ve eş ile olan ilişkilerin kalitesi ve aile tarafından sunulan destekten oluşmaktadır.

Lazoğlu (2014) 'e göre toplumsal unsurlar, kültür ve batıl inançlar doğum korkusunu etkilemektedir. Zira bu unsurlar kadınların doğum esnasında daha fazla ağrı çekmelerine ve doğum öncesinde daha stresli olmalarına neden olmaktadır. Özellikle de yakın çevre tarafından yapılan yorumlar ve konuşmalar hem gebelik öncesinde hem de gebelik sürecinde kadını etkiler. Bunlar kadının stres düzeyini yükseltmektedir.

Kadınların doğum öncesinde stres düzeylerinin makul düzeylere indirilmesinde konu hakkında bilgili ebelerin kadına yardımcı olmaları faydalı sonuçları ortaya çıkarmaktadır (Lazoğlu, 2014: 11).

Doğum korkusunun azaltılmasında en etkili sosyal unsurlardan biri eş olmaktadır. Eş gebe kadının birincil destekleyicisi konumundadır. Eşin gebelik sürecinde cinsellik ve gebenin sağlığı hakkında bilgi sahibi olması ve uygun tavır ve davranışlar sergilemesi gerekir. Özellikle bu dönemde eş fiziksel, duygusal ve diğer şiddet türlerinden uzak durmalıdır.

4.6.2.4. Plansız ve İstenmeyen Gebelikler

Kadın kendi isteği ile gebe kaldığında gebelik sürecine, doğuma ve doğum sonrası annelik sorumluluklarına da kendisini hazırlar. Kadının gebe kalmaya karar vermesi için öncelikle gebeliği istemesi ve kendisini zihinsel olarak buna hazırlaması gerekir. Diğer bir ifadeyle istenen ve planlanan bir gebelik öncesinde kadın kendisini psikolojik olarak hazırlar. Aksi durumda ise kürtaj, sezaryen veya aşırı korku ortaya çıkar.

Doğum korkusunun bir diğer nedeni plansız ve istenmeyen gebeliklerdir. Kadın planlı ve istekli bir biçimde gebe kaldığında psikolojik olarak doğuma hazır olacaktır. Anne olmaya karar vermek anne olmanın ortaya çıkaracağı sorumluluklara ve gebelik sürecinde yaşanacak değişimlere de zihinsel olarak hazır olunmasını sağlayacaktır. Gebeliği isteyen kadın aynı zamanda kendisini gebeliğe hazır hissetmektedir. Plansız ve istenmeyen gebelik kadının korku yaşaması ile sonuçlanır. Korku yaşayan ve beklenmedik bir gebelik yaşayan kadın kürtaj ve sezaryen gibi yöntemlere de başvurmayı isteyecektir (Aktaş ve Gökgöz, 2015: 75).

4.6.2.5. Önceki Doğum Deneyimleri

Kadın deneyimlediği bir doğum sırasında çok ciddi sorunlar yaşadığında, bundan sonraki doğum sürecinde de aynı veya benzer sorunları yaşamaktan korkar. Sekonder tokofobi söz konusu olmuştur. Bu sebeple gebe kalmaktan kaçınmak veya gebeliği sonlandırmak gibi tercihler kullanılabilir.

Daha önce yaşanmış doğum deneyimleri kadınların bir sonraki doğum tercihleri üzerinde kaçınılmaz olarak belirleyici olacaktır. Bu durumda kadının herhangi bir doğum deneyiminde ciddi sorunlarla karşılaşmış olması, onun tekrar aynı şeyleri yaşamaktan kaçınması ile sonuçlanır. Zira acı deneyimler beraberinde korkuyu getirir. Bu noktada bir öğrenme yaşanmıştır. Öğrenilen şey, doğum esnasında çok kötü yaşantıların deneyimlendiğidir. Kadın böyle bir durumda öncelikle tekrar gebe kalmaktan kaçınır. Birden fazla doğum kontrol yöntemleri kullanabilir. Buna ek olarak gebe kaldığında da aynı şeyleri tekrar yaşamamak için gebeliği sonlandırmayı birle düşünebilir. Zira yaşanan korkunun boyutu yüksek düzeylerde (Uçar ve Gölbaşı, 2015: 55-56).

4.6.2.6. Kişilik Özellikleri

Kimi kişilik özellikleri de doğum korkusunun yaşanmasına neden olabilmektedir. Anksiyete, nörotizm, savunmasızlık duygusu, depresyon, düşük benlik saygısı, tatminsizlik ve eşe karşı olan memnuniyetsizlik doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olan kişilik özelliklerinden bazılarıdır.

Doğum korkusu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Yine de gebe kadının sahip olduğu kişilik özelliklerinin onun yaşadığı korkunun boyutlarını etkilediği bilinmektedir. Anksiyete, nörotizm, savunmasızlık duygusu, depresyon, düşük benlik saygısı, tatminsizlik ve eşe karşı olan memnuniyetsizlik doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olan kişilik özelliklerinden bazılarıdır. Bunların arasında eşe karşı olan memnuniyetsizlik ve ona güvenmeme duygusu gebelik sürecinde ve sonrasında sorunların yaşanabileceği ve yeterli destek bulamayacağı korkusunu ortaya çıkarır.

4.6.2.7. Depresyon ve Anksiyete

Depresyona meyilli olan kadınların doğum korkusunu daha yoğun yaşadıkları bilinmektedir. Benzer bir durum anksiyete sorunu için de geçerlidir.

Kimi araştırmacılara göre doğum korkusu depresyona ve anksiyeteye meyilli olan kişilerde daha yoğun görülür. Depresyona meyilli olmak aynı zamanda kadının kişilik özellikleri arasında da sayılabilir. Doğum korkusu aynı zamanda gizli

depresyon olabilir. Bu sebeple özellikle doğumdan sonra depresyon tanısı almak ve buna uygun yaşamak annenin yaşam kalitesini artıracaktır (Tekinarslan, 2015: 21-22).

4.6.2.8. Çocukluk Döneminde Cinsel Taciz

Çocukluk döneminde cinsel tacize maruz kalmanın doğum korkusunu yükselttiği bilinmektedir.

Çocuklu döneminde cinsel taciz deneyimi doğum korkusunu % 12 düzeyinde artırmaktadır. Ek olarak, düşük sosyoekonomik düzeyi ve düşük eğitim seviyesi olan kadınlarda doğum korkusunun daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Aksoy, 2015: 162).

4.6.2.9. Düşük SosyoEkonomik Düzey

Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması doğum korkusunu yükseltir. Gebe kadın hem gebelik döneminde hem de gebelikten sonraki dönemde çocuğun ve kendisinin ihtiyaçlarının karşılanması noktasında tereddütler yaşar. Kendisinin ve bebeğin ihtiyaçlarının karşılanamaması korkusu doğum korkusunu beraberinde getirir.

4.6.3. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları

Doğum korkusunun primer tokofobi şeklinde geliştiği durumlarda kadın gebeliği sonlandırmayı tercih edebilmektedir. Kimi kadınların gebeliği sonlandırma yoluna başvurması doğum korkusunun ne derecede yüksek olabileceğini göstermektedir. Ayrıca primer tokofobi kadınların gebelikten kaçınması veya sürekli olarak ertelemeleri ile de sonuçlanabilir. Kadının dikkati dağılır, doğum ortaya çıkarabileceği olumsuz sonuçları sürekli olarak düşünebilir ve endişesi artar. Tüm bunlar kadını doğum sürecinde başarısız olacağı düşüncesine iter. Yaşanan bu duygular sonucunda olumsuz beklentiler meydana çıkar. Doğum ile ilgili olumsuz sonuçların ortaya çıkacağının düşünülmesi anne ve bebek için kötü sonuçları ortaya çıkarabilirken olumlu düşüncelerin görülmesi anne ve bebek için iyi sonuçları ortaya çıkarabilir. İsteğe bağlı olarak sezaryen tercih edilmesinin temel nedenlerinden birisi söz konusu doğum korkusudur (Uçar ve Gölbaşı, 2015: 56).

Doğum korkusunun ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar şu şekilde listelenebilir:

- Adrenalin miktarındaki artış doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına ve hatta durmasına neden olacaktır.
- Ağrılı kontraksiyonlar ortaya çıkar.
- Bebeğe daha az oksijen gider.
- Bireyin kendisini tehlike altında hissetmesiyle beraber kan savunma organlarına yönelir. Uterusun bir savunma organı olmaması doğum sürecinde tehlikelerin yaşanması ile sonuçlanabilir.
- Doğum korkusunun doğum öncesine kadar ortadan kaldırılmaması ile beraber sempatik sinir sistemi devreye girer ve stres hormonları salgılanır.
- Bebeğin doğum ağırlığı daha az olur.
- Beklenmedik bir sezaryen zorunluluğu ortaya çıkar.
- Doğum esnasında fazladan ağrı kesiciler kullanılır.
- Davranışsal sorunlar ortaya çıkar.
- Doğum süreci uzun sürer.
- Hipertansiyon yaşanır.
- Preeklampsia görülür.
- Anne çocuğun hareketlerinden sürekli olarak şüphelenir.
- Baş dönmesi yaşanır.
- Duygusal olumsuzluklar yaşanır.
- Kalp hızı artar.
- Metabolik hızda artma yaşanır.
- Preterm doğum söz konusu olur.
- Sağlık hizmetleri aşırı düzeyde kullanılır.
- Solunum güçlüğü yaşanır.
- Kaslar gerilir.

- Sık sık idrara çıkılır.
- Sindirim sisteminde bozukluklar ortaya çıkar.
- Solunum sayısı artar.
- Tansiyon değişimleri gözlemlenir.
- Titreme gözlemlenir.
- Konuşma zorlukları yaşanır.
- Travma anksiyetesi ortaya çıkar.
- Tüyler diken diken olur.
- Uterus kasları düzenli bir biçimde çalışamaz.
- Uteruse giden arterler vazokontraksiyona uğrar ve giden kanın miktarı azalır.
- Vazomotor tepkiler değişir (Güder, 2018: 9-10; Tekinarslan, 2015: 22-23; Lazoğlu, 2014: 12; Karabulutlu, 2012: 216).

Doğum korkusunun azaltılması için davranışsal egzersizler, hipnoz ve psikoterapi gibi yöntemler kullanılabilir. Doğum korkusunun azaltılması için atılması mümkün olan diğer adımlar şu şekilde listelenebilir:

- Gebelikten önce eğitim verilmesi.
- Gebelik sürecinde psikolojik destek verilmesi.
- Doğum süreci ve sürecin nasıl işlediği hakkında kadınların bilgilendirilmesi.
- Sezaryenin olumsuz sonuçları hakkında kadının bilgilendirilmesi.
- Doğum esnasında ağrısız bir süreç yaşamak için nelerin yapılması gerektiği konusunda kadının bilgilendirilmesi. Zira doğum korkusu yaşayan kadınlar için öncelik sancısız bir doğum süreci yaşamaktır.
- Kadınlara psikososyal destek sunulması.
- Psikologların ve psikiyatristlerin devreye girmesi.

- Sağlık personelinin konu hakkında eğitimli olması ve bilgi birikimlerini gebe kadınlara aktarması.
- Kadınlarla beraber doğum planları oluşturulmalı. Kadınlar, doğum sürecinin kendi kontrollerinde olduğunu düşündüklerinde stres düzeylerinde azalma yaşanabilecektir.
- Sosyal destek kaynaklarının aktif bir biçimde kullanılması (Aksoy, 2015: 165).

