



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUM KAYGISI İLE DOĞUM ŞEKLİNİ
SEÇMELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

FATMA BÖRÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2016



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİPAR KADINLARIN DOĞUM KAYGISI İLE DOĞUM ŞEKLİNİ
SEÇMELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

FATMA BÖRÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma BÖRÜ tarafından hazırlanan *“Primipar Kadınların Doğum Kaygısı İle Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :13.06.2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
:Haliç Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu
(Danışman)



Jüri Üyesi :Prof. Dr. Nevin KANAN
: İstanbul Üniversitesi/ F.N Hemşirelik Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr.M.Güneş YAVUZER

Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Turnitin Orijinallik Raporu
Primipar Kadınların Doğum Kaygısı İle Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki
Fatma Börü tarafından
tez (tez 2016) den

- 24-May-2016 15:05 EEST' de işleme konu
- NUMARA: 677838525
- Kelime Sayısı: 14013

Benzerlik Endeksi
%21
Kaynağa göre Benzerlik
Internet Sources:
%18
Yayınlar:
%9
Öğrenci Ödevleri:
%9

I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca değerli bilgi ve deneyimleri ile beni her zaman aydınlatan, yol gösteren, katkılarını esirgemeyen ve tezimin tamamlanmasında çok büyük katkıları olan saygıdeğer tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Necmiye SABUNCU'YA,

Tezimin yürütülmesi aşamasında bana destek sağlayan sorumlu hemşirem ve eğitim hemşireme,

Bu süreçte bana yardım ve desteklerini esirgemeyen, yanımda olmaya çalışan sevgili, arkadaşım duyguya ve diğer tüm arkadaşlarıma,

Yine yüksek lisans öğrenimim boyunca benden yardımlarını esirgemeyen ve maddi-manevi destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili babam Yaşar BÖRÜ'YE ve canım annem Zübeyde BÖRÜ'YE,

Adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm içtenliklerimle

Teşekkürlerimi sunarım

Fatma BÖRÜ

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. KISALTMALAR.....	vi
IV. TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
V. GRAFİKLER LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Gebelik Kavramı, Tanımı ve Gebelik Süreçleri.....	5
4.1.1 Gebelik.....	5
4.1.2. Prenatal Dönem.....	6
4.1.3. Antepartum Dönem.....	7
4.1.4. Post Partum Dönem.....	8
4.2. Kaygı ve Korku Kavramları.....	9
4.2.1. Kaygının Tanımı.....	9
4.2.2. Kaygının Çeşitleri.....	13
4.2.3. Kaygı Düzeyleri.....	13
4.2.4. Kaygıya Neden Olan Genel Faktörler.....	14
4.2.5. Kaygının Belirtileri.....	15
4.3. Doğum Eylemi ve Doğum Şekilleri.....	16
4.3.1. Doğum Tanımı ve Fizyolojisi.....	16
4.3.2. Doğum Uygulama Yöntemleri.....	17

4.3.2.1. Normal Doğum.....	17
4.3.2.1.1. Birinci Evre.....	18
4.3.2.1.2. İkinci Evre.....	19
4.3.2.1.3. Üçüncü Evre.....	19
4.3.2.1.4. Dördüncü Evre.....	19
4.3.2.2. Müdahaleli Doğumlar.....	20
4.3.2.2.1. Vakum ve Forseps.....	20
4.3.2.2.2. Epizyotomi Uygulaması.....	20
4.3.2.3. Sezaryen Doğum (Sectio Caesarea Abdominalis).....	20
4.4. Primipar Gebelerin Psikolojik Durumları.....	22
4.4.1. Primipar Gebelik ve Kaygı.....	22
4.4.2. Prenatal Dönem Psikolojik Durumları.....	23
4.4.3. Antepartum Dönem Psikolojik Durumları.....	25
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	26
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26
5.3.1. Aranılan Kriterler.....	26
5.4. Veri Toplama Araçları.....	27
5.4.1. Bilgi Formu.....	27
5.4.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	28
5.5. Veri Toplama Yöntemleri.....	29
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30

5.8.Araştırmanın Etik Yönü.....	30
5.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
5.9.1.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	31
5.9.2.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	31
6.BULGULAR.....	32
6.1. Gebelerin Demografik ve Gebelik Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı.....	33
6.2. Primipar Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	38
6.3. Normal ve Sezaryen Doğum Tercih Etme Nedenleri.....	56
6.4. Doğum Tercihleri ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	57
7. TARTIŞMA.....	60
7.1. Gebelerin Demografik ve Gebelik Hakkındaki Bilgilerinin Tartışılması.....	61
7.2. Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	62
7.3. Normal ve Sezaryen Doğum Tercih Etme Nedenlerinin Tartışılması.....	65
7.4.Doğum Tercihleri ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	66
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
8.1. Sonuçlar.....	68
8.2. Öneriler.....	69
9. KAYNAKLAR.....	70
10. EKLER.....	83
Ek 1 Bilgilendirilmiş İzin Formu.....	83
Ek 2 BİLGİ Formu.....	84
Ek 3 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	90
Ek 4 Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	94

Ek 5 İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	96
Ek 6 Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Medikal Direktörlük Tez Projesi Kurum İzni.....	99
11. ÖZGEÇMİŞ.....	100



III. KISALTMALAR

DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
DSKO	: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
SCA (Sectio)	: Sezaryen
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
Ort.	: Ortalama
Ss	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeklerine İlişkin Puanların dağılımı.....	29
Tablo 6.1.1. Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 6.1.2. Gebelik Hakkında Bilgilerinin Dağılımı.....	36
Tablo 6.2.1. Primipar Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Düzeyleri.....	38
Tablo 6.2.2. Tercih Edilen Doğum Şekillerine Göre Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 6.2.3. Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçek Puanlarının Korelasyonları.....	39
Tablo 6.2.4. Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Korelasyon Değerlendirmesi.....	41
Tablo 6.2.5. Primipar Gebelerin Genel Özelliklere Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 6.2.6. Primipar Gebelerin Genel Özellikleri İle Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 6.2.7. Primipar Gebelerin Diğer Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 6.2.8. Gebelerin Diğer Özellikleri ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 6.3.1. Primipar Gebelerin Normal ve ya Sezaryen Doğumu Tercih Etme Nedenlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	56
Tablo 6.4.1. Primipar Gebelerin Demografik Özellikleri İle Doğum Tercihlerinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 6.4.2. Primipar Gebelerin diğer özellikleri ile tercih edilen doğum şekillerinin karşılaştırılması.....	59

V. GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Primipar Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	34
Grafik 2. Primipar Gebelerin Doğum Yerlerine Göre Dağılımı.....	34
Grafik 3. Primipar Gebelerin Yaşanılan Yerlere Göre Dağılımı.....	35
Grafik 4. Primipar Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	35
Grafik 5. Primipar Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	36
Grafik 6. Gebelikte Yaşanan Rahatsızlıkların Dağılımı.....	37
Grafik 7. Gebelikte Bilgi Alınan Yerlere Göre Dağılım.....	37
Grafik 8. Normal Doğum Tercih Eden Primipar Gebelerde Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının İlişkisi.....	39
Grafik 9. Sezaryen Doğum Tercih Eden Primipar Gebelerde Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının İlişkisi.....	40
Grafik 10. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının İlişkisi.....	41
Grafik 11. Yaşanılan Yerlere Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları.....	43
Grafik 12. Yaş Gruplarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları.....	44
Grafik 13. Çalışma Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları.....	44
Grafik 14. Gelir Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları.....	45
Grafik 15. Doğum Yerlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	47
Grafik 16. Eğitim Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	48
Grafik 17. Çalışma Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	48
Grafik 18. Gelir Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	49
Grafik 19. Gebelik Sırasında Yaşanan Rahatsızlıklara Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları.....	51

Grafik 20. Daha Önce Kürtaj Olma Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	53
Grafik 21. Gebelik Sırasında Yaşanan Rahatsızlıklara Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	54
Grafik 22. Kendisi veya Bebeği İçin Endişe Duyma Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	55
Grafik 23. Daha Önce Doğum Olayına Tanıklık Etme Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	55
Grafik 24. Gelir Durumlarına Göre Doğum Şekilleri.....	58



1. ÖZET

Çalışma, primipar gebelerin doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini 12 Aralık 2014-10 Nisan 2015 tarihler arasında İstanbul'da bulunan Mega Medipol Üniversite Hastanesine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 151 primipar gebe oluşturdu. Primipar gebelere Bilgi formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği uygulandı. Veriler, istatistik uzmanı tarafından bilgisayarda, IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi ve verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği saptandı. Çalışmada sürekli kaygı ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0,83; durumluk kaygı ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0,91 olarak yüksek bulundu. Araştırmanın sonucunda primipar gebelerin %66,2'sinin (n=100) normal doğumu tercih ettikleri, %33,8'inin ise (n=51) sezaryen doğumu tercih ettikleri saptandı. Tercih ettikleri doğum şekillerine göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Normal doğumu tercih eden primipar gebelerin durumluk kaygı ile Sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r:0.475$; $p:0.001$; $p<0.01$) (Grafik 8.). Sezaryen doğumu tercih eden primipar gebelerin durumluk kaygı ile Sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r:0.627$; $p:0.001$; $p<0.01$) (Grafik 9.). Araştırmanın sonucunda primipar gebelerin %81,5'inin (n=123) kendine ve bebeğe yönelik, endişeler duymaktadır. Doğum tercihlerini yaparken en çok doktorların %53,6 (n=81) tavsiyelerine göre hareket etmekte ve normal doğumu %72,8 (n=110) daha sağlıklı ve iyi olduğu için tercih etmektedirler. Sezaryen tercihleri için korku ve stresten dolayı ağrı çekmemek için %49 (n=74) tercih edebileceklerini belirtmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Durumluk Kaygı, Normal Doğum, Primipar, Sezaryen Doğum, Sürekli Kaygı

2. SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN THE ANXIETY OF THE BIRTH and BIRTH TYPE of PRIMIPAR WOMEN

The study concerns the birth of primipar pregnant women to determine the relationship between selecting the mode of delivery was planned as an identifier. Between the dates 12 December 2014-10 April 2015 specified the study sample admitted to Megan Medipol University Hospital in Istanbul, research meet the criteria and who decided birth shape and who agreed to participate in the study 151 primipar pregnant was created. Information form the primipar pregnant women and the State-Trait Anxiety Scale were applied. Data by statistical expert on computer, were analyzed using the program of IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Turkey). Study data when assessing the suitability of the normal distribution parameters were evaluated by the Shapiro Wilks test and the data were found to conform to the normal distribution. reliability coefficient of 0.83 trait anxiety scale of the study; reliability coefficient of 0.91 was found higher state anxiety scale. Research results in primipar 66,2's% of pregnant women (n=100) they prefer natural birth, while 33.8% (n = 51) revealed that they prefer cesarean birth. There is no statistically significant difference between mean scores of trait anxiety scale and to their preferred birth anxiety ($p > 0.05$). Normal birth who prefer primipar pregnant state anxiety, trait anxiety scale in the positive direction between points revealed a significant correlation statistically significant ($r = 0.475$; $p = 0.001$; $p < 0.01$) (Graphic 8.). The primipar women who choose caesarean birth in the positive direction between points trait anxiety scale with state anxiety and was also a significant relationship is statistically significant ($r = 0.627$; $p = 0.001$; $p < 0.01$) (Graphic 9). At the end of the research results, 81.5% in primipar pregnant women (n = 123) have some concerns for herself and the baby. 53.6% of the pregnant women in making their choice of birth (n = 81) based on their doctor's recommendation and they prefer normal birth 72.8% (n = 110) in accordance to be more healthy and good. 49% (n = 74) of the pregnant women stated that they prefer for cesarean section because of the fear and not to have any pain.

Keywords: trait anxiety, normal delivery, Primipar, Cesarean delivery, state anxiety

3. GİRİŞ

Bütün toplumlarda kabul gören ve arzu edilen bir durum olan evliliğin, başta gelen amaçlarından biri de çocuk sahibi olmaktır. Neslinin devamı, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum hayatı için çok önemli bir süreç olan annelik bir kadına bahşedilmiş çok kutsal bir duygudur. Sağlıklı Anne özünde sağlıklı çocuklar yetiştirmek olsa da geniş anlamda toplumun sağlığı demektir. Annenin ve çocuğunun sağlığının korunması sağlıklı bir toplum için ilk ve en önemli adımdır (Keskin, 2014).

Gebelik ise anne olmanın yanı sıra adım atacağı farklı yaşam sürecinde beraberinde getirmektedir. Dolayısı ile bu dönemi sağlıklı ve rahat geçirmesi kadın ve doğacak çocuk için önemli olduğu kadar annenin hayatında oluşacak değişimlere ve üstleneceği yeni rollere uyumu kolaylaştıracaktır (Özkan, 2010).

Gebeliğin birçok kadın tarafından fizyolojik bir olay olarak görülmesine rağmen aslında ciddi biyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. İnsan embriyosunun karmaşık biyolojik gelişimi sırasında hem anne için hem de fetüs için hormonal ve kimyasal birçok etkenler ortaya çıkabilmektedir. Gebelikte olan bu değişiklikler, bazı kadınlar için mutluluk ve neşe iken bazıları içinde endişe ve kaygı verici bir durum olabilir (Keskin, 2014).

Bu durum gerginlik ve korku gibi psikolojik belirtilerin yanı sıra, fiziksel ve psikolojik belirtilerin görülmesine de neden olmaktadır (Koçak, 2007). Korku, konsantrasyon güçlüğü, alınganlık, kendini sürekli tetikte hissetmek, çabuk yorulmak, uyku bozukluğu, depresyon kaygının psikolojik etkilerindendir. Fiziksel etkileri ise; göğüste sıkışma hissi ve ağrı, mide bulantısı, hızlı yüzeysel nefes alma, iştah kaybı, baş ağrısı ve baş dönmesi, kalp çarpıntısı, kas gerginliği, güçsüzlük, terleme, sık idrara çıkma, panik atak, kan basıncında değişiklikler, duygusal dengede birtakım bozukluklar gelişebilmektedir (Yaylacı, 2010).

Kısacası gebelik, bireylerde döllenme olayı ile başlayan, ortalama 41 hafta süren ve doğum ile sonlanan bir süreçtir (Serçekuş, 2005). Doğum ise, fetüsün uterustan doğum kanalı aracılığıyla dışarı atılmasını içeren fizyolojik bir süreçtir.

Gebelik sürecinde yaşanan Kaygı, uterusta hormon seviyesinin artmasına ve sonuçta doğumla ilgili komplikasyonların gelişmesine de neden olabilmektedir Gebelik sırasındaki yaşanan kaygının, bedendeki biyolojik değişimleri ve bu değişimlerin daha sonra doğum esnasında belirleyici etken olması nedeniyle, gebelikteki kaygı seviyelerinin belirlenmesi

önemlidir (O'Connor ve ark., 2002). Bu durum primipar gebelerde daha zordur. Stres ve kaygı daha çok yaşanır (Öztürk, 2014).

Doğumda ilk olarak tercih edilen normal doğum olmakla beraber diğer yöntem de sezaryendir. Doğum spontan olarak gerçekleşeceği gibi, vakum, forseps, sezaryen ile müdahale edilerek de gerçekleştirilir. Literatürde ise sezaryen doğumun daha kısa sürede gerçekleşmesi, doğumda risk almak istememe gibi nedenlerle tercih edildiği belirtilmektedir (Kaptan, 2012; Littleton-Gibbs ve ark., 2002; Yaşar, 2006). Son yıllarda ülkemizde ve dünyada sezaryan ile doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir (Çevrenol, 2011).

Doğum, kadının yaşam sürecinde gebelik kadar normal evredir. Bu evrenin sağlığı olumsuz yönde etkilemeden istenilen ve beklenen şekilde sona ermesinde en önemli etkenlerden biri doğum şeklidir. Her kadının doğum eylemi hakkında bazı endişeleri vardır. Bu yüzden yaklaşan doğum zamanı büyük korku ile beklenmektedir. Bu endişelerden en önemlisi doğum ağrısı ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmektir (Üst, 2012).

Araştırma, primipar gebelerin doğum tercihleri ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlandı.

Çalışmada aşağıdaki sorulara cevap arandı:

- Primipar gebelerin kaygı düzeyleri doğum tercihlerini etkiler mi ?
- Primipar gebelerin sosyodemografik özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) puanları arasında ilişki var mı?
- Primipar gebelerin bilgi düzeyleri, doğum olayına tanıklık etme durumları, gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar ile DKÖ ve SKÖ puanları arasında ilişki var mı?

4. GENEL BİLGİLER

BİRİNCİ BÖLÜM

4.1. GEBELİK KAVRAMI, TANIM VE GEBELİK SÜREÇLERİ

4.1.1. Gebelik

Bütün toplumlarda kabul gören ve arzu edilen bir durum olan evliliğin, başta gelen amaçlarından biri de çocuk sahibi olmaktır. Çocuk sahibi olmak evlilik kurumunun beklenen ve neredeyse kaçınılmaz sonucu olarak ifade edilirken, çiftler için biyolojik ve psikolojik bir ihtiyaç olarak tanımlanmaktadır. Çiftleri bebek sahibi olma konusunda motive edici faktörler; soyun devamını sağlamak, evlilik bağıını güçlendirmek, yaşlılığı güvence altına almak, duygusal ihtiyaçları doyurmak, üreme ile ilgili görevleri yerine getirmek, sosyal statü ve saygı ile ilgili nedenler veya ev ile ilgili işlere yardım ve arkadaşlık eden birinin olmasını istemek olarak belirtilmektedir (Keskin, 2014).

İnsan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesi, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılması için önemli olan gebelik, bireylerde döllenme olayı ile başlayan, ortalama 41 hafta süren ve doğum ile sonlanan bir süreçtir (Serçekuş, 2005).

Gebelik ve annelik kavramları bir zamanlar basitçe bekleme zamanı olarak nitelendirilirken, günümüzde ebeveynler için uyum sağlamayı gerektiren, kısa vadeli baş etme davranışlarının etkisiz olduğu, kadının biyolojik ve psikososyal dengesinin bozulduğu, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu, vb. önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da krizi olarak tanımlanmaktadır (Keskin, 2014).

Gebelik, kadın yaşamını etkileyen, mutlulukla birlikte çeşitli duygusal dalgalanmaların da yaşandığı, kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal ve davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkaran bir dönemdir (Altınçelep, 2011; Dülgerler ve ark.,2005; Kaplan ve ark., 2007).

İnsan yaşamının en önemli kararlarından biri bebek sahibi olmaktır. Çocuk doğurma neslin devamını sağlamasının yanı sıra, annelik kadınların hayatında ayrıcalıklı bir önem taşır. Gebe ve ailesi bu süreç içinde benzersiz bir deneyim yaşarlar. Bununla birlikte, bu deneyim, kadının fizyolojik ve psikososyal dengesinin bozulmasına, aile ve iş yaşamındaki rollerinin

değişmesine, ebeveynlik rolüne uyum sağlamaya çalışmasına neden olan bir yaşam krizi olarak da kendini gösterebilmektedir (Pamuk ve Arslan, 2009).

4.1.2. Prenatal Dönem

Fertilizasyondan doğum eylemine kadar geçen süre doğum öncesi, prenatal, antenatal veya gebelik süreci olarak adlandırılmaktadır. Prenatal dönem anne ve bebeğin dolayısıyla gelecek kuşakların sağlığını belirleyen fizyolojik bir süreçtir. Pek çok kadın için güzel beklentilerle dolu olan gebelik, vücutta fetal gelişimin meydana geldiği maternal bir durumdur (Üçüncü, 2010).

Lederman (1996)'da gebelik süresince kadının içindeki anneliğe geçiş ile ilişkili yedi psikososyal değişken tanımlamıştır. Bunlar; gebeliğin kabulü, annelik rolünün belirlenmesi, annenin kendi annesi ve eşi ile ilişkisi, doğuma hazırlığı ve kontrol kaybıyla ilgili prenatal endişeleri ve doğumda öz-değerliliğidir. Perinatal dönem hemşiresi bu görevler için kadının erişimini kolaylaştırma ve psikososyal geçişi idare etmede önemli bir rol oynar (Akt. Kuğu ve Akyüz, 2001).

Gebelik, fizyolojik bir olaydır. Bir gebeliğin oluşmasıyla genital organlarda ve bütün organizmada, gebeliğin devamını, doğumun normal seyrini ve çocuğun beslenmesini sağlayan çok önemli değişiklikler meydana gelir. Gebelik anne organizmasında anatomik, sistemik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklere neden olur (Ersoy, 2000).

Bu arada kadının sinir sistemi ve ruh dünyasında da bazı sapmalar görülebilir. Bütün bu değişikliklerin nedeni, büyük ölçüde gebeliğin ilk üç ayında ovaryumlardan, daha sonra da olgunluğunu tamamlayan plesantadan ve fetustan salgılanan hormonlarla (koryonik gonadotropin, prolaktin, östrojen, progesteron, kortikoid, vb.) ilgilidir. Kadın organizması, genellikle bu değişikliklere ayak uydurabilecek bir yapıya sahiptir (Güneştaş, 2011).

Çoğunlukla fertilizasyon ile başlayan ve gebelik süresince devam eden değişikliklerin bilinmesi fizyolojik olan pek çok bulgunun yanlışlıkla patolojik olarak yorumlanmaması ve gebelikle birlikte görülen hastalıkların anlaşılması yönünden zorunludur. Fizyolojik değişikliklerin nedeni; doğum sonuna kadar gebelik boyunca büyüyen ve gelişen fetusun beslenmesini, annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunmasıdır (Taşkın, 2003).

Gebelik nedeniyle anne organizmasında oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir (Güneştaş, 2011; Ersoy, 2000).

Ancak: Gebelik, asla bir hastalık olarak ele alınmamalıdır. Gebelikte, intrauterin dölleme ürününün büyüme ve devamlılığının sağlanması için maternal sistemlerde anatomik, fizyolojik psikolojik ve biyokimyasal değişikliklerle görülür (şirin ve Kavlak, 2008).

Bu değişikliklerin çoğu fertilizasyondan hemen sonra başlar ve gebelik boyunca devam eder ve bu belirgin adaptasyonların birçoğu fetus tarafından sağlanan fizyolojik uyarılara cevap olarak oluşur (Sunal ve Demiryay, 2009).

Bu değişikliklerin başlıca üç hedefi vardır ;

- Anneyi doğuma hazırlamak.
- Annede fetusun ihtiyaçlarını karşılayacak değişiklikleri yapmak.
- Fetusu doğuma kadar beslemek, barındırmak ve korumaktır.

Gebelikte ortalama kilo alımı 12,5 kg dır. Gebeliğin ilk aylarında kilo alımı yavaş ve az olurken, ikinci ve üçüncü trimesterlerde daha fazladır. Bazal metabolizma yaklaşık %20 artarken, oksijen gereksinimi çoğalır. Çünkü anne organizması, bütün enerji ve besin kaynaklarını plasenta hormonlarının yönetimi altında fetus için seferber eder (Demiryay,2006; Puyn,1999).

Artmış su retansiyonu gebeliğin normal bir fizyolojik değişikliğidir. Gebelik döneminde (miad) fetus, plasenta ve amniyotik sıvının su içeriği yaklaşık 3,5 litredir. Su retansiyonuna paralel olarak sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerde birikme vardır. 5. aydan itibaren fetus karaciğerinde demir depolamaya başladığından gebelikte demir ihtiyacı da artmıştır (Akbaş, 2006; Sunal ve Demiryay, 2009).

Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer ve enerji için yağlar kullanılır. Bu nedenle gebelikte sık aralıklarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilmektedir (Keskin, 2014).

4.1.3. Antepartum Dönem

Doğum öncesi olarak da adlandırılan bu dönemin amaçlarından biri de anne ve babayı gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme hazırlamaktır. Doğum olayı doğal bir olaydan çok kadınların korktukları, müdahale gerektiren bir durum haline gelmiştir. Kadınlar kendine,

bedenine ve bebeğine güvenmek yerine tüm sorumluluğu sağlık personeline yüklemekte ve müdahaleli normal doğum ve sezeryanla doğum oranının artmasına neden olmaktadır. Vajinal doğum uzun ve kısa dönemde anne ve bebek için daha güvenlidir (Kiran ve Jayawickrama, 2002; Mercer, 2004; Mufti ve ark 1997; Serçekuş, 2011).

Kadınların gebelik ve doğum öncesi dönemlerde yapacakları perine masajı ve kegel egzersizleri ile normal vaginal doğumlarda postpartum perineal travma ve ağrının azaldığı görülmektedir (Bekdemir, 2013; Özbek, 2006).

