



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

GEBE OKULU EĞİTİM VE DANIŞMANLIĞININ
DOĞUM KORKUSU ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Sevde Nur Erdim

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**GEBE OKULU EĞİTİM VE DANIŞMANLIĞININ
DOĞUM KORKUSU ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Sevde Nur Erdim

Tez Danışmanları:

Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz

Op. Dr. Burak Elmas

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince deneyimleriyle yol gösteren, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen kıymetli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Tez çalışmamın her aşamasında değerli katkı ve önerileriyle tezimin şekillenmesine yardım eden tez danışmanım Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ'a,

Kendisine her danıştığım da güler yüzünü esirgemeyip katkı ve önerilerde bulunan tez danışmanım Op. Dr. Burak ELMAS'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca odalarının kapısını her çalışımda yardımcı olan klinik tecrübelerini esirgemeyip destek olan Doç. Dr. İsmail KASIM'a ve Doç. Dr. İrfan ŞENCAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda bilgi ve desteklerini esirgemeyip yanımızda olan Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a ve Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY'a,

Tez yazım sürecini destekleriyle birlikte geçirdiğimiz kıymetli arkadaşım Dr. Fatma Bacık'a ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde çok büyük emeğe sahip olan fedakarlıkları ve sevgileriyle her zaman destekleyen annem Necle ERDİM, babam Erdeniz ERDİM, varlıklarına şükrettiğim kardeşlerim Elif ERDİM, Nida ERDİM ve Muhammed Erdim'e

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Sevde Nur ERDİM

Aralık 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO DİZİNİ	v
ŞEKİL DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KORKU.....	3
2.1.1. Korkunun Tanımı.....	3
2.1.2. Korkunun Fizyolojisi	3
2.1.3. Korku ve Anksiyete Arasındaki Farklar	4
2.2. DOĞUM KORKUSU	5
2.2.1. Doğum Korkusunun Tanımı ve Prevelansı.....	5
2.2.2. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması.....	6
2.2.2.1. Primer Tokofobi	7
2.2.2.2. Sekonder Tokofobi	7
2.2.2.3. Depresyon Semptomu Olarak Tokofobi.....	7
2.2.3. Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler.....	8
2.2.4. Doğum Korkusunun Belirtileri	10
2.2.5. Doğum Korkusunun Sonuçları	11
2.2.5.1. Doğum Korkusunun Doğum Öncesi Dönemle İlişkili Olumsuz Sonuçları.....	11
2.2.5.2. Doğum Korkusunun Doğum Sırasındaki Olumsuz Sonuçları.....	12
2.2.5.3. Doğum Korkusunun Doğum Sonrası Dönemle İlişkili Olumsuz Sonuçları.....	13
2.3. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMLERİ	14
2.3.1. Doğuma Hazırlık Eğitimleri ve Amaçları.....	14
2.3.2. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Dünya’da ve Türkiye’de Gelişimi.....	17

2.3.3. Doğuma Hazırlık Eğitim Birimlerinin Sınıflandırılması...	18
2.3.1.1. Gebe Bilgilendirme Sınıfı.....	19
2.3.1.2. Gebe Okulu.....	19
2.3.1.3. Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri.....	19
2.3.4. Aile Hekimliğinde Gebe İzlemleri ve Doğuma Hazırlık Eğitimleri İle İlişkisi	19
2.3.4.1. Birinci İzlem.....	22
2.3.4.2. İkinci İzlem.....	24
2.3.4.3. Üçüncü İzlem.....	24
2.3.4.4. Dördüncü İzlem	24
2.3.5. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gebelik-Doğum-Doğum Sonrası Dönemlere Etkisi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. ETİK KURUL ONAY VE İZİNLER.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	26
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMİ	27
3.4.1. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu).....	28
3.5. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME.....	28
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR.....	55
EKLER	63

KISALTMALAR

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CRH	: Corticotropin Releasing Hormon
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama-Aminobütirik Asit
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TTSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund/ Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
W-DEQ	: Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	18
Tablo 2. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 3. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Şu Anki Doğum Şekli Tercihi ve Bazı ASM İzlem Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 4. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Dağılımı	36
Tablo 5. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puan Kategorilerinin Dağılımı	38
Tablo 6. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	39
Tablo 7. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Yaş Değişkeni Açısından Basit Korelasyon Analiziyle Sonuçlarının İncelenmesi	39
Tablo 8. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Bazı Obstetrik Değişkenler Açısından İncelenmesi	39
Tablo 9. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Doğum Şekli Tercihi ve Bazı ASM İzlem Değişkenleri Açısından İncelenmesi	41
Tablo 10. Eğitim Alan Grupta Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Gösterimi	41
Tablo 11. Eğitim Almayan Grupta Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Gösterimi	42

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Tokofobi Sınıflaması	33
Şekil 2. Korku-Gerginlik-Ağrı Siklusu.....	34
Şekil 3. DSÖ 2012 ve 2016 Yılları Gebe İzlem sıklığı.....	40



ÖZET

GEBE OKULU EĞİTİM VE DANIŞMANLIĞININ DOĞUM KORKUSU ÜZERİNE ETKİSİ

Giriş ve Amaç: Doğum korkusu; kadınlar tarafından rahatsız edici düşüncelerin ve bedensel duyumların sürekli veya dalgalı bir tekrarı olarak ifade edilmiş ve bu durum kadınların doğum olayını kaygı ve korku verici bir durum olarak değerlendirdikleri sonucunu doğurmuştur. Doğum korkusu doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında bazı olumsuzluklara neden olmaktadır. Bu çalışmada amacımız Ankara'daki önemli bir sağlık merkezinde doğuma hazırlık eğitimlerini alan ve almayan anne adaylarının doğum korkularını saptamak ve eğitimin doğum korkusuna olan etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız iki grup arası karşılaştırılmalı kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışmamıza 17.08.2022-17.09.2022 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği gebe okuluna başvurup sertifika almaya hak kazanan 183 gebe ve gebe takip polikliniklerine rutin kontrol için başvuran 183 gebe olmak üzere 366 gebe dahil edilmiştir. Riskli gebeliği bulunan ve 18 yaşın altında olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılımı kabul eden gönüllü gebelere sosyodemografik, obstetrik bazı bilgiler içeren ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği A versiyonundan oluşan anket gözlem altında anket uygulama yöntemi ile uygulandı. Sonuçlar SPSS paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda eğitim alan gruptaki gebelerin doğum korkusu puan ortalaması ($30,62 \pm 19,13$) eğitim almayan gruptan ($60,64 \pm 21,35$) anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0.001$). Eğitim alan grupta sezaryen doğum tercih etme oranı eğitim almayan gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0.001$). Gebelerin yaş, gelir durumu, kronik hastalık durumu, gebelik trimesteri, düşük- küretaj öyküsü ve önceki doğum şekli değişkenleri ile doğum korkusu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Eğitim alan grupta daha önce gebelik öyküsü olma durumu doğum korkusu puanını anlamlı olarak 6,977 birim azaltırken, lisans veya lisansüstü eğitime sahip olmak doğum korkusu puanlarını anlamlı olarak 8,432 birim artırmıştır. Ayrıca aile sağlığı merkezinde yapılan izlem sayısının 4 olması ise doğum korkusu puanlarını 11,734 birim azaltmıştır. Eğitim almayan grupta ikamet yerinin il merkezi olma durumu doğum korkusu puanlarını anlamlı olarak 9,166 birim

azaltırken, doğum yöntemi tercihi sezaryen olanların doğum korkusu puanları ise anlamlı olarak 11,276 birim yüksek bulunmuştur. Ayrıca aile sağlığı merkezinde izlemi yapan kişinin sadece aile sağlığı çalışanı olması ise doğum korkusu puanlarını anlamlı olarak 9,960 birim artırmıştır.

