



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN PERİNATAL ANKSİYETE
DÜZEYİ, DOĞUM KORKUSU VE BAĞLANMAYA ETKİSİ**

EBRU ÇALIŞKAN

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ASİYE AYAR KOCATÜRK

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde beni destekleyip yüreklendiren değerli danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Asiye AYAR KOCATÜRK Hocama en kalbi duygularla teşekkürlerimi sunarım.

Önerileri ve motivasyonu için değerli jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Nazande KORKMAZ YILDIZ ve Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU Hocama ve Medipol Ailesine,

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi aşamasında katkı ve önerilerinden dolayı Prof.Dr Arif Serhan CEVRİOĞLU, Doç.Dr. Hasan TERZİ, Dr. Öğr. Üyesi Ünal TÜRKAY ve SAÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğr. Üyesi Doç.Dr. Esra YAZICI Hocama,

Çalışmanın yürütüldüğü, Gebe okullarında büyük bir özveri ve aşk ile eğitim veren Kocaeli ve Sakarya Doğuma Hazırlık Eğitimci Ebelerine, yoğun desteğini gördüğüm Ebe Şermin DERE' ye,

Yoğun iş tempoma rağmen çalışma ortamımda, akademik anlamda ilerlemeyi destekleyen Başkanım Op.Dr.Onursal VARLIKLI, Başkan Yardımcım Ömer ŞAHAN ve İl Müdürümüz Op.Dr Şenol ERGÜNEY Hocama ve çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca *çalışmalıyım, çok çalışmalıyım* 😊 dediğim tüm süreçlerde her koşulda beni yüreklendiren destekleyen özel insan anneme, canım kızıma, tüm aileme, arkadaşlarıma ve araştırmaya katılmayı kabul eden biricik gebelerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER.....	8
4.1. Gebelik.....	8
4.1.1. Gebelikte görülen anne adayının fizyoloji ve psikolojisini etkileyebilecek değişiklikler	8
4.2. Doğum Eylemi.....	12
4.3. Vajinal Doğum.....	13
4.3.1. Doğumun evreleri	13
4.4. Korku.....	13
4.4.1. Doğum korkusu.....	14
4.4.2. Doğuma yönelik korkular	16
4.4.3. Doğum korkusunun belirtileri.....	18
4.4.4. Doğum korkusunun nedenleri	19
4.4.5. Doğum korkusunun olumsuz sonuçları	20
4.4.6. Doğum korkusu ve doğum	21
4.4.7. Doğum korkularının azaltılması.....	23
4.5. Anksiyete	23

4.5.1. Epidemiyoloji	25
4.5.2. Etyoloji.....	25
4.6. Perinatal Anksiyete	25
4.6.1. Perinatal anksiyetenin epidemiyolojisi	26
4.6.2. Perinatal anksiyetede klinik bulgular	27
4.7. Bağlanma.....	28
4.7.1. Prenatal-maternal bağlanma.....	28
4.8. Doğuma Hazırlık Eğitimleri.....	29
4.8.1. Doğuma hazırlık eğitimlerinin gelişimi	30
4.8.2. Doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliği ve yapılan çalışmalar	31
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
5.1. Araştırmanın Türü.....	33
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
5.3. Evren ve Örneklem	33
5.4. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri	34
5.5. Araştırmaya Dahil Edilememe Ölçütleri	34
5.6. Araştırmanın Sonlanma Ölçütleri	34
5.7. Hipotezler	35
5.8. Veri Toplama Süreci	36
5.9. Veri Toplama Araçları.....	37
5.10. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönü.....	38
5.11. Yöntem	38
5.11.1. Kontrol grubu	39
5.11.2. Çalışma grubu	41
5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
5.13. Araştırmanın Güçlü Yönleri	44

6. BULGULAR	45
6.1. Ölçeklerin Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizleri	45
6.2. Katılımcılara İlişkin Frekans Tabloları	46
6.3. Ölçeklere Göre Gruplar Arasındaki Puan Farklılıkları	48
6.4. Ölçekler Arasındaki Puan Farklılıkları	55
6.5. Beck Anksiyete Düzeyi ve Edinburgh Depresyon Riski Düzeyi Sonuçları	57
7. TARTIŞMA	59
7.1. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Sonuçlar	59
7.2. Bağlanmaya İlişkin Sonuçlar	59
7.3. Doğum Korkusuna Yönelik Sonuçlar	62
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
9. KAYNAKLAR	66
10. EKLER	82
11. ETİK KURUL ONAYI	96
12. ÖZGEÇMİŞ	98

KISALTMALAR LİSTESİ

BAE:	Beck Anksiyete Envanteri
PVTF:	Perinatal Veri Toplama Formu
STAI:	Durumluluk Anksiyete Ölçeği 1
EDÖ:	Edinburgh Depresyon Ölçeği
TDK:	Türk Dil Kurumu



TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1. Güvenilirlik tablosu	45
Tablo 6.2. Katılımcıların frekans tablosu-1	46
Tablo 6.3. Katılımcıların(Eğitim alanlar n=117 Eğitim almayanlar=82) frekans tablosu-2 ..	47
Tablo 6.4. Eğitim başlangıcında gerçekleştirilen ilk görüşmede değerlendirilen ölçeklere ilişkin t-testi sonuçları.....	48
Tablo 6.5. Eğitim bitiminde/ilk görüşmede değerlendirilen ölçeklere ilişkin t-testi sonuçları	49
Tablo 6.6. Aktif travayda değerlendirilen ölçeklere ilişkin t-testi sonuçları.....	51
Tablo 6.7. Postpartum 1'inci günde değerlendirilen ölçeklerine ilişkin t-testi sonuçları	52
Tablo 6.8. Postpartum 6'ncı haftada değerlendirilen ölçeklere ilişkin t-testi sonuçları	53
Tablo 6.9. Doğum için başvuru anında yapılan pelvik muayeneye ilişkin t-testi sonuçları ..	54
Tablo 6.10. Eğitim alan grubun ölçek puanları arasındaki farklılıklara ilişkin t-testi sonuçları	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1. Kontrol grubu veri toplama değerlendirme basamakları	40
Şekil 5.2. Çalışma grubu veri toplama değerlendirme basamakları.....	42
Şekil 6.1. Beck anksiyete düzeyi.....	57
Şekil 6.2. Edinburgh depresyon riski düzeyi.....	58



1. ÖZET

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN PERİNATAL ANKSİYETE DÜZEYİ, DOĞUM KORKUSU VE BAĞLANMAYA ETKİSİ

Bu araştırma doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete düzeyi, doğum korkusu ve bağlanmaya etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma doğuma hazırlık sınıfından mezun olan ve olmayan kadınların yukarıda bahsedilen parametreler yönünden karşılaştırması amacıyla yarı deneysel ve prospektif türde planlanmış ve uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini; Doğu Marmara Bölgesinde, bünyesinde gebe okulu bulunan 5 Hastanenin, antanetal polikliniğine 2018 yılında başvuran primigravid kadınlar oluşturmuştur. Örneklemi ise çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan ve doğum öncesi, doğum ve doğumdan 6 hafta sonrasında yapılan tüm görüşmeleri tamamlayabilen, 117 çalışma ve 82 kontrol grubu olmak üzere toplam 199 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde frekans, bağımsız örneklem ve bağımlı örneklem t testleri kullanılmıştır. Verilerin analizinde kullanılan güvenilirlik analiz değerleri 0,821 ila 0,934 arasında saptandı. Çalışma ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik değerlendirmesinde, yaş, eğitim seviyesi ve ortalama aylık gelir düzeyleri yönünden istatistiksel farklılık saptanmadı. Eğitim başlangıcındaki gebelik haftası, doğumdaki gebelik haftası ve bebeklerin doğum ağırlıkları yönünden gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Eğitim alan grubun sezaryen doğum oranı %28 iken, almayan grubun % 39'u sezaryenle doğum gerçekleştirmiştir ($p < 0.05$). Değerlendirilen parametreler yönünden yapılan karşılaştırmalar sonucunda eğitim alan gebelerin postpartum 1. günde ve 6. haftada Beck anksiyete düzeyi, Edinburgh depresyon riski düzeyi ve doğum korkusu düzeyleri, eğitim almayanlara göre önemli oranda düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Maternal bağlanma yönünden postpartum 6. haftada yapılan değerlendirmede gebe eğitimi alanlarda bağlanma düzeyi, almayanlardan belirgin düzeyde fazladır ($p < 0.05$). Ancak prenatal bağlanma düzeyleri yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Aktif travay esnasında da anksiyete yönünden de gruplar arasında farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç olarak gebe eğitim sınıfında alınan eğitim anne adayının doğum önce ve sonrasında anksiyete ve doğum korkusunu azaltmakta, ayrıca doğum sonrasında anne bebek bağlanmasını arttırmaktadır. Bu bulgulara karşın gebe eğitim programımız aktif travay anksiyetesini azaltamamıştır.

Aktif travay anında ve postpartum klinikte ilk gün izlemi sırasındaki anksiyetenin azaltılması için, standart gebe eğitim programlarına psiko-eğitim metodları eklenebilir. Ayrıca gebelerin doğuma hazırlık eğitici eğitimi almış olan ebelerle bireysel doğum odalarında, eş veya anne desteğiyle doğum yapabilmeleri de faydalı olabilir. Gebe eğitimi sırasında gebelerin eğitim sırasında doğumhane ortamını ziyaret edebilmesi, doğumu yaptıracak olan ebenin travay ve doğum sürecinde sadece tek gebe ile ilgilenebilmesi sağlanabilmelidir. Doğum sonrasında da anne ve bebeğin klinikteki bakımı için yine bireysel odalarda, özelleşmiş destekçilerden yardım alınmalıdır. Son olarak tüm doğumhaneler, yeterli sayıda sertifikalı sağlık personeliyle birlikte anne dostu doğum üniteleri haline getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, antenetal eğitim, doğum, doğum korkusu, ebelik, prenatal eğitim, prenatal bağlanma, maternal bağlanma.

2. ABSTRACT

THE EFFECTS OF CHILDBIRTH EDUCATION PROGRAMME ON PERINATAL ANXIETY LEVEL, THE FEAR OF CHILDBIRTH AND THE MATERNAL BONDING

The purpose of this work is to acknowledge and compare the effects of Childbirth Education Programme on perinatal anxiety level, the fear of childbirth and the maternal bonding in women who attended childbirth education programme or not. Study planned and conducted prospectively with the aforementioned parameters by semi-experimental style. Pregnant women who pregnancy follow-ups and deliveries completed by five different hospitals located in the eastern Marmara region during year 2018 constitute the universe of the study group. Pregnant women who accept voluntarily to participate in the study and provide required conditions included into the study sample. All participants completed perinatal survey form, first entrance scales and also completed delivery and 6th postpartum week meeting questionnaires. Study finished with 199 women; 117 study and 82 control women.

Frequency Sample, Independent Sample t- Test, and Paired Sample t-Test are used for statistical analyses. The reliability analysis values which used to analyse the data changed between 0,821 and 0, 934. There were no difference in terms of age, education and monthly income levels between study and control groups. There were no statistical difference in terms of pregnancy periods at the beginning of childbirth education programme, delivery weeks and newborn weights. Caesarean section rate in pregnant women who attended childbirth education programme classes or not were 28 and 39 percent respectively ($p < 0.05$). Beck anxiety scores, Edinburgh depression scores and fear of delivery levels which evaluated during the postpartum first day and sixth weeks postpartum were found less in women who attended childbirth education programme ($p < 0.05$). Maternal bonding levels which evaluated 6th weeks postpartum were significantly higher in study group ($p < 0.05$). On the other hand prenatal bonding levels were not different between the groups ($p > 0.05$). Anxiety scores during the childbirth travail were also not different between the study and control groups ($p > 0.05$).

As a conclusion, childbirth education programme lowers postpartum anxiety and fear of childbirth and improves postpartum sixth weeks maternal bonding. Despite these findings our childbirth education programme could not reduce travail anxiety.

In order to lessen the anxiety and fear during travail and to lessen the postpartum first day anxiety in the clinic follow-up, psycho-teaching methods may be incorporated into the standart childbirth education programme.

The support of trusted spouse, friend or relative and also continuous specialized midwife support during travail, delivery and postpartum first day should be helpful. It would also be helpful for the women to visit delivery rooms during education programme and to have a specialised midwife during the travaille and delivery. Mother and her baby should have a special room and also specialized supporter for postpartum follow-ups during their hospital stay. Lastly all delivery units should be converted to maternal friendly delivery units with adequate and certified medical personnel.

Key Words: Antenatal Education, Anxiety, Childbirth, Fear of Childbirth, Prenatal Education, Prenatal Bonding, Maternal Bonding.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın, doğduğu andan itibaren çocukluk, adölesan, cinsel olgunluk, klimakterium ve yaşlılık gibi farklı dönemlerden geçer. Gebelik, doğum ve anne olma bu dönemlerin en özel safhalarıdır. Gebelik, kadının yaşamında doğal bir süreç olmakla birlikte, özellikle ilk gebeliklerde, bilinmeyenler ürkütücü bir süreç olarak algılanabilmektedir. Diğer taraftan gebelik anne adayının yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişmelerin yaşandığı ve bu değişimlere adaptasyon gerektiren önemli bir dönemdir (1, 2, 3, 4). Dolayısıyla bu süreçte gebenin tıbbi bakım, psikolojik destek ve rutin takip gereksinimi olmaktadır. Prenatal bakım bu nedenle önem taşımaktadır.

Yukarıda da ifade edildiği üzere doğum ve doğum öncesi süreç hem kadın hem de ailesi için oldukça önemli bir dönemdir. Kadın ve ailesi için sağlıklı bir şekilde geçirilmesinde istenen doğum şekli kararının verilmesi önem taşımaktadır (5). Her doğum kendine özeldir ve bulgulara göre karar verilmesi gereken bazı özellikler taşımaktadır. Doğum şekline karar verilirken her gebenin durumu kendi koşulları içerisinde değerlendirilerek hareket edilmelidir (6).

Gebelik döneminde fizyolojik ve fiziksel birçok değişiklik dışında, sosyal ve psikolojik değişimlerle de karşılaşmaktadır. Anne karnındaki bebeğin varlığı, gebelikte gelişen fizyolojik değişimler, sosyal çevrede ve aile içinde oluşan değişimler bu süreçteki tepkilerin sebebi olarak görülmektedir. Ayrıca gebelik biyolojik değişimle gelişen fizyolojik bir değişim gösterdiği gibi, önceki dönemlerde yaşadığımız çözümlenmemiş ve bastırılmış çatışmaların psikolojik durumları gebelik sürecinin duygusal ve ruhsal durumlar üzerinde etkilidir. Anne adaylarının bir kısmı gelişen psikolojik değişikliklere uyum sağlarken diğer bir kısmında minimal veya üst düzeyde psikolojik sorunlar oluşabilmektedir. Bu süreçte kaygı gelişmesi, belirsizlik, çelişkilerle içe kapanma, bağımlı hissetme, korku ve pasif kişilik gelişebilmektedir. Gebelik ve doğum sonrası sürecin sağlıklı ve normal düzeyde geçmesi için, gebeliğin tüm trimesterlerine ait değişkenlerin bilinmesi ve sürece uyum sağlayabilmek oldukça önemlidir (7).

Prenatal dönemde kadınlarda gözlenen en önemli problemlerin başında anksiyete gelmektedir. Prenatal depresyon ile prenatal anksiyetenin birçok kadında bir arada bulunduğu saptanmıştır (8, 9). Anksiyete seviyesi yüksek olup depresif olmayan gebe örneği bulmak çok zordur (10). Buist ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı bir çalışmada kadınların %9,5'i gebelikte yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almaktadır (11). İngiltere'de Heron ve ark.'nın 2004 yılında yaptığı diğer bir çalışmada kadınların % 14,6'sında gebeliğinin 18. haftasında anksiyete semptomları görülmüştür (12). Sıklık araştırmalarının yanında gebelikte anksiyetenin nasıl seyrettiğinin araştırıldığı Vythilingum'un 2009 yılında yaptığı çalışmada, gebelikte görülen anksiyetenin klinik özelliklerinin gebe olmayan kadınlarda görülen anksiyete ile farklı olmadığı ancak ek olarak gebeliğe özgü kaygıların eklendiği bulunmuştur (13).

Doğum korkusu; psikososyal sağlığın tehdit edicilerindedir. Doğum esnasında biyolojik olarak ağrı gelişebileceği hissi, karakter ve geçmişteki travmatik olayların yansımaları ve anne olma durumu ile ilgili kaygıların getirdiği psikoloji, düşük sosyo kültürel durum ya da öncesi doğum nedeni ikincil bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (14). Literatürde doğum korkusunun; düşük eğitim ve sosyoekonomik düzey, sosyal açıdan destek görememe, gebenin eşi ile sorun yaşıyor olması (15), yeterli medikal danışmanlık verilmemesi, tanımadığı ortamda yalnız kalma hissi ve bilinmeyenler (14, 15), doğum odasında diğer kadınların çığlıklarını duymak ve kendisine anlatılan olumsuz doğum hikâyelerinden (16) oluştuğu belirlenmiştir (17, 15). Yine yapılan araştırmalarda anksiyete ve doğum korkusu arasında pozitif yönlü bir bağlantı olduğu bildirilmiştir (18, 15, 19).

Annelerin artmış anksiyetelerinin çocuklara doğrudan etkilerinin yanında dolaylı olarak ebeveyn tutumunu etkileyerek de olumsuz etkilerini sürdürdüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda anksiyetesi olan annelerin 6 aylık bebekleriyle oyunları sırasında aşırı uyarılmış oldukları (20); 10-14 aylık bebekleriyle oyunları sırasında daha az duyarlı oldukları ve duygusal tonlarının düşük olduğu (21); 9 aylık bebekleriyle serbest oyun sırasında daha az duyarlı oldukları (22) ve 6 aylık bebekleriyle serbest oyun sırasında abartılı ve öğretici davranışları olduğu bulunmuştur (20). Ayrıca anksiyöz annelerin daha kontrolcü

oldukları ve bebekleriyle duygusal koordinasyonlarının daha az olduğu saptanan diğer bulgular arasındadır. Söz konusu annelerin çocukları ile olan olumsuz etkileşimlerinin olası nedenlerinin ve sonuçlarının araştırıldığı çalışmalarda annelerin kendi kaygı belirtilerine aşırı odaklanmış oldukları, dolayısıyla çocuklarının duygusal gereksinimlerini fark etmede ve gidermekte zorlandıkları ileri sürülmüştür (23, 24). Annedeki yüksek kaygı düzeylerinin güvensiz-özellikle de ambivalan bağlanma ile ilişkili olduğu görülmüştür (25). Annenin bir durum karşısında kaygılı bir tutum sergilemesinin çocuk için “kaygılı ebeveyn modeli” oluşturduğu, kaygılı ebeveynlerin çocuklarına da daha çekinik ve korkulu olmayı öğrettikleri ileri sürülmektedir (26). Bu araştırmada doğum öncesi verilen doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete, doğum korkusu ve bağlanmaya olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Gebelik

Nesillerin devam edebilmesi için kadınların yaşamındaki en önemli dönüm noktası anne olmaktır. Gebelik, doğum ve sonrasında bir bebek sahibi olmak toplumların devamı açısından kadın yaşamında farklı ve yeni rollere adapte olmayı gerektiren en önemli görevlerin başında gelir (27).

Her ne kadar gebelik doğal bir süreç olsa da anne adaylarında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere yol açar. Gebelik her ay kendine has psikolojik kaygı ve beklentileri kapsayan bir süreçtir. Ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı olan kadında gebelik dönemi küçük sorunlar olsa da çoğunlukla hoş bir deneyim olarak yaşanmaktadır. Gebelik kadınlığın başlangıcı, bununla birlikte yeni roller ve sorumluluklar getirdiğinin farkına varma, stres sebebi olabilir. Zira gebelik olağan bir fizyolojik ve kadınlara has bir süreç olup, hastalık değildir. Doyumlu, mutlu, eşinin ve ailesi tarafından yeterli destek verilen kadınlar açısından gebelik olumlu birçok duyguyu içeren bir süreçtir (28).

4.1.1. Gebelikte görülen anne adayının fizyoloji ve psikolojisini etkileyebilecek değişiklikler

4.1.1.1. Anatomik ve fizyolojik değişiklikler

Gebelik döneminde annede pek çok anatomik ve fizyolojik değişiklik gerçekleşmekte olup bedenine gebeliğe uyumu şeklinde adlandırılan bu değişimlerin amacı aşağıdaki gibi sıralanabilir (5, 29).