4.1.4. Postpartum Dönem

Doğum eylemi sona erdikten, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum (puerperium, postnatal, lohusalık veya doğum sonu) dönem başlar. Postpartum dönem, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine döndüğü 6- 8 haftalık dönemdir. Bu dönemde annenin organizması daha çok pelvik organlarda olmak üzere çeşitli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin etkisi altındadır (Serçekuş, 2005).

İKİNCİ BÖLÜM

4.2. KAYGI VE KORKU KAVRAMLARI

4.2.1. Kaygının Tanımı

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre kaygı, üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa olarak tanımlanmaktadır. Tıpta kaygı genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlanmaktadır (Manav,2011).

Kaygı, Türkçe’de endişe ve İngilizce’de anxiety olarak ifade edilmektedir. Belli bir anlamda tasa ve kuşku terimleri ile anlamdaş olmakla birlikte farklı bir olgudur (Erbaş, 2005).

Kaygı (anxiety), tarih boyunca en sık kullanılan sözcüklerden biridir. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra edebiyat alanında en sık kullanılan bu sözcük 20. yüzyılda bilimde, dinde, felsefede, politikada en çok rastlanılan sözcüklerden biri olmuştur. 20. yüzyıl çağdaş edebiyatçıları arasında önemli yerleri olan Camus, Kafka, Sartre kaygı, korku ve tedirginlik anlatan yazarlar olarak tanımlanmaktadır (Güneştaş, 2011).

Kaygı; bireyde stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepkidir. Bireylerde kaygının oluşmasında ve düzeyinin değişmesinde kalıtsal özellikler, cinsiyet, karakter, duygusal durum, zekâ, benlik, toplumsal rol ve yer, yaratıcılık ve toplumsal etkileşim rol oynar (Taşkın, 2003).

Kaygı, çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişkilere bağlı olarak oluşur. Kaygıyı tüm insanlar yaşamları boyunca farklı derecelerde yaşayabilir. Birçok insan için kaygı, genel olarak normal sınırlarda; bazılarında ise uzun süreli yaşanır (Beşer ve Öz 2003; Manav, 2011).

Kaygı sözcüğünü psikoloji alanında ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran Freud olmuştur. Psikolojide insanın yaşadığı bir ruhsal durumu ifade eden kaygı kavramı ilk olarak Freud tarafından egonun bir işlevi olarak tanımlanmış ve psikolojide literatüre girmiştir. (Eroğlu, 2006; Manav, 2011).

Kaygıyı Freud, “fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkı” şeklinde ifade eder; enerji sistemlerindeki dengesizliğin sonucunda oluşan bir çatışma ve bu çatışmanın neden olduğu tehlikeye karşı verilen bir tepki olarak tanımlar. Hatta normal seviyedeki kaygı, yaşamın

sürdürülebilmesi için gereklidir (Sarı, 2007). Sullivan'a göre kaygı, diğerleri ile ilişkilerimizdeki işlevsel olmayan tepkilerdir (akt., Öz, 2004).

Genel olarak kaygı, herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olarak insanda ortaya çıkan tedirginlik, huzursuzluk, gerilim olarak tanımlanabilir. Kaygıyı hem olumlu hem de olumsuz bir duygu biçimi olarak görmek mümkündür. Kaygının akla uygun olmayışı ve düşünceleri rahatsız etmesi olumsuz, korkulan şeylerle karşılaşınca kişiyi uyarması ve tedbir aldırması olumlu olarak nitelendirilir (Manav, 2011).

Kaygı, içsel çatışmalardan ya da yaşamdaki kayıplardan kaynaklanabildiği gibi, aynı zamanda içsel dürtülerle, dış talepler ve diğer sistemler arasındaki çatışmalardan da kaynaklanabilmektedir (Yiğitoğlu, 2009).

Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişmesi olan bu duygu yardımıyla bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma ve baş etme gibi davranışlar görülmektedir (Kaplan ve ark., 2007).

İnsanın kişilik ve hayatına anlam katmasında onu yönlendirmesiyle kaygı, hem insanı diğer canlılardan ayırır hem de diğer duygu türlerinden ayrılır. Bu duygunun yaşanması bir düzeye kadar sağlıklı olmakla birlikte, bir süre sonra kişinin aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz olarak etkilemektedir (Koçak, 2007; Yiğitoğlu, 2009).

Kaygının Özellikleri:

- Evrenseldir ve tüm bireyler yaşayabilmektedir.
- Bireyin algı ve düşüncesini etkiler.
- Yarattığı iç sıkıntısının tanımlanması güçtür.
- Genellikle tehlike habercisi, tehdide karşı uyarıcı ve koruyucudur.
- Belirsizlikleri ve bilinmeyi bulma çabasıdır. Bir tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilimdir.
- Benliğin bilinci yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur.
- Otonom sinir sisteminin belirsiz olan bir tehdide tepki olarak faaliyete geçmesiyle, bireyin kendisini kaygılı ve gergin hissetmesidir (Öz, 2004).

Kişilerde kaygıyla baş etmek veya kaygıdan kaçınmak için kızgınlık ve ani ağlama krizleri gibi tutarsız, birbirine benzemeyen ya da inişli çıkışlı davranışlar gözlenebilir. Bunlar arasında ağlama, sinirlilik, eşyaya ya da bireye zarar vermek sayılabilir (Öz, 2004; Manav, 2011).

Psikoanalitik kuramda Freud'un teorisine göre, kaygı deyimi bireyin kendi içinde başlamaktadır. Kaygı temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür ve çatışma benlik(ego) ile altbenlik (ID) ya da benlik ile üstbenlik (süperego) arasında oluşabilir (Koçak, 2007; Yiğitoğlu, 2009).

Freud 3 tip kaygı tanımlamıştır. Bunlar:

- **Objektif ve Gerçekçi Kaygı:** Tehlike bir dış uyarıcıdır. Yaşam boyunca tüm insanlar tarafından yaşanılabilir.
- **Nevrotik Kaygı:** Bireyin kendisinden kaynaklanan genel bir uyarılmışlık ve endişe durumudur. Patolojik olarak tanımlanır.
- **Moral Kaygı:** Bireyin duyduğu içsel suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çelişki ve çatışmaların sonucu ortaya çıkar (Güneştaş, 2011).

Sullivan'a göre kaygı kavramı, yalnızca kişiler arası ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Birey kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmadığı zaman, kendine ve başkalarına güveni azalır. Çevrede bulunan kötü, yıkıcı kişiler ile reddedici, küçük düşürücü tutumlar kaygı ve güvensizlik duygularını geliştirir (akt., Öz, 2004).

Kişiler arası güven veya benlik saygısındaki azalma kaygı gerilimi olarak adlandırılır (Güneştaş, 2011). Peplau'ya göre kaygının nedenini, bireyin güvenliğine karşı oluşmuş her türlü tehdit olarak görür. Bu tür tehditler temel olarak 2 kategoride incelenir:

- **Biyolojik bütünlüğe olana tehditler:** Vücut ısısı, vazo-motor stabilite ve beden gereksinimlerinin karşılanması için gerekli dengenin sürdürülebilirliğine karşı olan tehditler.
- **Öz- saygıya olan tehditler:** Benliğe, değerler ve kişilerin değişimlere ilişkin kabul görmüş kavramlarının sürdürülebilirliğine karşı olan tehditlerdir (akt., Öz, 2004).

Söz edilen tüm kuramcılar, kaygının bireyin öz-bütünlüğüne karşı olan bir tehdidin sonucunda oluştuğunu kabul etmekte ancak, tehditle ilgili yapılan açıklamalarda farklılık

göstermektedirler. Bu tehditler ise bireyin ruhsal, sosyal ya da biyolojik bütünlüğünün kaybolmasından doğabilmektedir. Karşılanmamış gereksinimlerin etkisi ve bunların birey için önemi kaygının düzeyini belirler (Gilbert ve Harmon, 2002).

Kaygı evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir. Kaygı yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu Kaygıyı, kaygı düzeyinin yüksek olması da belirsizliği artırabilir (Beşer ve Öz, 2003).

Kaygı hemen her bireyde gözlenen bir olgu olup, normal ve patolojik olarak farklılaşmaktadır. Kaygının yoğunluğu, sıklığı ve süresi normal ve patolojik kaygıyı birbirinden ayıran temel farklılıktır. Borkovec ve Prunzinsky (1990) de patolojik kaygı ile olumsuz düşüncelerin ilişkili olduğunu, patolojik kaygısı olanların normal düzeyde kaygısı olanlara göre daha fazla olumsuz deneyim ve konsantrasyon güçlüğü yaşadıklarını belirtmiştir (Dubuy ve ark., 2001; Yılmaz, 2014).

Kaygının psikolojik ve fizyolojik belirtileri vardır. Psikolojik belirtiler bireyden bireye büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Kişilik ve başa çıkma mekanizmaları tarafından da önemli ölçüde etkilenir. Psikolojik belirtiler; kendine güvensizlik, kontrol kaybı, gerilim ya da heyecanlı olma, gevşeyememe, sabırsızlık, girişimsizlik, yerinde duramama, uykusuzluk, sinirlilik, kötü bir şey olacakmış hissi, dikkat eksikliği gibi duygu durumlarıdır. Fizyolojik belirtiler ise; kalp hızında artma, uykusuzluk, kan basıncında yükselme, yorgunluk ve halsizlik, terleme, ağız kuruluğu, baş dönmesi, baygınlık, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, diyare gibi belirtilerdir (Özer, 2004; Uğur, 2000; Üst, 2012; Türe, 2006).

Freud, korkunun kaynağının belirli, kaygının ise kaynağının belirsiz olduğunu, kaygıyı insanların kişisel düşüncelerinin ortaya çıkardığını savunmuştur ve bazı Psikologlar korkuyla kaygı arasında farkın kaynağı, şiddeti ve süresi olduğunu belirtmişlerdir (Cüceloğlu, 2011).

Korku ve kaygı günlük dilimizde çoğu zaman eş anlamlı kullanılmakta olup kaygı korkudan farklı bir psikolojik olay olarak ele alınmıştır (Körükçü ve ark., 2012). Psikanalitik teorilere göre korku yaklaşan tehlike nedeniyle ortaya çıkan ve kaçma isteğinin eşlik ettiği temel bir duygu olup hissedilen kaygı gölgelenmiştir. Kaygı, korkuyu neden olmakta ve korku ise panik duygusunu oluşturan bir zincir oluşturmaktadır. Korku durumunda akla ilk gelen şey, karanlık, ölüm, kaza, savaş, deprem gibi doğal afetler, sevilen bir kişiyi veya nesneyi kaybetme gibi durumsal ve yaşamsal olaylardır (Ala, 2007; Kızıllırmak, 2011; Scovel, 1991).

4.2.2. Kaygı Çeşitleri

Spielberger ve arkadaşları (1970) iki farklı kaygı kavramından bahseder. Sürekli kaygı, genel olarak kaygıya yatkınlıkta kalıcı bir kişisel farklılıktır, durumluk kaygı ise stres verici duruma verilen geçici o anki duygusal tepkidir Kişinin bulunduğu stresli durumlardan dolayı hissettiği subjektif kaygı durumluk kaygıdır. Stresin yoğun olduğu zamanlarda, durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca da düşme olmaktadır. Sürekli kaygı, bireyin her ortamı genelde stres verici olarak algılamasıdır. Bu ölçüde kalıtımla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Yiğitoğlu, 2009).

4.2.3. Kaygı Düzeyleri

Kaygı düzeyi günlük yaşamın koşullarına ve bireysel özelliklere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Hay ve Peplau'ya göre kaygı dört düzeyde olabilir (Öz, 2014);

- **Hafif Düzey Kaygı:** Hayati belirtiler ve Pupillalar normaldir. Çok az kas gerilimi vardır. Duyular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey, kendi ilgilerine ve kendi çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcı olur. Konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu nedenle, birey bu düzey kaygıda etkin problem çözüme becerisine sahiptir
- **Orta Düzey Kaygı:** Vital belirtiler normal ya da hafifçe artmıştır. Birey daha dikkatli ve gergindir. Kavrama alanı hafif kaygı düzeyine göre daralmıştır. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisini gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle önemli ayrıntıları daha az unuttur veya önemsemez.
- **Şiddetli Kaygı:** Kavrama alanı önemli ölçüde daralmıştır. Birey ayrıntılara yoğunlaştığından, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz ve farkında olduğunda ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisini kuramaz. Birey kaygısının arttığını anlayamaz, geriliminden dolayı rahatsızdır. Birey, bu düzey kaygıda problem çözmek için dikkatini veremez ve mantık yürütmeye zorlanır.
- **Panik:** Birey, kan basıncı düşmüş, kas koordinasyonu, ağrı ve duyma duyuları zayıftır. Kavrama alanı tam olarak parçalanmıştır. Birey, çevresinde neler olup bittiğini anlayamaz. Bireyin düşünce alanı düzensizleşmiş ve davranışları anormalleşmiştir. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder ve kriz aşamasındadır (Öz 2004; Güneştaş, 2011; Yaylacı 2010).

Kaygı normal sınırlar içinde benliğin korunması açısından olumlu olabilir, ancak aşırı kaygı: Düşünce ve davranışları olumsuz etkilenmesi, istenilmeyen bir durumdur (Genez, 2002).

4.2.4. Kaygıya Neden Olan Genel Faktörler

Bilim adamları kaygıya çok farklı durumların neden olduğunu belirtmişlerdir Bunlar; prestij ve toplumsal değişim, başarısızlık veya başarı, başkaları tarafından kabul görmeme, servet kaybı, ahlaki çıkmazlık, ölüm, ayrılık, boşanma, kültürel baskılar, taşınma, göç, geçici ve ya kalıcı ayrılık, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, emeklilik, emniyet tehlikesi, çevresel kirlilik, işsizlik, yeni iş, terfi, cinsel gelişme, akran ilişkilerinde değişiklik, gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, yaşlanma etkileri, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar ve motor kayıplardır (Öz, 2004; Üst, 2012).

Birey için önem taşıyan gerçek ya da gerçek olmayan reddedilme, bireyin gerçekleşmeyen beklentileri, bireye saygı gösterilmemesi ve değer verilmemesi gibi sebeplerden dolayı benlik kavramının tehdit edilmesi de kaygı yaratır (Yiğitoğlu, 2009).

Belirsizlik durumu da kaygıya yol açan faktörler arasındadır. Hastalık durumundaki belirsizlikler birey tarafından bir tehlike olarak değerlendirildiğinde yaşadığı kaygı daha da artabilir. Bu durumda bireyin yapması gereken konularda karar vermesi de güçleşebilir. Karar vermesi zorlaşan birey kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik- sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar. Hastalıkla ilgili bilginin verilmemesi hastaların kaygılarını artırabildiği gibi, gereksinimden fazla bilgi de korku, kaygı yaşatabilir veya paniğe neden olabilir. Bu nedenle kişilerin hazır oluşu değerlendirilerek, gereksindiği bilgilerin verilmesi önemlidir. Belirsizlik yaşayan bireylerin kaygı düzeylerinin de yüksek olması nedeniyle uygun baş etme yöntemlerinin seçimi ve kullanılmasında yardım edilmelidir (Üst, 2012).

Kaygı ile baş etmede bireyin gösterdiği davranışlar:

- İçe-dönme (withdrawal)
- Dışa vurma (acting-out)
- Bedene yansıtma (psikosomatization)
- Kaçınma (avoidance)
- Problem çözme (problem solving) gibi davranışlardır (Güneştaş, 2011).

4.2.5. Kaygının Belirtileri

Öfke, kaygı ile başlayan olaylar dizisidir ve güçsüzlük duygusudur. Öfkede bir engellenme, karşılanmamış beklentiler ya da benlik saygısının kaybı vardır. Kişi kaygı yaşadığında ve çaresizlik hissettiğinde öfkelenir (Öz, 2004).

Sağlık çalışanlarının, bireylerin yaşayabileceği kaygı durumları ve belirtileri konusunda bilgilerinin olması oldukça önemlidir (Üst, 2012).

Kaygı belirtileri, üç gruba ayrılır:

- **Bilişsel Belirtiler:** Hafif ve orta düzeydeki kaygıda bireyin duruma yoğunlaşması, öğrenmesi ve problem çözmesi güç olmaz aksine motive olur. Şiddetli kaygıda ise, bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilenir, duruma yoğunlaşmada ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanır.
- **Davranışsal Belirtiler:** Kaygı bireyin fizyolojisini etkilediği gibi, algılarını ve duysal input sürecini de etkiler. Hafif kaygıda bireyin görme, işitme, koklama, tat alma, dokunma gibi duyu yollarının duysal farkındalığı artmıştır. Bireyin kaygı düzeyi artar ve savunmaları yetersiz kalırsa ruhsal sorunları ortaya çıkabilir.
- **Fizyolojik Belirtiler:** Kaygı, otonom sinir sistemi hiperaktivitesine bağlı olarak organ ve sistemleri etkiler. Bu durum, organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini göstermektedir. Bu fizyolojik etkiler, kaygının düzeyi ve süresine göre farklılık gösterir (Arslan 2010; Yaylacı, 2010). Bu tepkiler, kaygıya karşı fizyolojik ve psikolojik uyumu yansıtır. Bu tepkiler; kan basıncında nabızda ve solunumda artma, uyku bozukluğu, titreme, huzursuzluk, kusma, ishal veya kabızlık, sık idrara çıkma, aşırı terleme, göz bebeklerinde büyüme, aşırı tetikte olma, endişeli veya meşgul görünme, üzgün görünme, öfke dışı vurumu, çok konuşma, ağlama, meraklılık, baş ağrısı, göğüs ağrısı, dudak kuruması, kavrama zorluğu, iştah kaybı, öfke, suçluluk ve depresyondur (Güneştaş, 2011; Yaylacı, 2010).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

4.3. DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUM ŞEKİLLERİ

4.3.1. Doğumun Tanımı ve Fizyolojisi

Doğum eylemi; düzenli gelip giden, rahatsız edici- sancılı uterus kasılmalarının serviksin incelmesine (efasman) ve genişlemesine (dilatasyon) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir. Doğum eylemi, son menstrüel periyottan 40 hafta ya da 280 gün sonra gerçekleşir. Doğum spontan olarak gerçekleşeceği gibi, vakum, forseps, sezaryen ile müdahale edilerek de gerçekleştirilir (Özer, 2011).

Doğum eylemi, uterusun ve serviksin doğuma hazırlanışı ile başlayıp, uterusun düzenli aralıklarla kasılmalarıyla devam eden, fetus ve plasantanın dışarı atılmasından bir saat sonra son bulan bir süreçtir. Normal doğum eyleminde termde, tek ve canlı fetus vardır, uterus kontraksiyonları kendiliğinden başlar ve kontraksiyonların sıklığı, süresi ve şiddeti doğum eylemi ilerledikçe artar (Seller, 2012).

Doğum, fetusun uterustan doğum kanalı aracılığıyla dışarı atılmasını içeren fizyolojik bir süreç olduğu kadar psikososyal (subjektif boyut) ve experiential (yaşantısal) olmak üzere çok boyutlu bir süreçtir (Hickin, 2002).

Bu süreçte, annede birçok fizyolojik adaptasyonlar olur. Doğumun anne organizmasında stres yaratmasıyla, kalp hızında 10-20 atım artış, kardiyak outputta 1. evrede %10-15, ikinde evrede %30-50 artış görülür. Kontraksiyonlar esnasında kan basıncı 10-30 mmHg artış gösterir. Lökosit 25-30 bin/mm³ olur. Solunum hızı artar. Gastrik motilite ve besin emilimi azalır. Vücut ısısı artar, mide boşalma süresi uzar ve PH düşer. İskelet kasında, kramp ve ağrılar oluşur, sonunda bazal metabolizma artar. Bütün bunlar gebenin psikolojisi ve fizik durumuna göre değişiklik gösterir. Bunların arasında daha önceki yapılan doğumlar, şimdiki gebeliğin ve doğum eyleminin önceden planlanıp planlanmaması, sosyokültürel seviye, eş desteğinin varlığı, gebelikte yapılan egzersiz ve doğum eğitimi, doğum eyleminden beklentileri, doğum korkusu, kaygı varlığı, yorgunluk ve bitkinlik sayılabilir (Gilbert ve Harmon, 2002)

Gebenin doğum eylemine psikolojik adaptasyonunda ise gebe eylemin başında daha koopere ve hafif heyecanlıdır, kaygı ve hafif korku vardır. Aktif doğum eylemi başlayınca, tüm konsantrasyon ve enerjisini ağrı ile baş etmek için kullanır. Eğer önceden eğitim

verilmediyse bu kontraksiyonlar sırasında ağlar ve çığlık atıp kontrolü kaybedebilir. Bu durum istemli kasılma ve iskelet kasında kontraksiyonlara neden olup, doğum eylemini daha ağrılı hale getirir ve fetusun pelviste ilerlemesini engeller. Bu esnada gebe, cesaretlendirilmeli, her türlü psikolojik destek sağlanmalıdır (Seller, 2012).

Doğuma yönelik beklentiler, kadının gebelik ve doğum sürecini etkileyebilmektedir. Daha önce gebelik deneyimi olmayan kadınlarda doğum ile ilgili belirsizlik hâkimdir. Primipar (ilk kez doğum yapan) kadınlar çevreleri tarafından olumsuz doğum deneyimi aktarımlarına ve medyada abartılı doğum görüntülerine (oldukça sancılı) maruz kalmaları gibi sebeplerden etkilenebilmektedirler. Bu faktörlerin etkisi ile gebeler doğum şekline karar verebilmektedirler (Gözükara ve Eroğlu, 2008).

Doğum sırasında hissedilecek ağrıların yanı sıra doğacak bebeğin sağlığına, doğum sonrası bakıma yönelik endişeler kaygının artmasında neden olabilmektedir. Doğumun rahat ve kolay olacağına yönelik olumlu düşüncelere sahip olan kadınlar gebeliğinin keyfini çıkararak bebeğini kucağına alacağı günü özlemle beklemektedir. Diğer yandan, zor bir doğum olacağı beklentisi yüksek olan kadınlar ise kaygılı ve korkulu bir bekleyiş içine girmektedirler. Doğum yaklaştıkça endişeleri daha da artmakta hatta kimi zaman yaşam kaliteleri bozulabilmektedir (Karabulut, 2014). Doğuma ilişkin beklentileri inceleme amacıyla 300 gebe kadınla yapılan bir araştırmada; 19 yaş altındaki ve 36 yaş üstündeki gebe kadınların doğum korkusunun diğerlerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Doğuma ilişkin beklentilerin analizinde doğum sırasında gebe kadınların kendilerini son derece korkmuş hissedeceklerini, doğumlarının son derece korkunç, ağrılı olacağı ve bebeklerinin öleceğine yönelik düşüncelerinin olduğu saptanmıştır (Seller, 2012).

4.3.2. Doğum Uygulama Yöntemleri

4.3.2.1. Normal Doğum

Son menstrual periyottan 40 hafta sonra, herhangi bir müdahale yapılmadan, kendiğinden başlayan, standart sürede gerçekleşen doğumdur (Kaptan, 2012).

Normal doğum eylemi, uterusun daha fazla büyüyemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir (Çatalgöl, 2013).

Doğan çocuklar dış çevre koşullarına uyum sağlayabilecek olgunluğa ulaşmıştır. Her doğumda çocuk doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının ortaya çıkardığı mekanik

kanunlara uyarak doğar. Başın doğum kanalından çıkması ile doğumun en önemli kısmı tamamlanmış olur. Çocuk doğduktan ve plasenta çıktıktan 2 saat sonra doğum son bulur (Şengül, 2015).

Doğum eyleminin başlamasında ve ilerlemesinde doğum kanalı, fetus, uterus kontraksiyonlarının süre, şiddet ve sıklığı ile annenin psikososyal durumu önemlidir (Al-azzawi, 2007; Bekdemir, 2013; Cunningham ve ark .,2001; Kızılırmak, 2011).

Gerçek doğum eylemi düzenli (regüler) uterin kasılmalarla karakterizedir. Bu ağrılar düzenli sıklaşır, güçlenir, zaman geçtikçe süresi uzar ve bunlara serviksin dilatasyon ve efasmanı eklenir. (Arslan ve ark., 2008; Evans ve Niswander., 2008; Çoker 2015; Karakuş 2007).

Vajinal bir doğum eyleminin:

- Termde (son menstrual period'dan 40 hafta sonra),
- Kendiliğinden başlaması,
- Fetüsün varlığı ile,
- Verteks pozisyonunda,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Günalp ve Tuncer 2004).