4.7. Doğum Korkusu ile Baş Etmede Sağlık Ekibi Üyeleri ve Ebelerin Rolü

Kadınların doğum korkusu ile baş edebilmesi için baş etme yöntemlerini bilmesi ve etkin bir şekilde kullanması gerekmektedir (Çiçek ve Mete 2015). Doğum korkusu erken zamanda tanınmalı, saptandıktan sonra doğuma hazırlık eğitimi, psiko-eğitim ve doğum desteği gibi uygulamalarla kadınların doğum korkusunu azaltmaya yönelik danışmanlıklar planlanmalı ve uygulanmalıdır (Gürol ve diğerleri,2020). Kadınlar, doğum konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları nedeni ile doğum eyleminin zor olacağına inanmaktadır. Bu nedenle, antenatal dönemden postpartum döneme kadar olan süreçte verilen danışmanlık çok önemlidir (Birol, 2000; Birol ve arkadaşları, 1995).

Literatürde sağlık ekibi üyeleri tarafından verilen desteğin, kadınların doğum korkularının azalmasında etkili olduğu, öz-yeterliliklerini ve memnuniyet oranlarını arttırdığı belirtilmektedir (Lazoğlu 2014). Verilen destek programlarına anne adayı ile birlikte eşinin ya da partnerinin katılımı sağlanmalıdır.

Kadınların antenatal ve doğuma hazırlık eğitimlerine katılmalarının, doğum korkularını ve doğuma yönelik negatif düşüncelerini azalttığına ilişkin çalışmalar vardır (Körükçü, 2017). Birinci basamak aile sağlığı hizmetlerinde çalışan ebeler, kadına ve ailesine doğum öncesinde, doğum anında ve doğum sonrasında gerekli danışmanlığı doğru ve etkili bir şekilde vererek anne-bebek sağlığına önemli katkılar sağlayabilir. Bu şekilde anne ve bebeğe ilişkin doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası döneminde ortaya çıkabilecek olası riskler en az seviyeye indirilerek başarılı doğum deneyimi olması sağlanabilir (Hofberg, 2003).

Yapılan bir çalışmada kadınların doğum hakkında yeterli bilgi alması ve korkuya ilişkin duygularını paylaşması, onların daha iyi hissetmesini sağladığı belirtilmiştir (Abalı, 2017). Kadınlara verilen psiko-eğitimin onların doğum korkusunu azalttığı yönde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ebeler, psiko-eğitimi antenatal bakım kapsamına almalıdır. Ebeler tarafından verilen psiko-eğitimin doğum korkusu yaşayan kadınlara yararlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Nieminen ve ark. doğum korkusuna yönelik planlanmış terapi sonrasında doğum korkusu yaşayan kadınların korkularının azaldığını, belirtmiştir (Nieminen ve ark.,2016).

Yapılan çalışmalar, doğum korkusu yaşayan kadınlarda uygulanan psiko-eğitimin vajinal doğum oranlarını arttırdığını (Rouhe ve ark. 2013; 2015), sezaryen doğum oranlarını azalttığını (Körükçü, 2020) maternal uyumu arttırdığını (Kaya, 2020) göstermektedir.

Sosyal desteğin bireyin iyi oluşuna olumlu yönde katkı sağladığı konusunda güncel çalışmalar mevcuttur (Kaya, 2020). Bu bağlamda literatürde sosyal desteğin doğum korkusunu azalttığı yönünde çalışmalara rastlanmaktadır. Kadınların sosyal destek algısı arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Dolayısı ile strese bağlı doğum korkularının da azaldığı bilinmektedir (Körükçü, 2020).

İsviçrede tokofobik kadınları belirlemek ve onlara gereksinimleri doğrultusunda destek sunmak için Aurora Klinikleri kurulmuştur. Bu kliniklerde jinekolog, ebe, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve bir psikiyatrist görevlidir. Mohlender ve Ryding (2013)'in 219 gebeye yaptıkları çalışmada Aurora kliniklerinde destek gören doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sürecini daha memnun bir şekilde tamamladıklarını ve daha az sezeryan tercihlerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık ekibi üyelerinin kullandığı olumlu kelimeler ve destekleyici iletişimi, doğum korkusu yaşayan kadının bedeninde fizyolojik olarak doğumu olumlu algılamasını ve böylece doğum korkusunun azalmasını sağlar (Akman vd. 2012; Körükçü, 2020). Akca ve ark. sağlık ekibi üyelerinin kadınlarla daha etkin iletişim

kurmasının olumlu doğum deneyimini arttırdığı ve korkularını azalttığını belirtmiştir (Akca ve ark., 2017).

Son yıllarda sağlık ekibi üyelerinin doğum öncesi, anı ve sonrası süreçlerde kadın ve ailesine yönelik empatik yaklaşım ile duygusal desteğinin önemi vurgulanmaktadır. Doğum eylemi sürecinde sağlık ekibi üyeleri tarafından uygulanan bazı obstetrik müdahaleler kadınların utanmasına neden olmaktadır. Bu durum kadında sağlık ekibi üyelerinin empatik yaklaşımda bulunmadığı korkusunu pekiştirerek, memnuniyetsizliğe ve konforlu doğumun gerçekleşmemesine yol açmaktadır (Aslan ve Okumuş 2017). Empatik, güven verici, sezgisel, destekleyici ve esnek yaklaşımın sergilenmesi kadının kendini güvende hissetmesini sağlayarak, anne-bebek sağlığını olumlu yönde desteklemektedir.

Çocuk doğurma korkusu yaşayan kadınlara doğum öncesi, sırası ve sonrası dönemde destek sağlamaya yönelik kuramsal temelli bakım modelleri sağlık bakımı sistemi içinde geliştirilmeli, bilimsel olarak denenmeli, sonuçları değerlendirilmeli ve uygulanmalıdır. Ebelerin kadınların doğum öncesi, sırası ve sonrası bakımlarında, doğumla ilgili korkularını ele alma konusunda yetkin olmaları gerekmektedir. Ebe, hemşire, hekim, psikolog gibi uzmanların disiplinlerarası ekip yaklaşımı, çocuk doğurma korkusu olan kadınlara etkili bir bakım sağlamak için kurulmalıdır (Striebich ve ark. 2018). Sonuç olarak, sağlık ekibi üyelerinin güven verici bir iletişim kurması, kadının kendini güvende hissetmesini sağlaması, kadında olumlu düşünce, duygu ve davranış biçimi oluşturmaları, olumlu doğumhane ortamı hazırlaması, kadının doğum sürecine etkin katılımını sağlaması, fertilizasyon öncesinden başlayarak doğum sonrası döneme kadar olan sürecin olumlu geçmesine yol açar ve anne-çocuk sağlığını korumuş olur (Mete ve Uludağ 2017).

5. MATERYAL VE METOD

5.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunun değerlendirilmesi amacıyla karşılaştırılmalı tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Tekirdağ ilinde bulunan Çerkezköy Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Doğumhane biriminde Ocak-Mayıs 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çerkezköy Gebe Okulunda eğitim almış olup çalışmaya katılmayı kabul eden adölesan gebeler çalışmanın birinci grubunu, eğitim almayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden adölesan gebeler ikinci grubu oluşturmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Ocak-Mayıs 2020 tarihleri arasında Çerkezköy Devlet Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği ve Doğumhane Birimine başvuran gebe kadınlardan oluşmaktadır. Örnek büyüklüğü belirlemek amacıyla G*Power 3.1 programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Yapılan literatür taramasında üzerinde çalışılacak yöntemlere ilişkin yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,5 etki büyüklüğü %80 güç ve 0,5 hata payı ile bulunan toplam örneklem büyüklüğü $n=128$ 'dir. Çalışmada ortaya çıkabilecek veri kaybını önlemek adına örneklem sayısı 132 olarak seçilmiştir. Hesaplamanın temelinde 2 bağımsız grup düşünülerek Student T testi için örneklem sayısı belirlenmiştir. Grup oranları birbirine eşittir. Her bir grup için $n=66$ olarak düzenlenmiştir. Birinci grup doğum hakkında gebe eğitim sınıfında bilgi alan adölesan gebelerden oluşurken ikinci grup daha önce doğum hakkında bilgi almamış adölesan gebelerden oluşmaktadır.

5.3.1. Örneklem seçim kriterleri

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- 19 yaş ve altında gebe kadınlar
- Gebelik haftası 16 hafta ve üstü olan kadınlar
- Türkçe bilen gebeler
- Sözel iletişim kurabilen gebeler
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler alınmıştır.

5.4. Araştırma Soruları

Soru 1: Adölesan gebelerin doğum öncesi almış olduğu eğitimin doğum korkusuna etkisi var mıdır?

Soru 2: Adölesan gebelerin yaşlarının doğum korkusuna etkisi var mıdır?

Soru 3: Adölesan gebelerin eğitim düzeyinin doğum korkusuna etkisi var mıdır?

Soru 4: Gebelik sürecindeki eş desteği doğum korkusunu etkiler mi?

Soru 5: Adölesan gebelerin gelir durumları doğum korkusunu etkiler mi?

Soru 6: Adölesan gebelerin ilaç kullanımı doğum korkusunu etkiler mi?

Soru 7: Adölesan gebelerin tekrar çocuk sahibi olma isteği doğum korkusunu etkiler mi?

5.5. Araştırmanın Sınırlılıklar

Adölesan gebeler üzerinde gerçekleştirilen bu araştırma, Tekirdağ ili Çerkezköy ilçesindeki Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi Doğumhane ve Kadın Doğum Polikliniğine Ocak- Mayıs 2020 tarihleri arasında gelen gebelerle sınırlıdır. Bu nedenle, elde edilen sonuçlar diğer bütün hastanelere genellenemez. Araştırma basit tesadüfî örnekleme yöntemiyle seçilenlerden alınan cevaplarla sınırlıdır. Araştırma, değerlendirme yöntemi olarak kullanılan anket soruları ile sınırlandırılmıştır.

5.6. Verilerin Toplanması

Veriler, İstanbul Özel Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulundan etik kurul onayı (Etik No: E-10840098- 604.01.01-66446) ve araştırmanın yapıldığı kurum olan Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi için Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğünden (EK-4, Sayı No: 12641312-044) gerekli izin alındıktan sonra, araştırmacının kendisi tarafından elde edilmiştir.

Veriler, 10 adölesan gebe ile örnek çalışma yapılarak ve anket formunda doğurganlık özellikleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra toplanmıştır.

Çalışma; Ocak-Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Görüşme, duygularını rahat aktarabildikleri bir ortamda, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından yapılmıştır. Çalışma kapsamına alınan kadınlara önce, araştırmanın amacı anlatılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak adölesan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine, doğurganlık özelliklerine, gebelikte eşin desteğine ve gebelik özelliklerine yönelik sorunların yer aldığı literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan 35 Soruluk Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-1) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu (EK-2) kullanılmıştır. Araştırmada veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formunun doldurulması ortalama 5-10 dakika, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin doldurulması ortalama 10–15 dakika olmak üzere toplam 20-30 dakika içinde toplanmıştır.

5.7. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler

5.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Tanımlayıcı Bilgi Formu literatür taranarak hazırlanmıştır. Bu form sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik 14 soru, doğurganlık özelliklerini belirlemeye yönelik 5 soru, gebelikte eş desteğine yönelik 3 soru, gebelik özelliklerine yönelik 13 soru olmak üzere toplam 35 soru dan oluşmaktadır.