- Fetüsün gelişimini ve besin ihtiyaçlarını sağlamak
- Normal vajinal doğum için gerekli değişimleri hazırlamak
- Doğumdan sonra bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamak

Gebelik döneminde yaşanan fizyolojik değişimler annenin vücudunu kısmi ve genel olarak etkilemekte olup bu değişimler kaçınılmayacak olan değişimlerdir ve

kadınlara göre farklı düzeylerde gerçekleşmekte, lohusalık dönemi içerisinde de normale dönmektedir (29).

4.1.1.2. Genital sistem değişiklikleri

Genital sistemde meydana gelen değişiklikler uterus, serviks, vajina, vulva ve perine'deki değişiklikler olarak aşağıda açıklanmıştır.

Uterusta Meydana Gelen Değişiklikler: Östrojen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometrium üzerindeki etkisinden ötürü uterus hipertrofi ve hiperplaziye uğramaktadır. Gebeliğin ilk 20 haftalık döneminde uterusun myometrium tabakasında kalınlaşma gerçekleşmekte, 20. haftadan sonra hipertrofi ve hiperplazi yavaşlamakta, lifler uzamaya, duvar da inceleye başlamakta olup uterus fetüsün gelişimi için uygun silindirik bir şekil alıp sağa doğru rotasyon yapmaktadır (30).

Servikste Meydana Gelen Değişiklikler: Fibröz bir doku olan serviks hipertrofi ve hiperplazinin etkisiyle gebelikte bol miktarda mukus salgılamaktadır. Oldukça koyu ve yapışkan olan mukus serviks kanalını doldurup uterus ve dış ortam arasında bariyer oluşturarak fetüsü dış etkenlere karşı korur (28, 29, 30).

Vajinada Meydana Gelen Değişiklikler: Vajina mor, ödemli ve yumuşak olup damarlaşma arttığı için varislere eğilimde artış olur. Vajinal akıntı koyu beyaz, sarı renklidir. Glikojen miktarındaki artışa bağlı olarak laktik asit üretimi gerçekleşir, vajen pH'ı düşer. Bağ doku gevşeyip doğum için hazırlanır (31).

Vulva ve Perinede Meydana Gelen Değişiklikler: Gelişen uterus baskısı ve pigmentasyon sonucunda damarlaşmanın artması ile daha koyu hale gelir. Hormon artışına bağlı olarak tubalarda ve ligamentlere uzama, çaplarında ve damarlarında artış, konjesyon ve ödem gözlenir (31).

4.1.1.3. Üriner sistem değişiklikleri

Gebelik döneminde böbreklerin boyut olarak artışına bağlı olarak her iki böbreğin hacminde yaklaşık %30 luk bir artış olur. Ayrıca sağ tarafta daha fazla olmak üzere ureterler uzar, kıvrım artar ve genişler. Belirtilen bu değişiklikler sonucu idrar akımının yavaşlayarak, üriner sistem enfeksiyonlarında artış görülebilir (32).

4.1.1.4. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Gebelik, kalp için ekstra bir yük teşkil eder. Uterustaki artışa bağlı olarak diyafram yükselmekte, kalp uzun ekseninde rotasyon yapıp yukarı ve biraz sola doğru yer değiştirir, böylelikle apeks vuruşuda biraz yana kaymış olur. Kardiyak kapasite 70-80 ml kadar artmıştır (32). Gebelik döneminde vücut sıvılarında artış gerçekleşir. Kan hacmi 6-8. gebelik haftalarından itibaren artmaya başlamakta, 30-34. haftalarda maksimum düzeye ulaşmaktadır. Bu haftalarda kardiyak output'ta da artış gerçekleşir (31). Kan basıncı genel olarak 6 aya kadar normal değerinde seyretmekte olup gebeliğin son 3 ayında hafif bir artış gerçekleşebilir. Sistolik basınç çok fazla değişmemekte iken diastolik basınç ise 10-15 mm/Hg kadar düşüş gösterebilir. Pozisyon kan basıncı üzerinde etkili olup oturur ya da yan yatar pozisyona sırtüstü pozisyona göre kan basıncı daha yüksektir, sırt üstü pozisyonda tansiyon düşük olur (33).

4.1.1.5. Solunum sistemi değişiklikleri

Gebelik döneminde artan oksijen ihtiyacının karşılanabilmesi için akciğerde değişiklikler gerçekleşmektedir. Bu değişikliklerden ilki, gebelikte solunum yolunun dilate oluşması, hava akımı direncinin azalması iken diğeri ise göğüs duvarının esnekliğinin artarak nefes almanın rahatlamadır (28, 29). Burun mukozası gebelik döneminde östrojene karşı duyarlı olup kan volümünde artış nedeniyle ödemli görünümündedir. Bu da burun tıkanıklığı ve kanamasına neden olabilir (34).

4.1.1.6. Gastrointestinal sistem değişiklikleri

Gebelik döneminde gastrointestinal sistemde meydana gelen en önemli değişiklik progesteronun gevşetici etkisi ve büyüyen uterusun çevredeki organlara bası yapmasına bağlı olarak meydana gelen motilite azalmasıdır. Gebelikte gastrointestinal sistemde meydana gelen değişikliklere bağlı olarak aşırı tükürük salgısı, gastroözofagial reflü, bulantı ve kusma, mide yanması, mide ve barsaklarda gaz, iştah artışı ya da azalması gibi şikâyetler yaşanır (32, 35). Gebelik döneminde sıkça gözlenen bulantı ve kusma çoğunlukla ilk trimesterde ortaya çıkmakta, 6-12 haftadan sonra ise kendiliğinde sona ermektedir (31). Gastrointestinal sistemle ilgili

bir diğerk önemli sorun da reflüdür. Sfinkter basıncının düşmesi ve intraabdominal basınç artışı mide ve safra asidinin özofagus içine kaçmasına yol açar ki bu da gebelerde göğüs kemiği arkasında yanma, ağza veya boğaza acı su gelmesi gibi şikâyetlere yol açar (29).

4.1.1.7. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri

Hormonların etkisiyle fetüsün doğum kanalından daha kolay geçebilmesi için pelvis eklemlerinde, bağ dokularında gevşeme ve yumuşama gerçekleşir. Büyüyen uterus nedeniyle ağırlık merkezi gebelerde öne doğru kayar. Bu değişikliği engellemek için de lumbosakral bölgede lordozis artar. Bu duruma bağlı olarak kaslar çok yorulacağı için bel ve sırt ağrıları gözlenilir (31, 32).

4.1.1.8. Memede görülen değişiklikler

Gebelik döneminde memelerde gözle görülen değişiklikler gerçekleşir. Başlangıçta memelerde bir miktar renk değişikliği ve damarlanma nedeni hassasiyet söz konusu iken 2. aydan itibaren büyüme gerçekleşir. Meme uçları ve areolada koyulaşma gözlemlenir. İkinci yarıda kolostrum oluşmaya başlar. Göğüslerdeki büyüme bağlı olarak incelen deri altındaki ince venler görünür hale gelir (36).

4.1.1.9. Ciltte Görülen Değişiklikler

Gebelik döneminde gebelik maskesi, çatlaklar ve kaşıntı gibi değişiklikler gözlenir. Yüzde, alın bölgesinde, burun kökü ve elmacık kemiği çıkıntılarında, meme başında ve areolada hormonların etkisi ile koyulaşma meydana gelir. Karın duvarı gerilir, inceler, parlak bir görünüm oluşur, alt yan karın bölgesinde stria adı verilen çatlaklar meydana gelir (31, 34, 35, 37).

4.1.1.10. Metabolik değişiklikler

Bazal metabolizma gebelik döneminde yaklaşık %20 atmakta olup oksijen gereksinimi de artmaktadır. Anne tüm enerji ve beslenme kaynaklarını plasenta hormonlarının yönetimi altında fetüs için seferber etmektedir. Günlük 2100 kalori olan gereksinim gebelik döneminde 2500 kaloriye çıkar (31). Gebelik döneminde su retansiyonu nedeniyle vücut ağırlığı ve elektrolitler artar. Kilo alımı ortalama 12,5 kg

olup ilk aylarda kilo alımı daha ağır ilerler. İkinci ve üçüncü trimesterlerde kilo alımı daha hızlı ve fazladır (31, 35).

4.1.1.11. Psikolojik değişiklikler

Gebelik döneminde yukarıda belirtilen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psiko sosyal değişiklikler de gerçekleşir. Anne karında gelişen bebeğin varlığı, fizyolojik değişiklikler ve aile ortamı psikolojik değişikliklerin ve tepkilerin temel kaynaklarıdır (37, 38). Eşler arasındaki bağlılığı artıran, evlilik temellerini güçlendiren bu süreçte vücuttaki hormonal değişiklikler gebelerde önemli ruhsal değişikliklere yol açar. Bu dönemde mutluluk, öfke, iğrenme, korku, kaygı ve depresyon şeklinde reaksiyonlar görülebilir (39, 40). Gebe kadın ilk trimestere ve gebe olduğu gerçeğine adapte olmaya çalışmakta (41) iken ikinci trimesterde gebeliğe adaptasyon sağlanmış, gebelik benimsenmiş ve dışa dönmeye başlamıştır. Üçüncü trimesterde fiziksel hareketler kısıtlı olmakla beraber gelişen annelik duygusu etkisiyle annelerin doğmamış çocuklarına karşı korumacı davranışlar sergiledikleri ve buna bağlı olarak da kaygı yaşadıkları ifade edilmektedir (41, 42).

4.2. Doğum Eylemi

Doğum eylemi olarak adlandırılan süreç fetüs ve plasantanın uterustan atıldığı safhaları kapsayan 40 haftalık doğal süreçtir. Normal doğum eylemi, fetüsün dış ortama adapte olabilecek olgunluğa ulaştığı bir zamanda gerçekleşmektedir. Normal doğum eyleminin miadında, spontan başlaması, baş pelvis uygunsuzluğu olmadan, verteks pozisyonunda tek canlı sağlıklı bir fetüs ve sağlıklı annenin varlığıyla gerçekleşmesi beklenmektedir. Doğum eyleminde rol oynayan faktörler aşağıdaki gibidir (28,149);

- Uterus kontraksiyonları
- Fetüs ve ekleri
- Kemik pelvis
- Yumuşak kısımlar

4.3. Vajinal Doğum

Kadın vücudunun fizyolojik yapısı genellikle vajinal doğuma uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahaleyle bir gebede olgunluk devresine gelmiş olan canlı fetüsün, doğal güçlerin etkisiyle baş geliş, oksiput anterior pozisyonda vajinal kanaldan çıkmasıyla doğum eylemi başarılı bir şekilde meydana gelebilmektedir.

Fetüs, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan meydana gelen doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının meydana getirdiği mekanik güce uyarak doğar. Plasentanın ayrılması ve atılmasıyla da doğum eylemi tamamlanır. Doğumların büyük kısmı normal fizyolojik sınırlarda vajinal yollar gerçekleşir (43). Fakat baş-pelvis uygunsuzluğu, bebeğin prezantayon bozukları, distosi, iri bebek, fetal distress, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte veya anne ya da bebek için vajinal doğum riskli olmaktadır. Vajinal doğum uterusun fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir (28,149).

4.3.1. Doğumun evreleri

- **Birinci evre: Doğum** eyleminin başlamasından serviksin tam dilatasyonu (10 cm) ile sonlanır. Birinci evre latent faz, aktif fazdan oluşur. Latent faz doğum eyleminin en uzun dönemidir.
- **İkinci evre (pelvik dönem):** Dilatasyonun tam olması ile başlayıp fetusun doğumu ile sonlanır.
- **Üçüncü evre (plasental dönem):** Fetusun doğumu ile başlar plasentanın doğumu ile sonlanır.

4.4. Korku

Korku insanlarda ortak olan, doğal bir duygu durumudur. İnsan doğasında olağan bir duygu olduğundan tüm insanların korkma duygusu yaşaması doğaldır. Burada önemli olan husus kişinin duygu ve düşüncelerinin günlük hayatını olumsuz yönde etkilemesine müsaade etmemesidir. Korkunun öğrenilmesinde kilit bölge bir limbik katmada olan amigdala'dır. Limbik sistem amigdala, hipokampus ve septal

çekirdekler yapılarını tanımlamada kullanılır (44). Korkunun oluşmasında önemli olan bir diğer beyin bölgesi de “prefrontal korteks”tir. Bu bölge tehlikenin durumunun değerlendirildiği ve öğrenilmiş korku davranışları açısından önemli rol oynayan bir bölgedir. Hipotalamus da korku sürecinde etkili olan bir diğer yapıdır. Korku uyarıları alındığında hipotalamus CRH (Corticotropin Relasing Hormone) salgılamakta olup bu hormon pituiter bezden ACTH salınımını sağlar. Artan ACTH da adrenal korteksi uyarır ve kortizolun salınır (43).

4.4.1. Doğum korkusu

Doğum korkusu her gebenin hissettiği bir duygu olup doğum yaklaşmasına paralel olarak artış gösterir. Yaşanılacak olay hakkında bilgi sahibi olmak ve bilinmeyene hazırlanmak; kadın için normal veya sezaryen doğum her ikisiyle de baş etmenin yoludur. Doğum korkusu gebe kadınlarda oldukça yaygın görülen problemlerden biridir. Gebe, öncelikle doğum esnasında yaşanılacak ağrının şiddetine dayanamamaktan korkar. Ayrıca gebeler yabancı bir ortamda yalnız ve çaresiz kalmaktan, bebeğin başına kötü bir şey gelmesinden, doktora ya da hastaneye ulaşamamaktan da korkarlar. Normal doğum sonrasında cinsellikten zevk almayı olumsuz yönde etkilediği düşüncesi veya endişesi de korkuya yol açabilir.

Doğum ile ilgili korku “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır. Yunanca doğum anlamına gelen “*tokos*” ve korku anlamına gelen “*phobos*” kelimelerinden türemiştir (45).

Doğum eylemi gebelerce merak edilen bir olay olup bu durum gebelerde bilinmezlikten kaynaklı bir korkuya yol açar. İlk kez anne olacak kadınlar doğumun nasıl gerçekleşeceğine ilişkin düşünce içerisinde olurken, multipar kadınlar da yaşayacakları yeni doğumun ne getireceğiyle ilgili düşünceler içerisinde olup korku hissi yaşayabilir. Aynı zamanda gebeler doğum sırasında vücut bütünlüğünün zarar görmesi, ağrı gibi durumlarla karşılaşma ve beden kontrollerini kaybetmeyle ilgili de anksiyete yaşayabilirler (46, 47).

Dick Read, 1933 yılında yayımlanan “Doğum Korkusu” isimli eserinde doğum ağrısına yol açan unsurları tartışmış, beden ve akıllı iki kategoriye ayırmış ve

ağrıyı anlamak ve ağrının önüne geçmek için bu iki kutbun çok iyi bir şekilde incelemesi gerektiğini belirtmiştir. Read'in ifadesine göre batıl inanç, toplumun uygarlık seviyesi ve kültür kadınlar üzerine ağrıyı etkileyen en önemli unsurlar olup doğum sürecindeki anksiyete ve korkularında oluşmasına yol açmaktadır (47).

Anksiyete endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı halidir. Korku nesnel bir tehlikeye karşı uyarılış iken anksiyete ise bu bağlamda bilinçdışı olan ve nesnel kişi tarafından tanınmayan, içsel tehditlere karşı ortaya çıkan tepkidir. Diğer bir ifadeyle dıştan kaynaklı bir tehlike varlığı yahut olasılığı karşısında yaşanan duygudurumdur. Fiziksel olarak zarar görme, doğum seyri hakkında eksik ve yetersiz bilgi, doğum eylemini gerçekleştirecek olan personelin tutumu, bebek ya da gebenin hayatını kaybetmesi gibi korkular doğum eylemi esnasında büyük bir artış göstermektedir (48).

Korku gebelerde son derece yaygın bir durum olup sadece gebeliği değil aynı zamanda doğum sürecini de negatif yönde etkileyebilmektedir. Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum esnasındaki ağrıları daha yoğun bir şekilde hissettikleri, doğumun daha uzun sürdüğü ve plansız sezaryene yol açtığı söylenmektedir (49). Gebelerin yaklaşık 1/3'ünün doğum korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (50). Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada doğum yapacak olan kadınların %20'sinin doğum korkusu yaşadığı, % 6'sında ise bu korkunun doğum sürecinde güçlü olamama korkusu olduğu belirtilmiştir (41).

Yukarıda da ifade edildiği gibi korku doğum eylemi sırasında negatif sonuçlara yol açabilmekle birlikte kadınların vajinal doğumdan sezaryene kaymalarına ve dolayısıyla da sezaryen oranının artışına yol açmıştır (35).

Her kadının gebeliğe, doğuma ve anneliğe, anne olmaya ilişkin birtakım gerçekçi olan veya olmayan algıları, kaygıları, beklentileri ya da korkuları vardır. Bu kaygılar gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte yaşananları doğrudan etkiler. Örneğin, anne adayının acıya, ağrıya olan tahammül derecesi azalır, anneliğe ilişkin çarpık bilişsel algılar doğabilir, anne-fetüs "bağlanması"nda sorunlar gelişebilir ya da isteğe bağlı sezaryen doğum tercih edilebilir (39).

Annelik depresyonu anne adayını tüm gebelik süreci boyunca olumsuz bir biçimde etkiler. Örneğin, iştah kaybı zayıflamaya neden olur. Enerji ve motivasyon eksikliği nedeni ile anne adayını rutin sağlık kontrollerini aksatabilir (51).

Depresyona bağlı olarak artan sigara kullanımı, alkol ve madde alımı anne adayını ve fetüsün sağlığını olumsuz etkiler (52). Litaretürde hamilelik ya da öncesinde yaşanan, kaygı, annelik stresi veya depresyonunun fetal ve/veya çocukluk döneminde dahi olumsuz sonuçlar doğurduğu görülmüştü (53, 54). Özellikle düşük tartılı doğum ya da erken doğum eylemi bunlardan en göze çarpanlarıdır. Bununla birlikte, yaşanan bu sorunların bebeklerde yüz ifadelerinde donukluk ya da uyku düzensizliklerine yol açtığı, çocuklarda ise; motor, zihinsel ve dil gelişimde gecikmelere, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna (DEHB), karşı olma karşı çıkma bozukluğuna, depresyona, eğitimsel yeteneğin azalmasına ve davranışsal sorunlara neden olduğunu görülmüştür (55).

Bebeğin sağlıklı olup olmayacağı anne adayında kaygı uyandırır. Bununla birlikte, gebeliğin aile ilişkisini nasıl etkileyeceği, gebelik ve doğum sonrası işe devam edip edemeyeceği ya da yenidoğanını ihtiyaçları için artacak olan ekonomik maliyetlerle nasıl başa çıkılacağı gibi konular da gebe bir kadının yaşadığı öne çıkan kaygılardan, korkulardandır. Kadınların bu süreçte neler yaşadıklarını inceleyen araştırmalar, bu tür kaygıların doğum sonrasında doğumun beklediğinden daha iyi geçtiği iyi ve huzurlu hissettiğini, doğumun kendisi için çok kolay geçeceğini düşünen anne adayları ise bu gerçekleşmediğinde hayal kırıklığı, başarısızlık hissi ile kendini suçlama gibi olumsuz duygular içine girdikleri belirlenmiştir (56).

4.4.2. Doğuma yönelik korkular

Kadınlar doğum yaklaştıkça doğum sırasında ölebileceği, bebeğinin anormal olabileceği, doğum sırasında kendisinin veya bebeğinin zarar görebileceği doğum sırasında kontrolünü kaybedebileceği korkularını yaşamaya başlar (57, 58). Litaretür incelendiğinde doğuma ilişkin korkular genel itibarıyla aşağıdaki gibi sıralanabilir (59):

- Doğumda bebeğin ölmesi
- Doğumda bebeğin zarar görmesi
- Doğumda kadının kendi davranışlarının bebeğine zarar vermesi
- Bebeğin malformasyonlu olması
- Umbilikal kordun bebeğin boynuna dolanması ve komplikasyona neden olması
- Doğum ağrısı
- Aniden sezaryen doğumun gerekli olması
- Ölüm korkusu
- Uterin rüptür
- Vajinal rüptür
- Perineal hasar
- İtme fazında zarar görme ya da yırtılma
- Doğumda çaresiz kalma
- Doğum yapabilecek yetenekte olmama
- Doğum boyunca yalnız olma
- Doğumda komplikasyonların gelişmesi (plasentanın ayrılmaması gibi)
- Doğumda panik olma, kontrol kaybı yaşaması gibi nedenlerdir.
- Epizyotomi.