4.3.2.1.1.Birinci Evre

Ağrı başlamasından tam dilatasyona kadar geçen süredir. Doğumun birinci evresi servikal silinme ve dilatasyon evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç fazdan oluşur. Her bir faz fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin sonunda gerçekleşir. Bu evre doğumun en uzun evresidir (Özer, 2011).

Latent fazın primiparlarda 20 saatin, multiparda 14 saatin üzerine çıkması durumunda uzamış latent fazdan bahsedilir. Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafiftir. Anne ağrıyla baş edebilir. (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Aktif faz, servikal açıklık 5 cm olduğunda başlar, 8 cm'e ulaştığında biter. Servikal silinmenin tamamlandığı bu faz primiparlarda 6-18 saat, multiparlarda ise 2-10 saat sürebilir. Kontraksiyonların şiddetti orta düzeydedir. Geçiş fazında servikal açıklık 8 cm'den 10 cm'ye kadar ulaşır ve fetus pelvis içine iner (Kızılırmak, 2011).

Geçiş kısa fakat ağrının yoğun olduğu bir fazdır. Primiparlarda ortalama 3-6 saat, multiparlarda ise bir saat civarında seyreder (Kızıllırmak, 2011).

Bu dönemde annenin kaygısı artar, yalnız kalmaktan korkar (Üst, 2012).

4.3.2.1.2.İkinci Evre

Tam dilatasyondan fetüsün çıkışının tamamlanmasına kadar geçen süredir. Bu evre servikal silinme ve dilatasyonun tam olmasıyla başlar ve bebeğin doğumu ile sonlanır. Primiparlarda 8-9 saat, Multiparlarda ise yaklaşık 5-6 saat sürebilmektedir (Özer, 2011).

Bu evrede fetus aşağı iyice inmiştir. Fetus aşağıya doğru indikçe rektum ve pelvik tabana olan baskı artar, baskıyla birlikte annenin ıkınma hissi kendiliğinden ortaya çıkar. Kadın genellikle bu evrede kontrol etme duygusunu tekrar kazanır. Bebeğin doğumuyla birlikte ikinci evre sonlandığında muazzam bir rahatlama ve heyecan hisseder (Taşkın, 2003).

Anneler bu dönemde; gücünün tükendiğini, yarımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. İkinci evre annenin desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir (Üst, 2012).

4.3.2.1.3.Üçüncü Evre

Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayan ve bebeğin doğumu ile sonlanan Plasentanın ayrılması ve atılması evresidir (Özer, 2011).

Anne bu dönemde; titreme, orta şiddette uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, perine de ağrı gibi sıkıntılar yaşamaktadır ve bir çok anne “plasenta çıkarılırken de bebeğin doğumu esnasında yaşadığı ağrıyı tekrar yaşayıp yaşamayacağını” sorar. Yani bu dönemde de annede ağrı nedeniyle kaygı vardır (Üst, 2012).

4.3.2.1.4. Dördüncü Evre

Bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasentanın ayrılıp atılması ile sonlanır. Plasentanın ayrılıp atılması 5 dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir. Bu evrede en önemli olan post partum kanamalarıdır (Özer, 2011). Bu dönemden sonra annelik ile ilgili kaygılar başlar (Üst, 2012).

Gebelikte yaşanan kaygının doğum sonrası dönemde ruhsal sorunlara yol açmasının yanında, ailenin işlerliği üzerinde de olumsuz etkiler yarattığı görülmektedir. Gebelik süresinde eşin desteği ve yeterli sosyal desteğin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde

daha az kaygı yaşattığı gözlenmiştir. Ancak günümüzde gelişen teknolojiyle (amniyosentez, koryon villüs aspirasyonu yapılarak ve Alfa-feto proteinlere bakılarak) bu riskler ortadan kaldırılabilir ve gebenin rahatlaması sağlanır (Coşkun ve ark., 2000).

4.3.2.2. Müdahaleli Doğumlar

Aktif girişimlerde bulunarak, doğumu gerçekleştirme amacına yönelik tüm girişimler müdahaleli doğum olarak sınıflandırılır. Bunlar başlıca vakum ekstraksiyonu, forseps uygulaması, epizyotomi uygulaması ve sezaryendir (Özer, 2011).

4.3.2.2.1. Vakum ve Forseps

Operatif doğum basit tanımıyla vakum ya da forseps kullanılarak yaptırılan vaginal yolla doğumdur. İlk vakum ekstraksiyonu, 1705 yılında Dr James Yonge tarafından uygulandığı bilinmektedir. Bu tarihten on yıllar sonrasında ise forseps kullanıma girmiştir. İlk yıllardaki kullanım amacı bebeğin iyilik halinden çok anne hayatının kurtarılmasıdır (Gökdeniler ve ark., 2005; Sanhal ve ark. 2011).

4.3.2.2.2. Epizyotomi Uygulaması

Perineyi korumak ve çocuğun çıkmasını kolaylaştırmak için vajinada yapılan kesiye denilmektedir. Yaygın bir obstetrik uygulama olmasına rağmen kullanımı son 20 yılda azalmıştır (Özyalçın, 2005; Gül, 2008).

4.3.2.3. Sezaryen Doğum (Sectio Caesarea Abdominalis)

Sezaryen doğum; 500 gram ve üzerindeki fetüslerin abdomen ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile abdominal yoldan doğmasıdır. Cerrahi bir girişimdir ve vajinal doğuma göre daha yüksek risk içermektedir. (Karabulut, 2014).

Kadınların elektif (planlı) sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere yönelik araştırmalarda; gebelerin doğum konusunda bilgilendirilmemesi buna bağlı olarak doğum ağrısı, doğumhaneden korkusu, doğumda psikolojik desteğin gözardı edilmesi, epidural anestezinin seçenek olarak sunulmaması gibi pek çok etkenden söz edilmektedir (Şahin, 2009).

Anne ve bebeğin yaşamını devam ettirdiği ilk başarılı sezaryen Trautmann ve Seest tarafından yapılmıştır. O tarihten sonra bu ameliyat yapılmasa da gün geçtikçe maternal mortalite oranının yüksek olsada uygulanmada artış olduğu görülmüştür. Çağın getirdiği gelişmeler le birlikte gelişen cerrahi, anestezi tekniklerindeki değişimler, ilaç sektöründeki

buluşlar ve malzeme kalitesi pek çok etken, sezaryende, maternal ölüm oranı gittikçe düşürülerek günümüze kadar gelinmiştir Ülkemizde kayıtlara geçmiş ilk başarılı sezaryen ameliyatı saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından 2. Abdülhamit'in döneminde yapılmıştır (Özer, 2011)

Gelişmiş ülkelerde sezeryan oranı 1960' lı yıllarda %5-8" iken günümüzde %20-25" dir. 2003 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporuna göre son beş yıl içinde ülkemizde dünyaya gelen bebeklerin %21'i sezeryan ile doğmuşken, bu oranın 2008 yılında %36,7'ye çıktığı dikkati çekmektedir (Çakmak ve ark. 2014). TNSA'nın 2013 yılı verilerine göre ise sezeryan oranı %48'e ulaşmıştır (TNSA, 2013).

Sezaryen yapılma ve yapılmama nedenleri şu şekilde açıklanabilir;

- **Sezaryenin Yapılmadığı Durumlar:** Karın duvarının enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetüs, sezaryen işlemi için uygun koşulların bulunmaması gibi faktörler sezaryenin yapılmamasını gerektiren durumlardır.
- **Sezaryenin Yapıldığı Durumlar:** Vajinal doğumun imkansız olduğu veya doğru olmadığı hallerde, belli bazı maternal veya fetal koşullar, fetusun acilen doğurtulmasını gerektirebilir. Bu kapsamdaki koşullar, belirgin plasenta ayrılması, plasenta previa hemorajisi, umbilikal kordonun sarkması, aktif jenital herpes sayılabilir. Kısaca, normal doğumun anne ve fetus açısından hayati risk yarattığı durumlarda uygulanabilir (Karakuş, 2007; Morgan ve Mikhail, 2002).

Kadınların sezaryen isteme nedenleri; sosyo- ekonomik düzeyi, doktorun tutumları, rahatlık faktörü, yasal durum, ödemenin koşulları, kadının beklentileri ve psikolojik durumu SCA seçiminde önemli, tıbbi olmayan ilişkili faktörlerdir (Terhaar, 2005).

Her ne kadar sezaryen (sectio, SCA) doğum malprezantasyon durumlarında doğum travmasını önlemek için uygulanmakta ise de pek çok makale; kafatası kırıkları, diğer uzun kemiklerin kırıkları SCA ile doğurtulan bebeklerde meydana geldiğini ortaya koymuştur (Karakuş, 2007).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.4. PRİMİPAR GEBERİN PSİKOLOJİK DURUMLARI

4.4.1. Primipar Gebelik ve Kaygı

Gebelikte oluşan değişiklikler her şey yolunda gittiğinde problem oluşturmaz ve fizyolojik bir değişim olarak devam eder ancak bu fizyolojik döngüyü bozacak herhangi bir faktör devreye girdiğinde sorun/sorunların ortaya çıkmasına neden olur ve bunlar gebelikte risk durumlarını oluştururlar. Anne adayının gebeliğe ilgi durumu, sigara ve alkol kullanımı, eğitim durumu ve yaşı da gebeliğe karşı tutumu etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir (Baltaş, 2008; Üçüncü, 2010).

Anne adayı bir an önce doğum yapıp, sağlıklı bir durumda bebeği ile birlikte olmak ister. Kültür düzeyi daha yüksek olan bireylerin gebelik ve doğum hakkında daha önceden bilgi sahibi olma ihtimali daha fazladır. Bu konu ile ilgili yayınları okuyup bilgi edinebilmektedirler. Başına gelecekleri önceden bilen bireyler buna hazırlıklı olur, neyin normal, neyin anormal olduğunun bilincindedir. Ayrıca, çalışan gebenin işinden ayrılmak zorunda kalması ya da çalışma dönemine ara vermesi, hem anne hem de baba adayında sosyal ve ekonomik kaygılar yaratabilir (Kılıçarslan, 2008).

Primiparların yaşadığı duygusal ve fizyolojik sorunların yanı sıra, ebeveynliğe geçiş döneminde ailede bir kriz dönemi yaşamaktadır. Aile sistemi değişmekte, bunun yanında aile ilişkileri ve rollerinde de bazı değişimler meydana gelmektedir. Aileye yeni bir üyenin katılması ile ailenin alışmış olduğu düzen değişmekte, bebeğin bakımı aile fertlerinin öncelikli görevleri haline gelebilmektedir (Karabulut, 2009).

Ailedeki mutluluk derecesi, kadının hamileliği kabullenmesi ile doğrudan ilgilidir. Mutlu, huzurlu, sevgi dolu bir aileye sahip olan kadın aileye yeni bir fert dünyaya getirmekten sevinç duyacaktır. Oysa, ailesinde sorunlar yaşayan kadın bu sorunların, bebek dünyaya geldikten sonra daha da artacağından kaygılanır. Bu da gebelik süresince normal yaşaması gereken fizyolojik değişiklikleri çok yoğun yaşamasına neden olabilir. Ailedeki bireyler kadının gebeliğini kabullenmiş ve bunu sevinçle karşılamışlarsa, gebe kadın bu durumdan büyük mutluluk duyabilir. Bu onun daha rahat gebelik geçirmesine yardımcı olacaktır (Kılıçarslan, 2008).

Gebelik yaşamda çok önemli ve mutlu bir olay olmasına rağmen bazıları için de üzüntü kaynağı olabilir. Kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen faktörler şunlardır;

- Kendi bireysel ve kişisel deneyimleri,
- Kültür düzeyi ve yaşam felsefesi,
- Ailedeki mutluluk derecesi,
- Ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları,
- Ailenin sosyo -ekonomik yapısı,
- Ailedeki çocuk sayısı,
- Gebeliğin istenen/istenmeyen yada planlanmış/planlanmamış olmasıdır (Üçüncü, 2010).

Önceki yıllarda 35 yaşındaki “yaşlı gebelik” olarak tanımlanmakta iken, yaşam kalitesinin artmasıyla birlikte artık bu tanımlama 40 yaş üzeri gebelikler için yapılmaktadır. Kadınlarda yaş ilerledikçe doğal yollarla gebelik şansı azalır. Kırk yaş üstü gebeliklerdeki risk faktörleri; spontan abortus, genetik anomaliler, fetal büyüme anomalileri, sezaryen sıklığında artma, maternal ve fetal mortalite artışı olarak gösterilmiştir. 40 yaş ve üzeri annelerde gebeliğe bağlı riskler genetik riskler, önceki medikal durumlar ve obstetrik riskler kategorilerinde incelenmektedir. Genetik anomalilerin önlenmesi için günümüzde prenatal tanı uygulanmaktadır. Maternal ve fetal riski arttıran ve en sık görülen sorunlar “hipertansiyon ve diyabetes mellitus”tur (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008; İtil, 2000).

Maternal yaş ilerledikçe hipertansiyon ve diyabet dışında kardiyovasküler, nörolojik, kollajen doku, renal pulmoner ve maling hastalıkların da görülme hızı artar ve gebeliği komplike hale getirir. Anne yaşı arttıkça en çok görülen kromozom anomalisi, down sendromudur (Kocaman, 2012; Babadağlı, 2008; Taşkın, 2003).

4.4.2. Prenatal Dönem Psikolojik Durum

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Gebe kalan kadının ilk reaksiyonu değişik olabilir. Psikolojik olarak sağlıklı bir kadında bu dönem, kendini gerçekleştirme ve kadın olarak kendini ifade etmenin bir yolu olarak algılanır. Gebelik ile ilgili olumsuz tutumlar ve beklentiler ise genellikle doğum korkusu ya da annelik rolü ile ilgili endişelerden oluşmaktadır (Taşpınar, 2008).

Kadın gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir. Kadının kendi yaşam çevresinde doğumundan itibaren yaşanan duygu, tutum ya da örselenmeler gebeliğe ilişkin tutumlarda etkilidir (Özkan, 2010).

Özellikle primipar gebelerin bu dönemi olumlu bir biçimde geçirebilmesi; kadınlık rolünü benimsemesine, kendi annesiyle olan ilişkilerine, çevresindeki modeller geçmiş yaşamındaki paylaşımlara, annelik rolüne hazır hissetmesine, gebeliğinin planlı olmasına, eşi ile olan ilişkilerine, eşinin ve yakınlarının bebeği isteyip istememe sine, değişen beden imajını kabullenmesine, sosyo-kültürel ve ekonomik yapısına bağlıdır (Üçüncü, 2010).

Gebeler fiziksel değişiklikler, hormonal değişiklikler ve gebeliğin spesifik kaygısı gibi stres faktörleriyle karşılaşır. Bundan başka genç anne yaşı, eğitimsizlik, düşük sosyo-ekonomik durum, seksüel korkular, istenmeyen gebelik, eşin olmaması, gebelik ve doğuma hazırlıksız olma ve depresif semptomlar ve psikiyatrik hikâye gebenin psikişik durumunu olumsuz olarak etkilemektedir (Mulder, 2002).

Hamilelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabileceği gibi; endişe ve kaygılı bekleyiş de yapabilir (Kuğu ve Akyüz, 2001).

Hamilelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu belirtilmiştir. Gebenin ilgi alanı; ilk trimesterde kendisindeki değişimler olup, ikinci trimesterde fetüsün hareketlerinin hissedilmesiyle fetüse kaymıştır, son trimesterde de acı çekme, doğum ve bebeğini kaybetme korkusuyla ilgisi kendisi ve bebeğine yoğunlaşmıştır (Özkan, 2010).

Kadınlar gebelik ve doğumla ilgili birçok kaygı yaşarlar. Gebeliğin erken evrelerinde tasma ve kaygılar; sabah bulantısı ile baş etme, göğüslerde duyarlılık, fiziksel görünümdeki değişiklik, cinsellik, diyet ve egzersiz gibi değişimlerle ilişkilidir. Gebelik boyunca kadın hem fiziksel, hem de psikolojik sınırlardaki değişikliklere uyum sağlamalıdır. Bu dönemde eşler birbirlerinin kaygılarını paylaşmalı ve değişiklikleri kabul etmelidir. Eğer bu gerçekleşmezse; gebeliğin psikolojik ve fiziksel gereksinimleri izolasyona ve negatif tutum ve davranışlara neden olabilir (Melender, 2002; NIH State-of-the-Science Conference 2006).

İlk gebelik, eşler için de yeni bir evredir ama genellikle beklentiler anneliğin gelişimine odaklanmıştır, hormonal ve metabolik değişimler duygusal labilite ve kaygının gelişmesine önderlik eder. Gebe kadının yaşı, hayat evresi ve koşulları bu duruma uyum göstermesini etkiler. Antenatal korkular doğum eylemi boyunca olan ağrı ve strese, acil

sezaryen gereksinimine ve postnatal dönemde gelişebilecek duygusal dengesizliğe bağlı olabilir. Artık birçok kadın bu korkuları nedeniyle sezaryen olmak istemektedirler (Hibbard ve ark 2001;Uludağ, 2008).

Gebelik ve doğum sonrasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması, kaygının temel nedenidir. Anne adayı gebelik sürecini düşünerek kaygı yaşamaktadır. Doğumda meydana gelebilecek aksilikler, bebeğini doğumda kaybetme ihtimali hemen hemen bütün kadınlarda kaygıyı arttırmaktadır (Koçak 2007).

Gebe kadının ruh dünyasında değişik doğrultuda sapmalar görülebilir. Bu değişiklikler, birçok faktörlere ve etki derecesine bağlıdır. Literatürde, anne adaylarının yaklaşık %15'inin yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (O'Connor ve ark. 2002).

Olguların çoğunda gebenin çevresiyle ilişkilerinde azalma, tüm beden ve ruh dünyasıyla karnında taşıdığı çocuğuna yönelme görülebilir. Ani ve çabuk kızmalar, ağlama ve gülmeler ortaya çıkabilir. Bütün bu değişikliklerin meydana gelmesi, gebenin çevresince anlayışla karşılanmalıdır (Güneştaş, 2011).

4.4.3. Antepartum Dönem Psikolojik Durum

Doğum her kadının yaşamında önemsenen pozitif bir deneyim olmasına rağmen her zaman kaygı ve korkuya neden olmuştur. Doğum eylemi gebeler tarafından merak edilen bir olaydır. Bu durum gebe kadında bilinmezlikten gelen bir kaygı yaratır. Bu bilinmezlikten oluşan Kaygı, endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı halidir. (Seller, 2012).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, primipar gebelerin doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Mega Medipol Üniversite Hastanesi Etik Kurulundan gerekli izinler alındı (Ek.5) 12 Aralık 2014 - 10 Nisan 2015 tarihleri arasında veriler toplandı. Hastanede toplam 12 kadın doğum poliklinik odası, 3 kadın doğum servisi, doğumhanede de toplam 5 salonu bulunmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 12 Aralık 2014- 10 Nisan 2015 tarihleri arasında 200 primipar gebe oluşturdu. Örneklem grubuna aynı tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan ve yapılan istatistiksel inceleme sonucunda minimum 132 primipar gebe örnekleme oluşturabileceği saptanmış dolayısıyla örneklem grubu 151 primipar gebe örnekleme oluşturmuştur.

5.3.1. Aranan Kriterler:

- Okuma yazma bilmek,
- 7 ay ve üstü primipar gebe olmak,
- Doğum şekline karar vermiş olmak.

200 primipar gebenin olduğu göz önünde bulundurulduğunda;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

$$n = \frac{(200)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(200-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n=131,75

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamındaki primipar gebelere kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır.

- Bilgi Formu (Ek.1 ve Ek.2)
- Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek.3)

5.3.2. Bilgi Formu

Bilgi formu, kaynaklar doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi (Aydın ve ark., 2014; Bektaş, 2008; Duman, 2006; Günalp ve Tuncer, 2004; Karabulut, 2012; Karakuş, 2007; Özer, 2011; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Subaşı ve ark. 2013; Ravlı, 2010). Anketin *birinci bölümünü* katılımcıların; demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (Doğum yeri, yaşanılan yer, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence varlığı,

gelir durumu) 8 soru oluşturmaktadır. Anketin *ikinci bölümünde*; gebelik özelliklerine yönelik bilgi ve deneyimlerle ilgili (Gebelik bilgisi, düşük sayısı, kürtaj varlığı, gebelik sırasında karşılaşılan hastalıklar, kendisi ve bebeğiyle ilgili endişe varlığı, gebelikle ilgili bilgi alma durumu) 5 soru yer almaktadır. Anketin *üçüncü bölümü* ise; normal doğum veya sezaryen doğumu tercih etme nedenlerine yönelik (Doğum yapma kararını alırken en çok kimlerden etkilendiniz, daha önce doğum olayına tanıklık etme durumu, çevresinde en çok karşılaştığı doğum şekli, doğum şeklini seçme tercihi, normal doğum tercih etme nedeni, sezaryen doğum tercih etme nedeni, normal doğum tercih etmeme nedeni, günümüzde insanları sezaryen doğuma yönelten etmen) 8 sorudan oluşmaktadır. Bilgi formu toplamda 21 sorudan oluşturuldu.

5.3.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Kendini değerlendirme anketi 1970 yılında ABD’de Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe formu geçerlilik güvenirliliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Asıl adı “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” (DSKO) olan formun, bireylerin çekinmeden ve içtenlikle soruları yanıtlamalarını kolaylaştırmak amacı ile “kendini değerlendirme anketi” olarak kullanılması yazarlar tarafından önerilmektedir. Kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. İlk yirmi soru hastanın durumluk kaygı düzeyini, diğer yirmi soruda sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir.

Durumluk kaygı ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda, kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir.

Sürekli kaygı ölçeği ise; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Hastalar durumluk kaygı ölçeğini okurken o andaki duygularının şiddetine göre, ölçek maddelerinin her birini, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla ifadelerden biriyle yanıtlamışlardır. Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her birini (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Hemen Her Zaman ifadelerinden biriyle yanıtlamışlardır. Ölçeklerde iki tur ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reserve) ifadelerdir (Yıldız, 2011).

Durumluk kaygı ölçeğinde doğrudan (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18’inci maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20’inci maddeler) yer almaktadır. Sürekli kaygı ölçeğinde de doğrudan (22,23,24,25,28,29,31,32,34,37,38 ve 40’ıncı maddeler) ve

tersine dönmüş ifadeler (21,26,27,30,33,36,39'uncu maddeler) bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise, olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerindekiler ise bire dönüşür. Doğrudan ifadelerde, dört değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir. Öner'in belirttiğine göre, Spielberger'in durumuna bağlı Durumluk- Sürekli kaygı ölçeğinde;

- 0-19 puan kaygı yok
- 20-39 puan hafif kaygı
- 40-59 puan orta düzeyde kaygı
- 60-79 puan ağır düzeyde
- 80- ve üzeri puan panik olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0,83 ile 0,87 arasında olduğu saptanmıştır (Bilgin ve ark., 2010; Durmuş, 2015; Kartopu, 2012; Öner, 1985; Sargın, 1990; Tercyak ve ark., 2001).

Tablo 1. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeklerine İlişkin Puanların dağılımı

	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach's α
Durumluk kaygı	20-76	38,4±9,34	0,91
Sürekli kaygı	25-81	45,74±9,27	0,83

Durumluluk kaygı ölçeğindeki tüm soruların Cronbach's alpha katsayısı 0,91, sürekli kaygı ölçeğindeki Cronbach's alpha katsayısı ise 0,83 olarak saptandı.

5.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya katılmayı kabul eden primipar gebeler araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklandıktan sonra veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. Veri toplama araçlarının toplam uygulama süresi 20-30 dakika olarak belirlendi.

Sürekli kaygı ölçeği bireyin devamlı kaygısını gösterdiği için primipar gebelere hamilelikten önceki durumları soruldu.

Durumluk kaygı ölçeği o anki kaygısını gösterdiğinden primipar gebelere doğumdan hemen önceki durumları soruldu.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirdi ve verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t Test, ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarda One Way ANOVA kullanıldı. Farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Tukey HSD Test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare Test, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher's Exact Test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan Mega Medipol Üniversitesi Hastanesi ile sınırlı olup, bu hastanenin kadın doğum polikliniğine gelen doğum şekline karar verilen primipar gebelerle sınırlıdır. Örneklem grubunun form ve ölçekleri doğru cevapladığı varsayılmaktadır.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan anket uygulama izin yazısı alındı (Ek.4). Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu kararı (Ek.5) ile anket çalışma izni ile gerekli izinler alındı (Ek.6).