5.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu

Anket formunun ikinci bölümünde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu yer almaktadır. Kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsayan ölçek Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlamasının Körükçü ve arkadaşlarının (2012) yapıldığı ölçekte toplam 33 ifade yer almaktadır. Bu ifadeler en olumsuz 0, en olumlu 5 olacak şekilde 6'lı likert olarak yapılandırılmıştır. Buna karşın ölçek içerisindeki **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı ifadeler ters bir şekilde yapılandırılmıştır. Ölçekte yer alan ifadelere verilen cevaplar sonrasında minimum 0 maksimum 165 puan alınabilmektedir. Madde toplam puan <60 düşük doğum korkusu, 60-84 orta düzey doğum korkusu, >85 yüksek doğum korkusu olarak ifade edilmektedir. (Wijma vd., 1998). Ölçeğin yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise bu oran 0,93 olarak tespit edilmiştir.

5.8. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 26 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Normallik Analizi, Frekans Dağılımları, Tanımlayıcı İstatistikler, Korelasyon Analizleri, Bağımsız Örneklem t-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi ve LSD Testi kullanılmıştır.

Normallik Analizi: Anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin tespitinde kullanılmıştır. Burada Komogorov-Wmirnov ve Shapiro-Wilk anlamlılık düzeyinin 0,05'ten büyük olup olmadığına bakılmıştır. Elde edilen sonuçlarla, anket uygulamasına ait verilerin normal bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle, çalışmada parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir.

Frekans Dağılımları: Sosyodemografik özelliklerinin ortaya konmasında kullanılmıştır.

Tanımlayıcı İstatistikler: Ölçeğe ait ortalama ve standart sapma değerlerinin ortaya konmasında kullanılmıştır.

Korelasyon Analizleri: Katılımcıların ve eşlerinin yaş durumları (evlilik yaşı dahil) ve gebeliğin kaçınıcı haftasında olunduğu ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinden alınan toplam puanlar arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde kullanılmıştır. Yapılan kolerasyon analizi sonucunda tüm değışkenler bağlamında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Bağımsız Örneklem t-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi: Normal dağılım gösteren iki grubun ortalamalarının istatistiksel olarak farklılığını test etmek amacıyla Bağımsız Örneklem t-Testi; ikiden fazla ortalama arasında fark olup olmadığını incelemek için ise Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi kullanılmıştır. Bu kısımda elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde p anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

LSD Testi: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğı (W-DEQ) A toplam puanlarının katılımcıların özelliklerine göre karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan anlamlı farklılığın kaynağının tespit edilmesinde kullanılmıştır.

6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Çalışmanın bu kısmında anket uygulaması sonucu elde edilen verilere ilişkin bulgular yer almaktadır.

6.1. Normallik Analizi

Bu çalışmada, anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin normallik test sonuçlarında Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk anlamlılık değerlerinin 0,05'ten büyük olup olmadığına bakılmıştır. Elde edilen değerin 0,05'ten büyük olduğu durumda verilerin normal dağılıma sahip olduğu kabul edilmiştir. Sonuçlarla, anket uygulamasına ait verilerin normal bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle, araştırmada parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir.

6.2. Katılımcıları Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmanın bu kısmında, adölesan gebeleri tanımlayıcı özelliklere ilişkin elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Tablo 6.1. Gebelerin ve Eşlerinin Yaş, Evlilik Yaşı ile Gebelik Haftası Ortalamaları

	Bilgi Alan		Bilgi Almayan	
	Ort.	SS	Ort.	SS
Mevcut yaş	17,75	1,177	17,53	1,267
Evlilik yaşı	16,45	1,152	16,36	1,248
Eşin yaşı	24,83	4,153	22,96	3,364
Eşin ilk evlilik yaşı	22,96	4,094	21,66	3,264
Gebelik haftası	34,81	5,716	33,89	5,820

Tablo 6.1 incelendiğinde çalışmaya katılan adölesan gebelerin doğum hakkında bilgi alan grupta yaş ortalamasının 17,75 olduğu, evlilik yaşlarının ortalamasının 16,45 olduğu, gebelik haftası ortalama 34,81 olduğu, eşlerinin yaş ortalamasının 24,83 olduğu, eşin ilk evlilik yaşlarının ortalamasının 22,96 olduğu saptanırken, bilgi almayan grupta yaş ortalamasının 17,53 olduğu, evlilik yaşlarının ortalamasının 16,36 olduğu, gebelik haftası ortalama 33,89 olduğu, eşlerinin yaş ortalamasının 22,96 olduğu, eşin ilk evlilik yaşlarının ortalamasının 21,66 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2. Gebelerin ve Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Bilgi Alan		Bilgi Almayan	
Öğrenim düzeyi	n	%	n	%
Okur yazar değil	8	12,1	16	24,2
İlköğretim	48	72,7	45	68,2
Lise	10	15,2	5	7,6
Eşin öğrenim düzeyi				
Okuryazar değil	1	1,5	4	6,1
İlköğretim	49	74,2	53	80,3
Lise	13	19,7	7	10,6
Üniversite	3	4,5	2	3,0
Çalışma durumu				
Çalışıyor	7	10,6	9	13,6
Çalışmıyorum	59	89,4	57	86,4
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	64	97,0	60	90,9
Çalışmıyor	2	3,0	6	9,1
Sosyal güvence				
Var	63	95,5	59	89,4
Yok	3	4,5	7	10,6
Gelir durumu				
Kötü	1	1,5	10	15,1
Orta	42	63,6	32	48,5
İyi	23	34,9	24	36,4
Yaşanılan yer				
İl	2	3,0	1	1,5
İlçe	63	95,5	62	94,0
Köy	1	1,5	3	4,5
Aile tipi				
Çekirdek aile	44	66,7	37	56,1
Geniş aile	22	33,3	29	43,9
Ev tipi				
Apartman dairesi	57	86,4	42	63,6
Müstakil ev	9	13,6	24	36,4
Resmi nikahın olup olmadığı				
Var	47	71,2	39	59,1
Yok	19	28,8	27	40,9
Eşle uyumlu olduğunu düşünme				
Uyumlu	65	98,5	61	92,4
Uyumsuz	1	1,5	5	7,6
Gebelikte eşin destek durumu				
Aynı	26	39,4	35	53,0
Daha iyi	40	60,6	30	45,5
Daha kötü	0	0,0	1	1,5
Gebelik sürecinde destek alınan kişiler				
Eşimden	46	69,7	42	63,6
Yakınlarımdan	18	27,3	16	24,2
Almadım	2	3,0	8	12,1
Toplam	66	100	66	100

Araştırmaya katılan adölesan gebelerin öğrenim düzeyi sorgulandığında bilgi alan grupta %72,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülürken bilgi almayan grupta %68,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %24,2'sinin okuryazar olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.2).

Gebelerin eşlerinin öğrenim düzeyi sorgulandığında bilgi alanlardan %74,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %4,5'inin üniversite mezunu olduğu saptanırken bilgi almayanların %80,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %3'ünün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Gebelerin çalışma durumu sorgulandığında bilgi alanların %89,4'nün, bilgi almayanların ise %86,4'nün çalışmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Eşlerinin çalışma durumuna bakıldığında bilgi alanların %97'sinin, bilgi almayanların %90,9'nun çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Gebelerin sosyal güvenceleri sorulduğunda bilgi alanların %95,5'nin, bilgi almayanların ise %89,4'nün sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2).

Gebelerin gelir durumuna bakıldığında ise bilgi alanların %63,6'sının, bilgi almayanların %48,5'nin gelir durumunun orta olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2).

Gebelerin yaşadığı yer sorgulandığında bilgi alanların %95,5'nin ilçede yaşadığı, bilgi almayanların ise %94'ü ilçede yaşarken %4,5'nin köyde yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Gebelerin ev tipi sorgulandığında bilgi alanların %86,4'nün, bilgi almayanların ise %63,6'sının apartman dairesinde oturdukları tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Gebelerin resmi nikahının varlığı sorgulandığında bilgi alanların %71,2'sinin, bilgi almayanların ise %59,1'nin resmi nikahı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Tablo 6.2 incelendiğinde bilgi alan adölesan gebelerin %98,5'nin eşi ile uyumlu olduğu, bilgi almayanların %92,4'nün eşi ile uyumlu olduğu tespit edilirken eşinin gebelikte destek durumu sorgulandığında bilgi alan gebelerin %60,6'sının gebelikte daha iyi dediği, %39,4'nün aynı dediği tespit edilirken bilgi almayanların %45,5'inin gebelikte eş desteğinin daha iyi dediği, %53'nün aynı dediği tespit edilmiştir.

Gebelere kimden destek aldıkları sorgulandığında bilgi alanların %69,7'sinin eşinden destek aldığı, %27,3'nün yakınlarından destek aldığı tespit edilirken bilgi almayanların %63,6'sının eşinden destek aldığı, %24,2'nin yakınlarından destek aldığı %12,1'nin kimseden destek almadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

	Bilgi Alan		Bilgi Almayan	
Gebelik sayısı	n	%	n	%
Bir	54	81,8	56	84,8
İki veya daha fazla	12	18,2	10	15,2
Spontan düşük sayısı				
Yok	62	93,9	62	93,9
Bir veya daha fazla	4	6,1	4	6,1
Kürtaj sayısı				
Yok	62	93,9	59	89,4
Bir veya daha fazla	4	6,1	7	10,6
Ölü doğum sayısı				
Yok	65	98,5	66	100,0
Bir veya daha fazla	1	1,5	0	0,0
Canlı doğum sayısı				
Yok	61	92,4	63	95,5
Bir ve daha fazla	5	7,6	3	4,5
Gebeliğin istenme durumu				
Evet	63	95,5	53	80,3
Hayır	3	4,5	13	19,7
Eşin gebeliği isteme durumu				
Evet	64	97,0	62	93,9
Hayır	2	3,0	4	6,1
Mevcut bebeğin cinsiyeti				
Bilmiyorum	2	3,0	5	7,6
Kız	27	40,9	27	40,9
Erkek	37	56,1	34	51,5
Toplam	66	100	66	100

Tablo 6.3 incelendiğinde gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin elde edilen sonuçlar şöyledir; bilgi alan grupta %81,8'nin toplam gebelik sayısının bir olduğu, bilgi almayan grupta ise %84,8'nin ilk gebeliği olduğu saptanmıştır.

Spontan düşük sayısı incelendiğinde bilgi alanların %93,9'unun, bilgi almayanların ise %93,9'unun spontan düşük yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.3).

Kürtaj sayısı sorgulandığında bilgi alanların %93,9'unun, bilgi almayanların ise %89,4'ünün daha önce kürtaj yaptırmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.3).

Ölü doğum sayısı sorgulandığında bilgi alanların %98,5'inin, bilgi almayanların ise %100'ünün daha önce ölü doğum yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.3).

Canlı doğum sayısı incelendiğinde bilgi alanların %92,4'ünün, bilgi almayanların ise %95,5'inin daha önce canlı doğum yapmadığı saptanmıştır (Tablo 6.3).

Gebeliği isteme durumuna bakıldığında bilgi alanların %95,5'inin, bilgi almayanların ise %80,3'ünün gebeliği istediği görülmüştür (Tablo 6.3).

Eşin gebeliği isteme durumuna bakıldığında bilgi alanların %97'sinin, bilgi almayanların ise %93,9'unun bebeği istediği tespit edilmiştir (Tablo 6.3).