Sonuç: Gebe okullarının doğum korkusunu azaltmada etkili bir uygulama olduğu ve bu eğitimlere katılanlarda sezaryen tercih oranlarının daha düşük olduğu, aile sağlığı merkezlerine düzenli gebelik kontrolüne gelen ve aile hekimi ile beraber aile sağlığı çalışanının bir ekip halinde takibinde bulunanların doğum korkularının daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, Doğuma Hazırlık Eğitimleri, Gebe Okulu, Gebe İzlemleri, Aile Hekimliği, Sezaryen

ABSTRACT

THE EFFECT OF PREGNANCY SCHOOL EDUCATION AND COUNSELING ON FEAR OF BIRTH

Introduction and purpose: Fear of childbirth; expressed as a continuous or fluctuating repetition of disturbing thoughts and bodily sensations by women, and this has led to the conclusion that women evaluate the birth event as an anxiety and fearful situation. Fear of childbirth causes some negativities before, during and after birth.

In this study, our aim is to determine the birth fears of expectant mothers who received or did not receive birth preparation training in an important health center in Ankara and to evaluate the effect of education on fear of birth.

Method and materials: Our research is a cross-sectional analytical study comparing two groups. Our study included 183 pregnant women who applied to Ankara City Hospital Gynecology Clinic pregnant school between 17.08.2022 and 17.09.2022 and were entitled to receive a certificate, and 366 pregnant, 183 of whom applied to the pregnant follow-up outpatient clinics for routine control. Pregnant women with a risky pregnancy and under the age of 18 were not included in the study. A questionnaire consisting of the Wijma Birth Expectation/Experience scale, which contains some sociodemographic and obstetric information, was administered to the pregnant volunteers who accepted to participate in the study, using the survey method under observation. The results were evaluated with the SPSS package program.

Results: In our study, the mean fear of childbirth score of the pregnant women in the group who received training (30.62 ± 19.13) was significantly lower than the group that did not receive education (60.64 ± 21.35) ($p < 0.001$). Cesarean section preference rate was significantly lower in the educated group than in the uneducated group ($p < 0.001$). There was no significant relationship between the variables of age, income status, chronic disease status, pregnancy trimester, history of miscarriage-curettage and previous delivery method and the mean fear of childbirth score ($p > 0.05$). While having a previous pregnancy history significantly decreased the fear of birth score by 6,977 units, having undergraduate or graduate education significantly increased the fear of childbirth scores by 8,432 units. In addition, the fact that the number of follow-ups in the family health center was 4 decreased the fear of childbirth scores by 11,734 units. In the group who did not receive education, the state of being a city center significantly decreased the fear of birth scores by 9,166 units, while the fear of birth scores of those

who preferred cesarean delivery method was found to be significantly higher by 11,276 units. In addition, the fact that the person who followed up in the family health center was only a family health worker significantly increased the fear of birth scores by 9,960 units.

Conclusion: Pregnant schools are an effective practice in reducing the fear of childbirth and cesarean section preference rates are lower in those who attend these trainings, those who come to family health centers for regular pregnancy control and follow up with the family doctor and family health worker as a team have less fear of birth, on the other hand, cesarean section is less. It was concluded that the choice of birth method increased the fear of birth.

Keywords: Fear of Birth, Childbirth Preparation Education, Pregnant School, Pregnant Follow-up, Family Medicine, Cesarean section

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğurganlık çağındaki kadınlar için hayatları boyunca deneyimledikleri önemli bir dönemdir. Doğum eylemi gebeler için merak edilen bir durumdur. Bu merak, ilk kez annelik duygusunu yaşayacak kadınlar için doğumun nasıl olacağı ile ilgiliyken, öncesinde annelik duygusu yaşamış kadınlar için daha çok yeni doğumda neler olacağı ve bu yeni doğumun neler getireceği ile ilgilidir(1). Doğum daha önceden sonucu tahmin edilemeyen bebek ve anne için morbidite ve mortaliteye sebep olma ihtimali bulunan endişe verici bir süreçtir. Heyecan ve mutluluk yaşayan anne adayları aynı zamanda korku, stres ve kaygı gibi karışık duygular yaşayabilir(2).

Doğum korkusu; kadınlar tarafından rahatsız edici düşüncelerin ve bedensel duyuların sürekli veya dalgalı bir tekrarı olarak ifade edilmiş ve bu durum kadınların doğum olayını kaygı ve korku verici bir durum olarak değerlendirdikleri sonucunu doğurmuştur(3). Yoğun doğum korkusu doğum sırasında daha fazla ağrı ve endişe, daha uzun süreli doğum ve artan acil ve elektif sezaryen riski ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmalar kadınların doğumla ilgili korkularının ağrı, obstetrik yaralanmalar, kendi yetersizlikleri, kontrol kaybı, yetersiz destek ve bebeğin veya kendi yaşamının kaybı ile ilgili olduğunu belirtmektedir(3-5).

Doğum korkusunun gebe kalmaktan çekinme, gebelik ve doğum komplikasyonları, doğumda analjezi kullanımında artış, doğum müdahalelerinde artış, acil ve isteğe bağlı sezaryen, posttravmatik stres bozukluğu, postpartum depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme, eş ile ilişkide sorunlara neden olabileceği belirtilmiştir(6-8).

Gebelere verilecek olan doğuma hazırlık eğitimi ile doğum korkusu azaltılabilmektedir. Doğum öncesi dönemde eğitim verilen gebelerin daha olumlu bir doğum deneyimi yaşadıkları, anneliğe daha iyi adapte oldukları ve doğum sonrası depresyon semptomlarının daha az görüldüğü saptanmıştır(9). Doğum korkusunun neden olduğu en önemli sorunlardan biri kadınların korku nedeniyle sezaryen talebinde bulunması ve böylelikle ülkemiz için oranı oldukça yüksek olan elektif sezaryen oranlarının artmasıdır. Yapılan çalışmalarda doğum korkusu olan kadınların %50-85'inin eğitim aldıktan sonra kendilerini normal doğuma hazırladıkları belirtilmektedir(9). Gebe kadınlarda doğum korkusunun azaltılması ve olumlu doğum

tutumunun oluşturulması; doğumun normalliğini koruyup elektif ve acil sezaryen oranlarını azaltmak açısından da önemlidir(10). Bu çalışmada amacımız Ankara'daki önemli bir sağlık merkezinde doğuma hazırlık eğitimlerini alan ve almayan anne adaylarının doğum korkularını saptamak ve eğitimin doğum korkusuna olan etkisini değerlendirmektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. KORKU

2.1.1. Korkunun tanımı

Türk Dil Kurumuna göre korku; “bir tehlike karşısında duyulan kaygı ve üzüntü durumudur”(11). Korku yaklaşmakta olan tehlike nedeniyle oluşup kaçma eğilimine neden olan bir duygudur(12).