Doğum korkusunda sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinin etkisinin olduğu doğuma hazırlık eğitimlerinin doğumla ilgili olumsuz düşüncelerin ve stres düzeyinin azalmasına yardımcı olduğu gösterilmiştir (59, 60).

4.4.3. Doğum korkusunun belirtileri

Korku anında beyin vücudu savunmaya geçer. Tüm vücut tehlike ile uğraşmaya başlar. Korku doğuma kadar çözümlenmez ise, doğum öncesi ya da travay başladığında bden savunmaya geçer ve stres hormonları salgılanmak üzere sempatik sistem devreye girer. Tehlike anında kan, bedenın defans sisteminde rol alan organlara gider. Uterus defans sistemi dışında olduğundan, uterusu giden arterler büzülür, daha az kan ve oksijen akımı başlar. Kan aracılığı ile iletilen oksijen seviyesinin azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir. Bununla birlikte doğum süreci uzayabilir. Bu durum fetusa da oksijenin az gitmesi anlamına gelir ki bu durum doğuma müdahale gerektirir. Korku, uterus kaslarının çalışma dengesini de bozar (59, 60).

Doğumda yaşanan yoğun ağrı gebede strese neden olarak algılama, düşünme ve bellek süreçlerini de etkiler. Doğum eylemi sırasında kadında, doğum seyri konusunda yetersiz bilgi, zarar göreceği korkusu, kötü personel tutumu, bebek veya gebenin yaşamını yitirmesi gibi korkular veya kaygılar yoğunlaşmaktadır. Kadınlar doğum nedeniyle stresle karşı karşıya kalırlar. Gonadal hormonların beyinde anksiyete ve duygu duruma etkilerini incelendiğinde; östrojenin anksiyolitik etkilerinin olduğu deneysel ve klinik çalışmada görüldü (61).

Korku sırasında artan kortizole bağlı salınan adrenalın ve asetilkolin, vücutta bir takım fizyolojik değişikliklerin görülmesine neden olur. Bunlar (62);

- Artan metabolik hız
- Takipne, dispne,
- Taşikardi, baş dönmesi
- Tremor, Kaslarda gerilme

- Vazomotor tepkilerin değişmesi
- Konuşma bozuklukları
- Sık idrara çıkma, gastrointestinal bozukluklarıdır.

4.4.4. Doğum korkusunun nedenleri

Korkuları oluşturan etmenlerin en önemlileri sylentilerdir. Bir kişiden başka bir kişiye geçen söylentilerden büyük bir topluluk etkilenebilir ve böylece çok miktarda saklı korkuların oluştuğu bilinmektedir. Başkaları tarafından anlatılan olumsuz tecrübelerin, gebelik ve doğumla ilgili korkunç öykülerin de doğum korkusu oluşmasına sebep olduğu saptanmıştır. Çünkü başkalarının anlattığı korkunç öyküler kadınların doğuma yönelik algısını negatif yönde etkileyebilir. Primiparlardan farklı Şekilde multiparlarda, önceki doğumlarda yaşanan negatif tecrübelerin örneğin; doğumda ağrı hissedilecek olması, aniden sezaryen olmak zorunda kalma riski vb. faktörlerin korku sebebi olarak önemli rol oynadığı saptanmıştır. Vakum ya da forseps yardımı ile doğum ve acil durum nedeniyle sezaryen ile doğum öyküsünün bir sonraki gebelik sürecinde doğum korkusuna neden olduğu saptanmıştır (63).

Doğum hakkında bilgilenmede eksiklik, doğum korkusu oluşumunda önemlidir. Cleeton'un çalışmasında doğuma hakkındaki bilgi eksikliğinin doğum korkusu oluşumuna sebep olduğu bulgulanmıştır. Melender de çalışmasında, bilgi eksikliğinin korkulara sebep olduğunu belirtmiştir. Aynı alışma; doğumla ilgili eğitim almış olmanın da korkuya neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlık eğitimi almış olma da doğumda gelişebilecek komplikasyonları bilme açısından korkuya neden olabilmektedir (64).

Kadınların Őanslarının kötü olduğuna inanmak gibi sahip oldukları bazı inançların doğum korkusuna neden olduğu saptanmıştır. Tüm bunlara ek olarak ağrıya toleransın düşük olması, utangaç veya kötümser olma gibi olumsuz ruh hali (negatif mod) ve sahip olunan hastalıklar doğum korkusu için saptanan diğer nedenlerdir (65).

4.4.5. Doğum korkusunun olumsuz sonuçları

Doğum ağrısı doğum eylemi boyunca deneyimlenen ağrının şiddeti, bireyin içinde bulunduğu kültürden, durumdan etkilenir. Doğum korkusu gerilim yaratır, dolayısıyla tüm kaslarda spazma yol açarak ağrıyı artırır. Böylece kadın, korku-gerginlik- ağrı kısır döngüsünün içine girer (66). Saisto ve ark. (1999) doğum korkusu yaşayan kadınların korku yaşamayanlara göre doğumda ağrıya toleranslarının azaldığı, daha çok ağrı deneyimlediklerini saptamışlardır (59).

Yapılan bir çalışmada doğum sırasında korku yaşamamanın özellikle de primiparlarda doğumun ilk ve ikinci fazlarında daha fazla analjezi kullanımına yol açtığı bulunmuştur. Korku ile ağrı arasındaki ilişkiyi açıklayan bu çalışma korkunun gerilimi arttırarak ağrıyı arttırdığı, daha çok ağrının daha çok korkuya yol açtığını desteklemektedir (67).

Saisto ve ark. (1999) doğum korkusu olan kadınların, korku yaşamayanlara göre doğumlarının ilk ve ikinci fazlarının daha uzun sürdüğü, doğum deneyimlerinden daha az memnun olduklarını saptamıştır (59). Doğum süresi uzadıkça doğum ağrısının arttığı göz önüne alınırsa korkunun azalmasının doğum süresini kısalttığı ve ağrıyı azalttığı söylenebilir. Doğum korkusunun müdahaleli vajinal doğum oranını da arttırdığı bilinmektedir (68,69). Aynı zamanda ciddi doğum korkusunun, acil sezaryena neden olabileceğine yönelik bir çalışmada bulunmaktadır (70).

Korku bireyde katekolaminler diye adlandırılan adrenalin ve noradrenalin salınımına neden olur. Hafif düzeyde katekolamin salınımı yenidoğanda uyanıklık sağlar ve sürfaktan salınımını uyararak neoanatal solunum fonksiyonunu kolaylaştırır. Ancak yüksek düzeyde korku, uterusun kontraksiyonunu engelleyen katekolaminlerin adrenal medulladan aşırı salınımına neden olarak uterin distosia gelişme riskini attırır, bunun sonucunda da yenidoğanda uyum yetersizliği yaratabilir. Ayrıca doğum sırasında aşırı korku, servikal dilatasyonun sekonder olarak durmasına, doğumun uzamasına yol açarak fetal distrese ve sezaryen doğuma neden olabilmektedir. Doğum korkusunun yarattığı en önemli sorun, korku nedeniyle kadınların sezaryen isteğinde bulunması ve buna bağlı olarak elektif sezaryen

oranının artmasıdır. Günümüzde kadınlar hem kişisel hem maddi bağımsızlıklarını kazanmaya, doğum şekillerine kendileri karar vermeye ve hekimlerinden sezaryen isteğinde bulunmaya başlamışlardır (65).

4.4.6. Doğum korkusu ve doğum

Doğum ya da bir bebek sahibi olmak yaşattığı tüm heyecana ya da mutluluğa rağmen pek çok anne tarafından korku uyandıran ve travmatik bir deneyim olarak yaşanmakta ve annede travma/doğum sonrası stres bozukluğunun gelişmesine neden olmaktadır. Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar sonucunda, kadınların ortalama %6'sının doğumu takip eden ilk birkaç hafta içinde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdikleri görülmüştür (41). Doğumun travmatik bir deneyim olarak yaşanmasına ya da doğum sonrasında travma sonrası stres bozukluğu gelişmesine yol açan belirgin faktörler vardır. Bu faktörlerden en göze çarpıcı olanları şunlardır (71):

Daha önceki travmatik hamilelik süreci ya da doğumlar,

- Hasta/sorunlu çocuk dünyaya getirmiş olmak,
- Kronik depresyon,
- Ağrıya/acıya aşırı duyarlılık,
- Çocukluk döneminde cinsel tacize/istismara maruz kalmış olmak,
- Uzun sürmüş, ağır geçmiş ya da acılı hamilelik ya da doğum deneyimleri,
- Acil sezaryen doğumlar,
- Güçsüzlük duygusu,
- Nevrotik kişilik yapısı,
- Daha önceki doğumlardaki sağlık personelinden memnun olmamak,
- Sağlık personelinin kendisine yeterince bilgi vermediğine ya da yanlış bilgi verdiğine inanmak,

- Hamilelik öncesi, süreci ya da sonrasında kimseden sosyal destek,
- Bebeğe zarar vereceği kaygısı,
- Kendine zarar vereceği kaygısı,
- Doğum öncesinde ya da doğum anında bebeğin öleceği korkusu,
- Erken doğum ya da hamilelik sürecinde bebeğin kaybı,
- Doğum sırasında kontrolünü kaybedeceği korkusu,
- Nasıl bir doğum olacağına kendisinin karar veremeyeceği kaygısı,
- Doğum sırasında fiziksel olarak rahat hareket edememe kaygısı

Doğum sonrası travmada stres bozukluğu yaşayan bir kadın olumsuz doğum hikâyelerinden haberlerden ya da bir kitaptan bile olabildiğince kaçınmaya çaba gösterir. Kötü doğum anısı ile ilgili kabuslar görebilir. Beklenmedik zamanlarda o anları tekrar yaşadığını hayal edebilir. Bebeğinden uzaklaşabilir; duygusal uzaklık gösterebilir. Sabırsız, çok daha fazla öfkeli, kaygılı olabilir, konsantrasyonda güçlük yaşayabilir ve kendini herkesten soyutlayabilir. En küçük sorunda bile eşle çatışma yaşanabilir. Anne bebeğine dokunmaktan ürkebilir ve anne bebekle ancak çok uzun ve yoğun ağladığında ilgilenir. Bazı annelerin de bebeklerine karşı aşırı koruyucu tavır sergiledikleri görülmektedir. Örneğin, kendisi dışındaki hiç kimsenin bebeğe dokunmasına izin vermez. Onu yalnız bırakmaz, bebeğin bakımı konusunda kendi annesine bile güven duymaz (72).

Kadınlara doğum öncesi doğumun getirebileceği tüm riskler, müdahale biçimleri ve bunların yaşatabileceği olası sorunlar ya da getireceği kazanımlar hakkında bilgi verilmesinin doğum sonrası stres bozukluğunun gelişimine engel olacağı söylenebilir. yeni travma belirti yönünde tarama yapılması, profesyonel yardım sağlanması da yararlı olacaktır. Annelere kendilerini nasıl bir yaşamın beklediği, bu yeni yaşamın zorlukları; yaşadıkları krizi nasıl atlatabilecekleri hakkında bilgi verilmesi ve duygusal destek sağlanması onların yeni yaşamlarına uyumları konusunda önemli bir katkı sağlayacaktır (72).

4.4.7. Doğum korkularının azaltılması

Doğuma yönelik korkuların azalmasında gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi verilmesi ve doğum ağrısıyla baş etmede gevşeme tekniklerinin öğretilmesi bakımından doğum öncesi hazırlık sınıfları çok önemlidir. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda korkuların azalmasında, kadınların aile üyeleri veya sağlık personeliyle korkularını paylaşmalarının, doğum hakkında bilgi almanın ve doğuma ilişkin kendisinin veya diğerlerinin pozitif deneyimlerini düşünmenin etkili olduğu bildirilmiştir (14, 73).

Doğum yapacak kadınlarda doğum korkusu çok yaygındır. Bu korkular, hem doğumu hem de anne ve bebeği negtaif yönde etkiler. Doğumun sağlıklı olabilmesi için korku-gerginlik-ağrı döngüsünün önlenmesi önemlidir. Bu koşul, ancak doğum eşin de katılımıyla iyi bir doğum hazırlığı ile sağlanabilir. Bu konuda; çiftlerin farkındalıklarının artırılması, doğumdan önce eğitim almak istemeleri ve doğum öncesi eğitim sınıflarının yaygınlaştırılmasıyla doğum korkusunun azaltılmasında rol oynayabilir (64).

4.5. Anksiyete

Anksiyete milattan önceki yıllara kadar uzanmakta olan bir sağlık sorunudur. 18. yüzyılda anksiyetenin hem fiziksel hem ruhsal belirteçleri ayrı ayrı incelenirken zaman içine fiziksel ve ruhsal belirteçlerin aslında aynı kavramın bölümleri olduğu fark edilmiştir. Freud bu belirteçleri birleştirip “anksiyete nevrozu” kavramını tanımlayarak bu kavramın organik orijinli olduğunu savunmuştur. Krapelin de bu kavramı, “korku nevrozu” olarak tanımlamış ve anksiyeteye dair davranışsal, fiziksel ve otonomik görüntüsünden bahsetmiştir (74).

Anksiyete iç daralması, endişe, bunalma benzeri yaşamı tehdit eden ya da tehdit gibi algılanan korku ve kaygı duygularıdır (75). Korku benzeri bir duygu olmasının yanında kötü bir şey olacak hissiyle kişide sıkıntı, endişe olarak algılanır ve ifade edilir ki bu algıların şiddeti birbirinden farklı yoğunluklarda olabilir. Ağır düzeydekiler bu sıkıntının giderilmesi için her şeyi kabul edeceklerini ifade ederler (76).

Anksiyete bozukluğunda bireyde ortaya çıkan korku, kaygı gibi durumlara davranışsal ve bedensel tepkiler de eklenmektedir. Kişi, anksiyete duygusuyla birlikte olaylar karşısında orantısız tepkiler vermektedir. Kişinin kendine olan güven yetersizliği, kendisini yeteneksiz birisi gibi algılaması ve böyle olumsuz düşüncelerin meydana gelmesi; olaylarla ilgili orantısız reaksiyonlar göstermesini artırmaktadır (77).

Anksiyete Birbiriyle uyum içinde şekilde çalışan birçok sistem anksiyeteden etkilenir. Bundan dolayı da organizma gereken işlevleri yürütemez duruma gelmektedir (78).

Anksiyete deneyiminin korku ve endişe olarak iki bileşeni söz konusudur. Anksiyete kişinin motor faaliyetleri ve organları üstüne de etkilidir. Aynı zamanda düşünme, algı ve öğrenme üzerinde de etkilere sahiptir. Dikkat eksikliği, unutkanlık, olaylar arasında bağlantı sağlama yeteneğinde aksaklıklar meydana gelebilir (74).

Anksiyete bireyi çevresindeki değişikliklere hazırlar ve beraberinde bir psikiyatrik bozukluğa genellikle eşlik eder. Anksiyete her insanda bir miktar var olan bir durumdur. Organizmanın biyolojik koruma sisteminin bir parçası olarak kaçma veya olayla savaşıma sağlamak için gereklidir. Fakat ortada herhangi bir tehlike yokken ortaya çıkıyor ve uzun sürüyorsa patolojik anksiyeteden söz edilir (79). Böyle bir durumda ise kişinin mesleki ve aile yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerde bozulmalara neden olur, gün içerisinde sık sık tekrarlamaların olması sebebiyle kişi bununla baş edemez hale gelir. Aynı zamanda huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı gibi belirtilerin yanında baş ağrısı, kulak çınlaması, çarpıntı, yorgunluk gibi psikosomatik reaksiyonlarda görülebilmektedir (80).

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerde genel bir huzursuzluk, gergin duruş, çabuk sinirlenme, yerinde duramama gibi davranışlar söz konusudur. Hastaların sesinde heyecanlı bir titreklilik mevcuttur. Düşünce içeriğinde ise bariz bir bozukluk söz konusu olmayıp düşünce içerisinde tasalar fazladır (76).

Anksiyete bozuklukları alt kategorilere ayrılarak sınıflandırılmışlar. DSM IV-TR'ye göre ise anksiyete bozuklukları; panik bozukluğu, yaygın anksiyete

bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğudur. Yapılan çalışmalar, anksiyete ile Bipolar bozukluk arasında ilişkiyi ortaya koymuştur (81, 82).

4.5.1. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları toplumda oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur. 10-25 yaş arası en riskli dönemdir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (74).

Anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6 olarak bildirilmektedir (76). ABD’de ulusal temsili örnekleme oluşturan 8098 erişkin üzerinde yapılmış olan Ulusal Eşanlı Çalışması’na (National Comorbidity Survey) göre Amerikan toplumunda 4 erişkinden birinde bir anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. 1997 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu’na göre ülkemizde anksiyete bozuklukları sıklıkları şu şekilde saptanmıştır: özgül fobi 2.7; sosyal fobi: %1.8; yaygın anksiyete bozukluğu % 0.7; Agarofobi % 0.6; Obsesif kompulsif bozukluk % 0.5; Panik bozukluğu % 0.4. Anksiyete bozuklukları önemli derecede yeti yitimine neden olmaktadır. Ayrıca bilişsel fonksiyonlar üzerine etkilerine dair çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmalar daha çok OKB hastaları toplanan verilere dayanmaktadır (83).

4.5.2. Etyoloji

Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda genetik unsurların anksiyete açısından önemli olduğu bildirilmektedir. Panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkolizm, otizm ve yeme bozuklukları anksiyete bozukluklarında çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir (80).

4.6. Perinatal Anksiyete

Gebelik ve doğum kadınlar için yaşamın içinde doğal bir süreç olmakla birlikte önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin geliştiği, endişe ve stres yaratabilecek çeşitli etkenlere maruz kalma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir

(35). Gebelik bir sevinç, tatmin, olgunluk ve mutluluk verebileceği gibi, bebeği kucağına alma umudu taşıyan kadın için psikolojik sorunların ortaya çıkışı açısından riskli bir süreç de olabilir. Annelerin şikâyetlerinden dolayı suçluluk duyması ve belirtilerini saklama eğiliminde olması postpartum depresyonun gözden kaçmasına neden olabilir (84). Gebelik ya da doğumdan sonraki altı ay içinde başlayan depresyon perinatal anksiyete (PNA) olarak tanımlanmıştır (85).

4.6.1. Perinatal anksiyetenin epidemiyolojisi

Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınlarda depresyon görülme sıklığı % 27.71 olarak bulunmuştur (86). Majör depresyon en sık üreme çağındaki kadınlarda görülmektedir, Bu nedenle depresyon tanısı konmuş kadın hastalarda gebelik ihtimali akılda tutulmalıdır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde gebelikte depresyonun prevalansı % 8.3-12.7 olarak saptanmıştır. Gebelikte depresif belirtilerin görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Sistematik bir gözden geçirme çalışmasında ABD'de gebelikte depresyon prevalansı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterler için sırasıyla %7,4, %12,8 ve %12 olarak bildirilmiştir (87). Ülkemizde ise gebelikteki depresyonun trimesterlere göre prevalans oranları sırasıyla %22,2, %32 ve %36 olarak bulunmuştur (88). Ülkemizde Sevindik tarafından yapılan çalışmada gebe kadınların %33,8'inde hafif, %12,5'inde ağır depresif belirtiler görülmüştür (89).

Gebelik döneminde tedavi edilmeyen depresyonlar postpartum depresyon riskinde artışa neden olmaktadır ve depresif belirtilerin özellikle gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren başladığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelik döneminde depresyon geçirmeyen kadınlara göre gebelik dönemi depresyonu geçiren kadınlarda postpartum depresyon (PPD) riski ortalama 6,5 kat daha fazla bulunmuştur (90). Ayrıca kadınlarda, doğumu izleyen ilk iki yıl içinde psikiyatrik nedenlerle hastane başvurularında belirgin bir artış olması dikkat çekicidir (91).