Bebeğin cinsiyeti sorgulandığında bilgi alanların %40,9'nun bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %56,1'nin erkek çocuk beklediği tespit edilirken; bilgi almayanların %40,9'nun bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %51,5'inin ise erkek çocuk beklediği tespit edilmiştir (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Gebelerin Sağlık Durumu

	Bilgi Alan		Bilgi Almayan	
Genel sağlık durumu	n	%	n	%
Kötü	1	1,5	1	1,5
Orta	10	15,2	10	15,2
İyi	55	83,3	55	83,3
Gebelik öncesine göre sağlık durumu				
Daha kötü	18	27,3	9	13,6
Aynı	43	65,1	53	80,3
Daha iyi	5	7,6	4	6,1
Diğer gebelere göre kendi sağlık durumunu algılama				
Daha kötü	8	12,1	8	12,1
Aynı	31	47,0	37	56,1
Daha iyi	27	40,9	21	31,8
Mevcut gebelikle ilgili sorun yaşanma durumu				
Evet	26	39,4	24	36,4
Hayır	40	60,6	42	63,6
İlaç kullanma durumu				
Evet	5	7,6	9	13,6
Hayır	61	92,4	57	86,4
Tütün kullanma durumu				
Evet	7	10,6	11	16,7
Hayır	46	69,7	46	69,7
Gebelikte bıraktım	13	19,7	9	13,6
Tekrar çocuk sahibi olma isteği				
Evet	49	74,2	42	65,2
Hayır	12	18,2	8	12,1
Bilmiyorum	5	7,6	15	22,7
Toplam	66	100	66	100

Tablo 6.4 incelendiğinde gebelerin genel sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorgulandığında bilgi alan ve bilgi almayanların %83,3'nün genel sağlık durumunu iyi olarak algılarken %15,2'sinin orta olarak algıladıkları tespit edilmiştir.

Gebelik öncesine göre sağlık durumlarını nasıl algıladıkları incelendiğinde bilgi alanların %65,1'i aynı cevabını verirken %27,3'ünün daha kötü diye cevap verdiği, bilgi almayanların ise %80,3'ü aynı diye cevap verirken %13,6'sı daha kötü diye cevap verdiği tespit edilmiştir (Tablo 6.4).

Diğer gebelere göre kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorgulandığında bilgi alanların %47'sinin aynı diye cevap verdiği %40,9'unun daha iyi diye cevap verdiği tespit edilirken, bilgi almayanların %56,1'i aynı cevabını verdiği %31,8'i ise daha iyi diye cevap verdiği tespit edilmiştir (Tablo 6.4).

Mevcut gebelikle ilgili sorun yaşama durumu sorgulandığında bilgi alanların %60,6'sının sorun yaşamadığı, bilgi almayanların ise %63,6'sının gebelikle ilgili sorun yaşamadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.4).

Gebelikte ilaç kullanma durumu sorgulandığında bilgi alanların %92,4'nün, bilgi almayanların ise %86,4'ünün ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.4).

Gebelikte tütün kullanma durumu sorgulandığında bilgi alan ve bilgi almayanların %69,7'sinin hayır cevabı verirken bilgi alan grupta %19,7'si, bilgi almayan grupta ise %13,6'sının gebelikte bıraktığı tespit edilmiştir (Tablo 6.4).

Gebelere tekrar çocuk sahibi olmayı isteme durumu sorulduğunda bilgi alanların %74,2'si evet cevabını verirken %18,2'si hayır diye cevap verdiği, bilgi almayanların ise %65,2'si evet cevabı verirken %22,7'sinin bilmiyorum diye cevap verdiği tespit edilmiştir (Tablo 6.4).

Tablo 6.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın Gruplara Göre Dağılımı

	Bilgi		Bilgi	
	Alan		Almayan	
	n	%	n	%
Düşük	13	19,7	8	12,2
Orta	30	45,5	29	43,9
Yüksek	23	34,8	29	43,9
Toplam	66	100,0	66	100,0
Toplam ölçek puanı	Ort		SS	
	78,56		19,628	

Tablo 6.5 incelendiğinde katılımcıların doğum korkusu düzeylerine göre gruplandırılmasında bilgi alanların %45,5'nin orta, %34,8'inin yüksek; bilgi almayanların ise %43,9'unun orta ve son olarak %43,9'unun yüksek doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir.

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puana ilişkin ortalama değer yer almaktadır. Buna göre elde edilen ortalama değer 78,56 olup katılımcıların orta doğum korkusu yaşadığını göstermektedir (Tablo 6.5).

Tablo 6.6. Gebelerin Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Doğum Korkusu Düzeyleri

	Bu gebeliğinizde doğumla ilgili bilgi aldınız mı?					
	Evet (Bilgi alan)		Hayır (Bilgi almayan)			
Doğum korkusu düzeyleri	n	%	n	%	X²	p
Düşük doğum korkusu	13	19,7	8	12,2	5,861	0,05
Orta doğum korkusu	30	45,5	29	43,9		
Yüksek doğum korkusu	23	34,8	29	43,9		
Toplam	66	100	66	100		

χ^2 = Ki kare testi

Tablo 6.6 incelendiğinde gebelerin yaşadığı doğum korkusu düzeylerine göre mevcut doğumla ilgili bilgi alma durumuna yönelik dağılımlarında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Burada, yüksek doğum korkusu yaşayanların %23'ünün doğumla ilgili bilgi aldığı, %43,9'unun ise bilgi almadığı, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %45,5'inin doğumla ilgili bilgi sahibi olduğu, buna karşın %43,9'unun doğumla ilgili bilgi almadığı tespit edilmiştir. Son olarak, düşük doğum korkusu yaşayanların %19,7'sinin doğumla ilgili bilgi aldığı, %12,2'sinin ise bilgi almadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.6).

Tablo 6.7. Grupların Genel Özelliklerinin Doğum Korkusu Düzeyine Etkisi

	Bilgi Alanlar								Bilgi Almayanlar							
	Düşük doğum korkusu		Orta doğum korkusu		Yüksek doğum korkusu				Düşük doğum korkusu		Orta doğum korkusu		Yüksek doğum korkusu			
Yaş	n	%	n	%	n	%	X ²	p	n	%	n	%	n	%	X ²	p
15-16	5	15,2	6	23	0	0,0	8,628	0,38	5	23,8	4	13,4	5	33,4	9,171	0,33
17-19	28	84,8	20	77	7	100			16	76,2	26	86,6	10	66,6		
Eğitim düzeyi																
Okuryazar değil	4	12,1	3	11,5	1	14,3	7,721	0,46	6	28,6	6	20,0	4	26,6	8,628	0,38
İlköğretim	21	63,7	22	86,7	5	71,4			13	61,9	21	70,0	11	73,4		
Lise	8	24,2	1	3,8	1	14,3			2	9,5	3	10,0	0	0,0		
Gelir durumu																
Kötü	0	0,0	0	0,0	1	14,2	13,545	0,01*	4	19,0	5	16,7	1	6,6	6,058	0,20
Orta	18	54,5	21	80,8	3	42,9			6	28,6	16	53,3	10	66,7		
İyi	15	45,5	5	19,2	3	42,9			11	52,4	9	30,0	4	26,7		
Sağlık durumu																
Kötü	0	0,0	0	0,0	1	14,3	11,482	0,08	1	4,8	0	0,0	0	0,0	8,799	0,19
Orta	3	9,1	5	19,2	2	28,6			1	4,8	4	13,4	5	33,3		
İyi	30	90,9	21	80,8	4	57,1			19	90,4	26	86,6	10	66,7		
Eş desteği																
Aynı	11	33,3	10	38,5	5	71,4	3,526	0,17	10	47,6	19	63,3	6	40,0	2,548	0,28
Daha İyi	22	66,7	16	61,5	2	28,6			11	52,4	11	36,7	9	60,0		
Çocuk sahibi olma isteği																
Evet	28	84,8	18	69,2	3	42,9	6,220	0,18	16	76,2	20	66,7	7	46,7	9,105	0,06
Hayır	3	9,1	6	23,1	3	42,9			1	4,8	5	20,0	1	6,7		
Bilmiyorum	2	6,1	2	7,7	1	14,3			4	19,0	4	13,3	7	46,7		

 χ^2 = Ki kare testi

Tablo 6.7 incelendiğinde doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin yaşları ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin eğitim düzeyleri ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin gelir durumu ile doğum korkusu düzeyleri arasında bilgi alanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Doğum ilgili bilgi alanlar bağlamında; düşük doğum korkusu yaşayanların %54,5'nin gelir durumuna orta cevabını verirken %45,5'nin gelir durumuna iyi cevabı verdiği, orta düzey doğum korkusu yaşayanların %80,8'nin gelir durumuna orta cevabı verdiği ve %19,2'sinin gelir durumuna iyi cevabını verdiği son olarak yüksek doğum korkusu yaşayanların %14,3'nün gelir durumuna kötü cevabı verdiği, %42,9'inin gelir durumuna orta cevabı verdiği ve %42,9'nin gelir durumuna iyi cevabı verdiği tespit edilmiştir.

Doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin mevcut gebelikte eşin desteğinin her zamankine göre nasıl olduğu ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin mevcut gebelikten sonra tekrar çocuk sahibi olma isteği ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.8. İlaç ve Tütün Kullanımının Doğum Korkusu Düzeyine Etkisi

	Bilgi Alanlar								Bilgi Almayanlar							
	Düşük doğum korkusu		Orta doğum korkusu		Yüksek doğum korkusu				Düşük doğum korkusu		Orta doğum korkusu		Yüksek doğum korkusu			
İlaç kullanımı	n	%	n	%	n	%	X ²	p	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Evet	0	0,0	3	11,5	2	28,6	7,695	0,02	4	19,0	1	3,3	4	26,7	5,389	0,07
Hayır	33	100,0	23	88,5	5	71,4			17	81,0	29	96,7	11	73,3		
Tütün kullanımı																
Evet	5	15,2	1	3,8	1	14,2	6,403	0,17	6	28,6	4	13,3	1	6,7	16,643	0,00*
Hayır	21	63,6	22	84,6	3	42,9			8	38,1	24	80,0	14	93,3		
Gebelikte bıraktım	7	21,2	3	11,5	3	42,9			7	33,3	2	6,7	0	0,0		

χ^2 = Ki kare testi

Tablo 6.8 incelendiğinde doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin sürekli ilaç kullanımı ile doğum korkusu düzeyleri arasında bilgi alanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Doğumla ilgili bilgi alanlar bağlamında, düşük doğum korkusu yaşayanların tamamının sürekli ilaç kullanmadığı, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %11,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %88,5'inin ise kullanmadığı tespit edilmiştir. Son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %28,6'sının sürekli ilaç kullandığı, %71,4'ünün ise kullanmadığı tespit edilmiştir.

Doğumla ilgili bilgi alan ve almayan gebelerin tütün kullanımı ile doğum korkusu düzeyleri arasında bilgi almayanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Doğum ilgili bilgi almayanlar bağlamında, düşük doğum korkusu yaşayanların %38,1'nin tütün kullanmadığı, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %80,0'inin tütün kullanmadığı son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %93,3'nün tütün kullanmadığı, tespit edilmiştir.

6.3. Araştırma Sorularının Test Edilmesi

Çalışmanın bu kısmında, araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin test sonuçları yer almaktadır.