Korku beşerî bir tecrübe, kaçmak ise buna karşı oluşan beşerî bir cevapken, psikanalizin ana ilgi alanı genellikle patoloji olduğu için bu konu hakkında pek fazla yorumu yoktur. Korku genellikle anksiyete ile maskelenmiştir. Anksiyete korkuya korku da üst basamak olan panik duygusuna neden olabilir(12).

Korkuyu, bilinen ve seçilmiş bir tehdide verilen tepki olarak tanımlayabiliriz. Korku; tüm insanlarda ortak olan doğal, evrensel bir duygu durumudur(13). Korku, insani bir duygudur bu nedenle her insanın belirli olay ve durumlar karşısında bir miktar korkması normaldir; aksine böyle durumlarda korkmamak normal değildir, duyularda eksiklik(14). Önemli olan kişilerin olumsuz duygu ve düşüncelerinin günlük yaşantılarını etkilemesine izin vermemesidir(13).

2.1.2. Korkunun Fizyolojisi

Bazal beyin elemanlarının birbirleri arasında bağlantılar yapmasıyla oluşan karmaşık yapı limbik sistem olarak adlandırılmaktadır. Hipotalamus ise bu bazal beyin elemanlarının fizyolojik olarak merkezi konumundaki elemanlarından biridir. Hipokampus, amigdala, hipotalamusu çevreleyen septum, talamusun anterior çekirdeği, paraolfaktör bölge, bazal gangliyonların bir kısmı limbik sistemin subkortikal yapıları arasında yer almaktadır(15).

Serotonin, nöradrenalin ve Gama-aminobutirik asit (GABA) reseptörleri yönünden zengin olan limbik sistem elemanları içinde korku oluşumunda en önemli role sahip bölge amigdaladır. Amigdala; “her iki temporal lobun medial ön kutbunun korteksinin hemen altında bulunan nükleus topluluğudur”(15,16). Prefrontal korteks ise korku oluşumunda ikinci öneme sahip beyin bölgesidir. Prefrontal korteks tehlike durumlarını değerlendirerek, öğrenilmemiş olan korku davranışında önemli bir role

sahiptir(17). Korku sürecinde önemli bir role sahip diğer bir yapı ise hipotalamustur. Hipotalamusun üçüncü ventriküle yakın komşuluğundaki periventrüküler ince çekirdek bölgesinin uyarılması genellikle korku ve cezalandırma yanıtı oluşturur(15). Korku sinyallerini alan hipotalamus CRH salınımına başlar. CRH hipofiz bezinden ACTH salınımını uyarır ve artan ACTH adrenal korteksi uyararak kortizol salınımını uyarır(17). Artan kortizol vücutta bazı fizyolojik değişikliklere neden olur. Kortizol salınımı sempatik sinir sistemini aktive eder ve böylelikle vücudu savunmaya hazırlar(15,16). Sempatik sistemin aktivasyonu ile solunum hızlanır, kalp atışları artar, gözler dilate olur, büyük damarlar kasılır ve organlara giden kan miktarı azalır(18). Dolaşımda artan kortizol beyindeki özellikle hipokampal reseptörlere bağlanır. Hipokampal reseptörlerin yeterli miktarda kortizol ile bağlanması hipotalamus üzerinde negatif feedback etkisi oluşturarak CRH salınımını inhibe eder. Böylece hipokampus, kortizol miktarını belli seviyede tutarak, amigdala tarafından tetiklenen stres yanıtını düzenler(19).

2.1.3. Korku ve Anksiyete Arasındaki Farklar

Öncelikle bilimsel kullanımda korku ve anksiyetenin aynı anlama gelmediğini belirtmek gerekmektedir (20). Anksiyete kişiyi yaklaşımda olan tehlikeye karşı uyarıp tehditle mücadele edebilmesi ve tedbirler alması için hazırlık yapmasını sağlar. Benzer nitelikte uyarıcı bir sinyal olan korku ise anksiyeteden bazı yönlerden ayrılmalıdır. Anksiyete içsel, bilinmeyen, belirsiz veya çatışma kaynaklı tehdide cevapken korku ise dışarıdan gelen, bilinen, kesin ya da çatışma dışı kaynaklı tehdide cevaptır(21).

Korku ile anksiyetenin farkı Freud'un ilk çevirmeni tarafından Almanca anlamı korku olan "angst" sözcüğünün kazara anksiyete olarak çevrilmesiyle tesadüfen ortaya çıkmıştır. Freud bastırılmış, bilinç dışı nesne ile olan anksiyetenin bilinen, dışsal nesne ile olan korkudan ayrımını genellikle görmezden gelmiştir. Ayrımı yapmak güç olabilir, çünkü korku dış dünyadaki başka bir nesne ile yer değiştirmiş olan bilinç dışı, bastırılmış, içsel nedenlerden kaynaklanabilir. Örneğin bir erkek çocuğun kendisini kovalayan köpeklerden korkması gibi... Bu çocuk gerçekte başka birisinden korkuyor ve bilinç dışında o kişiyi havlayan köpeklere benzetiyor olabilir(21).

Anksiyeteyi meydana getiren uyarıcı sinyal korkudaki gibi net değildir. Korku, güvenliği tehdit eden veya etmesi mümkün olan tehlike karşısında yaşanan bir cevaptır(22). Post-Freudiyen psikanalitik formülasyonlara göre, korku ve anksiyetenin ayrılması psikolojik olarak kabul edilebilir. Caddeyi karşıdan karşıya geçerken hızla yaklaşan arabanın oluşturduğu duygu ile yabancı bir ortamda yeni insanlarla tanışırken yaşanan belirsiz rahatsızlık hissi farklıdır. İki duygusal yanıt arasındaki psikolojik fark, korkunun akut anksiyetenin kronik bir durum olması kaynaklıdır(21).

2.2. DOĞUM KORKUSU

2.2.1. Doğum Korkusunun Tanımı ve Prevelansı

Kadınlar için bir bebek dünyaya getirmek genellikle hayatın en muhteşem anlarından biri olarak görülür. Gebelik döneminin normallliği için fiziksel, psikolojik ve sosyal uyum gereklidir(9). Bazı gebelerde gebelik hali sevindirici bir durum olmak yerine korkuya ve endişeye neden olan bir durum olarak algılanabilir. Bu durumda korku patolojik bir boyut kazanıp tedavi edilmeye değer bir rahatsızlık haline gelebilir(23). Doğum korkusu; “doğumdan önce, doğum sırasında ve doğum sonrasında yaşanan korku” olarak tanımlanmaktadır(24). Doğum korkusu; kadınlar tarafından rahatsız edici düşüncelerin ve bedensel duyuların sürekli veya dalgalı bir tekrarı olarak ifade edilmiş ve bu durum kadınların doğum olayını kaygı ve korku verici bir durum olarak değerlendirdikleri sonucunu doğurmuştur(3).