Amerika ve Avrupa toplumlarında, standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının % 3,5-17.5 (92,

93) ve kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda %3-42 olduğu bildirilmektedir (94). Ülkemizde ise, kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonunun görülme sıklığının %21,2-54,2 arasında değiştiği görülmektedir (95). Ülkemizde standart tanı yöntemleri ile yapılan çalışmalarda ise postpartum depresyon görülme sıklığı %14-40,4 arasında bildirilmektedir. Ancak, kendini bildirim ölçekleri ile bu oranın daha yüksek olduğu, yapılandırılmış görüşme teknikleri ve tanısal ölçütler kullanıldığında bu oranın düştüğü bildirilmektedir (89, 90, 95, 96, 97).

4.6.2. Perinatal anksiyetede klinik bulgular

Gebelikte depresif semptomların; gebeliğin getirdiği normal değişimler ve sorunlarla benzer karakterde olması ve eşikaltı yapı gösterebilmesinden ötürü gebelikte depresyonu tanılamak bazen çok zor olabilir. Birinci trimesterde depresif sendromlar, uyuma ve beslenmede değişiklikler, endişe ve duygudurum bozuklukları, aşırı yorgun hissetme, libidoda eksiklik, konsantrasyonda zorlanma olarak görülebilir. İkinci trimesterde böyle semptomlar daha az görülse de üçüncü trimesterde kaygı, aşırı yorgun hissetme, uyuma ve beslenme bozuklukları ve doğuma ilişkin endişeler çoğalabilir (98). Doğum sonrası görülen ağır dereceli depresyonlar daha kolay ayırt edilirken hafif veya orta dereceli depresyonlar gözden kaçabilir ve başvuru olasılığı daha düşük olabilmektedir. Erken tanı konulamadığı takdirde depresif belirtiler kronikleşebilir ve tedaviye yanıtı azalabilir (99). Gebelikte görülen duruma benzer şekilde postpartum depresyon belirtileri de doğum sonrası normal olabilecek şikâyetlerle iç içe geçebilir ve tanı koymayı güçleştirebilir. Postpartum dönemde belirtiler tipik olarak ilk 6 haftada ortaya çıkar. Depresyon insidansında artış sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir (100). Perinatal anksiyete semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik göstermektedir; depresif duygudurum, ilgi-istek kaybı, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, anksiyete, panik atakları, psikomotor ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik, suçluluk duyguları başlıca belirtilerdir. PPD'na özgü olarak bebeğe zarar verme ile ilgili obsesif tarzda düşünceler olabilir.

Ayrıca annede, bebeğini yeterince sevmediğiyle ya da bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla, sağlığıyla ilgili endişeler, annelik rolüyle ilgili yetersizlik ve suçluluk

duyguları ortaya çıkabilir (85). PNA'da diğer hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi bedensel şikâyetler de daha fazla görülmektedir (101).

Postpartum anksiyetede diğer depresif hastalıklardan farklı olarak kendine zarar verme ve intihar düşüncesi olsa bile intihar girişimi yaygın olmamaktadır (102). Postpartum dönemin annenin çocuğun kendine bağımlılığını bilmesi nedeni ile anneliği koruyucu bir faktör olduğu düşünülmeye karşın, yine de gebelikte ve postpartum dönemde depresyona bağlı en önemli risk intihar düşüncesi veya girişimi hatta çocuğunu öldürmeye kadar varabilen üzücü sonuçlar doğurabilmesidir (103). İngiltere'de 1997-99 yılları arasında anne ölümlerine ilişkin verilere göre doğumdan sonra ilk yıl içindeki ölümlerin önde gelen nedeninin intihar olduğu ve bunun da % 20'sinin depresyona bağlı intihar nedeniyle olduğu dikkat çekicidir (104).

4.7. Bağlanma

Bağlanma, insanoğlunun kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağ olarak tanımlanmıştır ve perinatal bağlanma doğuma hazırlık eğitimleri arttırılabilir (105).

4.7.1. Prenatal-maternal bağlanma

Doğum öncesi (prenatal) dönem gebeliğin başladığı andan doğumun gerçekleştiği ana kadar olan süreci kapsar. Bebek oluşum ve gelişiminin gerçekleştiği dönemdir. Doğum öncesi bağlanma (prenatal attachment) anne babalar ve doğmamış çocukları içinde kurulan duygusal bir bağlıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından bir kadın ve doğmamış bebeği arasındaki bağ çoğu zaman anne-bebek bağlanması yahut doğum öncesi bağlanma olarak kavramsallaştırılır. Bilim insanları 1960 ve 1970'lerde doğum sırasında ölen bebekleri için yas tutulduğunu gözlemledikten sonra, anne-bebek bağlanması konusunu ele almışlardır. Araştırma neticeleri doğum öncesi bağlanmanın hamilelik esnasında motive ettiğini, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığı, perinatal depresyona karşı koruyucu bir işlev gördüğünü göstermiştir. Bağlanma bozuklukları konusunda yapılan araştırmalar erken tanı ve müdahalenin önemli bulunduğunu ortaya koymaktadır (106). Bebeklik döneminde geliştirilen

bağlanma, bireyin hayatı süresince sürdüreceği sosyal ilişkiler üzerinde etki sahibi olan bir kavramdır (107, 108). Bebekler, genel kabule nazaran öncelikle annelerine bağlanarak çevresel etkilerden korunma ve eş zamanlı olarak da çevreyi keşfetme güdüsü taşımaktadır ve bu güdünün temeli itimat duygusudur (109, 110). Anne ve bebek arasında kurulan ve her iki tarafın da yüksek haz duyduğu (111) bağlanma olarak tanımlanan maternal bağlanma ise, anne-çocuk sevgisinin geliştiği önemli bir bağ olarak değerlendirilmektedir (112). Gebelik ile başladığı kabul edilen maternal bağlanma, doğumdan sonrası annelik görevinin gelişimi üzerinde önemli etkisi olan bir bağlanma türüdür (113). Anne-bebek arasında maternal bağlanmanın varlığının hem anne aynı zamanda bebek açısından önem taşıdığı (114) kabul edilmektedir.

Bebeklik döneminde asıl bakımı sağlayan figüre dair oluşturulan bağlanma stili, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik süreçlerinde güçlü duygusal ve sosyal ilişkiler geliştirmekte; toplumsal alanda yaşamın sağlıklı ilerleyişi sürdürmekte rol oynadığı bilinmektedir (107, 108). Bebek ve annesi ya da bakımı sağlayan kişi arasında gelişen ilk bağlanmanın kalitesi niteliği kişinin hem kendisi hem de başkaları ile ilişkilerinin temellerini oluşturmaktadır. Bu perspektiften bakıldığında annede özellikle ilk dönemlerde çocuğun bütün hayatını etkileyebilecek bebeklik ve çocukluk bakımı ve eğitimine ilişkin farkındalık oluşturulması, örnek olarak stresle baş etme yöntemleri hakkında bilgi ve beceri kazandırılması, özgüven ve hassasiyet konusunda destek sağlanması önem taşımaktadır. Bu kapsamda, annelere yönelik bebek bakımına ilişkin bilgi ve beceri eğitimleri geliştirilebilir (115).

4.8. Doğuma Hazırlık Eğitimleri

Kadayıfçı ve Coşar'ın (2013) belirttiğine göre Michel Odent, kadınların içgüdüsel olarak doğumu nasıl gerçekleştireceklerini bildiklerini ve bir başkasının onu bu konuda eğitmesine gerek olmadığını savunmaktadır (116). Ancak, modern dünya ve gelişen teknoloji ile doğum tehlikeli bir süreç olarak görülmeye başlanmış ve bakım olası en kötü durumdan korunma üzerine odaklanmaya başlamıştır (117). Bu anlayıştan etkilenen kadınlar doğumda bedenleri ve bebekleri ile ilgili sorumluluklarından vazgeçip kontrolü sağlık profesyonellerine bırakmakta (117) ya da isteğe bağlı sezaryeni tercih etmektedirler (19). Bu nedenle günümüzde kadınların

doğuma ilişkin farkındalıklarını artırmak ve doğuma bilinçli bir şekilde hazırlanmalarını sağlamak önem kazanmıştır (116, 118).

Doğuma hazırlık eğitimleri, kadın ve ailesini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere fiziksel, psikolojik ve ruhsal açıdan hazırlamaktadır (119). Bu eğitimlerde doğum eylemi, doğum ağrılarıyla baş etme, doğum pozisyonları, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi konular anlatılarak gebe kadın ve eşi doğuma hazırlanmaktadır (120). Burada amaç, kadının ve eşinin doğuma ilişkin farkındalığını artırarak bilgi eksikliğinden ve yanlış sosyal öğrenmelerden doğan kaygılarını azaltmak, kadının kendi bedenine ve doğum yapmaya ilişkin var olan güçlerine güven geliştirmesini sağlamak ve kendi doğumları ile ilgili sorumluluk almalarını sağlamaktır (118, 121). Stoll ve Hall (2012) yaptıkları çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda normal doğum oranının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Aynı çalışmada eğitim alan kadınların doğum korkusunun azaldığı ve doğum yapabileceklerine ilişkin kendilerine olan güvenlerinin arttığı belirtilmektedir (122). Bu bağlamda anne olmaya hazırlanan kadınların gebelik doğum ve doğum sonrası dönemdeki sorunlarla başedebilmesi için doğuma hazırlık eğitimi alması çok önemlidir.

4.8.1. Doğuma hazırlık eğitimlerinin gelişimi

Şeker ve Sevil'in (2015) belirttiğine göre İngiliz Hekim Dick Read, 1900'lü yılların başında kadınların ilk prenatal ziyaretten doğuma kadar eğitilmesini desteklemiş ve doğuma hazırlık eğitimlerinin temellerini atmıştır (119). Ardından tüm dünyada yıllar içerisinde farklı metot ve felsefelerle doğuma hazırlık eğitimlerine ilgi giderek artmıştır (123). Doğuma hazırlık eğitimlerinin popüler hale gelmesinde Lamaze ve Bradley felsefeleri etkili olmuştur (116). Ancak, Serçekuş ve Yenal'ın belirttiğine göre Lamaze ve Bradley'in ardından Leboyer, Kitzinger, Hipnobirthing, England ve farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitimleri geliştirilmiştir. Halen, dünyanın birçok ülkesinde sağlık kurumları bünyesinde ve özel kuruluşlarda doğuma hazırlık eğitimleri yürütülmektedir (124).

Türkiye’de ise doğuma hazırlık eğitimlerinin başlangıcı 1980’li yıllarda Oktay Kadayıfçı’nın önderliğinde Lamaze yöntemi benimsenerek yapılmıştır (116). Ardından yıllar içerisinde giderek yaygınlaşmış ve özellikle son on yılda büyük ilerleme kaydetmiştir (124). Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” genelgesini yayınlayarak her ilde doğuma hazırlık sınıflarının oluşturulmasını istemiştir (125). Son yıllarda bu eğitimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların sayısı da giderek artmaktadır (119, 126, 127).

4.8.2. Doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliği ve yapılan çalışmalar

Doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliğini değerlendirmek ve karşılaştırmak oldukça güçtür. Çünkü doğuma hazırlık eğitimleri, amaçları, içerikleri ve uyguladıkları eğitim yöntemlerine göre çeşitlilik göstermektedir (128). Yapılan doğuma hazırlık eğitimlerinin standardizasyonu bulunmamaktadır. Bazı eğitimler sadece teorik bilgi aktarımından oluşurken, bazıları birçok doğuma hazırlık felsefesinin harmanlanmasından oluşmaktadır (123). Eğitimdeki farklılıklar hem ailelerin seçim yapmasında karmaşaya hem de sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir (123). Ancak, yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık eğitimlerinde farklı felsefeler ve yöntemler uygulanmasına rağmen, çoğunlukla olumlu sonuçlar alındığı belirlenmiştir (129, 130).

Fisher ve ark. (2012) yaptıkları nitel çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların doğumda kendilerini güçlü hissettiklerini, planlamadıkları durumlar geliştiğinde dahi kontrollerini kaybetmediklerini ve doğumlarından memnun olduklarını belirlemişlerdir (131). Subaşı ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada kadınlara gebeliklerinin son üç ayında verilen doğuma hazırlık eğitiminin, doğum korkusunu ve doğuma ilişkin olumsuz düşünceleri azaltmada etkili olduğunu saptamışlardır (129). Buna ek olarak, doğuma hazırlanmanın olumlu anneliği de beraberinde getirdiği belirtilmektedir (132). Navea ve Abedian (2015) doğum korkusunu azaltmak için rol play tekniği ile yaptıkları eğitimin normal eğitim yöntemine oranla sezaryen oranlarını azaltmada 5 kat daha etkili olduğunu saptamışlardır (130).

Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan kadınlar ve eşleri sadece doğumun fiziksel ve duygusal bileşenlerine hazırlanmaz, aynı zamanda eğitilmiş birer sağlık bakım alıcısı haline gelebilirler. Kadınlar ve eşleri bilgi ile donandıklarında kendi savunuculuklarını yapabilecek duruma gelirler ve doğum sürecindeki kararlarda aktif rol alabilirler. Doğuma hazırlık eğitimleri, doğum korkusu yaşayan kadınların doğum hakkında farkındalıklarının ve özyeterliliklerinin artırılması açısından oldukça faydalıdır (19, 126). Ancak, bu kadınların gebelikte desteklendiği gibi doğum anında da desteklenmeleri olumlu doğum deneyimi edinmeleri için gereklidir.

Doğum öncesi eğitim programlarına ilişkin son yıllarda yapılan çalışmalar eğitimin çoğunlukla doğum anındaki ağrıya, doğum algısına ve doğum korkusuna, hamilelik sırasında uyku, hamileliği kabullenme ve kadının doğum sırasında uyumuna etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca öz yeterlilik, anksiyete ve bilgi düzeyi, doğuma hazır oluş, günlük yaşam aktiviteleri, memnuniyet durumu, doğum şekli tercihi, doğum sonu fonksiyonel durum, doğum sonrası post travmatik stres bozukluğu, bebeğini algılaması, stresle baş etmesi, partner katılımı, emzirme ve doğum sonuçlarına etkisine ilişkin konular araştırılmıştır (133) bu bağlamda 2014 yılına kadar yapılan sistemik review araştırmasında, küçük gruplarla verilen antenatal eğitimin doğum ve psikososyal sonuçlarına etkisine ilişkin kanıtların yeterli olmadığı bulunmuştur (134).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırmanın türü ön test-son test ve 5 değerlendirme basamağından oluşan kontrol gruplu yarı deneysel ve prospektiftir.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Marmara bölgesinde 5 gebe okulu bulunan hastanede 01.01.2018-31.08.2018 tarihleri arasında perinatal veri formu ve ilk görüşme ölçekleri doldurulan gebeler ile başlanmış, sonrasında doğum, lohusalık dönemleri takip edilen olgular çalışmaya dahil edilerek gerçekleştirilmiştir.

5.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; Doğu Marmara Bölgesinde bünyesinde gebe okulu bulunan 5 Hastanenin antenetal polikliniğine 01.01.2018-31.08.2018 tarihleri arasında başvuran primigravid kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise Antenatal Polikliniklere başvuran ve çalışma grubu için doğuma hazırlık eğitimine katılmayı kabul eden, araştırmaya katılmaya gönüllü ve örneklem kriterlerine uygun olan 117 çalışma ve 82 kontrol grubu olmak üzere toplam 199 primigravid kadın oluşturmuştur.

Araştırma perinatal veri formu ve ilk görüşme ölçekleri doldurulan gebeler ile başlamış sonrasında doğum, lohusalık dönemleri takip edilen olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan anne adaylarının kursu tamamlayamama, doğum başladığında araştırmacıya haber verememe, intrauterin fetal kayıplar vb. gibi farklı nedenler ile çalışma dışı kalma ihtimali düşünülerek 259 kadın ile çalışmaya başlanmıştır. Araştırmanın deney grubundan 13 anne (İzleme devam etmek istememe n=1, psikiyatrik tanı alması=2, intrauterin fetal kayıp=1, aktif travayda doğuma davet etmeme=9), kontrol grubundan ise 47 anne (Sağlık probleminin oluşması n=4 izleme devam etmek istememe n=9, doğum başladığında araştırmacıya

haber vermeme=32, psikiyatrik tanı alması=2) çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırma 199 anne ve bebek ile tamamlanmıştır.

5.4. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 18-39 yaş aralığında değerlendirme araçlarını yanıtlayacak düzeyde okur-yazar olan
- Primigravid
- Vertex geliş
- 1.grup için antenatal takiplerin yapılmış olması
- 2.grup için gebe okulunun tamamlanmış olması
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler.

5.5. Araştırmaya Dahil Edilememe Ölçütleri

- Annenin psikiyatrik tedavi alıyor olması
- Sistemik hastalığı olması
- Preeklampsi eklampsi tanısı bulunan gebeler
- İkiz gebelikler

5.6. Araştırmanın Sonlanma Ölçütleri

- Annenin/anne adayının çalışmadan çekilmek istemesi
- Psikiyatrik tanı konulması ve tedaviye başlanması
- Erken doğum gerçekleşmesi
- Araştırma sırasında annenin ve bebeğin sağlığı ile ilgili çalışmayı etkileyecek herhangi komplikasyon gelişmesi.

5.7. Hipotezler

H₁: Çalışma grubunun ikinci görüşmede, anksiyete düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₂: Çalışma grubunun aktif travayda, anksiyete düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₃: Çalışma grubunun postpartum birinci günde, anksiyete düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₄: Çalışma grubunun postpartum 6-8. haftalarda, anksiyete düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₅: Çalışma grubunun birinci görüşmede, doğum korkusu düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₆: Çalışma grubunun ikinci görüşmede, doğum korkusu düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₇: Çalışma grubunun postpartum birinci günde, doğum korkusu düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₈: Çalışma grubunun postpartum 6-8. haftalarda doğum korkusu düzeyi, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₉: Çalışma grubunun birinci görüşmede, prenatal bağlanma düzeyi, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H₁₀: Çalışma grubunun ikinci görüşmede, prenatal bağlanma düzeyi, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H₁₁: Çalışma grubunun postpartum 6-8 haftalarda, maternal bağlanma düzeyi, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

5.8. Veri Toplama Süreci

Çalışma grubunun oluşturulması için Kadın doğum poliklinikleri, gebe danışmanlığı ve gebe izlem birimlerinde, gebe okulunda ücretsiz olarak verilecek olan doğuma hazırlık eğitimine ilişkin bilgileri içeren broşürler verilmiş, sosyal paylaşım sitesi, hastanenin web sayfası ve sosyal medya hesaplarında hastane yönetiminin duyurular yapılmıştır. Rutin uygulamada da hastanelerin gebe okuluna gebe yönlendirmek üzere benzer yöntemler kullandığı görülen antenatal hizmetlerinin verildiği polikliniklerin sorumlu doktor, hemşire ve ebelerine program hakkında bilgi verilip uygun primipar kadınları yönlendirmeleri istenmiştir. Doğuma Hazırlık Eğitimi veren ebelere çalışma hakkında önceden bilgi verilerek, eğitimin tanışma gününde dersler başlamadan, araştırmacının sınıfa katılabilmesi için izin istendi. Doğuma hazırlık eğitimleri için oluşturulan her bir yeni grup için eğitimi verecek olan ebe tarafından araştırmacıya yeni grubun eğitim tarihi ve saati ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmacı yeni grup eğitimi başlangıcında katılımcılarla iletişim bilgilerini paylaşarak, ilk görüşme aşamasında doldurulması gereken ölçeklerin ve veri toplama formunun doldurulmasını sağlamıştır. Araştırmanın yöntem kısmında da açıklayıcı olarak görüleceği üzere toplamda beş aşama tamamlanacak şekilde görüşmeler devam etmiştir.

Kontrol grubu; kadın doğum poliklinikleri, gebe danışmanlığı ve gebe izlem birimlerine başvuran fakat gebe okuluna katılmayı kabul etmemiş olan ve çalışmayı kabul eden gebelerden oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından poliklinik katında ilk görüşme gerçekleştirerek katılımcılara iletişim bilgileri verilmiş katılımcıların iletişim bilgileri alınarak ilk görüşme aşamasında doldurulması gereken ölçeklerin ve veri toplama formunun doldurulması sağlanmıştır. Araştırmanın yöntem kısmında da açıklayıcı olarak görüleceği üzere toplamda beş aşama tamamlanacak şekilde görüşmeler devam etmiştir.