- Araştırma süresince primipar gebelere araştırmanın amacı açıklanarak çalışmaya gönüllü olarak katılmaları sağlandı.
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında başka kimseyle paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **‘sadakât-gizlilik’** ilkesine bağlı kalındı,
- Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımdan istedikleri zaman vazgeçebilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin hakları konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve **‘otonomi’** ilkesine saygı gösterildi,
- **‘Zarar vermeme yarar sağlama’** ilkesine sadık kalınarak hastaların, tıbbi tedavi ve bakım gereksinimlerinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı
- Bütün toplanan formlar araştırmacı tarafından dosyalandı ve hastalara ait kimlik bilgileri gizli tutuldu.

5.9. Araştırmanın Değişkenleri

5.9.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Primipar gebelerin; demografik özellikleri (doğum yeri, yaşanılan yer, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, vb.), gebelik özellikleri (gebelik bilgisi, düşük sayısı, kürtaj varlığı, gebelik sırasında karşılaşılan hastalıklar, vb.), normal doğum veya sezaryan doğumu tercih etme nedenlerine yönelik özellikler (doğum olma kararından etkilenme durumu, daha önce doğum olayına tanıklık etme durumu, çevresinde en çok karşılaştığı doğum şekli, normal doğum tercih etme nedeni, sezaryen doğum tercih etme nedeni vb.).

5.9.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Primipar gebelerin durumluk kaygı puanları ve sürekli kaygı puanlarıdır.

6.BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın amacı doğrultusunda araştırmaya katılan primipar gebelerden toplanan verilerin analizi sonucunda elde ettiğimiz bulgular yer almaktadır. Bulgular dört başlık altında toplandı ve yorumlar yapıldı.

1. Gebelerin Demografik ve Gebelik Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı
2. Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları
3. Normal ve Sezaryen Doğum Tercih Etme Nedenleri
4. Doğum Tercihleri ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

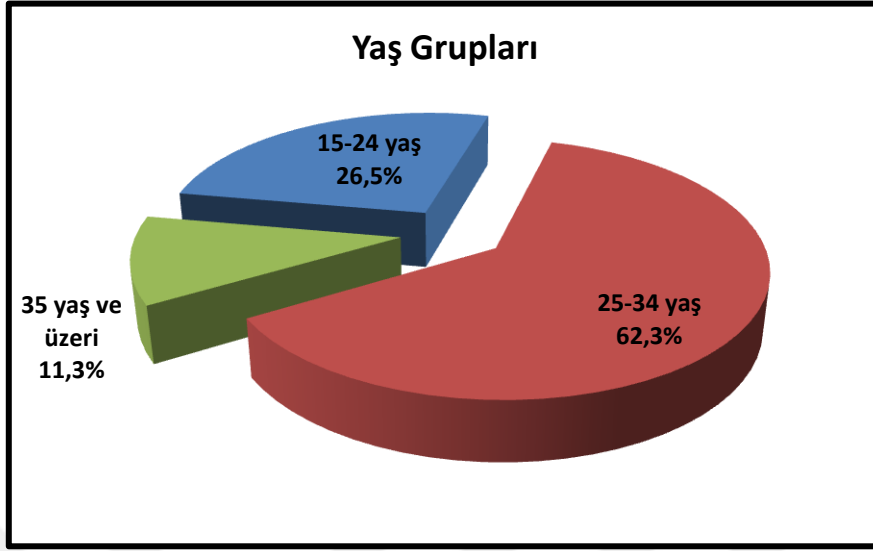


6.1. Gebelerin Demografik ve Gebelik Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı

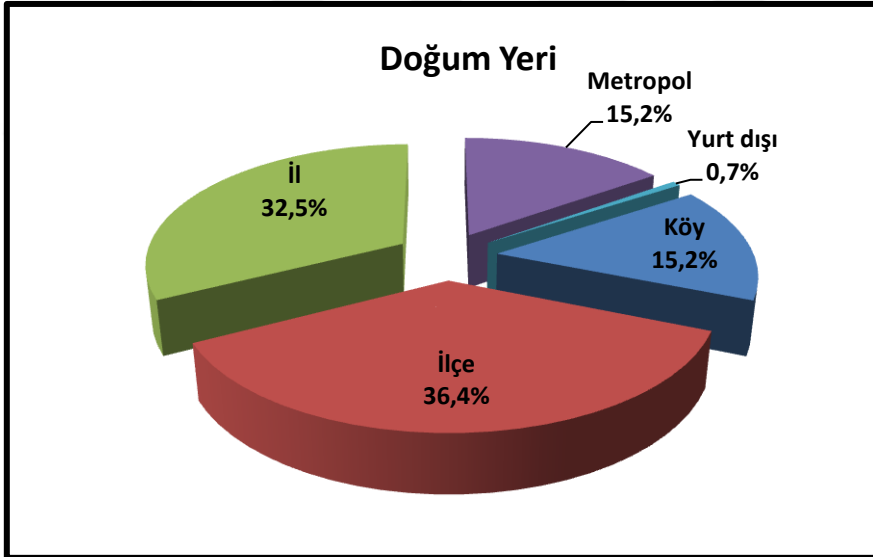
Bu bölümde grupların tanıtıcı özelliklerine ait verilerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

		n	%
Doğum yeri	Köy	23	15,2
	İlçe	55	36,4
	İl	49	32,5
	Metropol	23	15,2
	Yurt dışı	1	0,7
Yaşanılan yer	Köy	3	2
	İlçe	10	6,6
	İl	39	25,8
	Metropol	99	65,6
Yaş grubu	15-24 yaş	40	26,5
	25-34 yaş	94	62,3
	35 yaş ve üzeri	17	11,3
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	0,7
	Okur-yazar	5	3,3
	İlköğretim mezunu	26	17,2
	Lise mezunu	48	31,8
	Ön lisans mezunu	15	9,9
	Üniversite mezunu	47	31,1
	Yüksek lisans ve üzeri	9	6
Çalışma durumu	Çalışıyor	76	50,3
	Çalışmıyor	75	49,7
Medeni durumu	Evli	151	100
Sosyal güvence	Evet	144	95,4
	Hayır	7	4,6
Gelir durumu	Gelir giderden az	22	14,6
	Gelir gidere denk	97	64,2
	Gelir giderden fazla	31	21,2

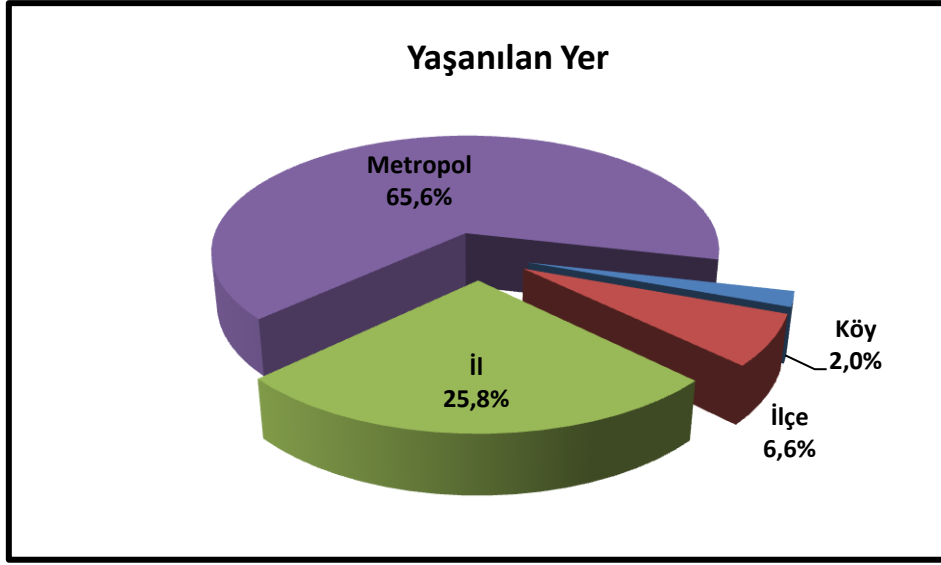
Primipar gebelerin büyük çoğunluğu, %65.6'sının (n=99) metropolde yaşadığı, %62.3'ünün (n=94) 25-34 yaş arasında olduğu, %31.8'inin (n=48) lise mezunu olduğu, %50.3'ünün (n=76) çalıştığı, tamamının (n=151) evli olduğu, %64.2'sinin (n=97) gelirinin giderine denk olduğu saptandı (Grafik 1.), (Grafik 2.), (Grafik 3.), (Grafik 4.), (Grafik 5.).



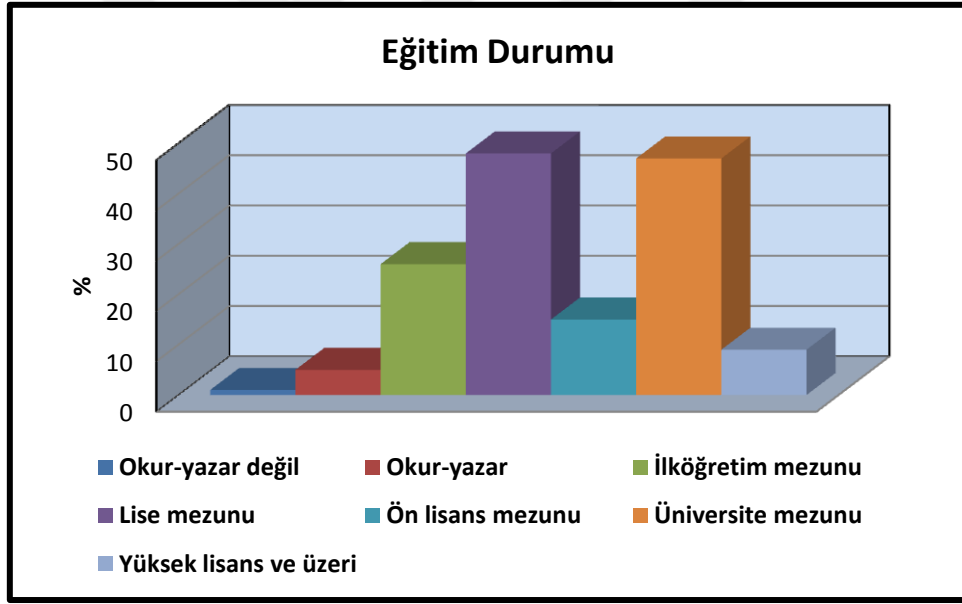
Grafik 1. Primipar Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



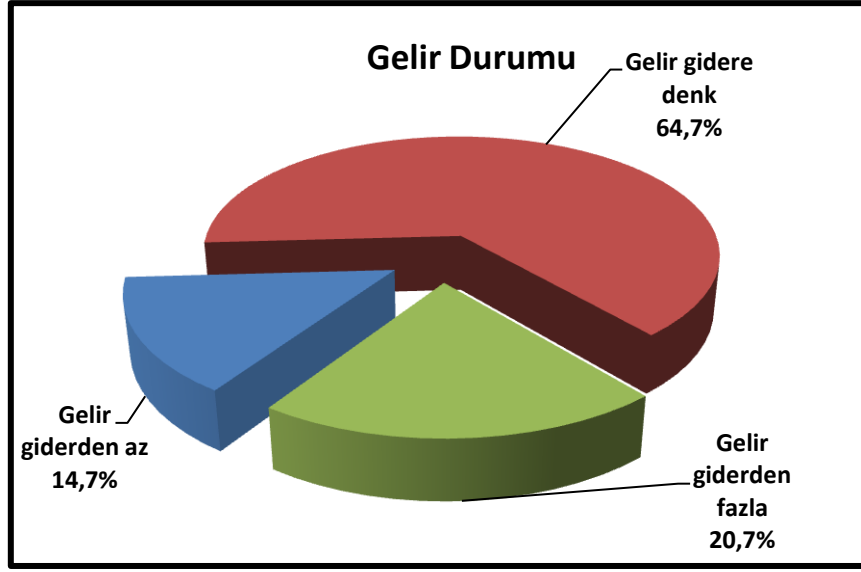
Grafik 2. Primipar Gebelerin Doğum Yerlerine Göre Dağılımı



Grafik 3. Primipar Gebelerin Yaşanılan Yerlere Göre Dağılımı



Grafik 4. Primipar Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı



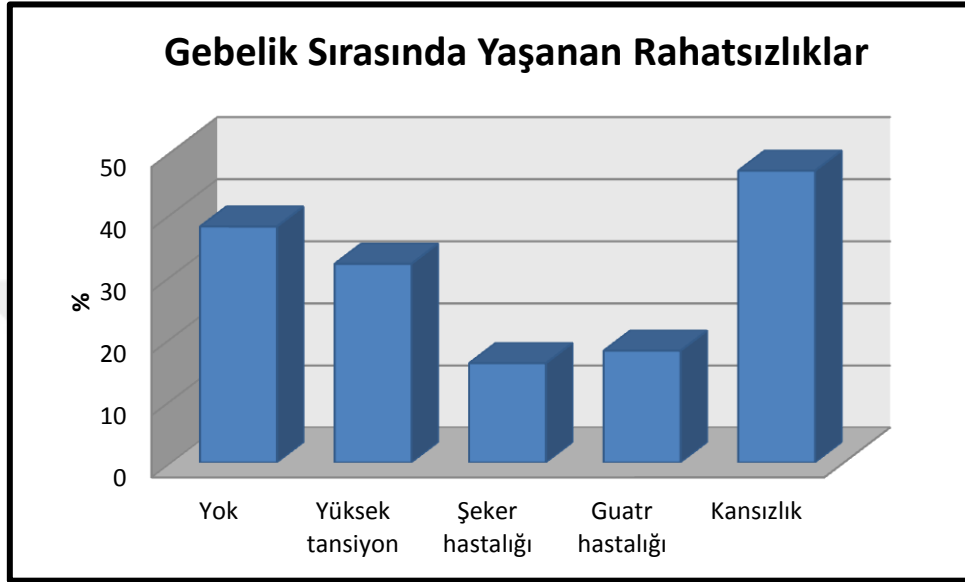
Grafik 5. Primipar Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 6.1.2. Gebelik Hakkında Bilgilerinin Dağılımı (N=151)

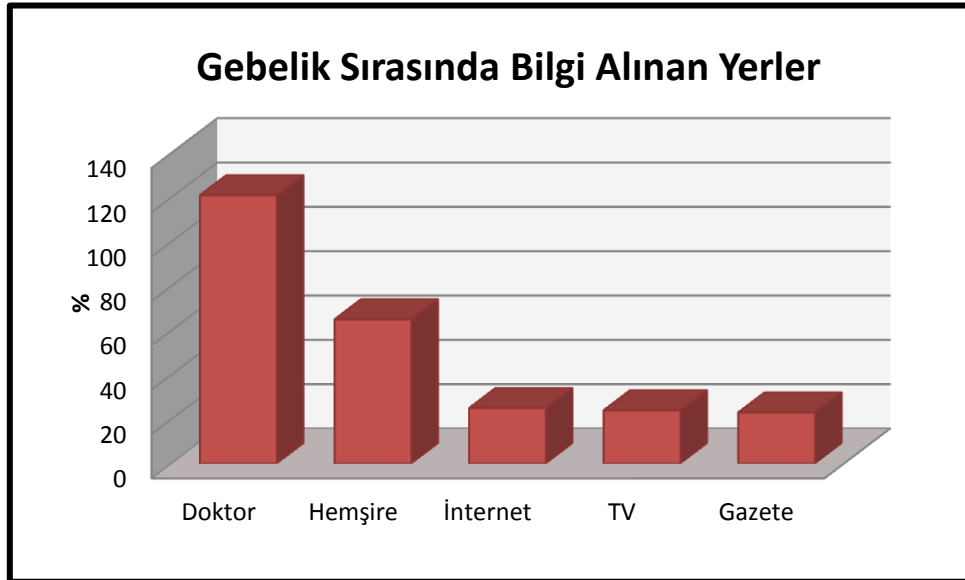
		n	%
Düşük sayısı	Yok	121	80,1
	Bir kez	26	17,2
	İki kez	4	2,6
Daha önce kürtaj olma	Evet	20	13,2
	Hayır	131	86,8
Gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar	Yok	38	25,2
	Yüksek tansiyon	32	21,2
	Şeker hastalığı	16	10,6
	Guatr hastalığı	18	11,9
	Kansızlık	47	31,1
Kendisi veya bebeği için endişe duyma	Evet	123	81,5
	Hayır	28	18,5
Gebelik ile ilgili bilgi alma	Evet	130	86,1
	Hayır	21	13,9
*Evet ise bilgi alınan yer	Doktor	121	80,1
	Hemşire	65	43
	İnternet	25	16,6
	TV	24	15,9
	Gazete	23	15,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Primipar gebelerin %80.1'inin (n=121) düşük yapmadığı, %86.8'inin (n=131) daha önce kürtaj olmadığı, %25.2'sinin (n=38) gebelik sırasında herhangi bir rahatsızlığının olmadığı, %81.5'inin (n=123) kendisi ve bebeği için endişe duyduğu, %86.1'inin (n=130) gebelik ile ilgili bilgi aldığı, %80.1'inin (n=121) bu bilgiyi doktordan aldığı saptandı (Grafik 6.), (Grafik 7.).



Grafik 6. Gebelikte Yaşanan Rahatsızlıkların Dağılımı



Grafik 7. Gebelikte Bilgi Alınan Yerlere Göre Dağılım

6.2. Primipar Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Tablo 6.2.1. Primipar Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Düzeyleri (N=151)

		Normal Doğum (n=100)	Sezaryen (n=51)	Toplam (n=151)
		n (%)	n (%)	n (%)
Durumluk Kaygı	Hafif	58 (%58)	24 (%47,1)	82 (%54,3)
	Orta	40 (%40)	25 (%49)	65 (%43)
	Ağır	2 (%2)	2 (%3,9)	4 (%2,6)
Sürekli Kaygı	Hafif	21 (%21)	13 (%25,5)	34 (%22,5)
	Orta	75 (%75)	35 (%68,6)	110 (%72,8)
	Ağır	4 (%4)	3 (%5,9)	7 (%4,6)

Primipar gebelerin %54,3'ünün (n=82) durumluk kaygı düzeyinin hafif, %72,8'inin (n=110) sürekli kaygı düzeyinin orta derecede olduğu saptandı.

Primipar gebelerden normal doğumu tercih edenlerin %58'inin (n=58) durumluk kaygı düzeyi hafif, %75'inin (n=75) sürekli kaygı düzeyinin orta derecede olduğu saptandı.

Primipar gebelerden sezaryen tercih edenlerin %49'unun (n=25) durumluk kaygı düzeyi orta, %68,6'sının (n=35) sürekli kaygı düzeyinin orta derecede olduğu saptandı.

Tablo 6.2.2. Tercih Edilen Doğum Şekillerine Göre Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (N=151)

Doğum Şekli Tercihi	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS
Normal doğum	20-76	37,91±9,18	25-81	46,36±9,09
Sezaryenle doğum	20-62	39,37±9,66	26-68	44,51±9,58
p	0,365		0,247	

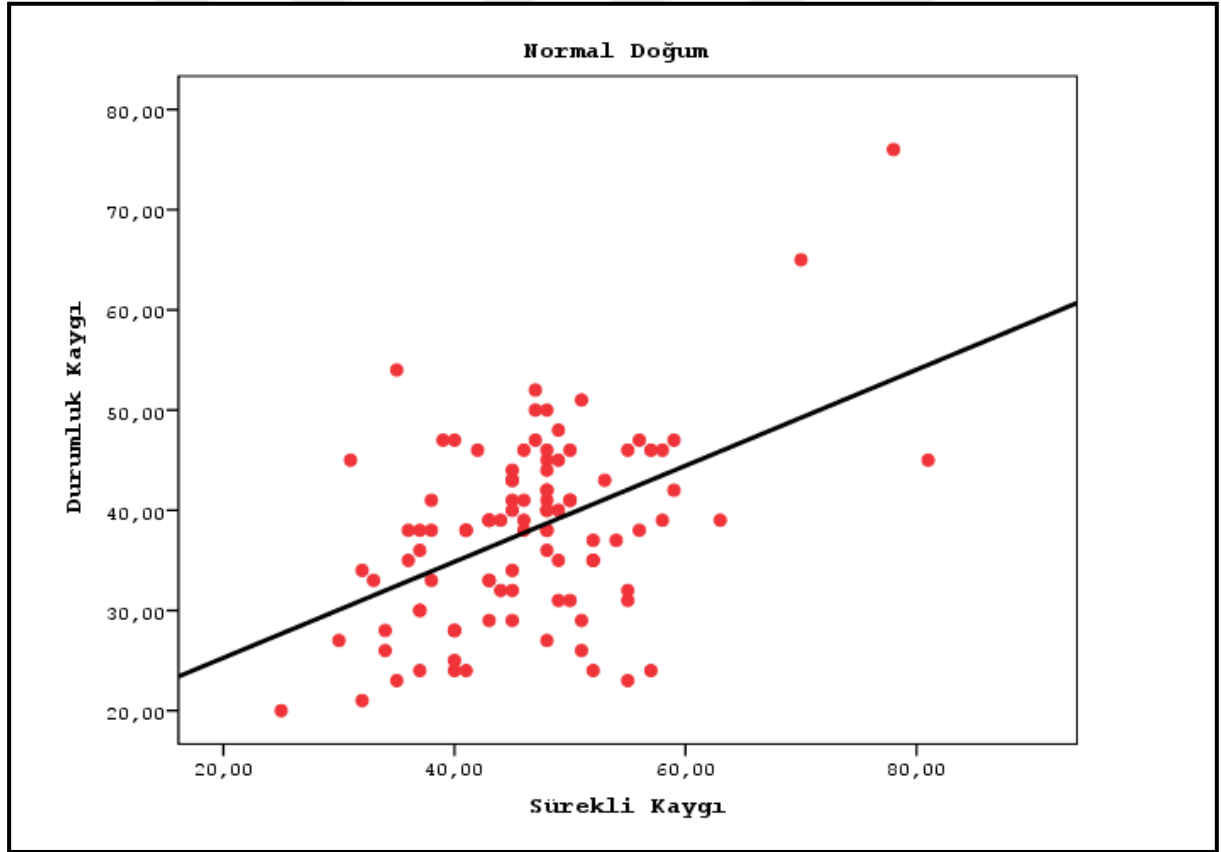
Student t test

Tercih ettikleri doğum şekillerine göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 6.2.3. Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçek Puanlarının Korelasyonları (N=151)

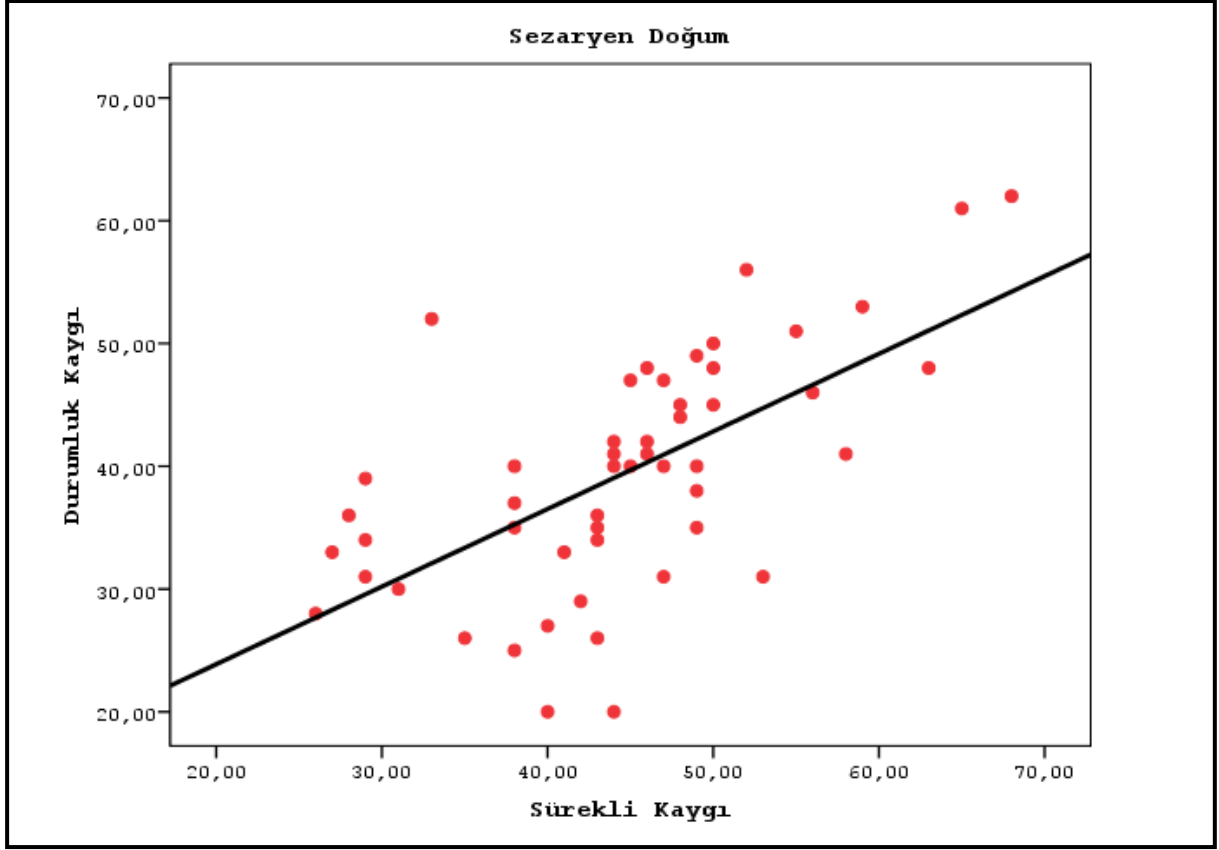
	Doğum Şekli Tercihi	Sürekli Kaygı	
		r	p
Durumluk kaygı	Normal doğum	0,475	0,001**
	Sezaryenle doğum	0,627	0,001**
<i>Pearson Korelasyon Analizi</i>		<i>**p<0.01</i>	

Normal doğumu tercih eden primipar gebelerin durumluk kaygı ile Sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptandı (r:0.475; p:0.001; p<0.01) (Grafik 8.).