Doğum korkusu 1858’de ilk kez Fransız bir psikiyatrist olan Marce tarafından “Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılamaz bir anksiyete içerisine iter, önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır” şeklinde tarif edilmiştir(23).

Doğum eylemi sonucu kesin olarak önceden tahmin edilemeyen, kontrol edilemez ve belirsizliklerin olduğu bir süreç olduğu için, bu belirsizlik ve kaygı duyguları birçok kadının doğum eylemine yönelik korku yaşamasına neden olmaktadır. Doğumun sonucu tahmin edilemeyip, kontrol edilemez bir durum olması kadınlar için belirsizliğe neden olmaktadır. Bu belirsizlik ve kaygı duyguları birçok kadının doğum eylemine yönelik korku yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle de her kadının doğumdan bir ölçüde korkması doğaldır(24). Belirli bir düzeye kadar olan

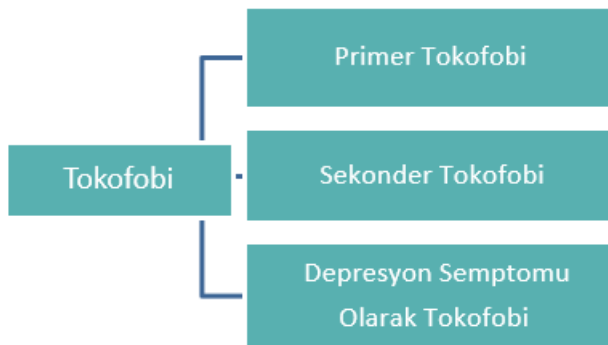
korku kadınların kendilerini doğuma hazırlamalarına yardımcı olduğu da ilgili literatürde bildirilmiştir(25).

Doğum korkusu gebelik döneminden önce oluşur ve doğumdan kaçınacak kadar yoğun olursa buna “tokofobi” denir. Hofberg ve Brockington 2000 yılında tıp literatüründe “patolojik doğum korkusuna” atıfta bulunmak için "tokofobi" terimini tanıtmıştır. Yunanca’da “tokos” kelimesi doğum anlamında, “phobos” kelimesi korku anlamında kullanılmaktadır, bu iki kelimedenden türetilen “tokofobi” terimi ise doğum korkusu olarak tabir edilmektedir(26).

Tokofobi kadınları ergenlikten yaşlılığa kadar etkileyebilir(26). Şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan kadınlar, doğumla alakalı korkuları sebebiyle, çocuk sahibi olmayı çok isteseler bile gebelik ve doğumdan kaçınabilirler. Bu sebeple bu kadınların tedavi edilmesi önerilmektedir(24,27).

Çalışmalarda doğum korkusunun prevalansı kültürel sebepler, tanı kriterlerinin olmaması ve değerlendirilmesindeki farklılıklardan ötürü değişik oranlarda bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda doğum korkusunun prevalansı %5 ile %16 arasında değişmektedir(9,28–30). Günümüzde tıp alanında yaşanan gelişmelere ve anne bebek ölümlerinde ciddi azalmalara rağmen halen birçok kadın doğum korkusu yaşamaktadır. Doğum korkusu üzerinde durulması gereken önemli bir sorun olarak bildirilmektedir(31).

2.2.2. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması



Şekil 1. Tokofobi Sınıflaması

2.2.2.1. Primer Tokofobi:

Primer tokofobi daha önce hiç gebe kalmamış kadınlarda ergenlik döneminden başlayabilen doğum korkusu halidir. Bu kadınlarda cinsel ilişki normal olmasına rağmen, kadınlar gebe kalmamak için kontraseptif yöntem kullanımı konusunda titizdir. Bazı vakalarda kadınlar doğumdan korktuğu için istenilen bir gebeliği bile sonlandırabilirler. Bazı kadınlar doğum korkusunu asla yenemediği için gebe kalıp çocuk sahibi olamazlar bu nedenle evlat edinirler. Çocuk sahibi olmayı çok istemelerine rağmen çocuk sahibi olamayan bu kadınlar menopoz döneminde dahi bu durumun üzüntüsünü yaşarlar. Kadınlar bu durum nedeniyle kendilerini yetersiz hissederler ve utanırlar(2,26).

2.2.2.2. Sekonder Tokofobi:

Bazı kadınlar, önceki gebeliklerinde travmatik bir obstetrik olaydan sonra doğumdan korkma ve kaçınma geliştirir. Bazı kadınlar o kadar travma geçirmiş hissederler ki, bir bebek çok istendiğinde bile bir sonraki gebelikten kaçınırlar. Bu kadınlar yaşadıkları travmatik olay sonrası korkunç rüyalar görüp uyku problemleri yaşayabilirler. Bu sebeplerden ötürü travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşanan travmatik doğumun bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilir. Ancak TSSB'nin her zaman olumsuz doğum deneyimi sonrasında olmayacağı bildirilmiştir. TSSB, doğumun bir sonucu olarak giderek daha fazla tanınmaktadır. Doğum sonraki doğumu etkiler. TSSB'nin doğum travmasının ardından bir sonraki gebelikte yoğunlaştığını öne sürülür. Aşırı ve trajik vakalarda kadınlar başka bir doğum fikriyle başa çıkamadıkları için çok istenen gebelikleri bile sonlandırabilirler. Kadınların yaklaşık %2'sinde doğumdan sonraki ilk yılda doğumla ilgili TSSB görülür. Ayrıca acil sezaryenden sonraki iki ay içinde kadınların üçte birinin ciddi TSSB yaşadığı bildirilmiştir.(2,28).

2.2.2.3. Depresyon Semptomu olarak Tokofobi:

Daha seyrek sıklıkta, gebelikte yaşanan depresyon doğum korkusu olarak kendini gösterebilir. Bu korku kadının gebelik öncesi ve depresyon semptomları öncesi korkularından tamamen farklıdır(2). Gebelik depresyonuna işaret eden bu korkular daha çok gebelik döneminde oluşan duygu durum değişikliği ile ilişkilidir. Ayrıca TSSB gelişimine neden olabilen bir durumdur. Hem gebelik depresyonu hem

TSSB anne ve bebekte neden olabileceği olumsuz sonuçlar açısından dikkat edilmesi gereken bir durumdur(26).

2.2.3. Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler

Önceki olumsuz obstetrik deneyimler, belirli kişilik özellikleri, ağrı korkusu, ebeveyn olma korkusu, doğum sırasında bebeğin zarar görebileceği endişesi, sağlık personeline olan güven eksikliği, doğum sırasında fiziksel ve zihinsel olarak yetersiz kalma korkusu, hayatta kalma korkusu ile doğum korkusu arasında güçlü ilişkiler olduğu bilinmektedir(31–33).