5.9. Veri Toplama Araçları

Perinatal Veri Toplama Formu: Araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan Perinatal Veri Toplama formunda (PVTF), anne (yaş, evlilik yaşı, eğitimi, çalışma durumu, gebelik sayısı vb) bebek (yaş, cinsiyet, doğum tartısı, doğum haftası, doğum şekli vb) ve aile ile ilgili sorular yer aldı.

Beck Ankisiyete Ölçeği: Beck ve ark. (1988) (135). tarafından geliştirilip geçerlilik, güvenilirliği yapılan ölçektir. 21 maddeden oluşmaktadır. Puan aralığı 0-63'tür Ülkemizde Ulusoy ve ark (1996) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (136).

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (The Prenatal Attachment Inventory): "Prenatal Bağlanma Envanteri" (The Prenatal Attachment Inventory) 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir (137). Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dördümlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3:Sık sık, 4:Her zaman şeklinde puanlanmaktadır

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği: (W-DEQ)A versiyonu Ölçeğinin Türkiye'de kullanmak amacıyla geçerlik/güvenirliliği Körükçü tarafından 2009 yılında yapılmıştır. 33 sorudan oluşan Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. Ölçekte minimum puan 0 iken maksimum puan 165'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin B versiyonu da doğum sonrası dönemde sadece normal doğum yapan anneler için kullanıldı.

Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ): Annenin bebeğine karşı olan sevgi ve bağlanmasını ölçmek amacıyla Müller tarafından geliştirilmiş olan MBÖ, 26 maddelik 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Ölçekten elde

edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104'tür. Yüksek puan, maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de Kavlak ve Şirin tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (138).

Edinburg Depresyon Ölçeği (EDÖ): Annenin bir önceki hafta boyunca kendisini nasıl hissettiğini, dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesinin istendiği 10 soruluk bir ölçektir. Her bir maddeye 0-3 arasında puan verilir ve toplam puan hesaplanır. EDÖ doğum sonrası depresyonun taranması ve değerlendirilmesinde de en sık kullanılan ölçektir. Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmış ve kesme değeri 12 olarak bulunmuştur.

STAI FORM TX – I: Anksiyete Envanteri 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (139). Bu ölçek Likert tipinde olup 'Hiç' ile 'Tamamıyla' arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması anksiyete düzeyinin yüksek olmasına işaret etmektedir

5.10. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Medipol Üniversitesi etik kurulundan 29/11/2017 tarihinde 494 Karar Nolu (Bkz. EK 11) onay alınmış olup ilgili Hastaneler ve İl Sağlık Müdürlüğünden de yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce çalışma ve kontrol grubuna aydınlatılmış onam formu kullanılarak yazılı ve sözlü aydınlatıcı bilgiler verilmiştir. Anne adaylarının istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve tüm kişisel bilgilerinin gizli kalacağına ilişkin açıklamaları içeren yazılı ve sözlü bilgi verilmiştir

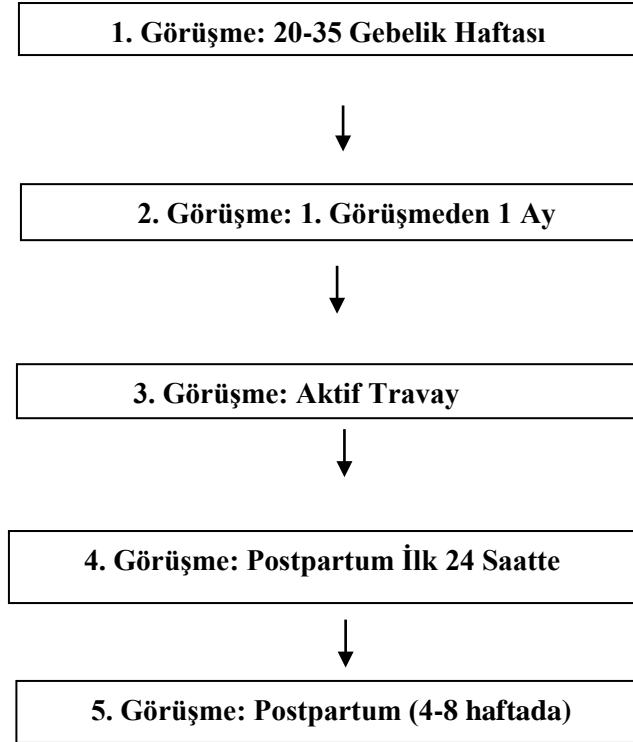
5.11. Yöntem

Çalışma Doğuma Hazırlık sınıfından mezun olan ve olmayan kadınların perinatal dönemde anksiyete düzeyi, doğum korkusu ve bağlanma ilişkisini karşılaştırmak amacıyla planlandı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kadınlara araştırmanın amacı anlatılarak, katılmayı kabul edenlerin onamları alındıktan sonra, çalışmaya dahil edildiler. Gebeler doğuma hazırlık eğitimi alacak

olan (çalışma grubu) ve eğitim almayacak olanlar (kontrol grubu) olmak üzere iki gruba ayrıldılar. Araştırmanın istatistiksel analizlerinde frekans, bağımsız örneklem ve bağımlı örneklem t testi yapılmıştır.

5.11.1. Kontrol grubu

Rutin antenatal takip alan ve gebe eğitim sınıfında eğitim almadan doğum yapan (CS veya NVD) kadınlardır. Gebe eğitim sınıfında eğitim almayan kadınlar için sosyo-demografik veri ve anamnez bilgilerini içeren perinatal veri toplama formu (PVTF), 20 - 35. gebelik haftasındaki gebelerle ilk görüşmede dolduruldu. Gebelerin doğum için doğumhaneye yatışları esnasında, doğumdan sonraki 24 saat içerisinde ve erken postpartum dönemde, araştırmacı tarafından ve/veya araştırmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve/veya bir ebe tarafından, PVTF' nun doğum bilgilerini içeren ilgili bölümleri dolduruldu. Araştırmacı tarafından bilgilendirme eğitimi verilen Beck anksiyete, Edinburgh Depresyon Ölçeği, Prenatal Bağlanma Envanteri, Wijma Ölçeği A ve B Versiyonu, STAI ve Maternal Bağlanma Ölçekleri aşağıdaki akış şemasında belirtilen aşamalarda anne adaylarına doldurtuldu.



Şekil 5.1. Kontrol grubu veri toplama değerlendirme basamakları

1. Görüşme: 20-35 Gebelik Haftası

Sosyodemografik bilgiler ve Perinatal Veri Toplama Formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Prenatal Bağlanma Envanteri

Wijma Ölçeği A Versiyonu

2. Görüşme: 1. Görüşmeden 1 Ay Sonra

Perinatal Veri Toplama Formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Prenatal Bağlanma Envanteri

Wijma Ölçeği A Versiyonu

3. Görüşme: Aktif Travayda

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

STAI1 Ölçeği

4. Görüşme: Postpartum 24 saatte

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Wijma Ölçeği B versiyonu

5. Görüşme: Postpartum 6-8 haftada

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

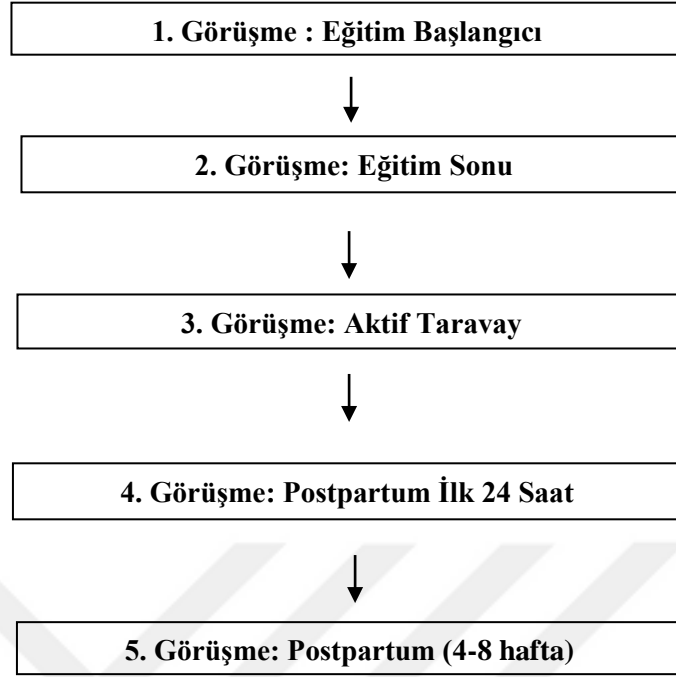
Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Maternal Bağlanma Ölçeği, Wijma Ölçeği B versiyonu kullanılmıştır.

5.11.2. Çalışma grubu

Antenatal rutin takibin yanında Gebe bilgilendirme sınıfında 5-6 hafta boyunca haftada bir gün, 3' er saat süren Eğitim programında eğitim alan ve mezun olan, aktif travayda doğumhaneye yatışı gerçekleşen ve doğum yapan kadınlardır. Gebe bilgilendirme eğitim programı; gebe ve eşlerinin ihtiyaç duyduğu temel hamilelik bilgileri, gebelikte beslenme, doğum, doğum esnasında gevşeme ve solunum egzersizlerini kullanarak rahatlama, doğum korkusunun doğuma etkileri, doğum sonrasında anne ve bebek bakımı, ten tene temas ve bağlanma, anne sütü, emzirme, basit vücut egzersizleri ve doğum sonu dönem (lohusalık) hakkında bilgileri kapsamaktadır. Çalışmamızda eğitim için başvuran gebeler 3 anne ve bebek dostu, 2 bebek dostu hastanenin gebe okulunda doğuma hazırlık eğitici eğitimine katılmış ebeler tarafından eğitim aldılar. Tüm eğitimler Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği başlıklar doğrultusunda görsel ve yazılı bilgilendirme araçları da kullanılarak, standardize edilmiş eğitim programıyla yapılmaktadır. Gebe eğitim sınıfında eğitim alan kadınlar için sosyo-demografik veri ve anamnez bilgilerini içeren Perinatal veri toplama formunun ilgili bölümleri gebe eğitiminin başlangıcında, gebelerin doğumhaneye yatışları esnasında ve doğumdan sonraki 24 saat içerisinde, araştırmacı veya araştırmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve/veya bir ebe tarafından dolduruldu. Beck anksiyete, Edinburgh Depresyon Ölçeği, Prenatal Bağlanma Envanteri, Wijma Ölçeği A ve B Versiyonu, STAI ve Maternal Bağlanma Ölçekleri aşağıdaki akış şemasında belirtilen aşamalarda anne adayları tarafından dolduruldu.



Şekil 5.2. Çalışma grubu veri toplama değerlendirme basamakları

1. Görüşme: Eğitim Başlangıcında

Sosyodemografik bilgiler ve Perinatal Veri Toplama Formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Prenatal Bağlanma Envanteri

Wijma Ölçeği A Versiyonu

2. Görüşme: Eğitim Bitiminde

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Prenatal Bağlanma Envanteri

Wijma Ölçeği A Versiyonu

3. Görüşme: Aktif Travayda

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

STAI1 Ölçeği

4. Görüşme: Postpartum ilk 24 saatde

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Wijma Ölçeği B versiyonu

5. Görüşme: Postpartum 6 -8 Haftada

Perinatal Dönem veri toplama formu (ilgili bölümler)

Beck Anksiyete Ölçeği

Edinburgh Depresyon Ölçeği

Maternal Bağlanma, Wijma Ölçeği B versiyonu kullanılmıştır.

5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları verilerin toplandığı 5 kamu sağlık tesisine başvuran gebeler ile sınırlılıdır. Sadece kamu hastanelerine ait gebe okulları mezunları çalışmaya dahil edilmiştir. Özel hastaneler ve diğer kamu hastaneleri mezunu olan gebeler değerlendirilememiştir. Araştırmaya okur-yazar olmayanların dahil edilememesi öğrenim düzeyi ile bağlanma, anksiyete ve doğum korkususu arasındaki ilişkiyi araştırmak açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

5.13. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmada kadınların anksiyete düzeylerini belirlemek için beck anksiyete envanteri ve Edinburgh Depresyon riski (aktif travayda STAI durumluluk ölçeği kullanıldı) olmak üzere iki farklı ölçek kullanıldı bu ölçek verilerinin birbirleriyle tutarlığı değerlendirildi. Araştırma hem doğum öncesi gebelik dönemi hemde doğum sonrası dönemde toplam beş aşamada değerlendirme olanağı sağlamakta olduğundan perinatal döneme ait sonuçların bir arada değerlendirilebildiği az sayıda yürütülebilen profektif çalışmalar arasında yer almaktadır.



6. BULGULAR

Marmara bölgesinde doğum öncesi verilen doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete, doğum korkusu ve bağlanmaya olan etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilenler veriler;

- İlk görüşme
- İkinci görüşme
- Aktif travay
- Doğum sonrası 1. gün
- Doğum sonrası 6-8. haftaya ait bulgular olmak üzere 5 bölümde değerlendirilmiştir.

6.1. Ölçeklerin Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizleri

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik analizleri yapılmıştır.

Tablo 6.1. Güvenirlilik Tablosu

ÖLÇEK	İç Tutarlılık (Cronbach's Alpha kat sayısı)
Prenatal Bağlanma Ölçeği	0,836
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A	0,931
Edinburgh Depresyon Ölçeği	0,821
Beck Anksiyete Ölçeği	0,883
Maternal Bağlanma Ölçeği	0,793
STAI1 Ölçeği	0,775
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B	0,934

Bu araştırmada güvenirlilik ölçümü olarak kullanılan ölçeklere ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenirlilik analizleri yapılmış; preanatal bağlanma ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,836 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu, wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,931 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu, edinburgh depresyon

ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,821 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu, beck anksiyete ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,883 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu, maternal bağlanma ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,793 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu, STAI1 Ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,775 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu, wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinin cronbach alpha değeri 0,934 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir olduğu Tablo 6.1’de görülmektedir.

Bu bölümde araştırmada toplanan verilerin istatistiksel tekniklerle çözümlenmesi sonucunda elde edilen bulgulara ve ilgili yorumlara yer verilmiştir.

6.2. Katılımcılara İlişkin Frekans Tabloları

Araştırmanın bu bölümde katılımcılara ilişkin frekans tablolarına ait bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 6.2. Katılımcıların Frekans Tablosu-1

Kategori		Eğitim Alanlar		Eğitim Almayanlar		Toplam (n)
		Frekans (n)	Yüzde %	Frekans (n)	Yüzde %	
Doğum Şekli	NVD	84	72	50	61	134
	CS	33	28	32	39	65
	Toplam	117	100	82	100	199
Öğrenim Durumu	İlkokul	3	2,7	2	3	5
	Ortaokul-Lise	36	32	30	39	66
	Üniversite	64	58	42	55	106
	Lisansüstü	8	7,3	2	3	10
	Toplam	111	100	76	100	187
Aylık Gelir Durum	4500 TL altı	87	76	58	76	145
	4500 TL üstü	27	24	18	24	45
	Toplam	114	100	76	100	190

Tablo 6.2. incelendiğinde; Eğitim alan ve almayanların doğum şekilleri yönünden gruplar arasında istatistiksel farklılık saptandı; ($p<005$) Eğitim alanların % 28, almayanların % 39 luk bir oranla sezaryen ile doğum yaptığı görülmektedir.

Eğitim alanların %72 si, eğitim almayanların da %61 nin doğum şeklinin normal doğumla gerçekleştiği görülmektedir.

Öğrenim durumuna bakıldığında eğitim alanların %58'inin, eğitim almayanların da % 55' inin üniversite mezunlarından oluştuğu görülmektedir.

Aylık gelir durumuna bakıldığında eğitim alan ve almayanların çoğunluğunun %76 ile 4500 TL. altı aylık geliri olanların oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 6.3. Katılımcıların (Eğitim alanlar n=117 Eğitim almayanlar=82) Frekans Tablosu-2

Kategori	Eğitim Alanlar	Eğitim Almayanlar
	Ortalama	Ortalama
Yaş	26,6271 (18-39)	26,5000 (18-38)
Doğum Haftası	39,9232 (37-42)	39,4167 (37-42)
Eğitim Başlangı/İlk Görüşme Gebelik Haftası	30,1696 (21,64-35)	30,0437 (23,72-35)
Doğum Ağırlığı	3471,7241 (2600-4315)	3339,5652 (2525-4000)

Tablo 6.3 incelendiğinde gebe kadınların yaşlarına bakıldığında eğitim alanların minimum yaşının 18 maksimum yaşının 39 olduğu görülmektedir. Diğer yandan eğitim almayanların minimum yaşının 18 maksimum yaşının 38 olduğu görülmektedir.

Gebe kadınların doğum haftasına bakıldığında eğitim alanların ve almayanların minimum doğum haftasının 37 maksimum doğum haftasının 42 olduğu görülmektedir.

Gebe kadınların eğitim başlangıcındaki gebelik haftasına bakıldığında, çalışma grubunda olanların eğitim başlangıcındaki gebelik haftasının en düşük 21,64, en yüksek 35 hafta olduğu görülmektedir. Diğer yandan kontrol grubundaki gebelerin

ilk görüşmedeki gebelik haftasının en düşük 23,72, en yüksek 35 hafta olduğu görülmektedir.

Yenidoğanların doğum ağırlığına bakıldığında eğitim alanların minimum doğum ağırlığının 2600 maksimum doğum ağırlığının 4315 olduğu görülmektedir. Diğer yandan eğitim almayanların minimum doğum ağırlığının 2525 maksimum doğum ağırlığının 4000 olduğu görülmektedir.

6.3. Ölçeklere Göre Gruplar Arasındaki Puan Farklılıkları

Bu bölümde katılımcıların her bir ölçeklere göre değişkenlerden aldıkları puan ortalamalarının farklı olup olmadığını belirlemek için analizler yapılmıştır. Bu analizler için SPSS 25,0 versiyonu yazılımı kullanılmıştır. Bu bölümde bağımsız örneklem için “t” testi (Independent Samples t-test) yapılmıştır.

Tablo 6.4. Eğitim Başlangıcında Gerçekleştirilen İlk Görüşmede Değerlendirilen Ölçeklere İlişkin t-testi Sonuçları

Ölçek	Gebe Eğitimi Alma Durumu	n	X	Ss	T	P
Preanatal Bağlanma (İlk Görüşme)	Eğitim Alanlar	107	69,2710	10,75066	2,584	0,011
	Eğitim Almayanlar	72	65,0556	10,63331		
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi (İlk Görüşme)	Eğitim Alanlar	88	51,5000	22,02559	-2,157	0,033
	Eğitim Almayanlar	44	60,0000	19,89975		
Edinburgh Depresyonu (İlk Görüşme)	Eğitim Alanlar	111	6,0901	4,52176	-4,904	0,000
	Eğitim Almayanlar	72	9,4444	4,51878		
Beck Anksiyete (İlk Görüşme)	Eğitim Alanlar	98	12,6122	7,87745	-5,128	0,000
	Eğitim Almayanlar	76	19,6579	10,24832		

İlk görüşmede doldurulan ölçek sonuçlarının iki grup arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.4.’de verilmiştir. Bu sonuçta göre;

Gebe kadınların preanatal bağlanmalarının ilk görüşmede çalışma ve kontrol grubu olmak üzere iki grup olarak karşılaştırıldıklarında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= 2,584$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı iki farklı grupta bulunan gebe kadınların ilk görüşmede preanatal bağlanmalarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Gebe kadınların wijma doğum beklentisi/deneyimlerinin doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= -2,157$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların ilk görüşmede kontrol ve çalışma grubu sonuçlarının wijma doğum beklentisi/deneyimlerinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Gebe kadınların Edinburgh depresyon riski düzeyinin doğum öncesi ilk görüşmede iki grup arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= -4,904$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı ilk görüşmede kontrol ve çalışma grubunun Edinburgh depresyon riski düzeyinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Gebe kadınların beck anksiyete skorlarının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= -5,128$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların ilk görüşmede iki grup arasında karşılaştırma yapıldığında beck anksiyete skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Tablo 6.5. Eğitim Bitiminde; İkinci Görüşmede Değerlendirilen Ölçklere İlişkin T-Testi Sonuçları

Ölçek	Gebe Eğitimi Alma	n	X	Ss	T	P
-------	-------------------	---	---	----	---	---

Prenatal Bağlanma (İkinci Görüşme)	Eğitim Alanlar	111	70,9730	10,54726	,552	0,582
	Eğitim Almayanlar	76	70,0526	12,09506		
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi (İkinci Görüşme)	Eğitim Alanlar	94	38,1170	18,89180	-5,478	0,000
	Eğitim Almayanlar	58	55,4483	19,04120		
Edinburgh Depresyonu (İkinci Görüşme)	Eğitim Alanlar	114	4,4211	3,91253	-10,025	0,000
	Eğitim Almayanlar	80	10,4250	4,36840		
Beck Anksiyete (İkinci Görüşme)	Eğitim Alanlar	110	10,6364	5,20185	-11,685	0,000
	Eğitim Almayanlar	80	21,4000	7,49616		

Gebe kadınların, eğitim bitimi sonucunda doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.5’de verilmiştir. Bu sonuca göre;

Gebe kadınların ikinci görüşmede prenatal bağlanmalarının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t= 0,582$; $p>0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre ikinci görüşmede prenatal bağlanmalarının birbirinden farklı olmadığı söylenebilir.