Grafik 8. Normal Doğum Tercih Eden Primipar Gebelerde Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının İlişkisi

Sezaryen doğumu tercih eden primipar gebelerin durumluk kaygı ile Sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r:0.627$; $p:0.001$; $p<0.01$) (Grafik 9.).

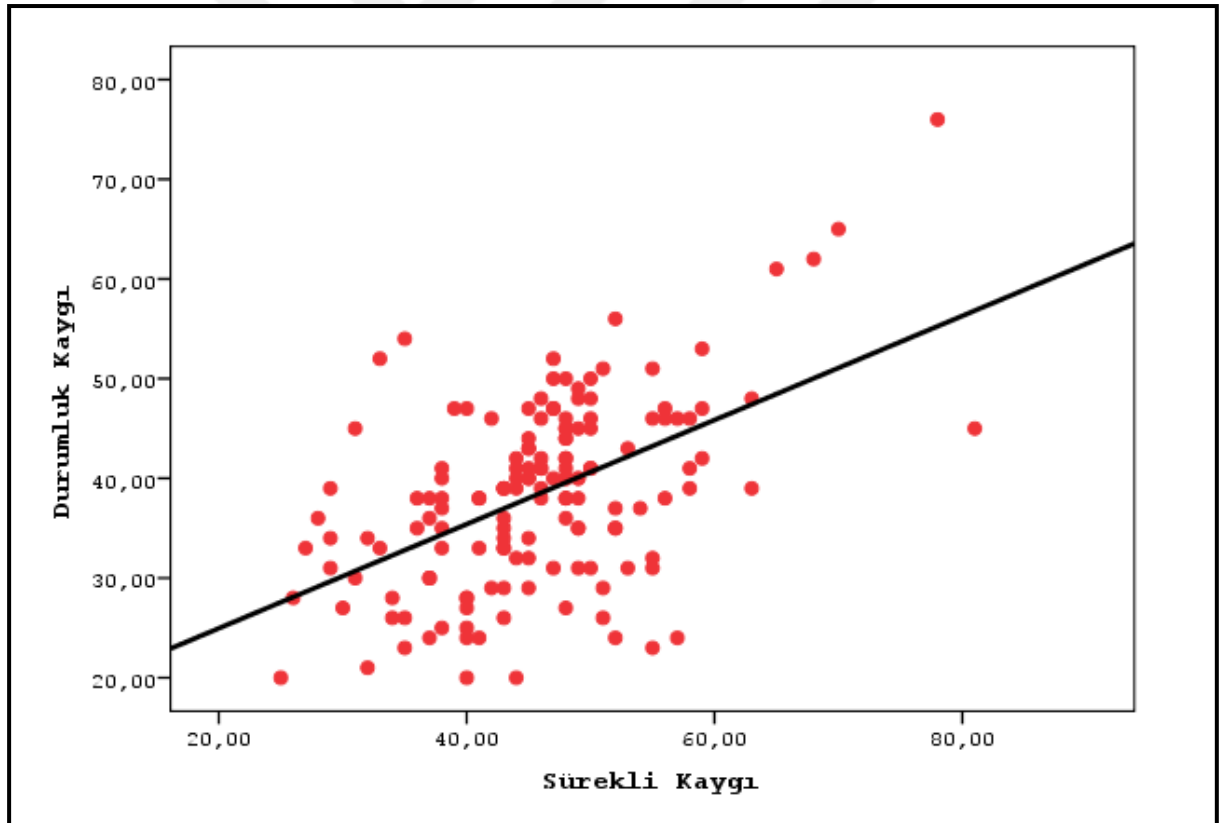


Grafik 9. Sezaryen Doğum Tercih Eden Primipar Gebelerde Durumluk Kaygı Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının İlişkisi

Tablo 6.2.4. Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Korelasyon Değerlendirmesi (N=151)

	Sürekli Kaygı	
Durumluk Kaygı	r	0,518
	p	0,001**
Pearson Korelasyon Analizi		**p<0.01

Durumluk kaygı ile Sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (r:0.518; p:0.001; p<0.01) (Grafik 10.).



Grafik 10. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının İlişkisi

Tablo 6.2.5. Primipar Gebelerin Genel Özelliklere Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (N=151)

		Durumluk Kaygı	F/t	p
		Ort±SS		
Doğum yeri	Köy	39,26±10,81	2,073	¹ 0,106
	İlçe	40,45±9,29		
	İl	37,12±8,47		
	Metropol	35,5±9,04		
Yaşanılan yer	İlçe	44,54±15,02	4,339	¹ 0,015*
	İl	39,69±8,9		
	Metropol	37,09±8,23		
Yaş grubu	15-24 yaş	41,58±11,41	4,471	¹ 0,013*
	25-34 yaş	37,83±8,14		
	35 yaş ve üzeri	34,12±8,28		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	40,44±10,83	2,053	¹ 0,109
	Lise	39,9±8,68		
	Ön lisans	37,6±7,5		
	Lisans ve üzeri	36,18±9,14		
Çalışma durumu	Çalışıyor	36,32±8,51	-2,830	² 0,005**
	Çalışmıyor	40,52±9,72		
Gelir durumu	Gelir giderden az	43,09±10,37	4,911	¹ 0,009**
	Gelir gidere denk	38,4±8,54		
	Gelir giderden fazla	35,19±9,84		

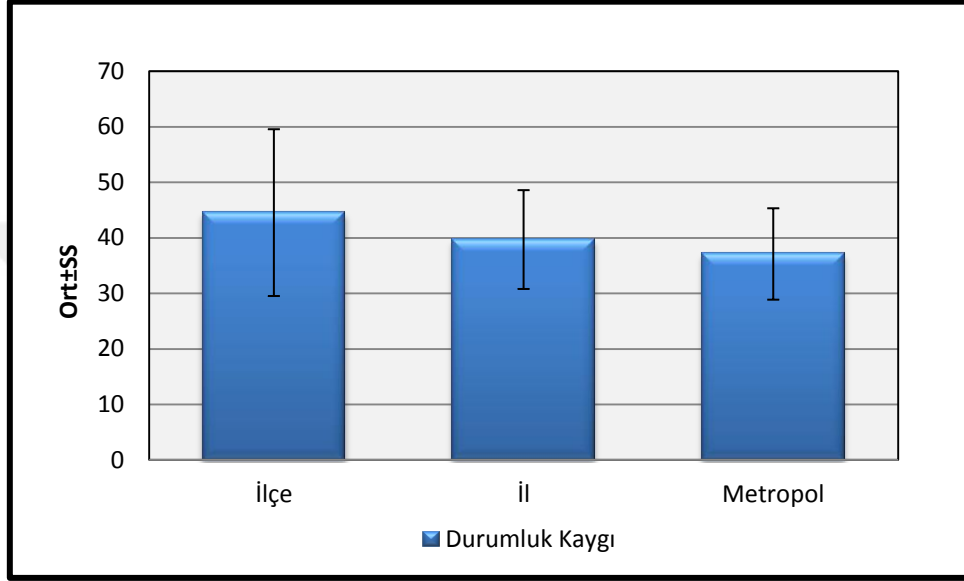
¹One Way ANOVA

²Student t Test

*p<0.05

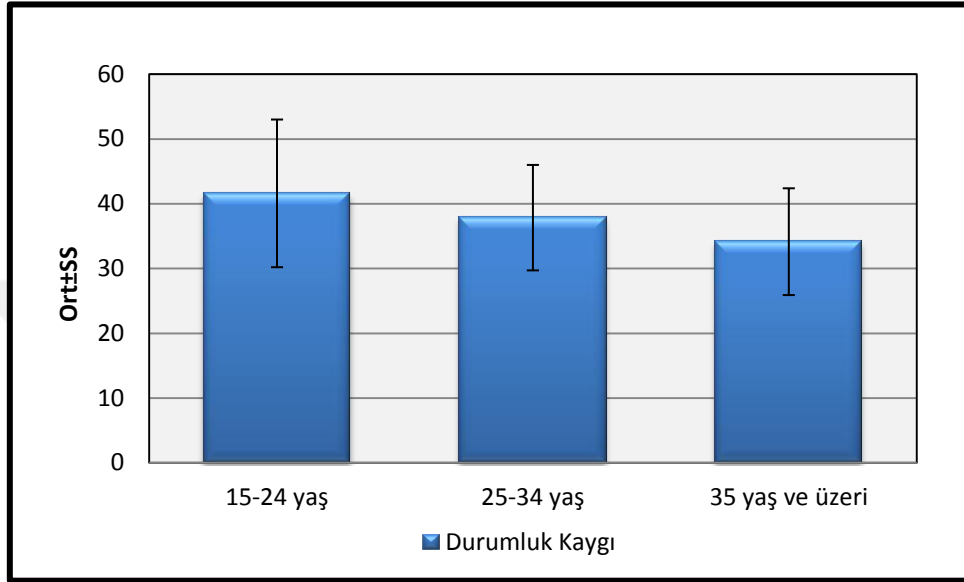
**p<0.01

Yaşanılan yerler arasında durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.015$; $p<0.05$). Farklılığın hangi yerden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilçede yaşayan primipar gebelerin durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması, metropolde yaşayan primipar gebelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p:0.018$; $p<0.01$). (Tablo 6.2.5.) (Grafik 11.).



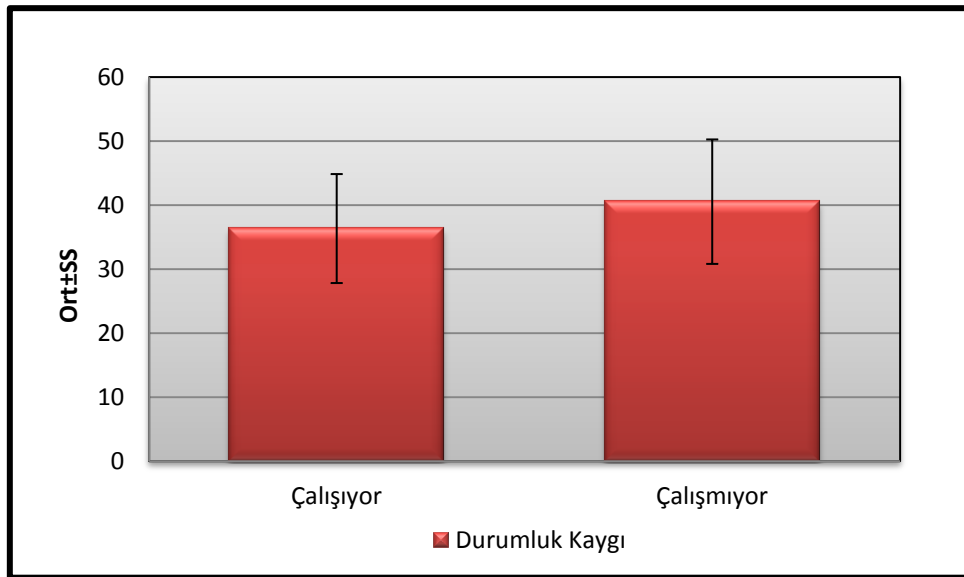
Grafik 11. Yaşanılan Yerlere Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Yaş grupları arasında durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.013$; $p<0.05$). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 15-24 yaş arasındaki primipar gebelerin durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması, 35 yaş ve üzeri primipar gebelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (0.015 ; $p<0.05$) (Grafik 12.).



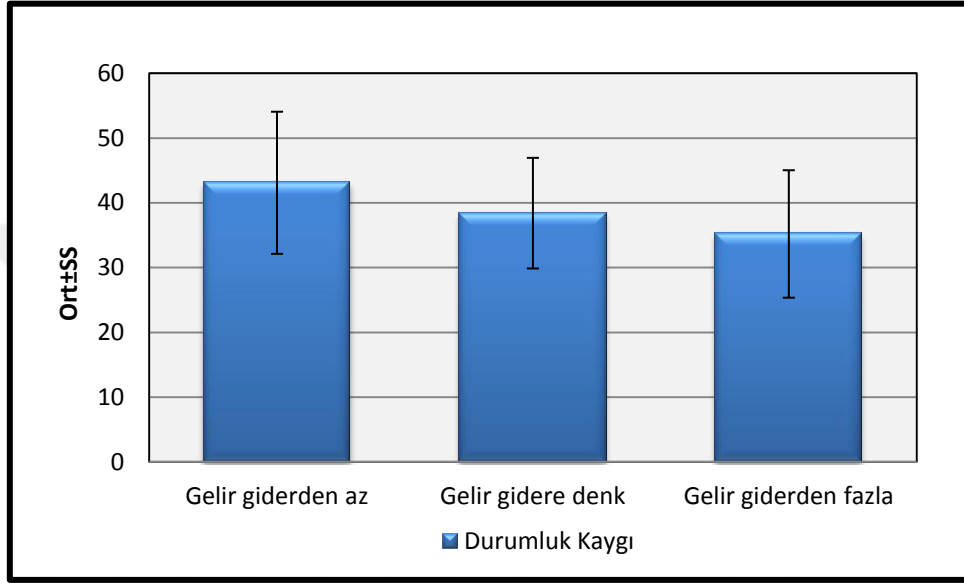
Grafik 12. Yaş Gruplarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Çalışmayan primipar gebelerin durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması, çalışan primipar gebelerden istatistiksel olarak ileri derecede yüksek olduğu saptandı ($p:0.005$; $p<0.01$) (Grafik 13.).



Grafik 13. Çalışma Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Gelir durumları arasında durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.009$; $p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden az olan primipar gebelerin durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması, geliri giderinden fazla olan primipar gebelerden ileri derecede yüksek olduğu saptandı ($p:0.006$; $p<0.01$) (Grafik 14.).



Grafik 14. Gelir Durumlarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Tablo 6.2.6. Primipar Gebelerin Genel Özellikleri İle Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=151)

		Sürekli Kaygı	F/t	p
		Ort±SS		
Doğum yeri	Köy	49,65±7,95	6,316	¹ 0,001**
	İlçe	48,18±9,71		
	İl	43,47±8,89		
	Metropol	41±7,05		
Yaşanılan yer	İlçe	49,38±13,31	2,087	¹ 0,128
	İl	47,13±7,19		
	Metropol	44,71±9,28		
Yaş grubu	15-24 yaş	48,68±11,92	2,906	¹ 0,058
	25-34 yaş	44,51±7,79		
	35 yaş ve üzeri	45,59±8,7		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	49,94±8,55	7,007	¹ 0,001**
	Lise	47,92±9,11		
	Ön lisans	43,2±6,84		
	Lisans ve üzeri	42,14±9		
Çalışma durumu	Çalışıyor	43,96±9,22	-2,406	² 0,017*
	Çalışmıyor	47,53±9,03		
Gelir durumu	Gelir giderden az	52,5±8,73	10,481	¹ 0,001**
	Gelir gidere denk	45,62±8,6		
	Gelir giderden fazla	41,44±9,14		

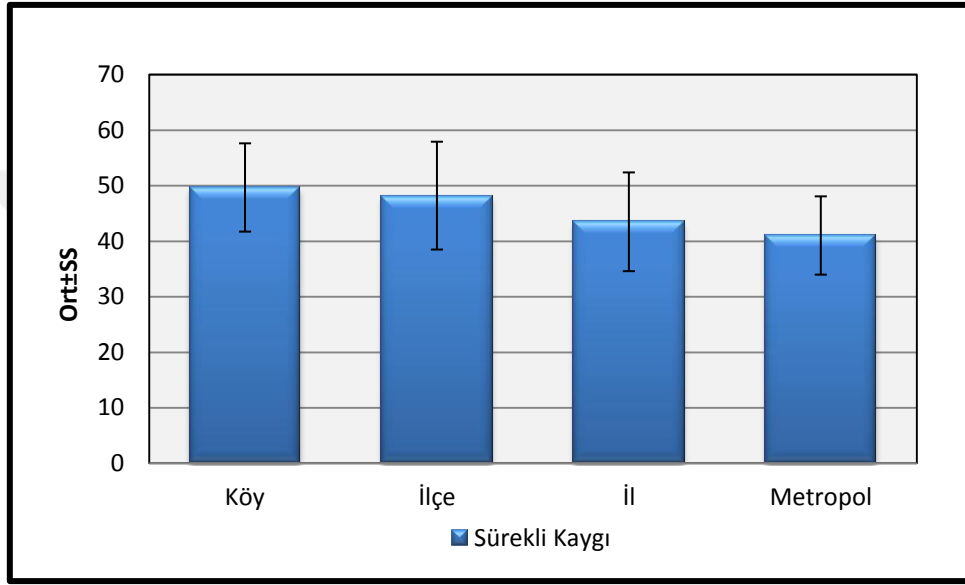
¹One Way ANOVA

²Student t Test

*p<0.05

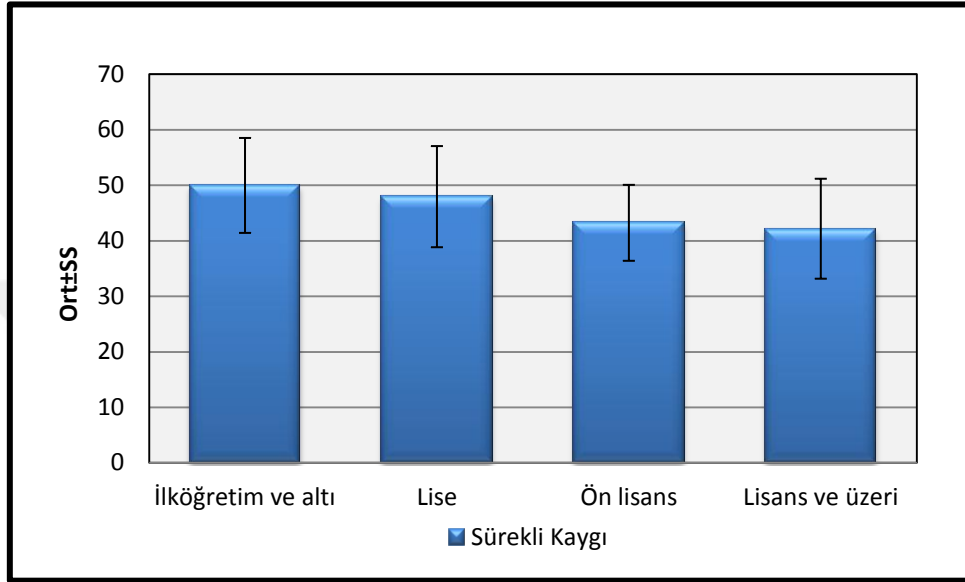
**p<0.01

Doğum yerleri arasında sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi yerden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; köyde doğan primipar gebelerin sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, il ($p:0.031$) ve metropolde ($p:0.005$) doğan primipar gebelerden anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0.05$; $p<0.01$). İlçede doğan primipar gebelerin sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, il ($p:0.036$) ve metropolde ($p:0.006$) doğan primipar gebelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$; $p<0.01$). (Grafik 15.).



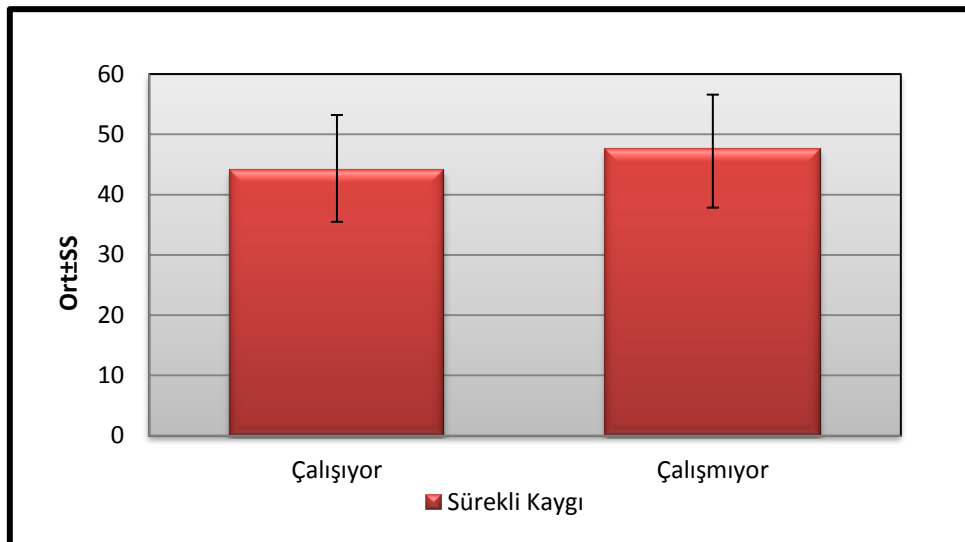
Grafik 15. Doğum Yerlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Eğitim durumları arasında sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi eğitim durumundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; lisans mezunu ve üzeri olan primipar gebelerin sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, ilköğretim mezunu ve altı ($p:0.001$) ve lise mezunu ($p:0.006$) primipar gebelerden anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.01$). (Grafik 16.).



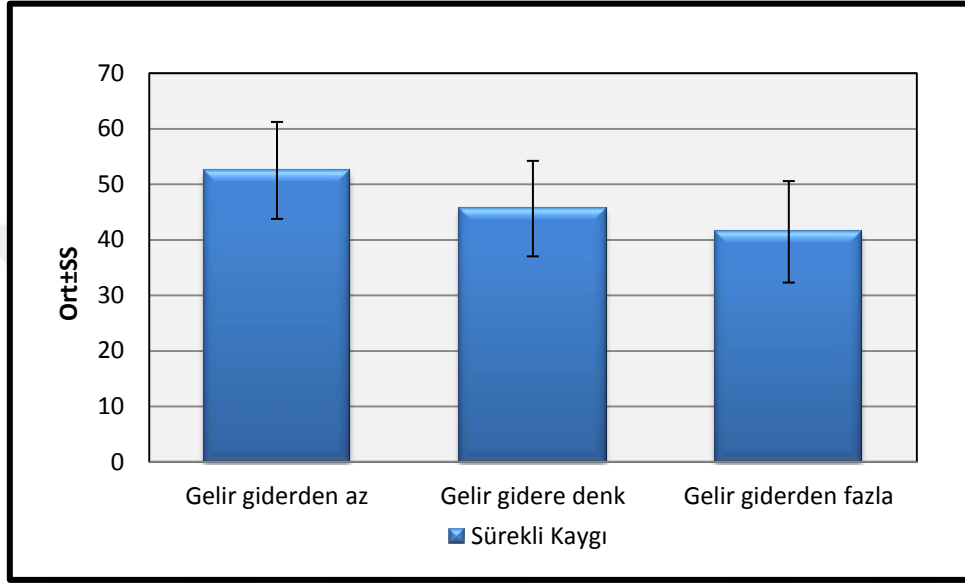
Grafik 16. Eğitim Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Çalışmayan primipar gebelerin sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, çalışan primipar gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0.017$; $p<0.05$). (Grafik 17).



Grafik 17. Çalışma Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Gelir durumları arasında sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden az olan primipar gebelerin sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, geliri giderine denk ($p:0.003$) ve geliri giderinden fazla ($p:0.001$) olan primipar gebelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0.01$). (Grafik 18.).