Önceki olumsuz gebelik ve doğum deneyimi, multipar kadınlarda doğum korkusunun ana belirleyicileridir(28). Multipar kadınlarda yaşanılmış acil sezaryen tecrübesi sıklıkla ciddi bir travma nedeni olmuştur.(4). Ayrıca daha önce karmaşık bir doğum deneyimi olan kadınların %41’inde doğum sırasında ölüm korkusunun olduğu ifade edilmiştir(32). Bu kadınlar ek olarak sıklıkla doğum ekibine güven duymadıklarını ve kendi yetersizliklerinden korktuklarını bildirirler(31).

Kadının kişilik özellikleri, genel kaygı hali, nevrotiklik, depresyon, fiziksel şikayetler, kırılganlık, düşük benlik saygısı, partnerden memnuniyetsizlik ve sosyal destek eksikliği doğum korkusu ve gebelikle ilgili kaygı ile ilgili olabilir. Doğum korkusu oluşumunda en önemli nedenin kadının kaygı durumu olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Ayrıca gebenin doğumdan beklentisinin, doğumla ilgili deneyimleri ve doğum sırasındaki davranışlarıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Psikiyatrik tanısı olan kadınlarda doğum korkusu iki kat daha yaygındır. Depresyon gibi psikolojik özellikler de kadının hamileliğine ve yaklaşan doğuma karşı tutumunu etkileyebilir. Gebelik depresyonu doğum korkusunu tetikleyebilirken aynı şekilde doğum korkusu gebelik depresyonunun bir semptomu olabilir. Gebeliğin erken döneminde yaşanan olumsuz düşünce ve duygular daha sonraki doğum deneyimlerini de etkiler. Doğum korkusu henüz tanı konulmamış depresyonun habercisi olarak düşünülebilir. Bu nedenle bu durumun tanısının konulup tedavisinin başlanması büyük ihtimalle eşler arasında problemleri ve aynı zamanda doğum korkusunu iyileştirmektedir(31,34).

Kendi annesiyle güvenli ve sıcak bir ilişkisi olan kadın, genellikle bebeğiyle güçlü bir fetomaternal bağa sahiptir. Bu bağ gebelikte gelişmeye başlar. Travmatik olaylar, geçmişteki bağlanma sorunları, ruhsal hastalıklar veya doğum korkusu

nedeniyle normal psikolojik aşamalar mümkün değilse bu erken bağlanma kolayca bozulabilir(9). Doğum korkusuna sahip kadınların doğumda duyumsadıkları ağrının düzeyi daha fazladır. Hissedilen ağrı düzeyinin daha fazla olması; doğum süresinin artmasına, komplikasyonlu doğumlara ve acil sezaryene neden olmaktadır(31).

Kadınların sosyal çevre desteklerinin olmaması doğum korkusu oluşumu için bir sebep olabilir. Sosyal destekleri daha az olan gebelerin diğer gebelere göre doğum korkusu yaşama ihtimalleri daha fazladır(34). Eşinin yaşamdan ve evlilikten memnuniyetsizliği kadının gebelikle ilgili kaygısının ve doğum korkusunun gelişmesine katkıda bulunabilir(34). Ayrıca işsiz kadınlar ve çocuğun babasıyla birlikte yaşamayan kadınların hamilelikle ilgili kaygı ve doğum korkusu olasılıkları, istikrarlı bir birlikteliği ve istihdamı olan kadınlara göre daha fazladır (28,34).

Doğumda yaşanacak olan ağrı korkusu ve kişinin ağrıyı algılama seviyesinin düşük olması doğum korkusunun en sık nedenleri arasında yer alır (33). Bireysel ağrı algısı, kişilik, ruh hali, sosyal destek, beklentiler ve kontrol algısı gibi çeşitli psiko-sosyal faktörlere bağlıdır(9). Ağrı korkusu kadınların sezaryen taleplerinin en yaygın nedenlerinden biridir ve ağrıdan kaçınma davranışı olarak görülebilir (33). Doğum yapamama korkusu da yaygın bir doğum korkusu nedenidir. Şiddetli doğum korkusu olan kadınların yaklaşık üçte ikisi, doğum yapmak için yetersiz hissettiklerini bildirmiştir(32). Ek olarak, doğum sırasında hatalı bir şeyler yapma ve uygunsuz hareketlerle bebeğine zarar verebilecek olma ihtimali anne adaylarının doğum yapamama korkusuyla yakından ilişkilidir(28).

Cinsel istismar öyküsü, rutin smearler veya obstetrik bakım dahil olmak üzere jinekolojik muayeneler de doğum korkusu ile ilişkilendirilmiştir(2). Vajinal doğum yapacağını düşünmenin bile çocukluk çağı cinsel istismarına ilişkin rahatsız edici hatıraların tekrar hafızasında canlanmasına sebep olabileceği belirtilmiştir(2). Bu durum gebe için doğum sırasında kontrolünü kaybetme endişesine neden olup doğum korkusunu arttırmaktadır. Sekonder tokofobi olarak adlandırılan bu durumda kadın bebek istese bile gebelik ve doğumdan kaçınır(31).

Diğer bir yaygın korku nedeni, ebeveyn olma korkusudur. Bir çocuğun doğumu yeni sorumluluklar gerektirir ve yeni beceriler gerektirir. Batı toplumundaki kültürel değişimler nedeniyle, özgürleşme, çalışma ve kariyer gibi nedenlerle anneliğin önemi

ve hayranlığı azalmıştır(33). Ayrıca, modern zamanlarda nasıl iyi bir anne ya da baba olunacağına dair rol modellerin olmaması, kişinin yeni doğan bebeğe bakma becerisine ilişkin şüphelerini artırabilir(33).

Çevreden duyulan olumsuz doğum deneyimleri, kötü şansa sahip olduğu düşüncesi, doğuma dair yeterli bilgi sahibi olmama, kendini doğum yapmak için hazır hissetmeme, ilk doğum, doğuma dair lüzumsuz veya fazla miktarda bilgi doğum korkusunu etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır(28). Mesleki eğitim sırasında kazanılan bilgiler, örneğin sağlık personellerinde sağlık eğitimi almış olmak, doğumda gelişebilecek komplikasyonları bilme açısından korkuya neden olabilir(35).

Gebelik ve doğumla ilgili korkuların ortaya çıkmasında bireyler arası çok fazla çeşitlilik vardır. Gebelerin teşhisi hassas bir şekilde yapılmalı ve anne adaylarının gebelik ve doğumla ilgili çok ciddi korkuları olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır(36).

2.2.4. Doğum Korkusunun Belirtileri

Kadınlar doğuma dair yaşadıkları duyguları korku ve üzüntü duyma, vicdan azabı yaşama, paranoya hali, kaygı durumu, panik hali, belirsizlik durumu, kaçma isteği, yetersizlik hissi, depresyon gibi farklı biçimlerde tanımlamıştır(36).

Doğum korkusu yaşayan kadınlarda ağlama, uykusuzluk, korkular hakkında sürekli düşünme, korku duygusunu ve nesnesini tanımlama, gerginlik, endişe, ani ve düşüncesizce hareketlerde bulunma, kötü bir şey yaşama korkusu, solunum hızında ve derinliğinde artış, kalp hızında artış, baş dönmesi, kaçış davranışı gösterme olabilir(9,37).