Gebe kadınların wijma doğum beklentisi/deneyimlerinin doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= -5,478$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre wijma doğum beklentisi/deneyimlerinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Gebe kadınların Edinburgh depresyon riski düzeyinin doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= -10,025$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların

doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre Edinburgh depresyon riski düzeyinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Gebe kadınların beck anksiyete skorlarının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = -11,685$; $p < 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre beck anksiyete skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Tablo 6.6. Aktif Travayda Değerlendirilen Ölçklere İlişkin T-Testi Sonuçları

Ölçek	Gebe Eğitimi Alma Durumu	n	X	Ss	T	P
STAI1	Eğitim Alanlar	84	41,1325	4,14717	,120	0,904
	Eğitim Almayanlar	50	41,0445	4,04011		
Beck Anksiyete	Eğitim Alanlar	84	14,5386	10,73094	-,837	0,404
	Eğitim Almayanlar	50	16,1870	11,57646		

Çalışmaya katılan gebelerin, aktif travayda değerlendirilmesi sonucunda doğuma hazırlık eğitimi alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.6 da verilmiştir. Bu sonuca göre;

Gebe kadınların STAI1 skorlarının gebelikte eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t = 0,120$; $p > 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların gebelikte eğitim alıp almamalarına göre STAI1 skorlarının birbirinden farklı olmadığı söylenebilir.

Gebe kadınların beck anksiyete skorlarının gebelikte eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t = 0,120$; $p > 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların

gebelikte eğitim alıp almamalarına göre beck anksiyete skorlarının birbirinden farklı olmadığını söyleyebilir.

Tablo 6.7. Postpartum 1'inci Günde Değerlendirilen Ölçeklerine İlişkin T-Testi Sonuçları

Ölçek	Gebe Eğitimi Alma Durumu	n	X	Ss	T	P
Beck Anksiyete	Eğitim Alanlar	117	8,4831	6,89572	-7,223	0,000
	Eğitim Almayanlar	82	16,7561	9,29962		
Edinburgh	Eğitim Alanlar	117	3,5847	3,47968	-7,613	0,000
	Eğitim Almayanlar	71	13,7465	13,81068		
Wijma B	Eğitim Alanlar	84	79,9882	23,80201	-4,792	0,000
	Eğitim Almayanlar	50	98,1200	15,87276		

Kadınların, postpartum 1'inci gün sonucunda gebelikte eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.7'de verilmiştir. Bu sonuca göre; kadınların beck anksiyete skorlarının gebelikte eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = -7,223$; $p < 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların gebelikte eğitim alıp almamalarına göre beck anksiyete skorlarının birbirinden farklı olduğu; eğitim alanların anksiyete skorlarının istatistiksel anlamlı derecede düşük olduğu söylenebilir.

Kadınların Edinburgh depresyon skorlarının gebelikte eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = -7,613$; $p < 0,05$). Edinburgh depresyon riski skorları doğum öncesi

eğitim alıp almalarına bağlı olarak anlamlı bir Őekilde deđiŐmekte; eğitim alanların depresyon riski skorları dűŐmektedir.

Postpartum 1. gűnde kadınların doğum korkusu dűzeyinin, doğum öncesi eğitim alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuŐtur ($t = -4,792$; $p < 0,05$). Bu sonuğlardan dolayı kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre doğum korkusu skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Tablo 6.8. Postpartum 6'ncı Haftada Değerlendirilen leklere İlişkin T-Testi Sonuçları

Ölçek	Gebe Eğitimi Alma Durumu	n	X	Ss	T	P
Beck Anksiyete	Eğitim Alanlar	106	6,7075	5,05016	-3,852	0,000
	Eğitim Almayanlar	81	11,2963	10,82641		
Edinburgh	Eğitim Alanlar	110	4,0455	4,06910	-4,381	0,000
	Eğitim Almayanlar	64	6,6094	3,03219		
Maternal Bağlanma	Eğitim Alanlar	102	103,4020	7,87559	6,253	0,000
	Eğitim Almayanlar	64	96,8125	3,77492		
Wijma B	Eğitim Alanlar	66	75,0455	22,37061	-12,864	0,000
	Eğitim Almayanlar	45	119,2889	6,68996		

Kadınların, postpartum 6'ncı hafta sonucunda doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.8.'de verilmiştir. Bu sonuca göre; Gebe kadınların beck anksiyete skorlarının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = -3,852$; $p < 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre beck anksiyete

skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim alanların almayanlara göre anksiyete düzeyi daha düşüktür.

Kadınların Edinburgh depresyon skorunun doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = -4,381$; $p < 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre Edinburgh depresyon skorunun birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim alanların almayanlara göre depresyon riski düzeyi daha

Kadınların maternal bağlanmalarının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = 6,253$; $p > 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre maternal bağlanmalarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim alanların bağlanma skorları almayanlara göre daha yüksektir.

Kadınların wjma doğum korkusu skorlarının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t = -12,864$; $p < 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre wjma doğum korkusu skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim alanların doğum korkusu düzeyi almayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 6.9. Doğum İçin Başvuru Anında Yapılan Pelvik Muayeneye İlişkin T-Testi Sonuçları

Ölçek	Gebe Eğitimi Alma Durumu	n	X	Ss	T	P
Efasman	Eğitim Alanlar	82	58,333	24,8022	1,125	,271
	Eğitim Almayanlar	46	48,750	20,2896		
Başvuru Dilatasyonu	Eğitim Alanlar	82	3,4167	1,31137	1,265	,217
	Eğitim Almayanlar	46	2,8750	,95743		

Gebe kadınların, doğum için başvuru anında yapılan pelvik muayenesinin doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.9.'da verilmiştir. Bu sonuca göre; Gebe kadınların efasmanının doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t= 1,125$; $p>0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre başvuru muayenesi esnasında yapılan pelvik muayenede efasman düzeylerinin birbirinden farklı olmadığı söylenebilir.

Gebe kadınların başvuru dilatasyonunun doğum öncesi eğitim alıp almamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim alan ve eğitim almayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t= 1,265$; $p>0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların doğum öncesi eğitim alıp almamalarına göre hastaneye başvuru esnasında yapılan pelvik muayenede dilatasyonunun birbirinden farklı olmadığı söylenebilir.

6.4. Ölçekler Arasındaki Puan Farklılıkları

Tablo 6.10. Eğitim Alan Grubun Ölçek Puanları Arasındaki Farklılıklara İlişkin T-Testi Sonuçları

Ölçek	Farklılıklar	N	X	Ss	T	P
Beck Anksiyete	Eğitim Öncesi	90	13,0333	8,03287	2,30	0,024
	Eğitim Sonrası	90	10,6111	5,20953		
Edinburgh Depresyonu	Eğitim Öncesi	107	6,0280	4,57940	2,686	,008
	Eğitim Sonrası	107	4,4206	3,93110		
Prenatal Bağlanma	Eğitim Öncesi	101	71,3069	10,83304	1,273	,206
	Eğitim Sonrası	101	69,5743	10,85020		
Wijma A Doğum Beklentisi/Deneyimi	Eğitim Öncesi	72	52,8056	21,67860	4,952	,000
	Eğitim Sonrası	72	37,8333	18,69548		
Beck Anksiyete	Postpartum 1'inci Günü	106	11,9786	8,97904	4,017	,000
	Postpartum 6'ncı Haftası	106	8,6952	8,36712		
Edinburgh	Postpartum 1'inci Günü	110	7,0663	9,98249	2,705	,008
	Postpartum 6'ncı Haftası	110	4,9458	3,93316		

Wijma B Doğum Beklentisi/Deneyimi	Postpartum 1'inci Günü	68	81,1618	19,31930	-9,168	,000
	Postpartum 6'ncı Haftası	68	73,4630	21,72879		

Gebe kadınlara uygulanan ölçeklerin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin sonuçlar Tablo 6.10. 'da verilmiştir. Bu sonuca göre;

Gebe kadınların beck anksiyete skorlarının eğitim öncesi ve sonrasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=2,30$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların eğitim öncesi ve sonrasına göre beck anksiyete skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim sonrası anksiyete düzeyi eğitim öncesine göre daha düşüktür.

Gebe kadınların Edinburgh depresyonunun eğitim öncesi ve sonrasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=2,686$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların eğitim öncesi ve sonrasına göre Edinburgh depresyonunun birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim sonrasında eğitim öncesine göre depresyon riski düzeyi daha düşüktür.

Gebe kadınların preanatal bağlanmalarının eğitim öncesi ve sonrasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t=1,273$; $p>0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların eğitim öncesi ve sonrasına göre preanatal bağlanmalarının birbirinden farklı olmadığı söylenebilir.

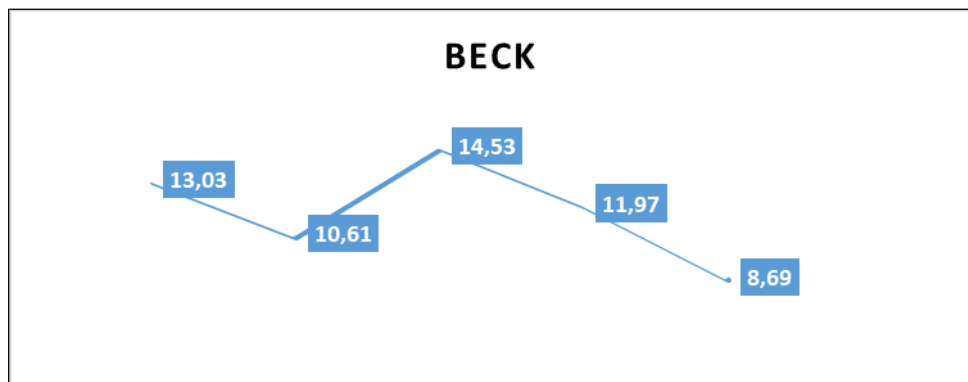
Gebe kadınların wijma doğum korkusu skorlarının doğum beklentisi/deneyiminin eğitim öncesi ve sonrasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=4,952$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların eğitim öncesi ve sonrasına göre wijma doğum beklentisi/deneyiminin birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Eğitim sonrası doğum korkusu düzeyi eğitim öncesine göre daha düşüktür.

Gebe kadınların beck anksiyete skorlarının postpartumun 1'inci günü ve 6'ncı haftasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda postpartumun 1'inci günü ve 6'ncı haftası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= 4,017$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların postpartumun 1'inci günü ve 6'ncı haftasına göre beck anksiyete skorlarının birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Gebe kadınların Edinburgh depresyon skorunun postpartumun 1'inci günü ve 6'ncı haftasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda postpartumun 1'inci günü ve 6'ncı haftası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= 2,705$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların postpartumun 1'inci günü ve 6'ncı haftasına göre Edinburgh depresyon skorunun birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

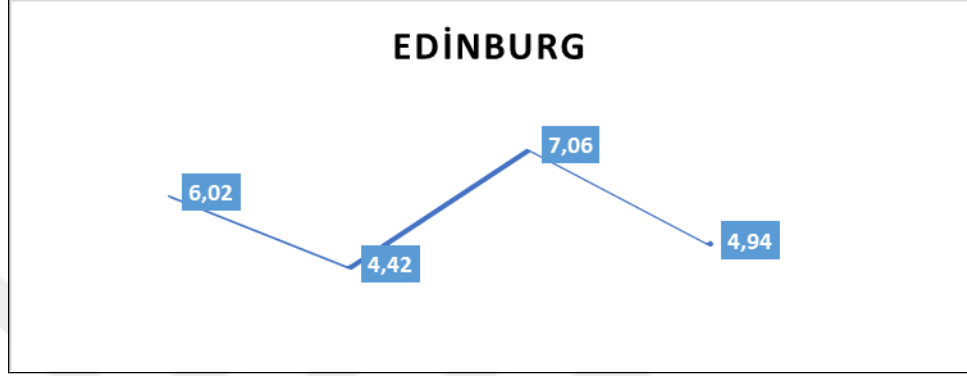
Gebe kadınların wijma doğum korkusu skorlarınının postartumun 1'inci günü ve postartumun 6'ncı haftasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği sonucunu belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda postartumun 1'inci günü ve postartumun 6'ncı haftası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t= -9,168$; $p<0,05$). Bu sonuçlardan dolayı gebe kadınların postartumun 1'inci günü ve postartumun 6'ncı haftasına göre wijma doğum korkusu skorlarınının birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

6.5. Beck Anksiyete Düzeyi ve Edinburgh Depesyon Riski Düzeyi Sonuçları



Şekil 6.1. Beck anksiyete düzeyi

Yapılan araştırma sonuçlarına göre eğitime katılan kadınlara 5 kez uygulanan beck anksiyete ölçeği sonuçları grafik olarak verilmiştir. Buna göre eğitim öncesi 13, 03 olan anksiyete düzeyi eğitim sonrası 10,61 e düşmüştür. Daha sonra aktif travay anında 14, 53 seviyesine yükselmiştir. Doğumu takiben 1. Günde 11, 97 seviyesine gerileyen anksiyete düzeyi doğum sonrası 6. Hafta 8, 69 ile en düşük seviyesine ulaşmıştır.



Şekil 6.2. Edinburgh depresyon riski düzeyi

Yapılan araştırma sonuçlarına göre eğitime katılan kadınlara 4 kez uygulanan Edinburgh depresyon riski ölçeği sonuçları grafik olarak verilmiştir. Buna göre eğitim öncesi 6,02 olan depresyon riski düzeyi eğitim sonrası 4,42 e düşmüştür. Doğumu takiben 1. Günde 7,06 seviyesine, 6. Hafta da 4,94 seviyesine ulaşmıştır.

7. TARTIŞMA

7.1. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Sonuçlar

Gebelik anksiyetesi üzerine yapılan çalışmalarda, gebelerin önemli bir kısmının anksiyete sorunuyla karşı karşıya olduğunu göstermiştir. Heron ve ark. geniş bir gebe grubu üzerinde yürüttükleri bir çalışma sonucunda, gebelerin %21' inde klinik olarak önemli düzeyde anksiyete semptomları saptandığını, bu grubun %64' ünde de klinik anksiyetenin postnatal dönemde de devam ettiğini bildirmişlerdir (12). Yapılan birçok prospektif çalışmada, gebelikte saptanan anksiyetenin, postpartum depresyon gelişimi yönünden en önemli risk faktörü olduğu gösterilmiştir (140). Bu nedenle gebelikte saptanan anksiyete bozukluğu doğum korkusunu arttırabilir, doğum sonrası depresyonuna öncülük edebilir.

Literatürde yer alan çalışmalarda bilim insanları gebelikte depresyon tanısı ya da depresif erken uyarı düzeyini farklı metodlarla değerlendirmişler. Çalışmamızda Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Edinburgh Depresyon Ölçeği (EDÖ) 5 görüşmede değerlendirildi. Kartal ve Karaman'ın 2018 yılında yaptıkları çalışmaya göre doğuma hazırlık eğitimi alanların Beck anksiyete düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (105). Çalışmamızda da literatürle uyumlu biçimde doğuma hazırlık eğitimi alanların Beck anksiyete düzeylerinin düştüğü bulunmuştur. Bu bağlamda çalışmaya alınan gebelerin eğitim sonrası, postpartum 1. gün ve 6. haftada anksiyete düzeyleri yönünden, eğitim almayan grupla karşılaştırılmasına yönelik veriler, eğitim alanların anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu destekler niteliktedir; H₁, H₃, H₄ hipotezleri kabul edilmiştir. Aktif travay sırasında çalışma grubu ile kontrol grubu arasında anksiyete ve depresyon skorları yönünden anlamlı fark bulunmadığı için H₂ hipotezi reddedilmiştir. Çalışmaya alınma kriterleri yönünden önceden depresyon geçirme veya psikiyatrik hastalık tedavisi almanın dışlanması, çalışmaya alınan gebelerimizin gebelik ve doğum stresine yönelik tepkilerinin daha sağlıklı değerlendirilmesi yönünden önemlidir (141).

Aktif travayda değerlendirilen ölçeklere ilişkin t-testi sonuçları yönünden gruplar arasında farklılık çıkmaması, ilk bakışta gebe eğitiminin doğum anında yaşanan stresi, anksiyeteyi azaltmada etkin olmadığını düşündürmektedir. Aslında bu

bulgu doğum korkusunu azaltma amacına yönelik olarak gebe eğitiminde verilen bilgilerin yeterli olamadığı, eğitime başka uygulamalarında eklenmesi gerektiğini düşündürmesi yönüyle bir fırsat yaratabilir. Gebe eğitim almış olsa da, doğum sancılıyla doğumhaneye ilk kez geliyorsa ve ortamda karşılaştığı kişiler kendisine yabancı ise, neokorteksi uyaracak şekilde medikal malzeme cihaz görselleri fazla ve gürültü içeren medikalize bir ortam mevcutsa, stres karşısında refleks anksiyete devreye girmektedir. Doğum korkusunun önlenmesi yönünden eğitim süreci içinde doğumhane ziyaretleri, mümkünse doğum yaptıran ebe veya ebelerle tanışma ve karşılıklı güven duygusunun geliştirilmesi, doğum yapılacak ortamın ve doğum destekçisinin bireyselleştirilmesi gibi güven artırıcı önlemler doğum anı anksiyetesinin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

Gebe eğitim sınıfında verilen eğitimler gebelik, doğum, temel bebek bakım becerileri hakkında bilgi sağlarken, gebelik ve postpartum erken dönemde, doğum korkusu başta olmak üzere maternal psiko-sosyal sağlıkla ilgili bilgi aktarımının yeterli olduğunu söylemek zordur. Psiko-eğitime dayalı müdahaleler, gebeye sağlık durumu ve tedavisiyle ilgili bilgi sağlamanın yanı sıra, sorun çıktığında başa çıkma mekanizmalarını uygulayabilmeyi ve davranışsal uyumu güçlendirmeyi teşvik etmeye odaklanmaktadır (142). Maternal psiko-eğitimle sadece bilgi sağlanmamakta, gebenin perinatal dönemde karşılaşılabileceği psikososyal sorunlara yönelik farkındalığını arttırarak bireyin davranışlarını ve tutumlarını değiştirmeyi hedeflemektedir (143). Yapılan çalışmalarda gebelik ve doğum sürecinde verilen psiko-eğitim uygulamalarının, maternal psiko-sosyal sağlığı arttırdığı, postpartum depresyonu ise azalttığı belirtilmiştir (144, 145).

Tablo 6.6' da gösterildiği üzere gebe eğitim sınıfı eğitimi almış gebelerle almayanlar arasında taravayda anksiyete durumunu değerlendirmek için uygulanan STAI ve Beck Anksiyete skorları yönünden gruplar arasında farklılık bulunamıştır. Yukarıda da belirttiğimiz üzere, tercihan başlangıçta psikiyatri bölümünün de desteği alınarak, gebe eğitim sınıflarına psiko-eğitimlerin eklenmesinin, gebelerimizin doğum anındaki korku, anksiyetelerinin giderilmesinde faydalı olabileceğini söyleyebiliriz.