Grafik 18. Gelir Durumlarına Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Tablo 6.2.7. Primipar Gebelerin Diğer Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=151)

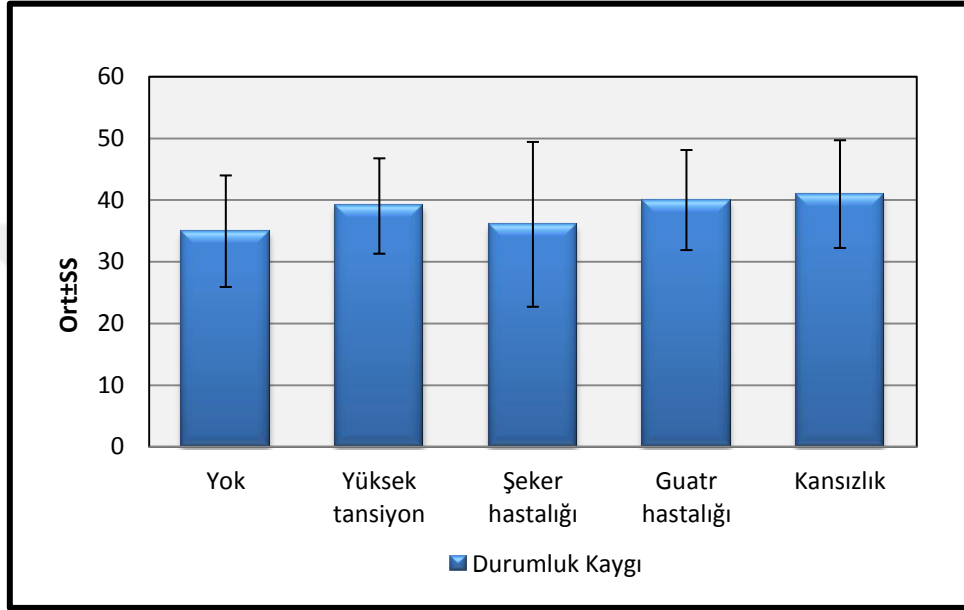
		Durumluk Kaygı	t/F	p
		Ort±SS		
Düşük görülme	Evet	39,33±7,24	0,608	¹ 0,544
	Hayır	38,17±9,8		
Daha önce kürtaj olma	Evet	38,35±12,39	-0,028	¹ 0,978
	Hayır	38,41±8,84		
Gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar	Yok	34,95±9,04	2,717	²0,032*
	Yüksek tansiyon	39,03±7,73		
	Şeker hastalığı	36,06±13,36		
	Guatr hastalığı	40±8,11		
	Kansızlık	40,96±8,73		
Kendisi veya bebeği için endişe duyma	Evet	38,98±9,47	1,584	¹ 0,115
	Hayır	35,89±8,43		
Gebelik ile ilgili bilgi alma	Evet	38,38±9,64	-0,088	¹ 0,930
	Hayır	38,57±7,42		
Daha önce doğum olayına tanıklık etme	Evet	37,51±11,98	-0,705	¹ 0,483
	Hayır	38,83±7,8		
Çevrede en sık karşılaşılan doğum şekli	Normal doğum	38,7±10,55	0,253	¹ 0,800
	Sezaryenle doğum	38,28±8,81		
Tercih edilen doğum şekli	Normal doğum	37,91±9,18	-0,910	¹ 0,365
	Sezaryenle doğum	39,37±9,66		

¹Student t Test

²One Way ANOVA

*p<0.05

Gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar arasında durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.032$; $p<0.05$). Farklılığın hangi rahatsızlıktan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; gebelik sırasında yüksek tansiyon yaşayan primipar gebeler durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması, gebelik sırasında herhangi bir rahatsızlık yaşamayan primipar gebelerden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p:0.025$; $p<0.05$). (Grafik 19.).



Grafik 19. Gebelik Sırasında Yaşanan Rahatsızlıklara Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Tablo 6.2.8. Gebelerin Diğer Özellikleri ile Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=151)

		Sürekli Kaygı	t/F	p
		Ort±SS		
Düşük görülme	Evet	46,7±7,58	0,636	¹ 0,526
	Hayır	45,5±9,66		
Daha önce kürtaj olma	Evet	50,45±11,04	2,484	¹ 0,014*
	Hayır	45,02±8,8		
Gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar	Yok	39,18±7,31	7,606	² 0,001**
	Yüksek tansiyon	48,69±8,14		
	Şeker hastalığı	46,69±11,23		
	Guatr hastalığı	48±6,42		
	Kansızlık	47,83±9,37		
Kendisi veya bebeği için endişe duyma	Evet	46,59±9,44	2,400	¹ 0,018*
	Hayır	42±7,57		
Gebelik ile ilgili bilgi alma	Evet	45,45±9,65	-0,953	¹ 0,342
	Hayır	47,52±6,29		
Daha önce doğum olayına tanıklık etme	Evet	47,88±9,8	1,988	¹ 0,049*
	Hayır	44,71±8,87		
Çevrede en sık karşılaşılan doğum şekli	Normal doğum	45,52±9,39	-0,187	¹ 0,852
	Sezaryenle doğum	45,83±9,26		
Tercih edilen doğum şekli	Normal doğum	46,36±9,09	1,161	¹ 0,247
	Sezaryenle doğum	44,51±9,58		

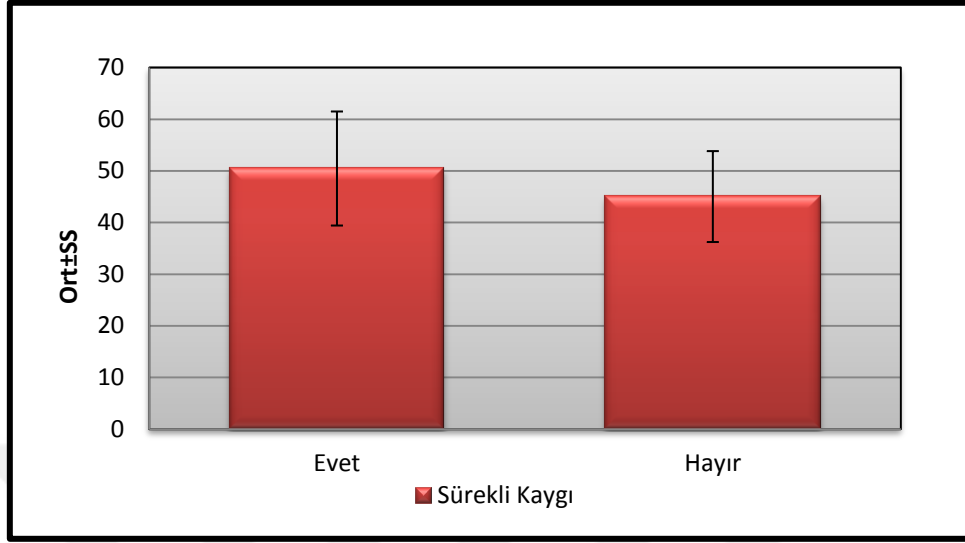
¹Student t Test

²One Way ANOVA

*p<0.05

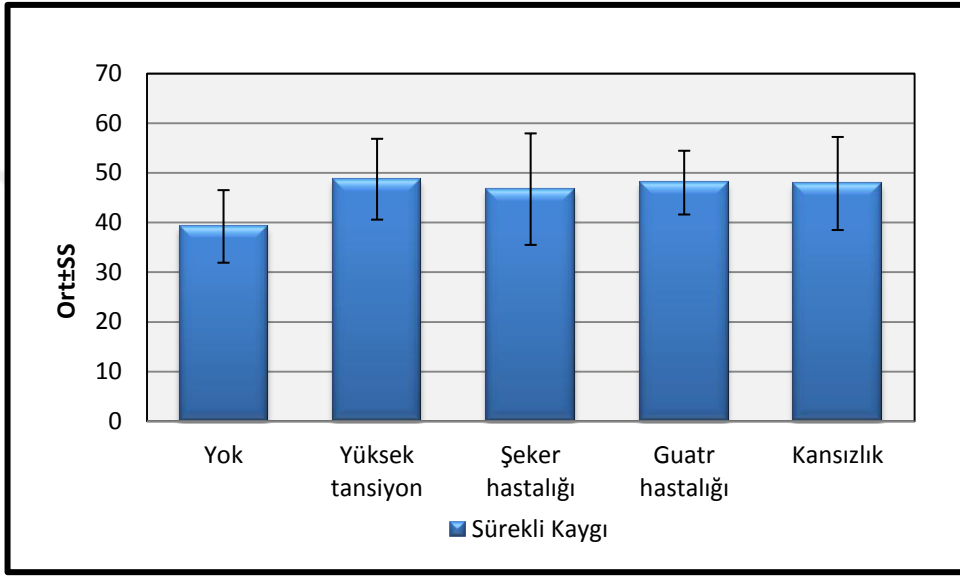
**p<0.01

Daha önce kürtaj olan primipar gebelerin sürekli kaygı leği puan ortalaması, daha önce kürtaj olmayan primipar gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0.014$; $p<0.05$). (Grafik 20.).



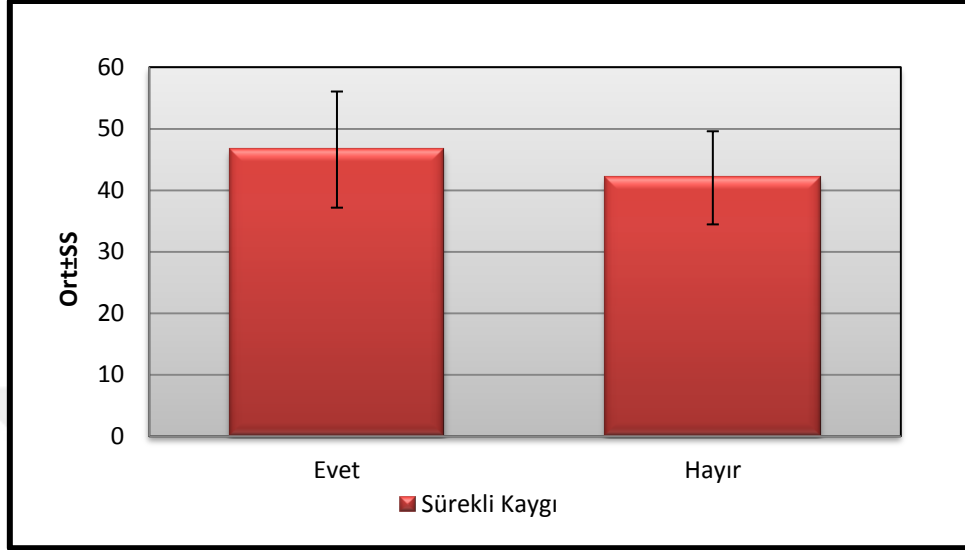
Grafik 20. Daha nce Kürtaj Olma Durumlarına Göre Sürekli Kaygı leği Puanları

Gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar arasında sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.001$; $p<0.01$). Farklılığın hangi rahatsızlıktan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; herhangi bir rahatsızlık yaşamayan primipar gebelerin sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, yüksek tansiyonu ($p:0.030$), guatr hastalığı ($p:0.004$) ve kansızlığı ($p:0.001$) olan primipar gebelerden anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.05$; $p<0.01$). (Grafik 21.).



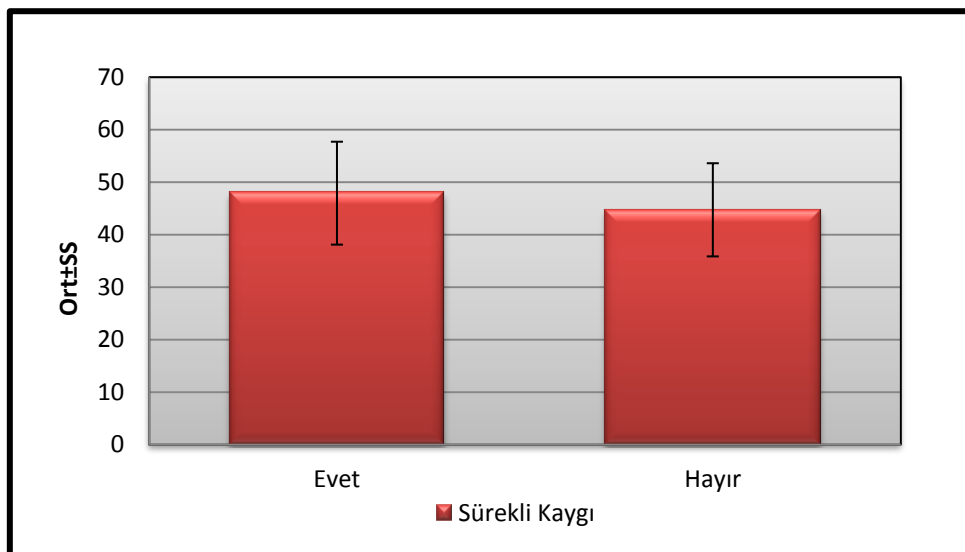
Grafik 21. Gebelik Sırasında Yaşanan Rahatsızlıklara Göre Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Kendisi veya bebeği için endişe duyan primipar gebelerin sürekli kaygı leği puan ortalaması, endişe duymayan primipar gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0.018$; $p<0.05$). (Grafik 22.).



Grafik 22. Kendisi veya Bebeği İçin Endişe Duyma Durumlarına Göre Sürekli Kaygı leği Puanları

Daha önce doğum olayına tanıklık eden primipar gebelerin sürekli kaygı leği puan ortalaması, tanıklık etmeyen primipar gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0.049$; $p<0.05$). (Grafik 23.).



Grafik 23. Daha nce Doğum Olayına Tanıklık Etme Durumlarına Göre Sürekli Kaygı leği Puanları

6.3.Normal ve Sezaryen Doğum Tercih Etme Nedenleri

Tablo 6.3.1. Primipar Gebelerin Normal ve ya Sezaryen Doğumu Tercih Etme Nedenlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=151)

		n	%
Doğum kararı alırken etkilenilen kişiler	Eş	11	7,3
	Anne	10	6,6
	Kayınvalide	11	7,3
	Akraba	3	2
	Doktor	81	53,6
	Çevre	9	6
	Kendisi	26	17,2
Daha önce doğum olayına tanıklık etme	Evet	49	32,5
	Hayır	102	67,5
Çevrede en sık karşılaşılan doğum şekli	Normal doğum	45	30,5
	Sezaryenle doğum	105	69,5
*Normal doğum tercih etme nedenleri	Mahalle baskısı	2	1,4
	Anestezi veya ameliyat korkusu	15	9,9
	Erken iyileşmek ve eve daha çabuk gitme isteği	50	33,1
	Daha sağlıklı ve iyi olduğu için	110	72,8
*Sezaryen doğum tercih etme nedenleri	Ağrı çekmemek için	74	49
	Doğum zamanının önceden belirlenme şansı olduğu için	22	14,6
	Normal doğum korkusu	69	45,7
	Tüplerini bağlatma isteği	1	0,7
	İleri yaş	9	6
*Günümüzde insanları sezaryene yönelten nedenler	Bebeklerin daha sağlıklı doğacağına inanılması	5	3,3
	Teknolojinin ilerlemesi ve daha rahat bir doğumun sağlanması	94	62,3
	Ailelerin düşünce ve fikirlerinin değişmesi	9	6
	Psikolojik baskının olması	9	6
	Hepsi	34	22,5

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Primipar gebelerin %53.6'sının (n=81) doğum kararı alırken doktorlardan etkilendiği, %67.5'inin (n=102) daha önce doğum olayına tanıklık etmediği, %59.5'inin (n=105) çevresinde en sık karşılaştığı doğum şeklinin sezaryen olduğu, %72.8'inin (n=110) daha sağlıklı ve iyi olduğu için normal doğumu tercih ettiği, %49'unun (n=74) ağrı çekmemek için sezaryen doğumu tercih ettiği ve %62.3'ünün (n=94) teknolojinin ilerlemesi ve daha rahat bir doğumun sağlanabilmesi nedeniyle günümüzde insanların sezaryen doğuma yöneldiğini düşündüğü saptandı.

6.4. Doğum Tercihleri İle Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 6.4.1. Primipar Gebelerin Demografik Özellikleri İle Doğum Tercihlerinin Karşılaştırılması (N=151)

		Tercih Edilen Doğum Şekli		χ^2	p
		Normal Doğum (n=100)	Sezaryen Doğum (n=51)		
		n (%)	n (%)		
Doğum yeri	Köy	17 (%73,9)	6 (%26,1)	3,679	0,298
	İlçe	37 (%67,3)	18 (%32,7)		
	İl	34 (%69,4)	15 (%30,6)		
	Metropol	12 (%50)	12 (%50)		
Yaşanılan yer	İlçe	9 (%69,2)	4 (%30,8)	0,140	0,933
	İl	25 (%64,1)	14 (%35,9)		
	Metropol	66 (%66,7)	33 (%33,3)		
Yaş grubu	15-24 yaş	31 (%77,5)	9 (%22,5)	3,856	0,145
	25-34 yaş	60 (%63,8)	34 (%36,2)		
	35 yaş ve üzeri	9 (%52,9)	8 (%47,1)		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	24 (%75)	8 (%25)	2,778	0,427
	Lise	32 (%66,7)	16 (%33,3)		
	Ön lisans	11 (%73,3)	4 (%26,7)		
	Lisans ve üzeri	33 (%58,9)	23 (%41,1)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	48 (%63,2)	28 (%36,8)	0,397	0,529
	Çalışmıyor	52 (%69,3)	23 (%30,7)		
Sosyal güvence	Evet	96 (%66,7)	48 (%33,3)	0,271	0,689
	Hayır	4 (%57,1)	3 (%42,9)		
Gelir durumu	Gelir giderden az	16 (%72,7)	6 (%27,3)	9,173	0,011*
	Gelir gidere denk	70 (%72,2)	27 (%27,8)		
	Gelir giderden fazla	14 (%43,8)	18 (%56,3)		

*Ki-Kare Test, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher's Exact Test kullanıldı.

*p<0.05

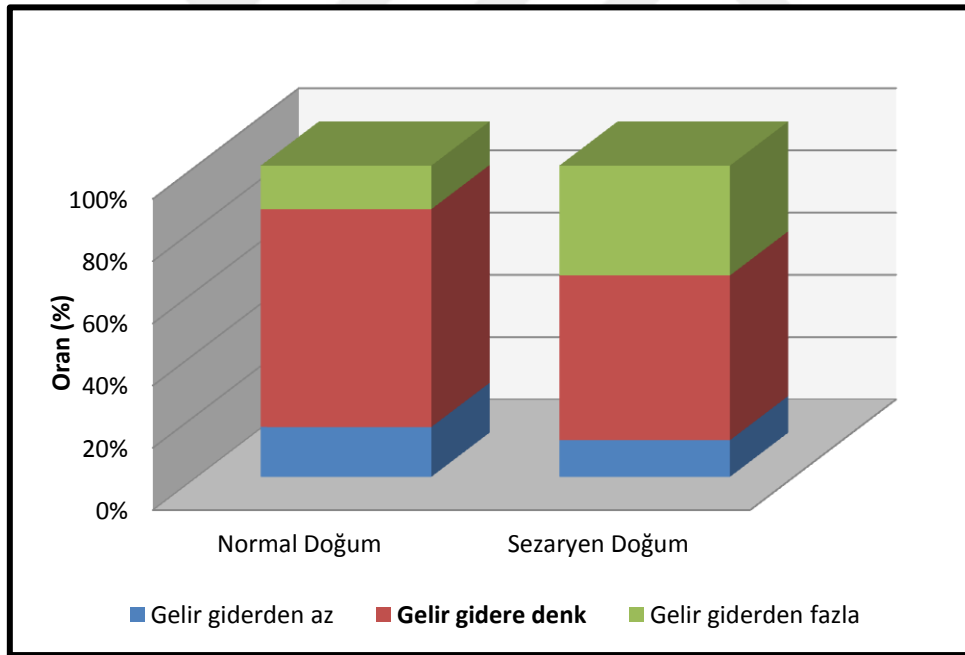
Primipar gebelerin %66,2'sinin (n=100) normal doğumu tercih ettikleri, %33,8'inin ise (n=51) sezaryen doğumu tercih ettikleri saptandı.

Primipar gebelerden köyde doğanların %73,9'unun (n=17), metropolde yaşayanların %66,7'sinin (n=66), 15-24 yaş arasında olanların %77,5'inin (n=31), lisans mezunu ve üzeri olanların %58,9'unun (n=33), herhangi bir işte çalışmayanların %69,3'ünün (n=52), sosyal

güvencesi olanların %66,7'sinin (n=96) ve geliri giderine denk olanların %72,2'sinin (n=70) normal doğumu tercih ettikleri saptandı.

Primipar gebelerden metropolde doğanların %50'sinin (n=12), ilde yaşayanların %35,9'unun (n=14), 25-34 yaş arasında olanların %36,2'sinin (n=34), lisans mezunu ve üzeri olanların %41,1'inin (n=23), bir işte çalışanların %36,8'inin (n=28), sosyal güvencesi olmayanların %30,7'sinin (n=23) ve geliri giderinden fazla olanların %56,3'ünün (n=18) sezaryenle doğumu tercih ettikleri saptandı.

Gelir durumları ile tercih edilen doğum şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p:0.011$; $p<0.05$). Farklılığın hangi gelir durumundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden fazla olan primipar gebelerde tercih edilen doğum şeklinin sezaryen doğum görülme oranı (%56.3), geliri giderine denk olan primipar gebelerden (%27.8) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p:0.007$; $p<0.01$). (Grafik 24.).



Grafik 24. Gelir Durumlarına Göre Doğum Şekilleri

Tablo 6.4.2. Primipar Gebelerin diğer özellikleri ile tercih edilen doğum şekillerinin karşılaştırılması (N=151)

		Tercih Edilen Doğum Şekli		χ^2	p
		Normal Doğum	Sezaryen		
		(n=100)	Doğum (n=51)		
		n (%)	n (%)		
Düşük sayısı	Yok	78 (%64,5)	43 (%35,5)	1,969	0,374
	Bir kez	20 (%76,9)	6 (%23,1)		
	İki kez	2 (%50)	2 (%50)		
Daha önce kürtaj olma	Evet	14 (%70)	6 (%30)	0,017	0,897
	Hayır	86 (%65,6)	45 (%34,4)		
Gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar	Yok	26 (%68,4)	12 (%31,6)	3,196	0,526
	Yüksek tansiyon	19 (%59,4)	13 (%40,6)		
	Şeker hastalığı	10 (%62,5)	6 (%37,5)		
	Guatr hastalığı	10 (%55,6)	8 (%44,4)		
	Kansızlık	35 (%74,5)	12 (%25,5)		
Kendisi veya bebeği için endişe duyma	Evet	80 (%65)	43 (%35)	0,180	0,672
	Hayır	20 (%71,4)	8 (%28,6)		
Gebelik ile ilgili bilgi alma	Evet	85 (%65,4)	45 (%34,6)	0,087	0,768
	Hayır	15 (%71,4)	6 (%28,6)		
Daha önce doğum olayına tanıklık etme	Evet	33 (%67,3)	16 (%32,7)	0,001	0,985
	Hayır	67 (%65,7)	35 (%34,3)		
Çevrede en sık karşılaşılan doğum şekli	Normal doğum	36 (%78,3)	10 (%21,7)	3,545	0,060
	Sezaryenle doğum	64 (%61)	41 (%39)		

Ki-Kare Test ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı.

Primipar gebelerin diğer özellikleri ile tercih edilen doğum şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Primipar gebelerin doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, 151 primipar gebenin katılımıyla gerçekleştirildi. Veri toplamak amacıyla, Durumluk Kaygı Ölçeği- Sürekli Kaygı Ölçeği kullanıldı.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında herkese sağlık hedefleri belirlediği toplum sağlığı planları kapsamında, bir toplumdaki sezaryen oranının %15'in üzerinde olmaması hedefi konmuştur (Çakmak ve ark., 2014; Gözükara ve Eroğlu., 2008). Ancak ülkemizdeki istatistiklere bakıldığından Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konudaki hedefini karşılamada yetersiz kaldığı görülmektedir. 2003 yılında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporuna göre son beş yıl içinde ülkemizde dünyaya gelen bebeklerin %21'i sezaryen ile doğmuşken, bu oranın 2008 yılında %36,7'ye çıktığı dikkati çekmektedir (Çakmak ve ark. 2014). TNSA'nın 2013 yılı verilerine göre ise sezaryen oranı %48'e ulaşmıştır (TNSA, 2013). Bu anlamda kadınların tıbbi endikasyon olmaksızın sezeryan ile doğumu tercih etme nedenleri incelenmeli ve hemşirelerin gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimlerinde araştırma bulguları ile hareket ederek etkin rol alması önemlidir. Bu bağlamda bu çalışma primipar gebelerin doğum kaygıları ile doğum tercihlerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi ve çalışmadan elde edilen sonuçlar literatür bulguları ile tartışıldı.