Kadınların gebelik ve doğumla ilgili korkuları çeşitli davranışlarda ifade bulmuştur. Bazıları içine kapanıp kimse ile konuşmadığını, kendi kendine sıkıntı çektiğini, bazıları başkalarıyla konuşup hamilelik ve doğum hakkında uzmanlardan ve literatürden bilgi edinme isteği duyduğunu bildirmiştir. Birçoğu korkularının oldukça kısa sürdüğünü ve uzun vadede hayatlarını etkilemediğini söylemesine rağmen bazı kadınlar fetüsün hareketlerini ve kalp atışlarını normalden daha sık yakından takip etmiş, kendi sağlıklarını izlemiş ve enfeksiyondan kaçınmaya çalışmışlardır(36). Bazı kadınlar ise sezaryen doğum talebinde bulunmuştur(9,38).

Doğum sırasında ve hemen öncesinde gebelerin tek başına kalmak istememeleri, etrafındakilerle iletişim kurmak istememeleri, odanın içinde sürekli hareket etmeleri, dudaklarını ısırmaları, etraflarındaki bir şeyleri sıkmaya çalışmaları, ağlama krizleri, etrafındakileri suçlamaları doğum korkusunun belirtileridir(39).

2.2.5. Doğum Korkusunun Sonuçları

Doğum korkusu; artan doğum müdahaleleri, gebelik komplikasyonları, acil ve elektif sezaryen, TSSB, doğum sonrası depresyon, bozulmuş anne ve bebek etkileşimi ile ilişkilendirilmiştir. Bu problemler anne adayının fiziksel ve ruhsal iyilik hali ve ebeveynler arası ilişkileri için önemlidir(40).

2.2.5.1. Doğum Korkusunun Doğum Öncesi Dönemle İlişkili Olumsuz Sonuçları:

Doğum korkusu; gebelik boyunca kadının üzüntü, uyuma güçlüğü, kâbus ve doğuma dair endişeler yaşamasına neden olabilmektedir(32). Doğum korkusu fazla olan gebelerin çaresizlik, düşük özsaygı ve düşük kontrol etme yeteneğine sahip oldukları belirlenmiştir(41).

Doğum korkusu, gebelik süreci boyunca kadının üzgün olmasına ve doğum sırasında etkisiz kontraksiyonlara neden olabilmektedir(42). Gebelikte yaşanabilen depresif semptomlar, yoğun kaygı hali, bazı kişisel psikolojik problemler, doğumla alakalı danışmanlık ihtiyacı gibi erken dönemde görülebilecek bazı durumlar doğum korkusu ve TSSB için risk faktörleri arasında sayılabilir(43).

Gebelik sırasında doğum korkusu olan kadınlarda, doğum korkusu olmayıp düzenli kontrollere gelen gebelere göre hem depresyon hem de anksiyete bozuklukları iki kat daha yaygın bulunmuştur. Gebelikte depresyonun genel prevalansının yaklaşık %10-12, anksiyete bozukluğunun yaklaşık %6 olduğu belirtilmiştir(9). Gebelikte depresyon sık görülen ciddi bir psikiyatrik sorundur. Bu sorun gebelerde sık görülmesine rağmen gebelik depresyonuna ilişkin çalışmalar postpartum depresyona ilişkin çalışmalar kadar fazla değildir. Gebelik depresyonu tanısı gebelik döneminde konulur ve tedavi edilirse postpartum depresyon gelişimi de önlenmiş olur. Gebelik depresyonu geçiren anne adayının postpartum depresyon geçirme ihtimalinin yaklaşık 6,5 kat daha fazla olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Tanı konmamış ve tedavi

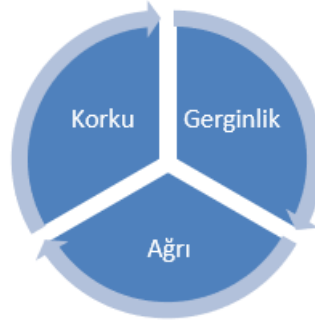
edilmemiş gebelik ve postpartum depresyonunun en önemli komplikasyonunun intihar olduğu belirtilmiştir(44).

Şiddetli doğum korkusu olan gebelerin geçmişinde yaşanmış anksiyete ve/veya depresyon, yeme bozukluğu ve maruz kalınmış istismar gibi durumlar sezaryen isteklerine katkıda bulunur(45). Kadınlar bir kaçınma davranışı olarak sezaryen talebinde bulunurlar(9). Buna rağmen doğum şekli ve depresyon ilişkisiyle ilgili yapılan bir kohort çalışmasında planlı sezaryenin doğum sonrası depresyona karşı koruma sağlamadığı gösterilmiştir(46). İsteğe bağlı sezaryen ile doğum yapan kadınlarda benlik saygısında azalma, suçlu hissetme, duygu durumunda bozulma ve doğum sonrası depresyon görülme ihtimali daha fazladır(45). Dolayısıyla sezaryen yöntemi ile doğum, doğum korkularının azalması için bir çözüm yolu değildir hatta iyi bir vajinal doğum deneyimi iyileştirici bir tecrübe olabilir(35).

2.2.5.2. Doğum Korkusunun Doğum Sırasındaki Olumsuz Sonuçları:

Doğum korkusu fazla olan gebelerin doğum ağrısını hissetme derecesi ve doğum sırasında kontrolünü kaybetme ihtimali daha fazladır(43). Doğum korkusu yaşayan kadınların ağrıya toleransları daha azdır ve bu kadınların doğum korkusu yaşamayanlara göre doğumda daha çok ağrı deneyimi olur. Doğum korkusu yaşayan kadınların doğumlarının birinci ve ikinci fazları daha uzun sürer ve doğum deneyimlerinden memnuniyetleri daha azdır(47).

Gebenin doğum sürecinde şiddetli korku yaşaması nöroendokrinolojik stres yanıtı neden olur. Savunma sistemi aktifleşir ve katekolaminler artar. Katekolaminler kanın hayati organlara gitmesine neden olur. Bu nedenle uterusu giden kan miktarı azalır. Yetersiz kanlanma ve oksijenlenme uterusun çalışma dengesini bozar. Uterusun longitudinal kasları parasempatik sistem tarafından uyarılır ve servikte açılma sağlayabilmek için sirküler kasların gevşemesini ister fakat sempatik sistem tarafından uyarılan dairesel kaslar bu duruma direnç gösterir. Böylelikle serviks kapalı ve gergin kalır. Bu iki kasın birbiriyle zıt mekanizma ile çalışması doğumda ağrıyı oluşturur(9,48). Tüm bu kısır döngü korku-gerginlik-ağrı siklusu (Şekil 2) olarak tanımlanmıştır(49,50).



Şekil 2. Korku-Gerginlik-Ağrı Siklusı

Korku-gerginlik-ağrı kısır döngüsü doğum eylemine dair bazı komplikasyonlara yol açabilmektedir(7,50). Uterusa giden kan miktarının azalması uterin kontraksiyonların şiddetini azaltıp doğumun süresini uzatır. Uterusa oksijenin az gitmesi fetüse de oksijenin az gitmesine neden olur(9,41). Buna bağlı olarak doğum sırasında müdahale ihtiyacı ve acil veya elektif sezaryen oranları artabilmektedir(51). Annenin yaşadığı korku fetüste uterin arter basıncının artması, fetal asfiksi, prematür ya da postmatür doğum gibi bazı problemlere yol açabilir(34).