Tablo 6.9. Doğum Hakkında Bilgi Alma, Sürekli İlaç Kullanma ve Eş Desteğine Göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanları

Doğum hakkında bilgi alma durumu	n	Ort.	SS	t	p
Evet	66	60,79	19,958	-2,242	0,03*
Hayır	66	68,33	18,687		
Sürekli ilaç kullanma					
Evet	14	74,86	21,465	2,103	0,04*
Hayır	118	63,34	19,130		
Gebelikte eşinden destek alma durumu					
Aynı	62	62,65	18,518	1,056	0,29
Daha iyi	70	66,26	20,544		

t: Bağımlı değişkenler t testi

* Ortalamalar Farkı 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Tablo 6.9 incelendiğinde şimdiki gebelikte doğumla ilgili bilgi alma durumu ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın karşılaştırılmasına yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Burada, doğumla ilgili bilgi almayanların toplam puanlarının bilgi alanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin sürekli ilaç kullanma durumu ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın karşılaştırılmasına yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullananların toplam puanlarının sürekli ilaç kullanmayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin mevcut gebelikte eşin her zamankine göre destek durumu ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın karşılaştırılmasına yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6.10. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın Karşılaştırma Sonuçları

Gebenin eğitim düzeyi	n	Ort.	SS	F	p
Okuryazar değil	24	81,88	20,787	4,009	0,02*
İlköğretim	93	79,81	18,465		
Lise	15	65,53	21,054		
Gelir durumu					
Kötü	11	67,82	23,592	2,106	0,13
Orta	74	67,04	19,277		
İyi	47	59,89	18,755		
Tekrar çocuk sahibi olma isteği					
Evet	92	60,55	18,451	7,658	0,00*
Hayır	20	70,30	15,688		
Bilmiyorum	20	77,25	22,311		
Toplam	132	64,56	19,628		

Tablo 6.10 incelendiğinde eğitim düzeyi ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın karşılaştırılmasına yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gebelerin gelir durumu ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın karşılaştırma test sonuçlarında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Gebelerin mevcut gebelikten sonra tekrar çocuk sahibi olma ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın karşılaştırılmasına yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gebelerin eğitim düzeyinde, tekrar çocuk sahibi olma isteğine göre ortaya çıkan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti amacıyla çoklu

karşılaştırma test yöntemlerinden LSD yöntemine başvurulmuş olup elde edilen sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 6.11. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın LSD Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Eğitim durumu	Alt Gruplar	Ortalamalar Farkı	p
Lise	Okuryazar	-16,341*	0,011
	değil		
	İlköğretim	-14,273*	0,008
Tekrar çocuk sahibi olma isteği			
Evet	Hayır	9,746*	0,037
	Bilmiyorum	16,696*	0,000

* Ortalamalar Farkı 0,05 Düzeyinde Anlamlıdır.

Tablo 6.11 incelendiğinde gebelerin eğitim düzeylerine göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın LSD Çoklu Karşılaştırma sonuçlarına göre, lise mezunu olanların aldığı puanlar ile okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanların aldığı puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gebelerin mevcut gebeliklerinden sonra tekrar çocuk sahibi olmaya göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanın LSD çoklu karşılaştırılmasında tekrar çocuk sahibi olmak isteyenlerin aldıkları puan ile tekrar çocuk sahibi olmak istemeyen ve bununla ilişkili fikir sahibi olmayan kişilerin aldıkları puan arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

7. TARTIŞMA

Bu çalışma, adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunun değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmada elde edilen bulgulara katılımcıların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puanının 78,56 olduğu tespit edildi. Bu değer, gebelerin genel olarak orta düzeyde doğum korkusu yaşadığını göstermektedir. Barut ve Uçar (2018) WDEQ- A puanı 73,31; Körükçü ve arkadaşları (2017) WDEQ- A puanı 79,94 ve son olarak Şahin ve arkadaşları (2019) ise 74,28 olarak tespit etmişlerdir. Elde edilen bu değerler bizim çalışmamızda olduğu gibi katılımcıların orta düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir.

Buna karşın Sezen ve Ünsalver (2018) yaptıkları çalışmada WDEQ- A puanı 49,20; Toohill ve arkadaşları (2014) WDEQ- A puanı 49,50 olarak düşük düzeyde tespit etmişlerdir. Çalışmamızda doğum ile ilgili bilgi alan gebelerin doğum korkusu düzeylerinin dağılımlarına bakıldığında %19,7'sinin düşük, %45,5'inin orta ve %34,8'inin ise yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilirken; doğum hakkında bilgi almayan gebelerin %12,2'sinin düşük, %43,9'unun orta ve son olarak %43,9'unun yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Hofberg ve Ward'ın (2003) yaptıkları çalışmada, gebelerin %20-50'sinin hafif; %20-26'sının orta; %2-13'ünün ise şiddetli seviyede doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Bülbül ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada adölesan gebelerin %23,6'sının hafif; %29,4'ünün orta; %38,8'nin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı kaydedilmiştir. Akın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eğitim öncesinde gebelerin %14,0'ının klinik, %43,0'ının ağır ve %21,5'inin orta ve %21,5'inin düşük derecede doğum korkusu yaşadıkları görülmektedir. Eğitim sonrası doğum korku düzeyleri incelendiğinde, gebelerin %62,8'inin düşük, %37,2'sinin orta düzeyde doğum korkusunun olduğu; ağır ve klinik düzeyde korku düzeyi yaşamadıkları görülmüştür. Çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar değerlendirildiğinde toplumsal yapının, kültürel öğelerin ve gebelerin beklentilerinin farklı olması elde edilen sonuçları birbirinden ayırmaktadır.

Araştırmamıza katılan adölesan gebelerin yaş ortalamasının bilgi alanlarda 17,75 olduğu, bilgi almayanlarda 17,53 olduğu tespit edilmiştir. Meydanlı M. M. ve

arkadaşlarının 1997 yılı içerisinde SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesinde 14-17 yaş arası 337 adölesan gebe ile yaptıkları bir çalışmada ise adölesan gebelerin yaş ortalaması 16.7 ± 0.8 bulunmuştur. Çucu'nun (2001) adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerini incelediği çalışmasında; anne adaylarının yaş ortalaması 17.69, İngeç ve arkadaşlarının (2005), adölesan gebeliklerin, perinatal sonuçlara etkisinin incelediği çalışmada ise adölesan gebelerin yaş ortalaması 18,4 olarak bulunmuştur. Kalpalp'in (2006) yapmış olduğu adölesan annelerine verilen eğitimin öz güven ve öz bakım güçlerine etkisinin incelenmesi adlı çalışmasında adölesan annelerin yaş ortalaması 16.93 ± 1.61 'dir. Yiğitoğlu'nun (2009) çalışmasında adölesan gebelerin yaş ortalaması 18.28 ± 0.92 'dir. Yaptığımız araştırmada elde edilen bulguda, yaşa göre doğum hakkında bilgi alan ve almayan adölesan gebeler kıyaslandığında yaşları ile W-DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi. Bu sonuç, Subaşı ve Özcan'ın (2013) araştırmasında elde ettiği sonuçla benzerlik göstermekte iken Fenwick ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmadan ayrılmaktadır. Çalışmada, yaş ile W-DEQ- A puanı arasında ters bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Büyükbayrak ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada ise yaş ile W-DEQ- A puanı arasında doğrusal bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin eşlerinin yaş ortalamasının doğum hakkında bilgi alanlarda 24,83 olduğu, bilgi almayanlarda 22,96 olduğu tespit edilmiştir. Yiğitoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada adölesan gebelerin eşlerinin yaş ortalaması 24.90 ± 3.08 'dir. Dilmen ve Kocaöz'ün (2019) adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler adlı çalışmasına katılan adölesan gebelerin eşlerinin yaşları 20-24 arasında olanların oranı %53,9'dur. Kalpalp'in (2006) çalışmasında adölesan annelerin eşlerinin yaş gruplarına göre dağılımlarını incelediğinde %36,7'sinin 23-27 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Yaptığımız çalışmada elde edilen bulguda, gebelerin eşlerinin yaşları ile W-DEQ- A toplam puanı anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi. Kaya'nın (2020) yaptığı çalışmada da benzer şekilde eşin yaşına göre anlamlı bir ilişki olmadığı dile getirilmiştir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin gebelik haftası ortalamasının bilgi alanlarda 34,81 olduğu, bilgi almayanlarda 33,89 olduğu tespit edilmiştir. Yiğitoğlu'nun (2009) yaptığı araştırmaya katılan adölesan gebelerin %66,9'ı 39-40. gebelik haftasındadır ve ortalama gebelik haftaları 37.75'tir. İngeç'in (2005) 376 adölesan gebe ile yaptığı çalışmada, adölesan gebelerin ortalama gebelik haftası 37,2 olarak bulunmuştur. Kaya'nın (2020) çalışmasında da gebelik haftasına göre W-DEQ- A toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Yalçınsoy'un (2019) çalışmasında W-DEQ- A toplam puanı ile gebelik haftası arasında anlamlı bir farklılık olmadığı dile getirilmiştir. Araştırmamızda elde ettiğimiz veriler diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda doğum hakkında bilgi alan adölesan gebelerin %72,7'si ilköğretim mezunu, %15,2'si lise mezunu iken %12,1'inin okuryazar olmadığı, bilgi almayanların %68,2'si ilköğretim mezunu, %7,6'sı lise mezunu iken %24,2'sinin okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Kalpalp'in (2006) çalışmasında adölesan annelerin %50,0'ının ortaokul mezunu oldukları, %26,7'sinin ancak okuryazar oldukları görülmektedir. Yiğitoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmaya katılan adölesan gebelerin %36,6 ilkokul, %42,5 ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Topatan'nın (2012) çalışmasında adölesanların eğitim durumu okur yazar olma %44,6'ı ilköğretim %41,6'ı lise mezunu %13,8'dir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında adölesanların %17,3'ü lise mezunuyken, %2'si ilkokulu bitirmemiştir. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin %66'sının ilköğretim, %24'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Dilmen ve Kocaöz'ün (2019) çalışmasında adölesan gebelerin %67,2 ortaokul, %18,7 ilkokul, %14,1 lise mezunu olduğu görülmüştür. Yaptığımız araştırmada elde edilen bulguda, eğitim düzeyine göre doğum hakkında bilgi alan ve almayan adölesan gebeler kıyaslandığında W -DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilirken lise mezunu olan gebeler ile ilkokul, ortaokul ve okur yazar olmayan gebelerin W-DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise eğitim düzeyine göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Saisto ve Halmesmaki (2003) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olanların doğum korkusunun daha yüksek

olduğunu dile getirmişlerdir. Bu durum, eğitim düzeyi düşük olanların gebelikle ilgili bilgilerinin daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında bilgi alan grupta %1,5'inin okuryazar olmadığı, %74,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %19,7'sinin lise mezunu olduğu, %4,5'inin üniversite mezunu olduğu saptanırken; bilgi almayan grupta %6,1'inin okuryazar olmadığı, %80,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %10,6'sının lise mezunu olduğu, %3'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kalpalp'in (2006) çalışmasında adölesan annelerin eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında %56,7 oranında ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Yiğitoğlu'nun (2009) çalışmasında adölesan gebelerin eşlerinin %54,9 ilkokul ve %34,6 ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Dilmen ve Kocaöz'ün (2019) çalışmasında adölesan gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında %17,2'sinin ilkokul, %53,9'nun ortaokul, %24,2'sinin lise, %4,7'sinin üniversite mezunu ve üzeri olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada elde edilen bulguda, gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi ile W-DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Buna karşın Kaya'nın (2020) çalışmasında eşin eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta eşi okuryazar-ilköğretim mezunu olanların doğum korkusunun yüksek olduğu dile getirilmiştir. Derman'ın (2020) çalışmasında eşin eğitim düzeyi ile W-DEQ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Çalışma bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin gelir durumları sorgulandığında doğum hakkında bilgi alan gebelerin %63,6'sının orta, %34,9'unun iyi cevabını verdiği, bilgi almayanların ise %48,5'nin orta, %36,4'ünün iyi cevabını verdiği tespit edilmiştir. Doğum ilgili bilgi alan ve almayanların gelir durumu ile doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılmasında ise bilgi alanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğum ilgili bilgi alanlar bağlamında; düşük doğum korkusu yaşayanların %54,4'nün gelir durumuna orta cevabı verirken %45,5'i gelir düzeyine orta cevabını vermiştir, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %80,8'inin gelir durumuna orta cevabı verdiği ve %19,2'sinin gelir durumuna iyi cevabı verdiği, son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %14,3'ü gelir durumuna kötü cevabını %42,9'u gelir durumuna orta cevabı verirken %42,9'nin gelir durumuna iyi cevabı verdiği tespit edilmiştir. Kalpalp'in (2006) çalışmasında adölesan gebelerin gelir durumuna