Günümüzde doğumhaneler genellikle ses izolasyonundan uzak, aşırı kalabalık ve gürültülü ortamlardır. Gebelere doğum sürecinde, aktif travayı yakınıyla birlikte geçirebileceği, bireysel oda çoğunlukla verilememektedir. Yatak sıkıntısı nedeniyle doğumhanelerde, bazen ağır preeklampsi vb.gibi yüksek riskli gebelerle, vaginal doğum yapması beklenen gebeler aynı odalara alınabilmektedir. Personel organizasyon yetersizliği nedeniyle birebir kesintisiz ebe desteği sağlanamaması ve sertifikaya olunamaması sebebi ile non-farmakolojik teknikleri uygulayabilen ebelerin sayısı azdır. Doğum anında gebelere kesintisiz bire bir ebe desteği verilememektedir. Anne dostu hastane kriterlerini karşılayan hastanelerde bile yeterli sayıda bireysel gebe travayı doğum odası bulunmaması, ek olarak özellikle mesai dışı saatlerde acil servisten gönderilen gebelerin muayene, NST çekimi gibi işlemlerinin, sectio vb operasyon hazırlıklarının doğumhanede gerçekleşmesi ve doğumhane ortamının yoğun olması gebelerin ortam kaynaklı stresini arttırmaktadır. Bu yoğunluk aynı zamanda çalışanların iş yükünü de arttırmakta, dikkatlerini aktif travaydaki gebeden başka yönlere çekmektedir. Sonuç olarak gebe eğitim sınıfında verilen eğitimle çelişen bu ortamla karşılaşan gebelerde, doğum anında doğum korkusunun, anksiyetesinin yaşanması normal karşılanmalıdır. Sydsjö ve ark. şiddetli doğum korkusu saptanan gebelerde, aktif travayı sırasında sürekli eğitilmiş ebe desteği sağlanmasının doğum korkusunun azaltılmasında faydalı olduğunu göstermişlerdir (146).

Eğitim almak isteyen gebeler eğitim öncesinde yapılan bazal değerlendirmede de anksiyete, depresyon, prenatal bağlanma ve doğum beklentisi parametreleri yönünden eğitim almayanlara göre daha olumlu, pozitif sonuçlara sahipti (Bknz. Tablo 6.4.). Bu bulgular ilk bakışta gruplar arasında oluşan bazal farkın grup seçimlerinin randomizasyonla yapılmamasından kaynaklandığını düşündürebilir. Ancak Tablo 6.2. deki bulgulardan da anlaşılacağı üzere, her iki grubun eğitim ve aylık gelir düzeyleri arasında belirgin farklılık gözlenmemiştir. Bu durumda gruplar arasında eğitim öncesi değerlendirmede anksiyete, depresyon, prenatal bağlanma ve doğum beklentisi parametreleri yönünden saptanan farklılığın, eğitim almak isteyenlerle, almak istemeyen veya alamayan gebelerin farklı kişilik yapılarında olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Diğer bir deyişle bulgularımız

eğitim almak isteyen gebelerin, alamayan gebelere göre yaşam kontrol becerilerinin ve zgven duygularının daha fazla olabileceğini düşündürmektedir.

Buna karşın Tablo 6,2 de de görüldüğü üzere, eğitim alan grubun % 28 oranında sezaryenla doğum yapıyor olması, eğitim almayan gruba göre düşük (% 39) olmakla birlikte, yine de hedeflenen değerin (% 20 altı) zerinde olduğu söylenebilir. Eğitimi grubun bağlanması yüksek, korku ve anksiyetesi düşük olsa da vaginal doğum için uygun fiziki ortam ve eğitimi ekip olmadığında, temeldeki olumlu duruma, hatta gebe eğitimi katkısına rağmen doğum tercihinin vaginalden sezaryena kayabildiğini gösterebilmesi yönünden önemlidir.

Postpartum 1. günde eğitim alan grubun anksiyete skorunun yüksek olması ilk bakışta eğitimi bu yönde yeterli desteği sağlayamadığını düşündürmektedir. Bebeyle ilk karşılaşılan günde yaşanan kaos ortamı; bebeğin bakımı, ağlamaları, annenin ağrılarıyla ve emzirme ile baş etmesiyle ilgili sorunlarda eğitimi gebelerin de zorlandığı görülmektedir.

Doğum sonrası anne ve bebeğin alındığı yataklı servis ortamının aileye özel olmaması; bazen hastalık konuları da farklı olabilen iki ailenin iki kişilik odaya alınması, sağlık çalışanlarının ve ziyaretçilerin lohusa ve bebeğinin mahremiyetine zen göstermeden odaya girip çıkmaları, hastane ortamının bebeyle ilgilenme yönünden fiziken yeterli olmaması gibi nedenler göz önüne alındığında anksiyete beklenmektedir.

7.2. Bağlanmaya İlişkin Sonuçlar

Kartal ve Karaman'ın 2018 yılında yaptıkları çalışmaya göre doğuma hazırlık eğitimi alanların prenatal bağlanma düzeyinin arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim alan grubun eğitim sonrasında bağlanma düzeylerinde değişiklik bulunmamıştır. Bu bağlamda eğitim alan grubun almayanlara göre eğitim sonrası prenatal bağlanma düzeylerinin daha fazla olabileceği yönündeki H_{10} hipotezi reddedildi. Postpartum 6. haftadaki maternal bağlanma düzeylerinin eğitim alanlarda daha fazla olabileceği yönündeki H_{11} hipotezi ise kabul edildi (105).

Eğitim alan grubun bağlanma skorları yönünden kendi içinde yapılan karşılaştırmada, postpartum 6. haftada değerlendirilen maternal bağlanma skorlarının eğitimden hemen sonra yapılan diğer değerlendirmelere göre istatistiksel anlamlı derecede yüksek sonuç çıkmıştır (Tablo 6.10). Bu noktada eğitimler öncesinde eğitim alacak ve almayacak gruplar karşılaştırılırken, eğitim alacakların prenatal bağlanma leği değerlerinin almayanlardan daha yüksek olduğu hatırlanmalıdır (Tablo 6.1, p: 0,011). Bua ragmen sonuç olarak grupların kendi içinde karşılaştırmasıyla elde edilen veriler, gebe eğitimi alan grubun anne-bebek bağlanması yönünden eğitim öncesine göre daha da iyi durumda olacağını düşündürmektedir.

7.3. Doğum Korkusuna Yönelik Sonuçlar

Serçekuş ve Mete'nin 2010 yılında (147), Sarpkaya' nın 2018'de yaptığı çalışmalarda (133) eğitim alanların doğum korkusunun eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında düştüğü bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları da benzer yöndedir. Doğum korkusunun eğitim alan grupta eğitim sonrasında, postpartum 1. gün ve 6. haftada daha az olacağı yönündeki H₅, H₆, H₇, H₈ hipotezleri kabul edildi.

Postpartum 6. haftada eğitimli grupta anksiyete ve doğum korkusunun anlamlı derecede düşük çıkması, gebe eğitim sınıfında verilen eğitimin bu yönden faydalı olduğunu doğrulamaktadır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmayla prenatal dönemde doğuma hazırlık eğitimi alan ve eğitim almayan gebeler arasında anksiyete, prenatal bağlanma ve doğum korkusu düzeyleri karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda eğitim alan gebelerin postpartum 1. günde ve 6. haftada Beck anksiyete düzeyi, Edinburgh depresyon riski düzeyi ve doğum korkusu düzeyleri, eğitim almayanlara göre önemli oranda düşük bulunmuştur. Bu bulgular sadece eğitim almayan gebelere göre değil, aynı zamanda eğitim alan gebelerin eğitim öncesi değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olmakla beraber, eğitim alan ve almayan gebelerin anksiyete düzeylerinin postpartum 1. günde yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bebekle ilk karşılaşılacak günde yaşanan kaos ortamı, bebeğin bakımı, annenin ağırlarıyla baş etmesi ve emzirmeye uyum ile ilgili sorunlar karşısında, eğitilmiş gebelerin de zorlandığı anlaşılmaktadır. Bu zorluklara çözüm olarak doğum sonrası annelerin ve bebeklerinin bakımı için bireysel odalarda, özelleşmiş destekçilerden yardım alınması faydalı olabilir.

Aktif travay esnasında yaşanan anksiyete ve depresyon skorları yönünden de gebe eğitimi alanlar ve almayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gebe eğitimi almış olsa da, doğum kontraksiyonları ile doğumhaneye ilk kez geliyorsa ve ortamda karşılaştığı kişiler kendisine yabancı ise, neokorteksi uyuracak şekilde medikal malzeme, cihaz görselleri fazla ve gürültü bir ortam mevcutsa, stres karşısında gebede refleks anksiyete ve korku hissi devreye girmektedir. Gebe eğitimi sınıflarına psiko-eğitimlerin eklenmesinin, gebelerimizin doğum anındaki korku, anksiyetelerinin giderilmesinde faydalı olabileceğini söyleyebiliriz.

Sonuç olarak doğuma hazırlık sınıfında alınan eğitim genel anlamda anne adayının/annenin hem doğum öncesinde hem de sonrasında anksiyete ve doğum korkusunu azaltmakta, doğum sonrasında uzun dönemde bebek bağlanmasını arttırmaktadır. Gebelerin doğum anındaki anksiyete ve korkusunun azaltılabilmesi için, izole mahremiyete uygun doğum ortamlarında, non-farmakolojik tekniklere hakim, doğuma hazırlık eğitici eğitimi almış olan ebelerle, bireysel doğum odalarında, eş veya anne desteğiyle doğum yapabilmeleri önemlidir. Gebe eğitimi

sırasında gebelerin doğumhane ortamını ziyaret edebilmesi, doğumu yaptıracak olan ebeğin travay ve doğum sürecinde sadece tek gebe ile ilgilenebilmesi sağlanabilmelidir. Doğum sonrasında da anne ve bebeğin klinikteki bakımı için yine bireysel odalarda, özelleşmiş destekçilerden yardım alınması faydalı olabilir



9. KAYNAKLAR

1. Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü. (2010). Web Ortamında İnteraktif- Antenatal Danışmanlık İle Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 3(1):9-14.
2. Işık M. (2010). Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana.
3. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry; 3(1):67-99.
4. Karataş T, Mete S. (2012). Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 5 (2): 47-52.
5. Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, s: 325-363.
6. Abdel Aziz, A., Abd Rabbo, A., Sayed Ahmed, W. A., Khamees, R. E., and Atwa, K. A. (2016). Validation of the close-to-delivery prediction model for vaginal birth after cesarean delivery in a Middle Eastern cohort. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(1), 75-78.
7. Tunç S. (2005). Gebelik ve Cinsel Doyum, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
8. Monroe SM, Hadjiyannakis K. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. . In I H Gotlib & C L Hammen (Eds), *Handbook of depression*. 2002:314–40 New York: Guilford Press
9. Klein LC, Corwin EJ, Ceballos RM. (2006). The social costs of stress: How sex differences in stress responses can lead to social stress vulnerability and depression in women. In C L M Keyes & S H Goodman (Eds), *Women and*

depression: A handbook for social, behavioral, and biomedical sciences
2006:199–218. New York: Cambridge University Press.

10. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders*. 2003;74(2):139-47.
11. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of affective disorders*. 2011;131(1-3):277-83.
12. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*. 80(1):65-73.
13. Vythilingum B. (2009). Anxiety disorders in pregnancy and the postnatal period. . *Continuing Medical Education*, 27:450-2
14. Nerum H. (2006). Maternal request forces are ansektion due to fear of childbirth: Can it be changed through crisis-oriented counseling. *Birth* 2006; 33:221-8.
15. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 115: 354-60.
16. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 30: 168-74.
17. Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1: 26-34
18. Huizink AC, Mulder EJ, De Medina PGR, Visser G, H, Buitelaar JK. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev*, 79:81-91.

19. Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNN*, 42: 191-202.
20. Kaitz M, Maytal HR, Devor N, Bergman L, Mankuta D. (2010). Maternal anxiety, mother-infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behavior & Development*. 33(2):136-48.
21. Nicol-Harper R, Harvey AG, Stein A. (2007). Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*. 30(1):161-7.
22. Feldman R, Eidelman AI. (2009). Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. *Developmental Science*. 12(1):194-200
23. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(6):826-36.
24. Moore PS, Whaley SE, Sigman M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*. 2004;113(3):471-6.
25. Stevenson-Hinde J, Shouldice A, Chicot R. (2011). Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & Human Development*. 2011;13(3):199-215.
26. Fisak B, Grills-Taquechel AE. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety? *Clinical child and family psychology review*. 10(3):213-31.
27. Arslan, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta.

28. Taşkın L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
29. Kafkaslı, A. (2007). Annenin Gebeliğe Uyumu. İçinde: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Çiçek MN ve Mungan MT. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
30. Kömürcü, N. (2000). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 11. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
31. Katz, VL. (2010). Prenatal Bakım. In: Danforth's Obstetric ve Jinekoloji. Eds: Gibbs SR, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul
32. Şirin A. (2008). Kadın Sağlığı, 1.Baskı. İstanbul, Berday Yayıncılık 2008: 460-461.
33. Fenkçi, İV. (2004). Maternal Fizyoloji. İçinde: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Eds: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, Öncü Basımevi, Ankara, 2004
34. Lederman, R., & Weis, K. (2009). Psychosocial adaptation to pregnancy: seven dimensions of maternal role development. Springer Science & Business Media.
35. Virit, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., ve Kandemir, H. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45(1), 9-13.
36. Birol, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
37. Beydağ, K. D. T., & Mete, S. (2008). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 11(1).
38. Kısa, C., Yıldırım, S. G. (2004). Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 12(4), 3-6.

39. Coşkun A, Karanisoğlu H. (1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Seçim, H.(ed). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
40. Read, J. (2004). ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ: British Medical Journal*, 329(7465), 559.
41. Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001;23 (1), 61–64.
42. Sarah LB, Benjamin JS, Sadock MD, Virginia A. (2007). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. *Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç içinde: Aydın H, Bozkurt A (Çeviri editörleri), Klinik Psikiyatri El Kitabı*, 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007, 3: 2305-2314.
43. Hanna-Leena Melender, R. M. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
44. Marieb EN. (1999). *Human Anatomy and Physiology*. Third edition. California: The Benjamin/ Cummings Publishing Company
45. Hofberg, K., and Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85.
46. Terzioğlu F. (2005). Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık
47. Şahin, N., Dinç, H., ve Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.

48. Kitapçioğlu G, Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. (2008). Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1): 47-54.
49. Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing, TAF Preventive Medicine Bulletin, 10:2, 239–242.
50. Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. (1983). Experience of delivery in women. With and without antenatal fear of childbirth. Gynecologic Obstetric Investigation Journal, 16(1), 1–12.
51. Brockinton I. (1998). Puerperal disorders, Advances in Psychiatric Treatment, 4, 312-319
52. Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., & Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4), 243-251.
53. Faisal–Cury, A., Menezes P.R., Tedesco, J. J., Kahalle S., Zugaib, M. (2008). Maternity blues: Prevalence and risk factors. Span Journal Psychology, 2008;11(2):593-599.
54. Chung, S.S., Yoo, I.Y., Joung, K.H. (2013). Postpartum blues among Korean mothers: A structural equation modelling approach. International Journal of Mental Health Nursing, 2013;22 (4), 359–367
55. Özmen, A. (2006). Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesine Basvuran Gebelerin Empatik İletişim Açısından Sağlık Personelinden Beklentileri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
56. Ganong WF. (2002). Tıbbi Fizyoloji. Çeviren Ateş N, 20. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitapevi, 2002, pp. 248-252
57. Levin JS, DeFrank RS. (1988). Maternal stress and pregnancy outcomes: a review of the psychosocial literature: J Psychosom Obstetric Gynecol, 9: 3-16.

58. Serçekuş P. (2005). Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İzmir.
59. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies, *Obstetrics & Gynecology*, 94 (5): 999.
60. Neuhaus, W., Scharkus, S., Hamm, W., and Bolte, A. (1994). Prenatal expectations and fears in pregnant women. *Journal of Perinatal Medicine-Official Journal of the WAPM*, 22(5), 409-414.
61. Allehagen S, Wijma K, Wijma B. (2001). Fear During Labour. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80: 315-20.
62. Şahin, N. H., Güngör, İ., ve Sömek, A. (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örnekleme. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 21(4), 197-204.
63. Mongan MF. (2005). *HypnoBirthing the Mongan Method*. Third edition. America: Health Communications Inc.
64. Yaşar Ö, Şahin F, Coşar E, Nadirgil Köken G, Cevrioğlu AS. (2007). Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 17: 414-420.
65. Gorrie MT, Mckinney SE, Murray SS. (1998). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*, Second Edition, America, W.B. Saunders Company, 1998; ss. 245-265
66. Mannoni, P. (1992). *Korku*, 2. Baskı, Çeviren: Gürbüz I. İstanbul, İletişim Yayınları, 1992
67. Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256-263.

68. Boran B, Turker A, Ekiz M, Dündar Ö. (1999). Sezaryen oranları: Bizde ne durumda? Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, İstanbul, 3(3):170-173.
69. Şahin N. H. (2009). Sectio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2(3)
70. Cleeton ER. (2001). Attitudes and beliefs about childbirth among college students: result of an educational intervention, Birth, 28 (3): 192-201.
71. Bandura, A. (1997). Self-efficacy in changing societies, 3th Edition, Cambridge University Press, New York
72. Potter PA, Perry AG. (2001). Fundamentals of Nursing. 5. Edition. Mosby, New York.
73. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinav, 82, 10-17
74. Ay, F. (2011). Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
75. Işık E. ve Taner, Y. (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Asimetrik Paralel Kitabevi
76. Öztürk M.O. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, 1. Cilt, Ankara, 337-428.
77. Zeytin, M. A. (2012). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

78. Esel, E. (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,13(2):78-87
79. Gürbüz, T. (2010). Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Anksiyete Şiddeti Ve Serum Lipid Profili İlişkisinin İncelenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi.
80. Bal, U., Çakmak, S., ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4).
81. Altındağ, A., Yanık, M., and Nebioğlu, M. (2006). The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(1), 10.
82. Keller MB. (2006). Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 67 (suppl 1):5-7.
83. Cömert E. (2004). Depresif Bozukluklarda Anksiyete Şiddetine Göre Sürekli Öfkelenen ve Öfke Tarzlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
84. Gülseren L. (1999). Postpartum depression: A Review. *Türk Psikiyatri Derg*, 10(1):58-67
85. Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(1), 89.
86. Önen, F. R., Kaptanoğlu, C., and Seber, G. (1995). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı Ve Risk Faktörlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 88-103.
87. Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.

88. Karataylı S. (2007). Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Konya.
89. Sevindik F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
90. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1):11-18
91. Kısa, C., ve Yıldırım, S. G. (2004). Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12(4), 3-6.
92. Evins GG, Theofrastous PJ. (1997). Postpartum Depression: A review of postpartum screening, *Prim Care Update Obstetric Gyns*, 4:241-246.
93. Bashiri, N., and Spielvogel, A. M. (1999). Postpartum depression: a cross-cultural perspective. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 6(3), 82-87.
94. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. (2004). Identifying women at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*, 110:338-346.
95. İnandı T, Elçi OC, Öztürk A, Eğri M. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*, 31: 1201-1207.
96. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26:55-59.
97. Durat G, Kutlu Y. (2010). Sakarya'da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *New Symposium Journal*, 48(1):63-68

98. Marakoğlu K, Őahsıvar MŐ. (2008). Gebelikte depresyon. TŐrkiye Klinikleri-J Med Sci, 28:525-532.
99. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression; a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry, 26:289-295
100. Karamustafalıoğlu, N., ve Tomruk, N. (2000). Postpartum hŐzŐn ve depresyonlar. Duygudurum Dizisi, 2(2), 64-71.
101. Bowen A, Muhajarine N. (2006). Antenatal depression. Canadian Nurse Journal, 102:26-30.
102. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. (1998). Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. Br J Psychiatry, 173:209-211
103. Sharma V. (2006). A cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. Bipolar Disord, 8:411-414.
104. Oates M. (2003). Perinatal psychiatric disorder; a leading cause of maternal morbidity and mortality. British Medical Bulletin, 67:219-229.
105. Kartal, Y. A., & Karaman, T. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma Ve Depresyon Riski Őzerine Etkisi. Zeynep Kamil Tıp BŐlteni, 49(1), 85-91.
106. Duyan, V., Kapisiz, S. G., & Yakut, H. İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Őzerinde TŐrkçeye Uyarlama Çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(39).
107. Meredith, P.J., Strong, J., Feeney, J.A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain, European Journal of Pain, 11, 164- 170.