Hafif düzeyde katekolamin salınımı sürfaktan salınımını sağlayarak yenidoğanın solunumsal fonksiyonlarını kolaylaştırır ve uyanıklık hali sağlar. Şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerde uterusun kasılmasını engelleyen katekolaminler adrenal medulladan fazla miktarda salınarak uterin distosi(zor doğum) gelişme riskini attırır, bu durum yenidoğanda uyum problemlerine neden olabilir(52).

2.2.5.3. Doğum Korkusunun Doğum Sonrası Dönemle İlişkili Olumsuz Sonuçları:

Doğum korkusu gebelik boyunca önemli bir stres kaynağı olduğu için doğum sonu dönemde anneliğe adaptasyon sürecini engelleyebilir(9). Doğum korkusu doğumdan sonraki dönemde olumsuz psikiyatrik etkilere, cinsel fonksiyon bozukluklarına, sonraki doğumlara dair olumsuz beklentilere, anne-bebek ilişkilerinde zorluklara yol açabilir(9,42).

Doğum korkusu olan kadınların, depresyon öyküsü olmasa bile doğum sonrası depresyon riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir(9). Depresif hastalıkların daha çok postpartum dönemdeki annelerde olduğu düşünülmeye karşın, gebe kadınlarda

da sık görülen rahatsızlıklardır. Yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon yaşayan kadınların %23'ünde bu etkilerin gebelik döneminde başladığı belirtilmiştir(53).

Travma sonrası stres bozukluğu açısından, daha önceki doğumunda doğum korkusu yaşamış olan kadınlar daha büyük risk altındadır(9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) psikolojik rahatsızlıkları doğumdan sonra ilk bir yıl içindeki anne ölümlerinin indirekt nedenlerinden biri olarak bildirmektedir (54). Şiddetli doğum korkusu olan kadınlar, hamilelik sırasında korkuları için tedavi edilseler bile doğumdan sonra travma sonrası stres bozukluğu riski açısından yüksek riskli görünmektedir(9) Doğum nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bir kadın olumsuz doğum hikâyelerinden, haberlerden ve kitaplardan mümkün olduğunca kaçınmaya çalışır ve kabuslar görebilir. Farklı zamanlarda o anları tekrar yaşıyormuş gibi hayal edebilir. Bebeğinden fiziksel ve duygusal anlamda uzaklaşabilir. Kaygılı, öfkeli, sabırsız olup konsantrasyon problemleri yaşayabilir ve kendini etraftan soyutlayabilir. Küçük sorunlarda dahi eşle çatışma yaşanabilir. Anne bebeğine dokunmaktan çekinebilir ve bebek çok uzun ve yoğun ağladığında ilgilenebilir veya aksine bebeğine karşı aşırı koruyucu tavır sergileyebilir. Bebeğine kendisi dışında kimsenin dokunmamasını isteyebilir. Bebeğini yalnız bırakmaz ve kendi annesi dahil hiç kimseye bebeğin bakımı konusunda güvenmeyebilir(55).

Gebelik döneminde yaşanan doğum korkusu ve depresif ruh hali gebelik kontrollerine düzenli gelmemeye, yetersiz egzersize, yetersiz beslenme ve kilo alımına, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımına neden olabilir. Tüm bu nedenler erken doğum, düşük doğum ağırlıklı doğum, anomalili doğum gibi sadece anneyi değil bebeği de olumsuz yönde etkileyen sorunlara yol açmaktadır(56).

2.3. DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMLERİ

2.3.1. Doğuma Hazırlık Eğitimleri ve Amaçları

Gebelik süreci anne ve baba adayları için ebeveynlik rolüne uyum gerektiren yeni bir dönem olarak tanımlanabilir. Anne ve baba adayları bu dönemle baş edebilmek için çeşitli arayışlara girerler. Bu konuda farkındalığı yüksek aileler sağlık personelinin danışmanlık alabilir, konuyla ilgili kitaplar okuyabilir ve çeşitli internet sayfalarını takip edebilirler. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemle alakalı konularda daha fazla bilgi almak isteyenler doğuma hazırlık sınıflarına katılabilirler (28,52,57).

Doğuma hazırlık eğitimlerinde bilişsel ve davranışsal egzersizlerle olumlu düşünme sağlanabilmekte, gebe kadının stres algıları azaltılarak gebelik sırasında yaşamış olduğu anksiyetenin seviyesi ve doğum korkusu azaltılabilmektedir(58). Ayrıca gebelik sürecinde olumlu bilişsel adaptasyon ve doğuma yönelik olumlu tutum doğuma hazırlık eğitimi ile başarılabılır(33,59).

Kadınların temel insan haklarından biri de doğuma hazırlık eğitimlerinden yararlanmalarıdır. 2001 Barcelona Anne ve Yeni doğan Hakları Bildirgesi'nde "Bütün kadınlar üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yeni doğan bakımı ile ilgili bilgi ve yeterli eğitim alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri ve çalışanları böyle bir eğitimin kadına ve eşine sağlanmasından ve prenatal bakımın ayrılmaz bir parçası olan hazırlık dönemine eş ile birlikte katılmaları için özendirilmelerinden sorumludur." Ayrıca "Bütün kadınlar dünyada her ülkede hükümetler tarafından garanti altına alınmış, gereksiz risklerin uzaklaştırıldığı ve doğru yardım alabildiği bir gebelik süreci geçirme hakkına sahiptir. Bütün kadınlar gebelik sırasında yeterli sağlık hizmeti ve koruyucu önlemleri hak eder. Gebelik sırasındaki sağlık hizmetlerinin nitelikli ve yeterli kaynaklara sahip olması gereklidir" maddeleri yer almıştır(60).

Doğuma hazırlık eğitimleri dünya çapında gerekli bir hizmettir(58). Doğuma hazırlık sınıfları doğumla ilgili korkuların erken tanınması, tartışılması ve tedavi edilmesi imkânı sağlar(28). Doğuma hazırlık eğitimlerinin önemli bir rolü; doğum korkusu yaşayan kadınların kendine güvenmelerini sağlayarak doğum ile ilgili farklı ve tutarsız duygularını sağlık personeli ile paylaşmasını sağlamaktır. Sağlık profesyonelleri tarafından gebelerin desteklenmesiyle bu farklı duygular ve başarısızlık hissi ile başa çıkılabilir. Gebeler böylelikle kendilerini normal doğuma hazırlarlar ve genel olarak hayatın diğer problemleriyle başa çıkabilecek gücü kendilerinde bulurlar(9,10) Gebe kadınlarda doğum korkusunun azaltılması ve olumlu doğum tutumu oluşturulması, normal doğum oranlarını arttırır, doğumun normalliğini korur, elektif ve acil sezaryen oranlarını azaltır(10).