7.1. Gebelerin Demografik ve Gebelik Hakkındaki Bilgilerinin Tartışılması

Primipar gebelerin %36,4'ünün (n=55) ilçede ve %32,5'inin (n=49) ilde doğmuş olduğu, %65,6'sının (n=99) metropolde ve %25,8'inin (n=39) ilde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 6.1.1). Bu bulgular, çalışmanın bir metropol şehirde (İstanbul) yürütülmesi ile paralel olarak katılımcıların yaşamlarını büyük şehirlerde sürdürmeye devam ediyor olduğunu göstermektedir.

Örnekleme oluşturan primiparların %62,3'ü 25-34 yaş arasındadır (Tablo 6.1.1) ve bu dağılımın Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2014 yılı yaşa özel doğurganlık hızı verileri ile de paralel olduğu dikkati çekmektedir. Bu verilere göre en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda görülmektedir ve 2009 yılından bu yana bu oran artmıştır (TÜİK, 2014).

Primipar gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında %31,8'inin (n=48) lise ve %31,1'inin (n=47) üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 6.1.1). Bu bulgunun çalışmanın metropolde yürütülmüş olması, örneklemin çoğunun il veya ilçede yaşaması ve 25-29 yaş arasında olması ile paralel olduğu dikkati çekmektedir.

Örneklemin %49,7'sinin (n=75) çalışmadığı ve %64,2'sinin (n=97) ailenin ekonomik durumunu geliri giderine denk olarak tanımladığı görülmektedir (Tablo 6.1.1). Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde; primipar gebelerin yaklaşık yarısının çalışmıyor olması ile ekonomik durumlarının birbiri ile paralellik göstermektedir.

Örnekleme oluşturan primiparların %17,2'sinin (n=26) daha önce bir kere ve %2,6'sının (n=4) ise daha önce iki kere düşük yaptığı; kürtaj oranının ise %13,2 (n=20) olduğu görülmektedir (Tablo 6.1.2). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013 verilerinde ise düşük ve ölü doğum oranının %18,7 olduğu bildirilmektedir (TNSA, 2013). Bu bağlamda bu çalışmada elde edilen oranın Türkiye'ye ait oranlar ile paralel olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, gebelik sırasında en çok yaşanan rahatsızlığın %21,2 (n=32) ile hipertansiyon olduğu görülmektedir (Tablo 6.1.2). Literatürde hipertansiyonun gebelikte en çok görülen rahatsızlıklardan biri olduğuna ve anne ile bebeğin mortalite ve morbiditesinde önemli rol oynadığına dikkat çekilmektedir (Şen ve ark., 1993; Lindhaimer ve ark., 2009; Männistö ve ark., 2013). Bu bağlamda bu çalışma örnekleminde öne çıkan hipertansiyon bulgusu, literatür ile paralellik göstermektedir.

Örnekleme oluşturan primiparların %81,5'inin (n=123) kendisi veya bebeği için endişe duyduğu görülmektedir (Tablo 6.1.2). Doğum süreci özellikle ilk doğumunu yapmaya hazırlanan kadınlar için oldukça heyecan verici ancak aynı zamanda oldukça endişe dolu bir süreçtir ve bu süreçte endişenin en temel kaynaklarından biri olan doğum korkusunun ve bununla ilişkili olarak değişiklik gösterebilen doğum tercihlerinin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için gebelik başladığı andan itibaren ve özellikle gebeliğin son dönemlerinden yoğun olacak biçimde eğitim verilmesi önemlidir (Çiçek ve Mete, 2015; Gözükara ve Eroğlu, 2008). Bu bağlamda örnekleme oluşturan tüm gebelerin ilk doğumunu yaşayacak olması, büyük bir çoğunluğun kendisi ve bebeği için endişe duymasını açıklayabilmektedir.

Literatürde yer alan çalışmalarda gebelerin doğuma ilişkin bilgileri sıklıkla hekimlerinden ve çevresindeki bireylerden aldığı, hemşirelerin gebenin eğitimindeki rolünün yetersiz kaldığı görülmektedir. Ceylantekin'in (2006), doğum yapan 361 kadın ile yürüttüğü çalışmasında kadınların %30,2'sinin doğumla ilgili bilgi almış olduğu ve doğum bilgisi alınan kaynaklar incelendiğinde doğumla ilgili bilgi aldığını belirtenlerin %44,9'unun bu bilgiyi arkadaşından ve/veya daha önce doğum yapmış birinden aldığı, doktorundan bilgi alanların oranının ise yalnızca %26,6 olduğu rapor edilmiştir. Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) çalışmasında primipar kadınların doğum şekli ile ilgili bilgiyi önceden doğum yapmış akraba ve tanıdıklarından, kitaplardan, arkadaşlardan ve kitle iletişim araçlarından aldığı; kadınların yalnızca %16'sının doğum şekli ile ilgili bilgiyi sağlık personelinin aldığı ve en fazla başvurulacak sağlık personelinin %87,5 ile doktor olduğu, ebelere %8,9 oranında başvurulurken bilgi almak için hemşireye başvurma oranının yalnızca %3,6 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da örneklemin %86,1'inin (n=130) gebelik ile ilgili bilgi aldığı; bilgi almış olanların %80,1'inin doktorundan bilgi aldığı, hemşireden de bilgi alma oranının ise %43 olduğu bulundu (Tablo 6.1.2). Bu çalışmada hemşirelerin bilgi verme rolünde literatür çalışmalarındaki bulgulara göre daha fazla yer alıyor oluşunun, araştırmanın yürütüldüğü birimlerdeki ebe azlığı ve bu işleri hemşirelerin üstlendiği, hasta eğitim politikasının etkili olmuş olabileceği düşünülebilir.

7.2. Gebelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Primipar gebelerin %54,3'ünün (n=82) durumluk kaygı düzeyinin hafif, %72,8'inin (n=110) sürekli kaygı düzeyinin orta derecede olduğu saptandı (Tablo 6.2.1). Hafif düzeydeki durumluk anksiyetenin yanında orta şiddetteki sürekli anksiyetenin nedeninin primipar gebenin, ilk bebeği için yapmakta olduğu ve daha önce deneyimlenmemiş hazırlıklara,

ekonomik kaygılara, gebelik ve doğum süreci ile ilgili bilinmezliklere ve tüm bu kaygıların tüm gebelik süresince sürmesine bağlı olduğu söylenebilir.

Diğer yandan primipar gebelerden normal doğumu tercih edenlerin %58'inin (n=58) durumluk kaygı düzeyi hafif, %75'inin (n=75) sürekli kaygı düzeyinin orta derecede olduğu saptandı (Tablo 6.2.1). Ancak primipar gebelerden sezaryen tercih edenlerin %49'unun (n=25) durumluk kaygı düzeyi orta, %68,6'sının (n=35) sürekli kaygı düzeyinin orta derecede olduğu saptandı (Tablo 6.2.1). Bu bulgu sonucunda, sezaryen operasyonuna bağlı anestezi ile ilişkili korkuların, operasyon sonrası bebek ile ilgilenmede ve emzirmede gecikmenin, iyileşme süresinde uzama gibi hem anneyi ve hem de bebeği ilgilendiren olası problemlerin yarattığı endişelerin normal doğuma ilişkin olası risklerin önüne geçerek primipar gebeleri daha çok anksiyeteye sevk etmekte olduğu dikkati çekmektedir.

Bu çalışmada normal doğumu ve sezaryeni tercih eden primipar kadınlar arasında durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin istatistik olarak anlamlı bir farklılık göstermediği (Tablo 6.2.2) ancak her iki doğum şeklinde de durumluk anksiyete düzeyi ile sürekli anksiyete düzeyinin doğru orantılı olarak arttığı (Tablo 6.2.3) saptandı. Gebelerin doğuma hazırlık sürecinde yaşadığı anksiyetenin temel nedeni, anksiyetenin tanımında da olduğu gibi bilinmeyen bu olaya karşı duydukları korkudur. Doğuma hazırlanan kadınların büyük çoğunluğunda hafif düzeyde de olsa doğum korkusu bulunur ve yaşanan kaygı düzeyi arttıkça gebelik ve doğum komplikasyonları risklerinin de arttığı unutulmamalıdır. Tüm olası komplikasyonları önlemek ve annenin memnuniyet düzeyi yüksek sağlıklı bir doğum süreci geçirebilmesini sağlayabilmek için kaygı yaratan faktörler incelenmeli, doğru ve zamanında yapılan bilgilendirmeler ile kadın doğuma hazırlanmalıdır (Çiçek ve Mete, 2015; Üst ve ark. 2013). Annenin doğum hakkında bilgilendirilmiş olması ve bununla paralel olarak annenin eğitim düzeyinin gebelik ve doğum sürecine getirisini olumlu etkileri olduğu kadar, kadının doğum tercihleri üzerinde de etkili olmaktadır (Büyükbayrak ve ark., 2010). Diğer yandan kadının doğum tercihi kararına katılmış olması da kadınların doğum deneyiminden memnun olma düzeylerini etkilemektedir (Büyükbayrak ve ark., 2010; Donati ve ark., 2003; Chong ve Mongelli, 2003).

Yapılan korelasyon analizinde; durumluk kaygı ile sürekli kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde, %51,8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.2.4). Bu sonuç, uzun bir dönemi kapsayan gebelik süreci boyunca özellikle ilk bebeklerini bekleyen primipar gebelerin yaşadıkları sürekli anksiyete ile paralel olarak

durumluk anksiyete düzeylerinin de yüksek seyrettiğini göstermekle birlikte psikososyal desteğin gebelik başladığı andan itibaren önemli olduğuna dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada düşük yaş (15-24), çalışmıyor olma, düşük gelir düzeyine sahip olma ve ilçede yaşıyor olmanın kadınların durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğu saptandı (Tablo 6.2.5). Kaplan ve arkadaşlarının (2007) gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası durumluk kaygı düzeyini incelediği çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan gebelerin doğum öncesi dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek kaygı yaşadığı bildirilmiştir. Dağlar ve Nur'un (2014) 227 gebeye ev ziyareti yaparak yürüttüğü çalışmasında gelirini giderinden az algılayan kadınların anksiyete düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) 104 gebe ile yürüttükleri tanımlayıcı çalışmada, gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin %47,1'inde hafif düzeyde, %35,6'sında ise yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Diğer yandan bu çalışmada incelenen sürekli kaygı düzeylerinde bakıldığında ise düşük eğitim durumu, çalışmıyor olma ve düşük gelir düzeyinin de sürekli yüksek kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu görüldü (Tablo 6.2.6). Üst ve arkadaşlarının (2013) doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeyini inceledikleri çalışmada ise düşük eğitim durumunun yüksek anksiyete ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dağlar ve Nur (2014) çalışmalarında, ilkokul ve ortaokul mezunu gebelerin, lise ve üzeri düzeyde eğitime sahip olan gebelerden daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı, aynı zamanda çalışmıyor olmanın da anksiyete düzeyini anlamlı derecede yükselttiği sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmadaki primipar kadınların kaygı düzeylerini etkileyen sosyodemografik değişkenlerin (yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışmıyor olma) literatürde yer alan benzer çalışma bulguları ile de paralel olduğu dikkati çekmektedir. Elde edilen paralel sonuçların gebelerin aileye yeni katılacak bireyin beraberinde getireceği ekonomik yükü karşılama konusundaki yeterlilikleri hakkında endişe duydukları, bu endişelere ek olarak genç anne olmanın ve düşük eğitim düzeyine sahip olma ile de ilişkili bilgiye geç veya zor ulaşmanın tüm bu kaygılar üzerinde hep bir arada etkili olduğu söylenebilir.

Primipar kadınların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen diğer faktörler incelendiğinde; gebelik sırasında yüksek tansiyon, şeker hastalığı, guatr hastalığı, kansızlık gibi rahatsızlıklar yaşayan gebelerde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.2.7, Tablo 6.2.8). Dağlar ve Nur (2014) çalışmalarında, kronik hastalığı olan gebelerin anksiyete düzeylerinin, kronik hastalığı bulunmayan gebelere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Diğer yandan kendisi ve bebeği için endişe duyduğunu belirten, daha önce doğum olayına tanıklık eden ve daha önce kürtaj olan

kadınların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.2.8). Akbaş ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında daha önce düşük yapma durumu veya kürtaj olma durumu ile gebelerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir. Tekgöz ve arkadaşlarının (2009) gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmada daha önce düşük yapmış olan gebelerde anksiyete düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu, kürtaj öyküsünün anksiyete sıklığını etkilemediği ancak üç ya da daha fazla kez gebe kaldığı halde hiç doğum yapamamış olan kadınlarda anksiyete düzeyinin yüksek olduğu rapor edilmiştir. Farklı çalışmalarda kürtaj ve düşüğün anksiyete oluşturma düzeyine ilişkin elde edilen farklı sonuçların, düşük ve kürtajın kadınlar için travmatik bir deneyim olmasının yanı sıra bireylerin eşlerinden ve çevresinden aldığı sosyal destek ve bireysel başa çıkma mekanizmalarındaki farklılıklar ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

7.3. Normal ve Sezaryen Doğum Tercih Etme Nedenlerinin Tartışılması

Bu çalışmadaki primipar gebelerin %53,6'sının (n=81) doğum kararı alırken doktorlardan etkilendiği, %67,5'inin (n=102) daha önce doğum olayına tanıklık etmediği, %59,5'inin (n=105) çevresinde en sık karşılaştığı doğum şeklinin sezaryen olduğu görülmektedir (Tablo 6.3.1). Yüksel ve arkadaşlarının (2015) Kütahya'daki bir eğitim ev araştırma hastanesindeki hekimler ile yürüttüğü çalışmada; katılımcı hekimlerin %61,6'sının sezaryeni tercih ettiği, vajinal doğumdan kaçınmada temel nedenlerinin doğum sırasında yenidoğanda oluşabilecek komplikasyonlar ve normal doğumun daha fazla ağrılı olması olarak bildirilmiştir. Gonen ve arkadaşlarının (2002) İsrail'de yürüttüğü çalışmada 257 kadın-doğum uzmanına tıbbi sezaryen endikasyonu bulunmayan ancak sezaryen ile doğum yapmak isteyen üç tane vaka örneği verilerek, vakalardaki hastaların sezaryen doğum yapması kararını onaylayıp onaylamadıkları sorulduğunda, uzmanların bu durumu onaylama oranlarının %40 ile %79 arasında değiştiği, yalnızca katılımcıların %9'unun kendileri/partnerleri için sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirttiği rapor edilmiştir. Annenin tercihinin yanı sıra hekimler arasında da sezaryen ile doğumun tıbbi endikasyon olmaksızın tercih edilebilir bir uygulama olduğunu gösteren literatür sonuçlarının; bu çalışmadaki primiparların doğum şekli kararında doktordan etkileniyor oluşu ve çevrelerinde de en sık sezaryen doğum ile karşılaşılıyor olmaları ile paralel olduğu söylenebilir.

Kadınların normal doğumdan kaçınarak sezaryen doğuma yönelmelerindeki temel faktörlerden birisi, normal doğum sırasında yaşanacak doğum sancısına ilişkin korkulardır (Aksoy, 2015; Kitapçioğlu ve ark.,2008;Çiçek ve Mete, 2015). Ülkemizde 1588 kadın ile

yürütülen bir çalışmada sezaryeni tercih nedenleri arasında başı çeken nedenlerin %45,2 ile vajinal doğumdan korkma ve %15,1 ile daha önce yaşanan olumsuz vajinal doğum deneyimi olduğu belirtilmektedir (Büyükbayrak ve ark., 2010). Ceylanteğin'in (2006) çalışmasında ise sezaryeni tercih eden kadınların %21,1'inde doğum sancısından korkuyor olmanın sezaryeni tercih etmede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) primiparlar ile yürüttüğü çalışmada vajinal doğumu tercih etmede öne çıkan nedenin %36,4 ile daha kolay doğum yapmayı isteme ve doğum sonu dönemi daha ağrısız geçirme olduğu; sezaryen ile doğumu tercih edenlerin ise %71,1 oranında doğumdan ve doğum ağrısından korktuğu için bu yöntemi tercih ettiği bildirilmiştir. Uluslararası literatür incelendiğinde de sezaryen tercihinde doğum sancısının öne çıkan bir faktör olduğu, kadınların sancı çekmeyeceği için sezaryeni tercih ettiği ve bu nedenle doğumun kolay olduğunu düşündüğü (Danso ve ark., 2009); diğer yandan doğum sancısından kaçınmanın yanı sıra fetal distressi de azaltmak için sezaryen seçme eğiliminin var olduğu (Chong ve Mongelli, 2003) dikkati çekmektedir. Bu çalışmada da sezaryen doğumu tercih etme nedenleri incelendiğinde; başı çeken nedenlerin normal doğum korkusu (%45,7) ve ağrı çekmeme arzusu (%49) olduğu bulundu (Tablo 6.3.1) ve elde edilen bu bulgunun yerli ve yabancı literatür bulguları ile paralellik gösterdiği saptandı. Bu konuda paralel sonuçlar elde edilmiş olması, ağrının evrensel bir deneyim olduğunu ve her bireyin ağrı yaşamakla ilgili endişeler yaşamasının doğal bir sonuç olduğunu hatırlatmaktadır.

7.4. Doğum Tercihleri ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Gebenin doğum tercihi çok çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu faktörlerden birisi de gebenin yaşı olarak görülmekte ve yaş arttıkça gebelik ile ilgili risklerle paralel olarak sezaryen doğum tercihlerinin artmakta olduğu ifade edilmektedir (Donati ve ark., 2003). İtalya'da 1023 kadın ile görüşülen bir çalışmada annenin yaşı arttıkça sezaryen ile doğum yapan annelerin sayısının arttığı sonucuna ulaşılrken (Donati ve ark., 2003), Singapur'da yürütülen ve sezaryen oranlarının çok düşük bulunduğu bir diğer çalışmada ise kadınların demografik özellikleri ile doğum tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ve bu sonucun Asya'lı kadınlardan oluşan örneklemin kültürel özellikleri ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Chong ve Mongelli, 2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013 verilerine göre de, sezaryen ile doğum yapma olasılığının annenin yaşıyla birlikte artmakta olduğuna dikkat çekilmektedir (TNSA, 2013). Bu çalışmada ise kadınların yaş grupları ile tercih ettikleri doğum yöntemi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması (Tablo 6.4.1) örneklemin büyük bir kısmının genç primiparlardan oluşuyor olması ile ilişkilendirilebilir.

Doğum tercihinde etkili olan bir diğer faktör ise kadının sosyoekonomik düzeyidir (Donati ve ark., 2003; Gözükara ve Eroğlu, 2008). Literatürde gelir durumu yüksek olan kadınların sezaryen operasyonu seçme eğiliminde olduklarına dikkat çekilmekte; Danso ve arkadaşlarının (2009) Afrika’da yürüttükleri bir çalışmada normal doğumu tercih eden kadınların bu yöntemi ucuz bir yöntem olması nedeniyle tercih ettikleri belirtilmektedir. Bu çalışmada da örnekleme oluşturan kadınların yüksek gelir durumu ile sezaryeni tercih etme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanması literatür bulguları ile örtüşmektedir (Tablo 6.4.1). Gelir durumu ile paralel olarak eğitim düzeyinin de doğum şeklinin tercihinde etkili olabileceği belirtilmekte ve Adıgüzel ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da sezaryeni tercih eden kadınların eğitim düzeyinin, normal doğumu tercih eden kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunun bulunması bu bilgiyi desteklemektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013 verilerine göre de sezaryen ile doğum hızının, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmakta olduğuna; en yüksek eğitim ve refah düzeyinde %66 veya üzeri olan sezaryen oranının, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların iki katından daha fazla olduğu dikkat çekilmektedir (TNSA, 2013). Bu çalışmada eğitim durumu ile tercih edilen doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olmakla beraber (Tablo 6.4.1); bu farklılığın çalışmanın tek bir merkezde yürütülmesi nedeniyle eğitim düzeyi açısından heterojen bir örnekleme sahip olunamamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Örnekleme oluşturan primiparların daha önce yaşadığı düşük sayısı, daha önce kürtaj olma durumu, gebelik sırasında yaşadığı rahatsızlıklar, kendisi veya bebeği için endişe duyma durumu, gebelik ile ilgili bilgi alma durumu, daha önce doğum olayına tanıklık etme durumu ve çevrede en sık karşılaşılan doğum şekli gibi faktörlerin gebelerin doğum tercihleri üzerinde etkili olmadığı görülmektedir (Tablo 6.4.2). Bu bulgulardan hareketle, bu özelliklerin kadınların doğum şekli tercihlerini etkilemede yeterli rolü olmadığı söylenebilir. Çeşitli çalışmalarda kadınların doğum tercihlerinde etkili olan faktörler arasında yaş, eğitim durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin ve normal doğumla ilişkili korkuların sıklıkla rol aldığına dikkat çekilmektedir (Büyükbayrak ve ark., 2010; Çiçek ve Mete, 2015; Şahin ve ark., 2009; Adıgüzel ve ark., 2003; Danso ve ark., 2009; Gözükara ve Eroğlu, 2008).

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

- Örnekleme oluşturan primiparların %66,2'sinin (n=100) normal doğum, %33,8'inin ise (n=51) sezeryan ile doğum yaptığı saptandı.
- Normal doğumu tercih eden primiparların durumluk kaygı düzeylerinin hafif olduğu, sürekli kaygı düzeylerinin ise orta derecede olduğu saptandı. Ancak sezaryen ile doğum yapan primiparlarda durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin orta şiddette seyrettiği saptandı.
- Normal doğumu tercih eden ve sezaryeni tercih eden primipar kadınlar arasında durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin istatistik olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak her iki doğum şeklinde de durumluluk anksiyete düzeyi ile sürekli anksiyete düzeyinin doğru orantılı olarak arttığı ($p<0,01$) saptandı.
- Gebelik sırasında çeşitli hastalıklar yaşamamanın durumluk ve sürekli kaygı üzerinde etkisi olduğu saptandı.
- Genç anne olma, çalışmama, düşük gelir düzeyi, ilçede yaşama durumunun durumluk kaygıyı arttırırken; diğer yandan düşük eğitim düzeyi, çalışmama, düşük gelir düzeyinin de sürekli kaygıyı arttırdığı saptandı.
- Primipar gebelerin bilgi düzeyleri ile DKÖ ve SKÖ puanlar arası ilişki olmadığı saptandı.
- Primipar gebelerin doğum olayına tanıklık etme durumları ile sadece SKÖ puanları arasında ilişki olduğu saptandı.
- Primipar gebelerin gebelik sırasında yaşanan rahatsızlıklar ile DKÖ ve SKÖ puanları arasında ilişki olduğu saptandı.

8.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin doğum korkularının ayrıntılı olarak sorgulanması ve gebelerin doğum yöntemleri hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmesi,
- Primipar gebelerin doğum egzersizlerinin yapıldığı kliniklere yönlendirilmesi,
- Aşırı kaygılı primipar gebelerin, psikoloğa yönlendirilmesi ve bu konuda aileye eğitim verilmesi,
- Doğum şekline karar vermede danışmanlık almasının sağlanması,
- Sezaryen ile doğumun Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği %15 oranına indirilebilmesi için; çeşitli kitle iletişim araçlarının etkin kullanımı ile toplumun bilinçlendirilmesinin sağlanması,
- Sezaryen doğum tercihinin temel sebebi olan normal doğum sancısının yönetimine yönelik kontrollü-deneyisel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Adıgüzel D, Nazik H, Haydardedeoğlu F, Aytan H. (2003) Sezeryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Hasta Memnuniyetinin Araştırılması. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 1(3):13-20.
2. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. (2008) Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45:85-91.
3. Akbaş E. (2006) Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülümser Sertbaş).
4. Aksoy AN. (2015) Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. Odu Tıp Dergisi, 2:161-165.
5. Ala S. (2007) Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali Şahin).
6. Al-Azzawi F. (2007) Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası, Çeviri Editörü: Haluk Işıoğlu, Çeviri: Erkan Aktaş, Göktuğ Yayıncılık, İstanbul.
7. Altınçelep F. (2011) Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semiha Akın).
8. Arslan B. (2010) Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kurtuluş Öngel).
9. Arslan H., Karahan N., Çam Ç. (2008) Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(2):54-59.
10. Aydın M., Şenol DK., Erdoğan S. (2014) Sezaryen İle Doğum Yapacak Kadınların Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1):55-57.