bakıldığında %53,3'ünün gelir durumunun gider durumundan düşük bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada elde edilen bulguda, gelir durumu ile W-DEQ- A toplam puanı anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Derman'ın (2020) çalışmasında da benzer şekilde gelir düzeyi ile W-DEQ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Buna karşın Saisto ve Halmesmaki (2003) yaptıkları çalışmada gelir ile W-DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta geliri düşük olanların doğum korkusunun daha yüksek olduğu dile getirilmiştir. Gelirin düşük olmasıyla yaşanacak korkunun yüksek olması, doğumla birlikte artacak olan masrafların gebelerde endişe kaynağı olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda doğum hakkında bilgi alan adölesan gebelerin %66,7'sinin, bilgi almayan adölesan gebelerin ise %56,1'nin çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Keskinoglu ve arkadaşlarının (2002) İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde adölesan gebe üzerinde yaptıkları araştırmada adölesan gebelerin aile tipleri incelendiğinde %26,5'nin çekirdek ailede, %73,7'sinin geniş ailede yaşadığı saptanmıştır. Kalpalp'in (2006) çalışmasında adölesan annelerin %83,3'ünün geniş aile yapısına sahip oldukları saptanmıştır. Yiğitoğlu'nun (2009) yaptığı araştırmaya katılan adölesan gebelerin %49,7'si evlilik sonrası sadece eşi ile yaşarken, %50,3'ünün, eşin ailesi ile birlikte yaşadığı görülmektedir. Topatan'ın (2012) çalışmasında adölesan gebelerin %70,3'nün geniş aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin %59,0 çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Keklikçi (2018) ve Yalçınsoy'un (2019) yaptıkları çalışmada, aile tipine göre W-DEQ- A toplam puanının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı raporlanmıştır. Bununla beraber, Üst ve arkadaşları (2013) ile Lazoğlu (2014) yaptıkları çalışmada aile tipine göre W-DEQ- A anlamlı düzeyde farklılaştığını raporlamışlardır. Gebelerin aile tipi bağlamında, doğum korkusuna yönelik görüşlerin birbirine yakın olduğunu görülmektedir. Çekirdek aile tipine sahip olan gebelerde doğum korkusunun daha yüksek olduğu çalışmalarda gebeye verilecek destek durumunun daha az olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda adölesan gebelere mevcut gebelikte eşin destek durumu sorulduğunda doğum hakkında bilgi alanların %60,6'sının daha iyi, %39,4'nün aynı cevabını verdiği, bilgi almayanların ise %45,5'inin daha iyi, %53'ünün aynı cevabını verdiği saptanmıştır. Yiğitoğlu'nun (2009) çalışmasında adölesan gebelerin %88,2'si gebelik döneminde eşlerinden destek aldıklarını belirtirken, adölesan gebelerin %58,8'si gebelik döneminde kendi annelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Kahraman'ın (2009) çalışmasında adölesan gebelerin %80,1'inin gebelik döneminde eşlerinin desteğinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada doğum ile ilgili bilgi alan ve almayan adölesan gebelerin mevcut gebelikte eşin her zamankine göre destek durumu ile W-DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi. Kızılkaya'nın (2020) çalışmasında da gebelerin duygusal veya fiziksel açıdan eşinden destek alma durumuna göre W-DEQ- A puanının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Buna karşın Kaya'nın (2020) çalışmasında, gebelerin eşleriyle uyum düzeylerine göre W-DEQ- A toplam puanının anlamlı şekilde farklılaştığı ve bu farklılıkta eşiyile arası orta olanların doğum korkusunun eşiyile arası iyi olanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız doğrultusunda adölesan gebelerin genele göre gebelik sürecinde eşlerinden daha çok destek aldıkları görülmüştür.

Çalışmamızda doğum hakkında bilgi alan adölesan gebelerin %81,8'inin, bilgi almayan adölesan gebelerin ise %84,8'inin ilk gebeliği olduğu saptanmıştır. Çucu'nun (2001) çalışmasında ise adölesan gebelerin %72,1'inin ilk gebeliği, %22,6'sının ikinci gebeliği %5,3'ünün ise 3 veya 4. gebeliği olduğu saptanmıştır. Kahraman'nın (2009) çalışmasında adölesan gebelerin %55,8'inin ilk gebeliğidir. Yiğitoğlu'nun (2009) çalışmasında adölesan gebelerin %69,9'unun ilk gebeliği iken %19'unun 2. gebeliği, %11,1'inin ise 3-5'inci gebeliği olduğu görülmüştür. Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) çalışma grubundaki adölesanların gebelik sayıları incelendiğinde %71,2'sinin ilk gebeliği, %23,2'sinin ikinci gebeliği olduğu 3 ve üzeri gebelik yaşamış olanların ise yüzdesi 5,6 olarak bulunmuştur. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin %73'nün ilk gebeliğidir. Dilmen ve Kocaöz'ün (2019) çalışmasında adölesan gebelerin %82,8'nin ilk gebeliğidir. Araştırma sonucumuz diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda spontan düşük sayısı sorgulandığında doğum hakkında bilgi alan ve almayan adölesan gebelerin %93,9'unun daha önce düşük yapmadığı saptanmıştır. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin gebelik öykülerine ait bilgiler incelendiğinde, %6'sının bir düşük, %3'nün iki düşük yaptığı tespit edilmiştir. Dilmen ve Kocaöz'ün (2019) çalışmasında ise adölesan gebelerin %8,6'sının düşük yaptığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızı destekleyici yöndedir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin kürtaj sayısı sorgulandığında bilgi alan gebelerin %93,9'unun, bilgi almayanların ise %89,4'ünün daha önce kürtaj olmadığı saptanmıştır. Topatan'nın (2012) çalışmasında adölesanların obstetrik özellikleri incelendiğinde %5'inin gebelik öncesinde küretaj olduğu belirlenmiştir. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin %2'sinin kürtaj öyküsü olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin canlı doğum sayısı sorgulandığında bilgi alan gebelerin %92,4'ünün, bilgi almayanların ise %95,5'inin daha önce canlı doğum yapmadığı tespit edilmiştir. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin %21'i daha önce canlı doğum yapmıştır. Araştırma sonucumuz bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir.

Araştırmamızda gebeliği isteme durumu sorgulandığında doğum hakkında bilgi alan adölesan gebelerin %95,5'inin, bilgi almayan adölesan gebelerin ise %80,3'ünün gebeliği istediği tespit edilmiştir. Sarı'nın (2014) çalışmasında adölesan gebelerin planlı ve isteyerek gebe kalma yüzdesi 87,7'dir. Buldum'un (2018) çalışmasında adölesan gebelerin %95'i gebeliklerinin istendik olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Gör'ün (2018) çalışmasında isteyerek gebe kalan adölesan gebelerin oranının %93,7 olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin mevcut gebelikte sorun yaşama durumu sorgulandığında bilgi alanların %60,6'sının, bilgi almayanların ise %63,6'sının mevcut gebeliğinde sorun yaşamadığı saptanmıştır. Gör'ün (2018) çalışmasına katılan adölesan gebelerin %96,1'inin sağlık sorunun olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucumuz bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda adölesan gebelerin sürekli ilaç kullanımı sorgulandığında doğum hakkında bilgi alan gebelerin %92,4'ünün, bilgi almayan gebelerin ise %86,4'ünün ilaç kullanmadığı sağtanmıştır. Gör'ün (2018) alışmasında adölesan gebelerin %84,5'i folik asit kullanmış, %86,5'i vitamin kullanmış, %86,5'i de demir preparatı kullanmış olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada doğumla ilgili bilgi alan ve almayanların sürekli ilaç kullanımı ile doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılmasında bilgi alanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğumla ilgili bilgi alanlar bağlamında, düşük doğum korkusu yaşayanların tamamının sürekli ilaç kullanmadığı, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %11,5'inin sürekli ilaç kullandđı, %88,5'inin ise kullanmadığı tespit edilmiştir. Son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %28,6'sının sürekli ilaç kullandđı, %71,4'ünün ise kullanmadığı ve sürekli ilaç kullananların toplam puanlarının sürekli ilaç kullanmayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kızılkaya'nın (2020) alışmasında sürekli ilaç kullanma durumuna göre W-DEQ- A puanının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

8. SONUÇ

Yapılan bu çalışmada elde edilen sonuç gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puanının 78,56 olduğu tespit edildi. Gebelerin doğum korkusu düzeylerinin dağılımlarında doğum hakkında bilgi alanların %19,7'sinin düşük, %45,5'inin orta, %34,8'inin yüksek; bilgi almayanların ise %12,2'sinin düşük, %43,9'unun orta ve son olarak %43,9'unun yüksek doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir.

Gebelerin yaşadığı mevcut gebelikten sonra çocuk sahibi olmayı isteme durumlarına bakıldığında doğumla ilgili bilgi alan ve almayanların mevcut gebelikten sonra tekrar çocuk sahibi olma isteği ile doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılmasında anlamlı bir ilişki olmadığı fakat yapılan LSD testine göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği Toplam Puanının karşılaştırılmasında tekrar çocuk sahibi olmak isteyenlerin aldıkları puan ile tekrar çocuk sahibi olmak istemeyen ve bununla ilişkili fikir sahibi olmayan kişilerin aldıkları puan arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin sürekli ilaç kullanım durumuna yönelik dağılımlarında bakıldığında doğumla ilgili bilgi alanlar bağlamında, düşük doğum korkusu yaşayanların tamamının sürekli ilaç kullanmadığı, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %11,5'inin sürekli ilaç kullandığı, %88,5'inin ise kullanmadığı tespit edilmiştir. Son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %28,6'sının sürekli ilaç kullandığı, %71,4'ünün ise kullanmadığı ve sürekli ilaç kullananların toplam puanlarının sürekli ilaç kullanmayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gebelikte tütün kullanma durumuna göre dağılımlarına bakıldığında doğum ilgili bilgi alan ve almayanların tütün kullanımı ile doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılmasında bilgi almayanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğum ilgili bilgi almayanlar bağlamında, düşük doğum korkusu yaşayanların %38,1'nin tütün kullanmadığı, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %80,0'inin tütün kullanmadığı son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %93,3'nün tütün kullanmadığı, tespit edilmiştir.

Gebelerin gelir durumları sorgulandığında doğum hakkında bilgi alanların %63,6'sının, bilgi almayanların ise %48,5'inin orta cevabını verdiği saptanırken doğum ilgili bilgi alan ve almayanların gelir durumu ile doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılmasında ise bilgi alanlar açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğum ilgili bilgi almayanlar bağlamında, düşük doğum korkusu yaşayanların %54,4'nün gelir durumuna orta cevabı verdiği, orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların %80,8'inin gelir durumuna orta cevabı verdiği, son olarak yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayanların %45,5'nin gelir durumuna iyi cevabı verdiği tespit edilmiştir.