108. Fraley, R. C. ve Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging, controversies and unanswered questions, *Review of General Psychology*, 4, 132-154.
109. Solmaz, T. (2002). Psikolojinin alt alanları, romantik bağlanma: bebeklik dönemi bağlanma süreci, yetişkin bağlanma stilleri ve romantik ilişkiler, *Türk Psikoloji Bülteni*,24(25), 105-113.
110. Sümer, N., & Güngör, D. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71-106.
111. Bretherton, I., Biringen, Z., & Ridgeway, D. (1991). Bağlantının ebeveyn tarafı. *Yaşam boyunca ebeveyn-çocuk ilişkileri* , 1-24.
112. Mercer, RT ve Ferketich, SL (1994). Bebeklik döneminde deneyimli ve deneyimsiz annelerin anne-bebek bağları. *Hemşirelik araştırması* .
113. Muller ME (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 25(2): 161-6
114. Siddiqui, A. ve Hägglöf, B. (2000). Anne doğum öncesi bağlanma, doğum sonrası anne-bebek etkileşimini öngörür mü? *Erken insan gelişimi* , 59 (1), 13-25.
115. Nacar, E. H., & Gökkaya, F. Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1), 50-56.
116. Kadayıfçı O, Coşar ÇF. (2013). Lamaze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık. 1. Basım. Cross Basım ve Yayıncılık: İstanbul.
117. Rathfisch G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul

118. Humenick SS. (2004). Childbirth and Perinatal Education. In: Maternity & Women's Health Care. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE. 8 ed. Mosby: Philadelphia: USA.
119. Şeker, S., ve Sevil, Ü. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 1(1), 1-9.
120. Altuntuğ, K., Okumuş, H., ve Özdengül, F. (2015). Doğuma Hazırlık Sınıfı: Mevlana Felsefesi ve "Hypnobirthing" Sentezi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 1(1), 60-64.
121. Bayram, G. O., ve Şahin, N. H. (2010). Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 7(3), 36-42.
122. Stoll K, Hall W. (2012). Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: Is there a connection? J Perinat Educ. 21(4): 229-237.
123. Buran G. (2015). Doğum öncesi hazırlık kursu örneği: deneyimler ve sonuçları:2013-2015. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 1(1): 25-32.
124. Serçekuş P, Yenal K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 1(1): 33-35.
125. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi, 2014
126. Serçekuş, P., ve Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery, 34, 166-172.

127. Mete S, Çiçek Ö, Tokat MA, Çamlıbel M, Uludağ E. (2017). The effect of childbirth preparation classes on fear of childbirth, birth preference and preparation of labor. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*. 9(3): 201-206
128. Mete S. (2008). Doğum Öncesi Eğitim. In: Kadın Sağlığı. edit. Şirin A. Edit. Yard. Kavlak, O. 1. Baskı. İzmir. Bedray Basım Yayıncılık.
129. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg*. 29(4): 165-167
130. Navae M, Abedian Z. (2015). Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 20(1): 40-46.
131. Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12:126
132. Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., and Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of health psychology*, 17(4), 520-534.
133. Sarpkaya Güder, D. (2018). Primipar kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusuna ve sonuçlarına etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Endüstrisi, Lefkoşe.
134. Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes-a systematic review. *Systematic reviews*, 4(1), 20.
135. Beck, AT, Epstein, N., Brown, G. ve Steer, RA (1988). Klinik kaygı ölçmek için bir envanter: psikometrik özellikler. *Danışmanlık ve klinik psikoloji dergisi* , 56 (6), 893.

136. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163-172.
137. Muller ME. The development and testing of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 1993; 15:199-211 16.
138. Kavlak, O. ve Şirin, A. (2009). Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*,
139. Öner N, Le Compte A. (1983) Durumluk-Sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul Boğaziçi Üniv. Yay. No.333.
140. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord* 2007; 108: 147-157.
141. Robertson E, et al, 2006
142. Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96 (1-3), 232–245.
143. Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 6, CD002831.
144. Gao, L., Chan, S. W., & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), 274- 281.
145. Ngai, F. W., Chan, S. W., & Ip, W. Y. (2009). The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (10), 1298–1306.

146. Gunilla Sydsjö, G, Blomberg M, Palmquist M, Angerbjörn M, Bladh M, Josefsson A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:115-19.
147. Serçekus, P. & Mete S. (2010) Turkish women's perceptions of antenatal education. *International NursingReview* 57, 395–401.
148. Kocatürk A. (2017) Gebe Okulu, Nobel Tıp Kitabevleri.
149. Lazoğlu, M. (2014). Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algisinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

10. EKLER

Bilgilendirilmiş Onam Formu

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Araştırmanın Açıklaması: Bu araştırma, Gebe bilgilendirme sınıflarında eğitim alma durumunun perinatal dönemde kadınların anksiyete düzeyi bağlanma, doğum korkusuna etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmamızda cevaplandırmanız formlar bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun maddeleri seçmeniz ve doldurmanız gerekmektedir. Araştırmada sizi tehlikeye sokacak herhangi bir girişim bulunmamaktadır. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı olup, elde edilen veriler başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmaya sadece kendi isteğinizle katılabilirsiniz araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Katılımcı Beyanı: Araştırmadan önce verilen metni okudum. Metin hakkında yapılan sözlü ve yazılı açıklamaları okudum ve dinledim. Bu koşullarla Doğuma Hazırlık Sınıflarının perinatal dönemde kadınların anksiyete düzeyi bağlanma, doğum korkusuna etkisini incelemek amacıyla yapılacak olan çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü gebenin

Adı –Soyadı:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının İmzası:

Adı-Soyadı:

Sosyodemografik ve Perinatal Veri Toplama Formu

Seçenekli sorularda Size Uygun olan seçeneği yuvarlak içine alınız örnek: Evet / Hayır
Form1

ADI SOYADI:	Tarih:	Prt No:
TELEFON:	YAŞI:	Eğitimi: 1. İLK 2. ORTA-LİSE 3. ÜNİVERSİTE 4. LİSANS ÜSTÜ
Meslek :	Eşiniz Düzenli bir işte çalışıyor mu: Evet1/Hayır2	
Aylık evinizin toplam geliri: 4500 TL altında1	Eşinin yaşı: Akraba evliliği: Evet1/Hayır2	
4500 TL üstünde2		
Evlilik Süresi:	Son Adet Tarihi:	
Aile tipiniz nedir? Çekirdek Aile:evet/hayır Geniş aile: evet/hayır		
Boy:	Gebelik öncesi son kilo:	Şu anki Gebelik haftası/kilo:
Doğum sonrası 6. Hafta anne/bebek kilo:		
Doğum sonrası evinizde destekçiniz var mıydı :E/H Varsa kim destek oldu:		
G: P: A: Y:	GEBE EĞİTİMİ: Evet1/Hayır	
İvf gebelik(TÜP BEBEK) :evet/hayır	DEAH: Darıca: Gölcük DH: Sakarya EAH :	
İstenilen gebelik:Evet/Hayır	Eğitime Eşi katıldımı: Evet/Hayır	
	Gebelikte Pilates/Yoga yapıldımı: Evet/Hayır	
	Cevabınız evet ise süresi:	
Daha önce psikiyatrik tanısı	Var1/ Yok2	VARSA NE ZAMAN?
Daha önce psikiyatrik tedavi görmüş mü	Evet1/Hayır2	NE ZAMAN?
Şimdi psikiyatrik tanı varmı mı	Evet1/Hayır2	VARSA NE?
Şimdi psikiyatrik tedavi görüyor mu	Evet1/Hayır2	VARSA NE?
Hastaneye İlk Başvurduğu Gebelik Haftası:		
ANTEPARTUM TANI VE TAKİP(SON TRİMESTERDE DOLDURABİLİNİR)		
Maternal Medikal Problem: HT/Kalp Hst/guatr/DM/ diğer:		
Obstetrik Problem: Tek Gebelik/ İkiz Gebelik: Preterm Eylem: Evet/Hayır HT: Evet1 /Hayır2 Preklampsi: Evet1 /Hayır2 Eklampsi:Evet/Hayır P. Previa: Evet1/Hayır2		
Pl. Dekolmanı:Evet1 /Hayır2 DiĞER:		
FetalDeğerlendirme:Anomali: Evet1/Hayır2SGA:Evet/Hayır Makrosomi:Evet1 /Hayır 2		
Oligohidramnios: Evet1 /Hayır2 Polihidramnion: Evet 1/Hayır2 Doppler USG: Normal/ Patolojik		

İNTRAPARTUM TAKİP:		
Doğum tarihi:	Doğum Haftası:	NST: Reaktif/ Non Reaktif
Başvuru Muayenesi: Efasman:	Başvuru Dilatasyonu:	Poş: Var1/Yok 2
Prezantasyon :baş/makat/diğer.....		
Amniyon Mayi Geliş Şekli: Spontan/ Amniyotomi (Berrak/ Mekonyumlu/ Ksantokromik)		
Doğum İndüksiyonu: Var1/ Yok 2 İndüksiyon verilmiş süresi: (Propess/ Oksitosin/ İki Birlikte)		
Elektif agumentasyon:	Varsa Membranrüptürü süresi:	
4 cm.den Sonraki Eylem Süresi:	Doğumun 2. Evresinin Süresi:	Hastanede kalış süresi:
DOĞUM ŞEKLİ: NVD / CS/Operatif Doğum (Vakum/Forceps/ Yok)		
NVD:Epizyotomi: Evet1/ Hayır2	Anestezi: Lokal/Epidural Analjezi	Omuz Distozisi: Evet1/ Hayır2
CS:Endikasyonu:	Anestezi: Genel/Epidural/Spinal/Kombine	
Doğum Komplikasyonu: Perine Yırtığı: 1. Derece/2. Derece/3. Derece/4. Derece/Diğer		
Doğum Sürecinde sürekli Destek aldınız mı? Evet1: Hayır2:		
Evet ise Doğumda Destek Veren Kişi kim oldu? Eş: aile arkadaş(vb): ebe:		
Doğum esnasında gevşeme ve solunum egzersizlerini kullandınız mı? Evet1: Hayır2:		
Aktif doğum pozisyonlarını kullanabildiniz mi? Evet1: Hayır2:		
Hareket özgürlüğü: Evet1: Hayır2:.....		
Gebe eğitim sınıfına katılmanızın doğumda ve doğum sonu süreçte size yararı olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet 1 b. Hayır 0 c. Kararsızım 2		
FETUSUN DEĞERLENDİRİLMESİ:		
Tentene temas sağlandı mı: evet1/hayır 2		
İlk emzirme ne zaman gerçekleşti: ilk yarım saatte /30-60 dk/ 60 dk üzeri		
Cinsiyet: K/ E Doğum Ağırlığı: Baş Çevresi: 1. Dak. APGAR: 5. Dak. APGAR:		
YD Yoğun Bakıma Kabul: Evet1/ Hayır2 Entübasyon: Evet1/ Hayır2 Fetal Anomali: Evet1/Hayır2		
Klavikula Kırığı: Evet1/Hayır 2 Hipoglisemi: Evet1/Hayır 2		
Hiperbilirubinemi: Evet1/Hayır		
POSTPARTUM DEĞERLENDİRME		
Doğum sırasında tahmini kan kaybı:		
Doğum a giriş hemoglobini:		
Doğum sonrası kontrol hemoglobini:		
Anne doğum sonrası kaçınıc saatte mobilize oldu?		

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işaretli koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Edinburgh Depresyon Ölçeği Hastanın adı soyadı

Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek surtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen.
- Hemen hemen hiç
- Asla

Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Aktif tra vay	
PREANATAL BAğLANMA ÖLÇEğİ		Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1	Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2	Bebeğimi adıyla çağırđımı hayal ederim.	a	b	c	d
3	Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4	Bebeğimin şimdiden kişiliğinin olduğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5	Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6	Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7	Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8	Bebeğimin içimde neler yaptığını diğer insanlar ile paylaşırım.	a	b	c	d
9	Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10	Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11	Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12	Bebeğim için birşeyler satın alır yada yaparım.	a	b	c	d
13	Bebeğimi sevdiğimi hissederim.	a	b	c	d
14	Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d
15	Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16	Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17	Bebeğimin ne için hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18	Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19	Bebeğimle sırlarımı paylaşırım.	a	b	c	d
20	Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21	Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

Eğitim öncesi Eğitim sonrası Aktif travay

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

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

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

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

3	0	1	2	3	4	5
Son derece Yalnız						Hiç yalnız değil
4	0	1	2	3	4	5
Son derece güçlü						Hiç güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5
Son derece kendinden emin						Hiç kendinden emin değil
6	0	1	2	3	4	5
Son derece korkmuş						Hiç korkmamış
7	0	1	2	3	4	5
Son derece yüzüstü bırakılmış						Hiç yüzüstü bırakılmamış
8	0	1	2	3	4	5
Son derece Güçsüz						Hiç güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5
Son derece güvende						Hiç güvende değil

III. Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

10	0	1	2	3	4	5
Son derece Bağımsız						Bağımlı
11	0	1	2	3	4	5
Son derece umutsuz						Hiç umutsuz değil
12	0	1	2	3	4	5
Son derece gergin						Gerginlik yok
13	0	1	2	3	4	5
Son derece Memnun						Hiç memnun değil
14	0	1	2	3	4	5
Son derece hoşnut						Hiç hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5
Son derece terk edilmiş						Hiç terk edilmemiş
16	0	1	2	3	4	5
Tamamen kendine hakim						Hiç kendine hakim değil
17	0	1	2	3	4	5
Son derece Rahat						Hiç rahat değil
18	0	1	2	3	4	5
Son derece mutlu						Hiç mutlu değil

Arka sayfaya geçiniz

IV- Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19. 0 1 2 3 4 5

Aşırı panik Hiç panik değil

20. 0 1 2 3 4 5

Aşırı ümitsizlik Umutsizlik yok

21. 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22. 0 1 2 3 4 5

Aşırı özgüvenli Öz güveni güvenli yok

V- Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

23. 0 1 2 3 4 5

Son derece güvenli Kendine güvensiz

24. 0 1 2 3 4 5

Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

VI- Doğum sancılarınızı en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25. 0 1 2 3 4 5

Son derece kötü bir şekilde davranacağım Kötü bir şekilde davranmayacağım

26. 0 1 2 3 4 5

Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim

27. 0 1 2 3 4 5

Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

VII- Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28. 0 1 2 3 4 5

Son derece keyif verici Hiç keyif verici değil

29. 0 1 2 3 4 5

Son derece doğal Hiç doğal değil

30. 0 1 2 3 4 5

Tamamen olması gerektiği gibi Hiç olması gerektiği gibi değil

31. 0 1 2 3 4 5

Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil

VII- Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise, örnek verebilir misiniz?

Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

32. 0 1 2 3 4 5

Hiç Çok sık

Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

33. 0 1 2 3 4 5

Hiç Çok sık

STAI FORM TX – I Ad Soyad:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BIRAZ	ÇOK	TAMAMI YLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Postpartum 24 saat

Doğumsonu 6.Hafta

AD SOYAD:

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

a=4 puan b=3 puan c=2 puan d=1 puan	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇ BİR ZAMAN
1-Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	C	D
2-Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	C	D
3-Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	C	D
4-Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	C	D
5-Sadece bebeğimi görmek bile beni mutlu ediyor	a	b	C	D
6-Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	C	D
7-Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	C	D
8-Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	C	D
9-Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	C	D
10-Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	C	D
11-Bebeğimi kucacımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	C	D
12-Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	C	D
13-Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	C	D
14-Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	C	D
15-Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	C	D
16-Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	C	D
17-Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	C	D
18-Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	C	D
19-Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	C	D
20-Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	C	D
21-Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	C	D
22-Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	C	D
23-Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	C	D
24-Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	C	D
25-Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum	a	b	C	D
26-Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	C	D

Postpartum 24 saat Doğumsonu 6.Hafta

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

I. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında yaşadıklarınızı bir bütün olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Son Derece Harika			Hiç Harika Değil		

2.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Son Derece Korku			Hiç Korku Değil		

II. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissettiniz?

3.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Son Derece Yalnız			Hiç Yalnız Değil		

4.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Son Derece Güçlü			Hiç Güçlü Değil		

5.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Son Derece Kendinden Emin			Hiç Kendinden Emin Değil		

6.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Derece Korkmamış			Hiç Son Korkmuş		

7.

1	2	3	4	5	6
<hr/>					
Son Derece Yüzüstü Bırakılmış			Hiç Yüzüstü Bırakılmamış		

II. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissedeceğinizi düşünüyordunuz?

8.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Güçsüz					Hiç Güçsüz Değil
9.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Güvende					Hiç Güvende Değil
10.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Bağımsız					Hiç Bağımsız Değil
11.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Yalnız ve Kimsesiz					Hiç Yalnız ve Kimsesiz Değil
12.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Gergin					Hiç Gergin Değil
13.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Memnun					Hiç Memnun Değil
14.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Gururlu					Hiç Gururlu Değil
15.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Terkedilmiş					Hiç Terkedilmemiş
16.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Sakin					Hiç Sakin Değil
17.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Rahat					Hiç Rahat Değil
18.	1	2	3	4	5	6

Son Derece
Mutlu

Hiç
Mutlu Değil

III. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında ne hissettiniz?

19.	1	2	3	4	5	6
	Aşırı Panik					Hiç Panik Değil
20.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Ümitsiz					Hiç Ümitsiz Değil
21.	1	2	3	4	5	6
	Bir An Önce Çocuğa Kavuşma İsteği			Çocuğa Kavuşma İsteği Yok		Hiç
22.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Özgüveni					Özgüveni Yok
23.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Güvenli					Hiç Güvenli Değil
24.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Ağrılı					Hiç Ağrı Yok

IV. Doğum eyleminin ve doğum anının en yoğun / en zor anlarında ne oldu?

25.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Kötü Bir Şekilde Davrandım					Tümüyle Kötü Bir Şekilde Davranmadım

26.	1	2	3	4	5	6
	Bedenimin Kontrolü Ele Almasına Tamamen İzin Verdim			Bedenimin Kontrolü Almasına Hiç İzin Vermedim		

27.	1	2	3	4	5	6
	Tüm Kontrolümü Kaybettim			Kontrolümü Hiç Kaybetmedim		

V. Bebeğinizin doğduğu an nasıldı?

28.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Eğlenceli			Hiç Eğlenceli Değil		

29.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Doğal			Hiç Doğal Değil		

30.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Açık/Net			Hiç Açık / Net Değil		

31.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Tehlikeli			Hiç Tehlikeli Değil		

VI. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında olumsuz düşünceleriniz (kuruntularınız) olduysa; örnek verebilir misiniz?

32. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, çocuğun ölebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

	1	2	3	4	5	6
	Hiç Olmadı			Çok Sık Oldu		

33. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

	1	2	3	4	5	6
	Hiç Olmadı			Çok Sık Oldu		

11. ETİK KURUL ONAYI



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

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.44282
Konu : Etik Kurulu Kararı

30/11/2017

Sayın Ebru ÇALIŞKAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Doğuma Hazırlık Eğitiminin Perinatal Anksiyete Düzeyi, Doğum Korkusu ve Bağlanmaya Etkisi” 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 30.11.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden E95F20ACXE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

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

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğuma Hazırlık Eğitiminin Perinatal Anksiyete Düzeyi, Doğum Korkusu ve Bağlanmaya Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ebru Çalışkan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	17.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 494		Tarih: 29/11/2017	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

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

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ebru	Soyadı	ÇALIŞKAN
Doğum Yeri	İzmit	Doğum Tarihi	10.06.1977
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	44461562080
E-mail	caliskanebru77@gmail.com	Tel	(505)6470014

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanl		
Yüksek Lisans	TKHK Üniveritesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği	2013
Lisans	Samsun Ondokuzmayıs Üniversitesi	2011
Lise	Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi Ebelik	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
1.Uzman	Kocaeli İSMüdürlüğü	3
2.Gebe Danışmanı Doğuma Hazırlık	Sakarya ÜniversitesiEAH	1,5
3.Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Sakarya Doğumevi	1
4. Ebelik Bölümü Misafir Öğretim Gör. Staj Öğrt. Ve DoğumServisi Sorumlu Ebeliği	SAÜ ve Sakarya Doğumevi	3
5.Doğum Servisi Srm Yard ve Bölüm Kalite Sorumlusu	Sakarya Doğumevi	2
6.Aktif Doğumhane Ebeliği	Sakarya Doğumevi	8
7.1.Basamak Ebelik	Sakarya Taraklı Akçapınar Nuruosmaniye Sağlık Evi	4

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	orta	orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu <input type="checkbox"/>								
KPDS	YDS/YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	56,250							

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Excell	İyi
Microsoft office	İyi
SPSS	Orta