11. Babadağı B. (2008) Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 11(3):96-105.
12. Baltaş Z. (2008) Halk Sağlığı Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, s:739-755.
13. Bekdemir Ak Ö. (2013) Vaginal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Perineal Ağrının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
14. Bektaş E. (2008) Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Yılmaz).
15. Beşer GN, Öz F. (2003) Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 7(1):47-58.
16. Bilgin S, Bildircin FD, Alper T, Tosun M, Çetinkaya MB, Çelik H, Malatyaloğlu E, Kökçü A. (2010) Gebelikte Uygulanan Tarama Testlerinin Anne Anksiyetesine Olan Etkisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 7(3):206-211.
17. Burkovik Y. (2009) Kaygılanacak Ne Var! Kaygı ve Çözümleri. 1. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul, s:102-104.
18. Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AYK, Bektaş E, Ünal O, Turan C. (2010) Caesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2):155-158.
19. Ceylantekin Y. (2006) Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Yılmaz).

20. Chong ES, Mongelli M. (2003) Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 80(2):189-194.
21. Coşkun A., Ekizler H., İnanç N. (2000) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2.Baskı, İstanbul; Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd.Şti; 49-51.
22. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Larry C. Gilstrap, LC, Wenstrom, KD. (2005) *Williams Obstetrics*, 22nd edition, The McGraw-Hill Companies, USA.
23. Cüceloğlu D. (2011) İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi, İstanbul,
24. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. (2014) Kadınların İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 19(3):122-125.
25. Çatalgöl Ş. (2013) İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Rabia Ekti Genç).
26. Çevrenol Öçal, S. (2011) Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum ve Anneliğe Uyumluluğu ve Etki Eden Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aynur Saruhan).
27. Çiçek Ö, Mete S. (2015) Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8(4):263-268.
28. Çivili D. (2005) Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş).
29. Çoker H. (2015) Doğumda rutin müdahalelerden neden kaçınılmalıyız?. Doğal Doğum,<http://www.dogaldogum.com/yazlar/168rutinmudahalelerdenkacnmalyz.html>, (Erişim Tarihi: 21.04.2015)
30. Dağlar G, Nur N. (2014) Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36:429-441.

- 31.** Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hindin MJ (2009) Preference of Ghanaian Women for Vaginal or Cesarean Delivery Postpartum. *Ghana Medical Journal*, 43(1):29-33.
- 32.** Demiryay A. (2006) Gebe Kadınların Aldıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz).
- 33.** Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. (2003) Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*, 30(2):89-93.
- 34.** Duman Z. (2006) Sağlık Çalışanların Normal Doğum ve Sezaryen ile İlgili Düşünceleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülelgül Köken).
- 35.** Dupuy JB, Beaudoin S, Rhéaume J, Ladouceur R, Dugas MJ. (2001) Worry: Daily Self- Report in Clinical and Non-Clinical Populations. *Behaviour Research and Therapy*; 39(10): 1249-1255.
- 36.** Durmuş A. (2015) Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).
- 37.** Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. (2005) Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1):115-126.
- 38.** Eden K, Hashima J, Ostenveil P, Nygren P, Guise J. (2004) Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence. *Birth*, 31(1):49-60.
- 39.** Erbaş MK. (2005) Üst Düzey Basketbolcularda Durumluk Kaygı Düzeyleri ve Performans İlişkisi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Kütahya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Veysel Küçük).
- 40.** Eroğlu H. (2006) Durumluluk -Süreklilik Kaygı Düzeyi İle Algılanan Stres, Kontrol Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Yaşar Özbay).

41. Ersoy İ. (2000) Gebelikte Maternal Fizyoloji. İçinde: Türkiye Klinikleri Ders Notları Serisi Kadın-Doğum, 4. Basım, Ed: Ersoy İ, Orta Doğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık, Ankara, s:65-69.
42. Evans A., Eastwanger K. (2008) Obstetrik El Kitabı, Çeviri Editörü: Öztöpcü C., 6. Basım, Medikal Network Yayınları, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s:392-425.
43. Genez D. (2002) Hamile kadınların kaygı düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. Kurtman Ersanlı).
44. Gilbert & Harmon (2002) Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, 2. Basım, Çeviri Ed: Taşkın L, Palme Yayınları, İstanbul.
45. Gonen R, Tamir A, Degani S. (2002) Obstetricians' Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery. Obstetrics and Gynecology, 99(4):577-580.
46. Gökdeniler S, Say L, Bulut A, Güngör AK, Kalaça Ç, Ortaylı N, Turan JM. (2005) Doğuma Hazırlanmak, Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları. İçinde: İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi Kitapçığı, 2. Basım, s:2-3.
47. Gözükar F, Eroğlu K. (2008) İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 15(1):32-46.
48. Gül N. (2008) Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Necdet Süer).
49. Günalp GS, Tuncer ZS. (2004) Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tanı ve Tedavi. Pelikan Yayıncılık, Ankara, s:22-23.
50. Güneştaş İ. (2011) Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsan Altay).

- 51.** Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. (2001) Failed vaginal birth after a cesarean section: How risky is it? I. Maternal morbidity. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 184(7):1365-1373.
- 52.** Hickin L. (2002) Kadın Sağlığı. Çevirenler: Adalığ B, Pamukçu A, Tüfek ÖM, Arkadaş Yayınevi, Ankara, s:176-179.
- 53.** İtil İM, Özşaran AA, Kazandı M, Terek MC, Aşkar N. (2000) 40 Yaş Üstü Gebeliklerin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 10(1):21-24.
- 54.** Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. (2007) Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1): 113-121.
- 55.** Kaptan G (2012). Ebe ve Hemşireler için Gebelikte İç Hastalıkları. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul.
- 56.** Karabulut Doyurgan T. (2009) Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Yrd. Doç. Dr. Mehmet Emin Sardoğan)
- 57.** Karabulut, G (2014) Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ebru Şalcıoğlu).
- 58.** Karabulutlu Ö. (2012) Kadınların Doğum Şekillerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 20(3):210-218.
- 59.** Karaçam Z, Akyüz EÖ. (2011) Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(1): 45-53.
- 60.** Karakuş A. (2007) Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Olan Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nevin Şahin).

- 61.** Keskin G. (2014) Doğal ya da Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Hatice Yıldız).
- 62.** Kılıçarslan S. (2008) Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Erkan Melih Şahin).
- 63.** Kızılırmak A. (2011) Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Doç. Dr. Mürüvvet Başer).
- 64.** Kiran T, Jayawickrama N. (2002) Who is responsible for the rising section rate? Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22(4):363-365.
- 65.** Kitapçıoğlu G, Yanıkekrem E, Sevil Ü, Yüksel D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1):47-54.
- 66.** Kocabaşoğlu N, Başer ZS. (2008) Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi, 62:349-354.
- 67.** Kocaman T (2002) Plan Nüfus Projeksiyon Yöntemleri, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/kocamant/projeksi.pdf>
- 68.** Koçak YÇ. (2007) İlk Kez Anne Baba Olacaklara Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Ege Üniversitesii Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dilek Çakır).
- 69.** Körükçü Ö, Kukulu K, Fırat MZ, (2012) The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire with Pregnant Women. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19(3):193-202.

- 70.** Körükçü H . (2009) Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi  l eği A Versiyonunun Ge erlilik ve G venilirlik  alışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Do . Dr. Kamile Kukulu).
- 71.** Kuğu N, Aky z G (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23(1):61-64.
- 72.** Lederman R, Weis K. (2009) Psychosocial Adaptation in Pregnancy, 3rd Ed., Springer, New York, NY.
- 73.** Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG. (2009) ASH Position Paper: Hypertension in Pregnancy. The Journal of Clinical Hypertension, 11(4):214-225.
- 74.** Littleton-Gibbs LY, Lynna Y, Engebretson J. (2002) Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing. Delmar Thomson Learning. New York.
- 75.** Manav F. (2011) Kaygı Kavramı. Toplum Bilimleri Dergisi, 5(9):201-211.
- 76.** Mannist  T, Mendola P, Vaarasmaki M, Jarvelin MR, Hartikainen AL, Pouta A, Suvanto E. (2013) Elevated Blood Pressure in Pregnancy and Subsequent Chronic Disease Risk. Circulation, 127(6):681-690.
- 77.** Melender HL. (2002) Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth. A Study of 329 Pregnant Women Birth; 29(2):101-109.
- 78.** Mercer RT. (2004) Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. Journal of Nursing Scholarship, 36(3):226-232.
- 79.** Mete S. (2013) Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6(2):93-98.
- 80.** Morgan GE, Mikhail MS. (2002) Klinik Anesteziyoloji,  eviren: L leci N, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- 81.** Mufti R, McCarthy A, Fisk N. (1997) Survey of Obstetricians' Personal Preference and Discretionary Practice. European Journal of Obstetrics and Gynecology, 73(1):1-4.

- 82.** Mulder H, Medina R, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH. (2002) Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child, Early Human Development; 70(1-2):3-14.
- 83.** Nelson A. (2003) Transition to motherhood. Journal of Obstetric and Gynecologic Nursing, 32(4):465-477.
- 84.** NIH State of the Science Conference. (2006) NIH state of the science conference statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 23(1):1-29.
- 85.** O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. (2002) Maternal Antenatal Anxiety and Children's Behavioural/Emotional Problems at 4 Years+: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. British Journal of Psychiatry, 180:502-508.
- 86.** Öner N, Le Compte A. (1983) Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- 87.** Öz F. (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, Ankara.
- 88.** Özbek H. (2006) Pelvik Muayeneye Gelen Kadınların Yaşadıkları Anksiyete Düzeyine Destekleyici Ebelik Yaklaşımının Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Haldun Sümer).
- 89.** Özer HG. (2004) Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).
- 90.** Özer HT. (2011) Doğum Şeklinin Annelerin Pospartum İlk 24 saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülay Rathfisch).
- 91.** Özkan S. (2010) Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi, Psikiyatrik Tıp Merkezi Yayınları, İstanbul.

- 92.** Öztürk T. (2014) Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nurdan Demirci).
- 93.** Özçalın NS. (2005) Spinal anestezi/analjezi uygulamaları. İçinde: Santral sinir blokları. Rejyonel Anestezi. Ed: Erdine S, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:159-184.
- 94.** Pamuk S, Arslan H. (2009) Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(2):23-32.
- 95.** Puyn U. (1999) Anne ve Çocuk. Çeviri Ed: Kınalıbay E, 8. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- 96.** Ravlı E. (2010) Kadınların Sezaryen ve Normal Doğum Yapma Nedenlerini Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).
- 97.** Sanhal CY, Kazandı M, İtil İM. (2011) Vakum Ekstraksiyonuyla Vaginal Doğum, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 8(4):231-238.
- 98.** Sarı S. (2007) Sürekli Kaygının Yordayıcıları Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Endişe ile İlgili İnançlar ve Kontrol Odağının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. İhsan Dağ).
- 99.** Saymer D, Özerdoğan N. (2009) Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2(3):143-147.
- 100.** Scovel T. (1991) The Effect of Affect on Foreign Language Learning: A Review of Anxiety Research. İçinde: Language Anxiety: From Theory and Research to Classroom Implications. Ed: Horwitz DJ, Prentice Hall, New Jersey.
- 101.** Seller A (2012) Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).

- 102.** Serçekuş P. (2011) Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing, TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2):239-242
- 103.** Serçekuş P. (2005) Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş).
- 104.** Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. (2013) Doğum Eyleminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. Selçuk Tıp Dergisi, 29(4):165-167.
- 105.** Sunal N, Demiryay A. (2009) Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12):99-110.
- 106.** Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009) Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40:57-62.
- 107.** Şahin NH. (2009) Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):94-96.
- 108.** Şen C, Madazlı R, Ocak V. (1993) Gebelikte Hipertansiyon/Tanım ve Sınıflandırma. Perinatoloji Dergisi, 1:7-10.
- 109.** Şengül M. (2015) Normal Doğum Nedir? (Erişim Tarihi: 09.03.2015) <http://www.adanakadindogum.com/d-31-Normal+Dogum+Nedir.html>
- 110.** Şirin A, Kavlak O. (2008) Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul.
- 111.** Taşkın L. (2003) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s:3-17.
- 112.** Taşpınar A. (2008) Kadın Sağlığı. Bedray Yayıncılık, İstanbul, s:454-470.
- 113.** Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. (2009) Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 13(3):132-136.
- 114.** Tekin N. (2009) İlk Gebeliğini Yaşayan Kadınların Gebeliğe İlişkin Beklentileri, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. Kamile Kukulu).

- 115.** Tercyak KP, Johnson SB, Roberts SF, Cruz AC. (2001) Psychological Response to Prenatal Genetic Counseling and Amniocentesis. *Patient Education and Counseling*, 43:73-84.
- 116.** Terhaar M. (2005) The Decision for Cesarean Birth. *The Journal for Nurse Practitioners*, 1(3):141-147.
- 117.** TNSA (2013) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Elma Teknik Basım Matbaacılık, Ankara.
- 118.** TÜİK (2014)
- 119.** TÜİK (2014) Türkiye İstatistik Kurumu 17 Nisan 2015, 18621 Sayılı Haber Bülteni, Yaşa Özel Doğurganlık Hızı, İçinde: 2014 Doğum İstatistikleri.
- 120.** Türe A. (2006) Çocuklara Yönelik Gününbirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mevlit Korkmaz).
- 121.** Uğur ZA. (2000) Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Hastaların Dental Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ali Osman Karababa).
- 122.** Uludağ A. (2008) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Takip Edilen Annelerde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Danışman: Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu).
- 123.** Üçüncü İ. (2010) Yaş Gruplarına Göre Primipar Gebelerin Deneyimledikleri Prenatal Riskler ve Sonuçları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız).
- 124.** Üst, ZD. (2012) Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu).

125. Üst ZD, Pasinlioğlu T (2015) Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2(3):30-35.

126. Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H (2013) Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2):110-115.

127. Yaşar Ö. (2006) Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Figen Kır Şahin).

128. Yaylacı A. (2010) Genel Anestezi Altında Dental Tedavi Gören Çocuk Hastaların Ebeveyninin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmalı Olarak Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Özent Önçağ).

129. Yıldız H. (2011) Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1):63-74.

130. Yılmaz AE. (2014) Endişe ve Ruminasyonun Kaygı ve Depresyon Belirtileri üzerindeki Rolü, Türk Psikiyatri Dergisi, 25(1);1-9.

131. Yiğitoğlu S. (2009) Adolesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumluluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin).

132. Yüksel B, Polat M, Seven A, Kabil Kucur S, Sencan H, Erbakirci NM, Keskin N, Koputan H. (2015) Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hekimlerinin Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 6(24):12-19.

10. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ İZİN FORMU

Sayın katılımcı;

Gebelik ve doğum normal bir olay olmakla birlikte kadınlar için büyük bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Hastaneye başvuran kadınların normal doğum ile sezaryen doğum tercih etme önceliklerinin neler olduğunu belirlemek, kadınların doğum kaygı düzeyini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılacaktır. Sizlerin bu araştırmaya katılımlarınızla çözüm önerileri geliştirilmesine büyük katkılar sağlanacaktır.

Anket sorularına doğru cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Araştırmada verdiğiniz bilgiler tarafımda saklı kalacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Katılımlınız için teşekkürler

Öğretim üyesi:

Prof. Dr. Necmiye SABUNCU

Yüksek Lisans Öğrencisi

Fatma BÖRÜ

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve bu koşullar altında yukarıda söz konusu olan araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı soyadı:

İmza:

EK 2. BİLGİ FORMU

I. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1-) Doğum yeriniz?

1-() Köy

2-() İlçe

3-() İl

4-() Metropol

5-() Yurt dışı

2-) Yaşadığınız yer?

1-() Köy

2-() İlçe

3-() İl

4-() Metropol

5-() Yurt dışı

3-) Yaşınız?

1-() 15-24

2-() 25-34

3-() 35 ve üstü

4-) Eğitim durumunuz nedir?

- 1-() Okur-yazar değil
- 2-() Okur-yazar
- 3-() İlköğretim
- 4-() Lise
- 5-() Ön Lisans
- 6-() Üniversite
- 7-() Yüksek Lisans ve üzeri

5-) Çalışıyor musunuz?

- 1-() Evet
- 2-() Hayır

6-) Medeni durumunuz nedir?

- 1-() Evli
- 2-() Bekâr
- 3-() Dul (Boşanmış)
- 4-() Dul

7-) Sosyal Güvenceniz var mı?

- 1-() Evet
- 2-() Hayır

8-) Gelir Durumunuz nedir?

- 1-() Gelir giderden az
- 2-() Gelir gidere denk
- 3-() Gelir giderden fazla

II. GEBELİK BİLGİSİ

9-) Düşük sayısı kaç tanedir?

1-() 0

2-() 1

3-() 2

4-() 3

5-() 4 ve üstü

10-) Daha önce kürtaj oldunuz mu?

1-() Evet

2-() Hayır

11-) Gebeliğiniz sırasında gebelikle ilgili aşağıdaki hastalıklardan hangisiyle karşılaştınız?

1-() Yüksek Tansiyon

2-() Şeker Hastalığı

3-() Guatr Hastalığı

4-() Kansızlık

5-() Aşırı kanama

12-) Kendiniz veya bebeğiniz için endişe yaşadınız mı?

1-() Evet

2-() Hayır

13-) Gebelikle ilgili bir bilgi aldınız mı? Evet ise nereden? Televizyon, gazete - Doktor, Hemşire.

1-() Evet

2-() Hayır

III. KADINLARIN NORMAL DOĞUM VEYA SEZARYAN DOĞUMU TERCİH ETME NEDENLERİNE YÖNELİK SORULAR

14-) Doğum yapma kararınızı alırken en çok kimlerden etkileniyorsunuz?

1-() Kocanız

2-() Anneniz

3-() Kayınvalideniz

4-() Akrabalarınız

5-() Doktorunuz

6-() Çevreniz

15-) Daha önce bir doğum olayına tanıklık ettiniz mi?

1-() Evet

2-() Hayır

16-) Çevrenizde en sık karşılaştığınız doğum şekli hangisidir?

1-() Normal doğum

2-() Sezaryen

17-) Her iki doğum şeklinden birini seçme şansınız olsaydı doğum şekli olarak normal doğumu mu yoksa sezaryen doğumu mu tercih ederdiniz?

1-() Normal doğum

2-() Sezaryen doğum

18-) Normal doğumu tercih etme nedeniniz? (Birden fazla şık seçebilirsiniz).

- 1-() Mahalle baskısı
- 2-() Anestezi veya ameliyat korkusu
- 3-() Önceki doğumun normal yolla olması
- 4-() Erken iyileşmek ve eve daha çabuk dönme isteği
- 5-() Daha sağlıklı ve iyi olduğu için

19-) Sezaryen doğumu tercih ediyorsanız tercih etme nedeniniz nedir? (Birden fazla şık seçebilirsiniz).

- 1-() Ağrı çekmemek için
- 2-() Doğum zamanının önceden belirlenme şansı olduğu için
- 3-() Normal doğum korkusu
- 4-() Tüplerini bağlatma isteği
- 5-() İleri yaş

20-) Normal doğumu tercih etmeme nedeni olarak aşağıdakilerin hangisi size uygundur? (Birden fazla şık seçebilirsiniz).

- 1-() Korku ve stres
- 2-() Çok fazla ağrı çekeceğinizi düşünmeniz
- 3-() Vajinanın genişlemesi düşüncesi
- 4-() Akraba baskısı
- 5-() Eşinizin istememesi
- 6-() Yukarıdakilerin hepsi

21-) Geçmiş zamanlarda normal doğum yapılırken; günümüzde insanları sezaryen doğuma yönelten etken sizce hangisidir?

- 1-() Bebeklerin daha sağlıklı doğacaklarına inanılması
- 2-() Teknolojinin ilerlemesi ve daha rahat bir doğumun sağlanması
- 3-() Ailelerin düşünce ve fikirlerinin değişmesi
- 4-() Maliyetinin daha düşük olması
- 5-() Psikolojik baskının olması
- 6-() Yukarıdakilerin hepsi



EK 3. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Durumluk Kaygı Ölçeği

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



		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
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)

Sürekli Kaygı Ölçeği

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 sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.



		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
EK 4. GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 69
KONU:

21 / 11 / 2014

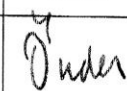
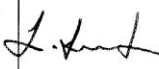
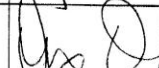
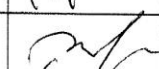
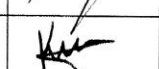
Sayın; Prof.Dr.Necmiye SABUNCU

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Fatma BÖRÜ'nün ***"Primipar Kadınların Doğum Kaygısı İle Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki"*** isimli araştırması kurulumuzun 17.11.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI

Tarih: 17.11.2014 Toplantı Sayısı: 07	Karar No :5 Prof.Dr.Necmiye SABUNCU'nun ve yardımcı araştırmacı Fatma BÖRÜ ile araştırmayı planladıkları " Primipar Kadınların Doğum Kaygısı İle Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki " konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
ÜYELER					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Katılım	İmza
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ (Başkan)	İktisat	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	<u>yok</u>	☐ ☐	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN (Raportör)	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	<u>yok</u>	☐ ☐	
Prof.Dr.Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Reh.	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	<u>yok</u>	☐ ☐	
Prof.Dr.Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	<u>yok</u>	☐ ☐	
Prof.Dr.Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	<u>yok</u>	☐ ☐	
Yrd.Doç.Dr.İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	<u>yok</u>	☐ ☐	
Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevdâ BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	<u>yok</u>	☐ ☐	
Yrd.Doç.Dr.Baki YÖKEŞ	Moleküler Biyoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	<u>yok</u>	☐ ☐	
Av.Korkut HAZİNEİAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	<u>yok</u>	☐ ☐	

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
EK 5. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 343
Konu: Etik Kurulu Kararı

12/12/2014

Sayın Prof. Dr. Necmiye SABUNCU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Primipar Kadınların Doğum Kaygısı ile Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



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

EK:

-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810
Kavacık/BEYKOZ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Primipar Kadınların Doğum Kaygısı ile Doğum Şekli Seçimleri Arasındaki İlişki			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Necmiye SABUNCU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	21.11.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.11.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 317		Tarih: 12.12.2014	
	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	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

EK 6.

Tarih: 27.09/2015

MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

MEDİKAL DİREKTÖRLÜĞÜ'NE;

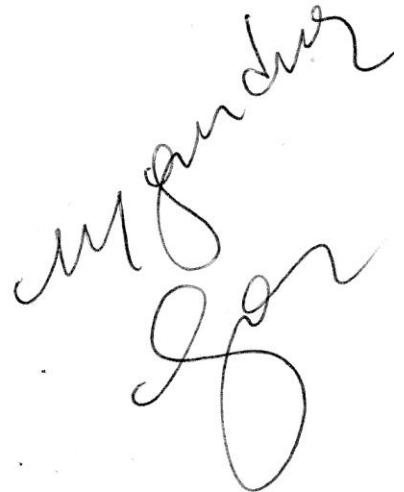
Konu: Tez Projesi Kurum İzni

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim ve kurumunuzda Ameliyathane Hemşiresi olarak görev yapmaktayım. “Primipar kadınların doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişki” adlı tez çalışmamı kurumunuzda gerçekleştirmek üzere izninizi arz ederim.

Saygılarımla

Fatma Börü

AMELİYATHANE HEMŞİRESİ



11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı	Börü
Doğum yeri	BİNGÖL Merkez	Doğum tarihi	06.05.1989
TC Kimlik No	11563827294	Uyruğu	T.C
E-mail	fatmaboru@hotmail.com		
Tel	0534 867 38 20		

Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Haliç Üniversitesi	2013-2016
Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi	2008-2013
Lise	Gürlek Nakipoğlu Lisesi	2003-2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Ameliyathane Hemşiresi	Medipol Üniversite Hastanesi	2014-2016

Yabancı Dil	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı
İngilizce	İyi	iyi	iyi	

	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
ALES	62,48685	62,40457	59,66008

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	Çok İyi
SPSS	Orta

Sertifikalar

- 2011- Has attended the Intensive Program-General English offered by ELS language Centers (University of. St. Thomas Houston, Texas)

Katıldığı Kongre ve Seminerler

- 2015 (Antalya)7. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi (Katılımcı)
- 2015 (İstanbul) Medipol Üniversite Hastanesi- CPR/ Temel Yaşam Desteği Teorik ve Pratik Eğitim (Katılımcı)
- 2014 (İstanbul) Sağlık Bakanlığı-Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi/İ.Ü.Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi-Sağlık Sistemi ve Hemşirelik Sempozyumu (Katılımcı)
- 2014 (İstanbul) Sağlık Bakanlığı-Böbrek Hastalıkları Bilinçlendirme Sempozyumu (Katılımcı)
- 2014 (İstanbul)Medipol Üniversite Hastanesi-Oryantasyon Eğitimi (Katılımcı)
- 2014(İstanbu) İstanbul Üniversitesi- I. Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu (Katılımcı)