Gebelerin eğitim düzeyine göre doğum hakkında bilgi alan ve almayan adölesan gebeler kıyaslandığında W -DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilirken lise mezunu olan gebeler ile ilköğretim ve okur yazar olmayan gebelerin W-DEQ- A toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin yaşları, eşin gebelikteki destek durumu ve genel sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri kıyaslandığında bilgi alan ve almayan adölesan gebelerin doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın literatür taramasından ve anket araştırmasından elde edilen bilgi ve bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Bu çalışma farklı illerde ve daha fazla sayıda adölesan gebeye uygulanmalıdır.
- Daha fazla ve daha farklı araştırma yöntemleriyle adölesan gebelerin doğum korkusu incelenmelidir.
- Adölesan gebelerin orta düzeyde doğum korkusu yaşadıkları göz önüne alınırsa, doğum korkusunun azaltılmasına yönelik gerekli bilgilendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerekmektedir.

9. KAYNAKLAR

- Abalı, B.F., Saruhan, A., Çerişli, N.E. (2017). Adölesan Doğumların Sonuçlarının Retrospektif İncelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 10(2), 166-170
- Alkın, T., & Onur, E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış
- Aygin, D., Yaman, Ö., Açıl, H., Yılmaz, A., Sert, H. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kız çocuk evliliklerine yönelik tutumları- Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi-Vel.25-pp.19-31-ISBN:-DOI.
- Aydın, D. (2013). Adölesan Gebelik VE Adölesan Annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:4
- Akdemir, N., Bilir, F., Cevrioğlu, A.S., Özden, S., Bostancı, S. (2014). Sakarya bölgesindeki adölesan gebeliklerin incelenmesi. Sakarya Medical Journal, 4 (1): 18-21.
- Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U., Boyacı, B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. Life Sciences, 13 (2), 11-20.
- Akman, M., Tüzün, S., Ünalın, P.C. (2012). Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. Nobel Med, 8 (1): 24-29.
- Atık, D., Örtün, T. (2008). İdeal beden imgesini oluşturan sosyal ve kurumsal faktörler ve bu idealin bireyler üzerindeki etkileri. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 25 (1): 17-35.
- Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., Kulakçı, H. (2015). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 8(2). 61-66
- Barut, S., Uçar, T. (2018). Gebelerde Doğum Öz yeterlilik Algısının Doğum Korkusu ile İlişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2).

- Bharj, K.K., Cooper, M.A. (2009). The social context of childbirth and motherhood. In: Myles' Textbook for Midwives, Ed.: D.M. Fraser, M.A. Cooper. China: Elsevier, s.:21-36.
- Birol, L. (2000). Hemşirelik Süreci. İzmir: Bozyaka Matbaacılık, 4. Baskı, s.:31.
- Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T. (1995). İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 5. Baskı, s.:12.
- Borja, J. B., & Adair, L. S. (2003). Assessing the net effect of young maternal age on birthweight. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association*, 15(6), 733-740.
- Buldum, A. (2018). Adölesan Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşadıkları Doğum Korkusu Arasındaki İlişki, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Buldum, A., EMÜL, T. G. (2020). Adölesan Gebelikte Doğum Korkusu ve Hemşirelik Bakımı. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 85-96.
- Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 25:126-130.
- Büyükbayrak, E.E., Kaymaz, O., Kars, B., Karşıdağ, A.Y.K., Bektas, E., Unal, O., Turan, C. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *J Obstet Gynaecol*, 30:155– 158.
- Çucu, N.Ö. (2001). Adölesan Gebelerin Kaygı Düzeylerinin ve Prenatal Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir:16-21, 35- 40, 43-44, 172-177, 183-190.
- Deliktaş, A., Kukulu, K. (2019). “Pregnant Women in Turkey Experience Severe Fear of Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of Transcultural Nursing*, 30(5):501-511.

- Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14 (8): 174-178.
- Derman, G. (2020). Son Trimesterdeki Gebe Kadınların Psikososyal Sağlık Durumunun Doğum Korkusu Ve Eş Desteği İle İlişkisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Dilmen, S., & Kocaöz, S. (2019). Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.
- Doğan, O., Doğan, S. (1992). Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2018). Verileri
- Duvan, C.İ., Turhan, N.Ö., Onaran, Y., Gümüş, İ.İ., Yuvacı, H., Gözdemir, E. (2010). Adolescent pregnancies: maternal and fetal outcomes. *The New Journal of Medicine*, 27: 113-116.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., Hauck, Y. (2009). Pre- and Postpartum Levels of Childbirth Fear and the Relationship to Birth Outcomes in A Cohort of Australian Women. *J Clin Nurs* 18: 667–77.
- Gör Uslu, F. (2018). Adölesan annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Gözüyılmaz, A., Baran, G. (2011). Body image in married adolescents according to some variables. Barcelona European Academic Conference. Erişim: [<http://conferences.cluteonline.com/index.php/IAC/2011SP/paper/viewFile/533/540>]. Erişim Tarihi: 29.10.2020.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., et al. (2014). “On behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and Childbirth Outcomes

- Among Adolescent Mothers: a World Health Organization Multicountry Study”, BJOG, 121(1), 40–48.
- Ganong, W.F. (Ateş N. Çev.) 2002. Tıbbi Fizyoloji Ankara: Nobel, 20 s. 248-252.
- Gölbaşı, Z. (2005). Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 1.
- Gümüş, B.G., Çevik, N., Hyusni, S.H., Biçen, Ş., Keskin, G., Malak, A.M. (2011). Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. Anatol J Clin Investig, 5 (1): 7-14.
- Gürol, A., Ejder Apay, S., Sönmez, T. (2020). Effects of the Labour Fear on the Prenatal Attachment and Determination of the Affecting Factors. Arc Health Sci Res 2020; 7(2): 137-45.
- Güzel, A.İ., Tokmak, A., & Üstün, Y.E. (2016). “Adölesan Gebelikler”, Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 13(1), 28-31.
- Hofberg, K., Ward, M. (2003). Fear Of Pregnancy And Childbirth. Postgraduate Medikal Journal.; 79:505-10.
- Huang, C.C., Lin, Y.C., Huang, Y.T., Huang, K.H. (2014). “Comparison of Medical Issues in Antenatal and Perinatal Periods in Early Youth, Adolescent, and Young Adult Mothers in Taiwan: a 10-year Nationwide Study”, BMC Pregnancy and Childbirth, (14), 260. Doi: 10.1186/1471-2393-14-260.
- İmir, G.A., Çetin, M., Balta, Ö., Büyükayhan, D., Çetin, A. (2008). Perinatal outcomes of adolescent pregnancies at a university hospital in Turkey. J Turkish-German Gynecol Assoc., 9 (2): 70-74.
- İngeç, M., Börekçi, B., Yılmaz, M., Kadanalı, S. (2005). “Anne Yaşının Perinatal Sonuçlara Etkisi”, “Impact of Maternal Age on Perinatal Outcomes in Adolescent Pregnancies”, J Turkish German Gynecol Assos, Vol. (614) 290-295.
- İskenderoğlu, C. (2020). Obez ve Sağlıklı Adölesanlarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Fiziksel Uygunluk ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.

- Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., Nassar, A. (2015). “A Review of The Risks and Consequences of Adolescent Pregnancy”, *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(1), 1-8.
- Johnson, J.Y. (2012). Anne-Yenidoğan Hemşireliği. İçinde: Kadın Doğum Hemşireliğine Genel Bakış, Çev. Ed: N. Çiçek, L. Taşkın. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Kahraman, S. (2009). Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması. *TC Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.*
- Kalpalp, B. (2006). Adölesan annelerine verilen eğitimin öz güven ve öz bakım güçlerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kanbur, A. (2010). Gebeliğin istenme durumunun gebelerin yaptığı sağlık uygulamalarına etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Kawakita, T., Kathy Wilson, W., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C. C., Gomez-Lobo, V. (2016). “Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy”, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 29, 130-136.
- Kaya, A. (2020). Gebelerde Doğum Korkusu Ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Keklikçi, S. (2018). Primiparlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Keskin, U., & Kıncı, M.F. (2018). “Adölesan Dönemi ve Gebelikler”, *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(5), 33-8.

- Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, P., Bilgiç, N., Kılıç, B. (2002). 2001 Yılında İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Gerçekleşen Adölesan Gebelikler, 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 230-233, Diyarbakır.
- Kırbaş, A., Gülerman, H.C., Yüksel, N. (2011). Adölesan gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. Jinekoloji – Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 8 (31): 1271- 1273.
- Kömürcü, N. (2008). Özel Gruplarda Gebelik. İçinde: Kadın Sağlığı, Ed.: A. Şirin. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Kızılkaya, M. (2020). Gebelerde Doğum Beklentisi Ve Doğum Yöntemi Tercih Nedenlerinin Depresyon Ve Anksiyete İle İlişkinin İncelenmesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Van.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., Kabukçuoğlu, K. (2017). Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Clinical and Experimental Health Sciences.;359.
- Körükçü, Ö., Kukulu, K., Fırat, M.Z. (2012). The Reliability and Validity of The Turkish Version of The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) With Pregnant Women, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19, 193-202.
- Lazoğlu, M. (2014). Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- Melekoğlu, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S., Özgünen, F.T. (2013). Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları. Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology, 10: 213- 219.
- Mete, S. (2008). Gebenin Sağlığını Değerlendirme. İçinde: Kadın Sağlığı, Ed.: A. Şirin. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Meydanlı, M.M., Çalışkan, E., Ecemiş, T., Arlier, S., Dölen, İ., Haberal, A. (2000) Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, Cilt 10, Sayı;2, 98-103.

- Meyer, S. (2013). "Control in Childbirth: a Concept Analysis and Synthesis", Journal of Advanced Nursing, 69(1), 218- 28.
- Naz, U. (2014). "Comparison of Obstetric Outcome in Terms of The Risk of Low Birth Weight, Preterm Delivery, Cesarean Section Rate and Anemia in Primigravid Adolescents and Older Primigravida", Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 24 (2), 131-134.
- Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: Mattek Matbaacılık. 2. Baskı.
- Özer, A.Ö. (2013). Yenidoğan ve Adölesan Sağlığı. İçinde: Aile Sağlığı, Ed.: M. Ünalacak. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özşahin, Z. (2017). *Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisi* (Master's thesis, İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Helmesma, E. (2001). Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 108(5):492-8.
- Sarı, E. (2014). Adölesan ve erişkin annelerin doğuma ilişkin duygu ve memnuniyetleri.
- Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M.A., Singh, S. (2015). "Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends", J Adolesc Health, 56(2):223–30.
- Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kâmil Tıp Bülteni. 40(2):57-62.
- Şahin, M. (2011). Gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şatıroğlu, H. (2008). Ergenlikte Cinsellik İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi, Mart, No:63 syf: 41-46

- Şekeroğlu, M., Baksu, A., İnce, Z., Gültekin, H., Göker, N., Özsoy, S. (2009). Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetric sonuçlar. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 43 (1): 1-7.
- Şen, M. (2011). Türkiye’de ergen profili. Aile ve Toplum Dergisi, 7 (27): 89-102.
- Sevil, Ü., Özhan, N. (2004). Adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerinin incelenmesi. Kadın Doğum Dergisi, 3 (2): 443-447.
- Sezen, C., Ünsalver, B.Ö. (2018). Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Gözden Geçirme ve Pilot Çalışma. The Journal of Neurobehavioral Sciences.1.
- Shan, N., Rohra, D.K., Shuja, S., Liaqat, N.F., Solangi, N.A., Kumar, K., Ahuja, K.L., Azam, S.I., Khan, N. (2011). Comparision of obstetric outcome among teenage and non-teenage mothers from three tertiary care hospitals of Sindh, Pakistan. J Pak Med Assoc., 61 (10): 963-967.
- Steinberg, L. (2007). Ergenlik. Yay. Haz.: F. Çok. Ankara: İmge Kitabevi.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S. (2013). Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. Selçuk Tıp Dergisi. 29(4): 165-7.
- Şolt, A., Yazıcı, S. (2015). Adölesan Gebelikler doi. 10.17681/hsp.36633 HSP 2015;2(2):241-248
- T.C. Türkiye İstatistik Kurum Başkanlığı 'Türkiye Doğum İstatistikleri (2011), (10923) www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=10923 (Erişim Tarihi: 27/01/2019)
- Taşpınar, A. (2008). Normal Gebelik. İçinde: Kadın Sağlığı, Ed.: A. Şirin. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Tekinarslan, E., (2015). Gebelerde D-Tipi Kişilik Özellilerinin Normal Doğum Korkusu Üzerine Etkisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya,
- T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü (2008). Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri, Eğitimciler için Eğitim Rehberi. Ankara: İlkey Ofset Matbaacılık.
- T.C Sağlık Bakanlığı Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü (2017). Gebe Bilgilendirme Ajandası.

- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. (2014). Pregnancy and Childbirth. 14:274.
- Topatan, S. (2012). Postpartum dönemde adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2010). İstatistiklerle Kadın 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Doğurganlık. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Doğum İstatistikleri. Geliş tarihi 28 Şubat 2021, gönderen <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33706>
- Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2), 54-58.
- Uzun Kara, A., Orhon Şimşek, F. (2013). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2013, 66(1)
- Uyanık, D., Doğan, S. (1998). Kız Çocukları Açısından Erken Yaş Evliliği. Araştırma Sempozyumu, 23-25 Kasım Ankara
- Üst, Z.D., Pasınlıoğlu, T., Özkan, H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.2013; 16(2).
- World Health Organization (WHO). (1999). Programming for Adolescent Health and Development. WHO Technical Report Series 886. 1999:1-217.
- World Healt Organization (WHO). (2006). What are the most effective strategies for reducing the rate teenage pregnancies? Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2008). World Health Statistics. France: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2010). Developing sexual health programmes. Aframework for action.

- World Health Organization (WHO). (2014). Global database on body mass index. Erişim: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html]. Erişim Tarihi: 10.10.2020
- World Health Organization (WHO). (2016). Global Health Observatory (GHO) data. HIV/AIDS. Geneva. <http://www.who.int/gho/hiv/en/> (ErişimTarihi: 25/01/2018)
- World Health Organization (WHO). (2016). Adolescents: health risks and solutions, May <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> (Erişim tarihi: 30/01/2018)
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 19 (4), 84-97.
- Yalçınsoy, H. (2019). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli.
- Yaşar, Ö., Şahin, K.F., Coşar, E., Köken, G., Nadirgil, C.A.S. (2007) Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics.*; 17(6): 414-420.
- Yılmaz, E., Yılmaz, Z. V., Karşlı, M. F., Gültekin, İ. B., Seven, B., Kara, O. F., & Küçüközkan, T. (2015). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan adolesan gebelerin obstetrik ve perinatal sonuçları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(6).
- Yılmaz, S.D., Beji, N.K. (2010). Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20 (4): 137-142.
- Yiğitoğlu, S. (2009). Adolesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi., Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir.

10. EKLER

EK-1

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

“Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eşiniz kaç yaşındadır?
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) İlköğretim
 - 3) Lise
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) İlköğretim
 - 3) Lise
 - 4) Üniversite
- 5) Yüksek lisans/Doktora
5. Çalışma durumunuz nedir?
 - 1) Çalışıyor
 - 2) Çalışmıyor
6. Eşinizin çalışma durumu nedir?
 - 1) Çalışıyor
 - 2) Çalışmıyor
7. Sosyal güvenceniz var mıdır?
 - 1) Var
 - 2) Yok
8. Gelir durumunuz nasıldır?
 - 1) İyi
 - 2) Orta
 - 3) Kötü
9. Şu anda yaşadığınız yer neresidir?
 - 1) İl
 - 2) İlçe
 - 3) Köy
10. Şu an yaşadığınız evin tipi nedir?
 - 1) Apartman dairesi
 - 2) Müstakil ev

11. Ailenin tipi nedir?

- 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

12. Evlendiğinizde kaç yaşıdaydınız?

13. Eşinizin ilk evlilik yaşı nedir?

14. Eşiniz ile resmi nikahınız var mı?

- 1) Var 2) Yok

B. DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

15. Toplam gebelik sayısı nedir?

- 1) Bir 2) İki ve daha fazla

16. Spontan düşük sayısı nedir?

- 1) Yok 2) Bir ve daha fazla

17. Kürtaj sayısı nedir?

- 1) Yok 2) Bir ve daha fazla

18. Ölü doğum sayısı nedir?

- 1) Yok 2) Bir ve daha fazla

19. Canlı doğum sayısı nedir?

- 1) Yok 2) Bir ve daha fazla

C. GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ İLE İLGİLİ SORULAR

20. Eşinizle uyumlu bir çift misiniz?

- 1) Uyumlu 2) Uyumsuz

21. Bu gebeliğiniz sırasında size eşinizin desteği her zamankine göre nasıldır?

- 1) Daha iyi 2) Aynı 3) Daha kötü

22. Gebelik sürecinizde en çok kimden destek alırsınız?

- 1) Almadım 2) Eşimden 3) Yakınlarımdan

D. GEBELİK İLE İLGİLİ SORULAR

23. Bu gebeliği isteyerek mi planladınız?

- 1) Evet 2) Hayır

24. Eşiniz bu gebeliği istiyor muydu?

- 1) Evet 2) Hayır

25. Beklediğiniz bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- 1) Kız 2) Erkek 3) Bilmiyorum

26. Şu an gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?

27. Tütün kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Gebelikte bıraktım.

28. Sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

29. Bu gebeliğiniz sırasındaki sağlık durumunuzu gebelik öncesi döneme göre nasıl değerlendiriyorsunuz

- 1) Daha iyi 2) Aynı 3) Daha kötü

30. Bu gebelik esnasındaki sağlık durumunuzu diğer gebelere göre nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Daha iyi 2) Aynı 3) Daha kötü

31. Mevcut gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

32. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

33. Bu gebeliğinizde doğum ile ilgili bilgi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

34. Doğum ile ilgili bilgiyi kimden/nerden aldınız?

- 1) Almadım 2) Gebe eğitim kursundan 3) Gebe eğitim kitaplarından
4) Sağlık personelinde 5) Diğer

35. Bu gebeliğinizden sonra tekrar çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum

EK-2

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

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

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

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

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

I Doğum sancıları 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 sancıları 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 emin kendinden emin

değil

6 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

korkmuş korkmamış

7 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

yüzüstü bırakılmış yüzüstü

bırakılmamış

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

8 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç

	güçsüz							güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Hiç
	güvende							güvende değil
10	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Bağımlı
	bağımsız							
11	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Hiç umutsuz
	umutsuz							değil
12	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Gerginlik
	gergin							yok
13	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Hiç
	memnun							memnun değil
14	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Hiç
	hoşnut							hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5		
	Son derece							Hiç
	terkedilmiş							terkedilmemiş

16	0	1	2	3	4	5
	Tamamen					Hiç kendine
	kendine hakim					hakim değil

17	0	1	2	3	4	5
	Son derece rahat					Hiç rahat değil

0 1 2 3 4 5

Son derece mutlu Hiç mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

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		

22 0 1 2 3 4 5 yok
Aşırı Öz güveni
öz güvenli yok

23 0 1 2 3 4 5
Son derece Kendine
güvenli güvensiz

24 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
ağrılı ağrı yok

IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü Kötü bir
bir şekilde davranacağım şekilde
davranmayacağım

26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün Bedenimin bütün
kontrolü sağlamasına izin vereceğim kontrolü 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 Hiç
doğal doğal değil

30. 0 1 2 3 4 5

Tamamen olması Hiç olması
gerektiği gibi gerektiği gibi değil

31 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

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

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

ÖLÇEKLE İLGİLİ BİLGİ

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ), kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. Madde toplam puan <60 düşük doğum korkusu, 60-84 orta düzey doğum korkusu, >85 yüksek doğum korkusu olarak ifade edilmektedir. **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükcü ve Kukulu tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91'dir.

EK-3. ÖRNEKLEM HESAPLAMASI

G-POWER SONUÇ RAPOR

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size
Input: Tail(s) = Two
Effect size d = 0,5
 α err prob = 0,05
Power (1- β err prob) = 0,80
Allocation ratio N2/N1 = 1
Output: Noncentrality parameter δ = 2,8284271
Critical t = 1,9789706
Df = 126
Sample size group 1 = 64
Sample size group 2 = 64
Total sample size = 128
Actual power = 0,8014596

Yapılan literatür taramasında üzerinde çalışılacak yöntemlere ilişkin yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,5 etki büyüklüğü, % 80 güç ve 0,5 hata payı ile G-POWER programı kullanılarak bulunan toplam örneklem büyüklüğü n=128'dir.

Hesaplamanın temelinde 2 bağımsız grup düşünülerek Student T Testi için örneklem sayısı belirlenmiştir. Grup oranları birbirine eşittir. Her bir grup için n= 64 olarak düzenlenmiştir.

EK-4. ARAŞTIRMA İZNİ



T.C.
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 12641312-044
Konu : Araştırma İzin Talebi/Melek IŞIK

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Melek IŞIK'ın 21/12/2020 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile, Müdürlüğümüze bağlı Kapaklı İlçe Devlet Hastanesinde görevli Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Melek IŞIK tarafından 01/01/2021-01/03/2021 tarihleri arasında 19 yaş ve altı gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesi sonrasında doğum korkusunun ve doğum hakkındaki düşüncelerinin değerlendirilmesi amacıyla "**Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle, Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi**" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait anketi Müdürlüğümüze bağlı Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi doğumhane ve poliklinik birimine gelen 16 hafta ve üstü gebelik haftasında, 19 yaş ve altında olan kadınlara uygulayabilmek için gerekli izin talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında araştırmacı tarafından Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır:
Zafer SOYKIRLI
Müdür a.
Başkan

Ek:
1. Soru Formu (6 Sayfa)
2. Protokol (2 Sayfa)

Dağıtım:
Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi
Melek Işık (e-posta: melekisik93@hotmail.com)

100. Yıl Hürriyetin Marşıyla Caddesi No:37 Sileymangazi/Tekirdağ

Telefon: Faks No: 0 (282)2624044

e-Posta: ilknur.ozdemir@sağlik.gov.tr İnternet Adresi:

www.tekirdag.gov.tr

Devletin elektronik imzalı ortamına <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5599660b-cach-420b-b77a-10a3121a2d76 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İlknur ÖZDEMİR

EHE

Telefon No: 0 (282) 258 22 58

EK-5. ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle, Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi” isimli tez çalışması yapmaktayız.

Araştırmanın amacı, gebe kalan adölesanların normal doğuma yaklaşımını araştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada 19 yaş ve altı gebelerin normal doğum hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size literatür rehberliğinde geliştirilen “Bilgi Formu” ve geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu” uygulanacaktır.

Bu araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlar tarafından gerektiği takdirde incelenebilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

Katılımcı Beyanı

Araştırmacı tarafından yapılacak araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

İmza:

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : E-10840098-604.01.01-66446
Konu : Etik Kurulu Kararı

27/12/2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle, Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 27.12.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden A8025766X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34090 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle, Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 1138	Tarih: 25/12/2019		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve ar etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “ oybirliği ” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒

* :Toplantıda Bulunma