Doğum korkusunun azaltılmasında, kadınların aile üyeleri ya da sağlık personeli ile doğuma dair korkularını paylaşımlarının da etkili olduğu saptanmıştır. Doğum eğitimi, kendisinin veya başka kişilerin pozitif doğum deneyimlerini düşünmek, doğum ağrısıyla baş edebilme yöntemleri hakkında bilgi almak doğum korkularının azalmasını sağlayan diğer faktörler arasında sayılmaktadır(28). Doğuma

hazırlık sınıflarında oluşturulan ortam çevresel destek, soru sorabilme ve açıklama alma imkânı sağlayarak katılımcıların ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olur(58). Ruhsal açıdan hassas olan gebeler için benzer korkuları olan kişilerle aynı ortamda bulunmak yararlı olabilmektedir(33). Bu tür eğitimler gebenin kendisine güven kazanmasına yardımcı olarak doğum deneyiminden memnun kalmasını da sağlamaktadır (33).

Doğuma hazırlık sınıflarının içeriği ülkeler, şehirler ve hizmet sağlayıcılar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Doğuma hazırlık sınıfları bireysel veya gruplar halinde olabilir. Programlar, yoğun bir günlük oturumlardan birkaç hafta boyunca yapılan birkaç oturuma kadar değişir. Öğretim yöntemi, tartışma ve grup oturumlarından videolara, internet kaynaklarına ve derslere kadar değişir. Bilgi esas olarak sağlık profesyoneli (çoğunlukla bir ebe veya hemşire) tarafından verilir. Son yıllarda eğitilmiş sağlık personelleri, kadın doğum uzmanları ve psikologlar gebe kadınların doğum korkusunu azaltmak ve gereksiz sezaryen operasyonundan kaçınmak için doğum öncesi dönemde çeşitli destek ve terapileri içeren eğitimler düzenlemektedir(9).

Geçmiş dönemlerde kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri annesinden, kardeşinden, arkadaşından, komşusundan öğrenirlerdi. Böylelikle doğum hazırlık eğitimleri aile ve sosyal çevre desteğiyle olmaktadır. Ancak günümüz şartlarıyla gebelerin doğum ile ilgili beklenti ve düşünceleri değişmiştir. Günümüzde kadınlar doğumlarının yönetimine katılmak, ilaç dışı yöntemlerle doğum ağrılarıyla mücadele etmek ve doğum deneyimini eşleriyle birlikte güzel bir şekilde geçirmek isterler(39). Bu amaçla ebeveyn adayları danışmanlık almak için yazılı basını takip etmek, gebe eğitim kitaplarını okumak ve sağlık kuruluşlarına başvurmak gibi girişimlerde bulunabilir(61).

Kadınların doğuma hazırlık sınıflarından öğrenmek istedikleri konular genel olarak; doğum hakkında bilgi edinmek, anksiyeteyi azaltmak, eşlerinin desteğini almak ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamaktır(58). Doğuma ve çocuk bakımına erkeğin katılımının gittikçe artması erkeklerin de bu deneyime hazırlanması gereksinimini doğurmuştur. Dolayısıyla çoğu doğum öncesi eğitim sınıfları gebenin partnerini de eğitime dahil etmektedir(62).

Doğuma hazırlık sınıflarında temel amaç; ebeveynlerin gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme uyumlarını sağlamak, sağlık davranışlarını etkilemek, kadınların doğum yapma becerilerine ilişkin özgüven geliştirmelerine yardımcı olmak, farklı teknikler göstererek anne adayını ağrısız doğuma hazırlamak, normal doğumu desteklemek ve anne baba adayını ebeveynlik konusunda yetkin hale getirmektir(9,63). Ebeveynlerin doğuma dair farkındalığı artırılarak bilgi eksikliği ve yanlış sosyal öğrenme kaynaklı kaygıları azaltılır. Kadının doğum yapabileceğine dair kendine ve bedenine güvenmesi sağlanarak kendi doğumu ile ilgili sorumluluk alması desteklenmiş olur(64,65). Ekibin bir parçası olan gebe kendi üzerine düşenler ve sağlık personelinin yaptığı işlemler konularında bilgilendirilir ve gebelik-doğum-doğum sonu dönem boyunca çiftlerin doğru karar verebilmelerine yardımcı olunur. Bu sayede anne adayını pasif, ürkek, ne olacağını bilmeden beklemek yerine kendisine düşen görevleri doğum ekibiyle birlikte uyum içinde yapacaktır. Böylece anne adayının öz yeterliliği artacaktır(62).

Doğuma hazırlık eğitimlerinin içeriği amaçlarına bağlı olarak zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. Günümüzde doğuma hazırlık eğitimi verilen sınıflarda gebeliğe hazırlık, gebelikte fizyolojik değişiklikler, gebelikte acil durumlar, riskli gebelikler, gebelik izlemleri, hastane prosedürleri, doğum korkusu, doğum ve yönetimi, ağrısız doğum, nefes egzersizleri, perine masajı, gevşeme egzersizleri, doğum sonu dönem ve özellikleri, yenidoğan bakımı, doğuma hazırlıkta baba eğitimi, aile planlanması ve kontraseptif yöntemler konularında bilgi verilmektedir(66).

Sağlık personelleri ve aile hekimleri özellikle gebelik öncesi ve sırasında yoğun doğum korkusu yaşayıp depresif belirtileri olan veya sosyal desteği zayıf olan kadınlara korkulu bir doğum deneyimi ve doğum sonrası psikososyal sorun yaşamalarını önlemek için özel dikkat göstermelidir(9).

2.3.2. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Dünyada ve Türkiye’de Gelişimi

Dünyada doğum öncesi hazırlık eğitimleri 1930’lu yıllarda İngiliz Dr.Grantly-Dick Read tarafından başlamış ve etkisi günümüze kadar artarak devam etmiştir. Farklı dönemlerde farklı akım ve felsefeler etkili olmuştur. Avrupa ve Amerika’da 1950 yılından itibaren özellikle Lamaze felsefesi etkili olmuştur. Bu felsefenin içeriği 6 uygulamadan oluşmaktadır. Buna göre doğum kendi kendine

başlamalıdır, doğumda annenin hareket özgürlüğü olmalıdır, doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin yanında olması sağlanmalıdır, tıbbi durum gerekmedikçe doğuma müdahale edilmemelidir, ayakta ve doğal pozisyonlarda ıkınma sağlanarak sırt üstü doğum yapmaktan kaçınılmalıdır, doğumdan sonra ten tene temas ile anne-bebek bağlanması ve emzirmenin desteklenmesi sağlanmalıdır. Bu felsefe ile doğru eğitilen anne adayının doğum sırasında doğru gevşeme ve nefes alma tekniklerini kullanmasıyla doğumdaki ağrı düzeyi ve doğum süresi azalır, doğuma uyum süreçleri daha olumlu ve doğum algısı daha yüksek olur(39,67).

Türkiye’de doğuma hazırlık eğitimlerinin geçmişi 1980’li yıllara dayanmaktadır(68). 1980’li yıllarda Prof. Dr. Oktay Kadayıfçı’nın çabalarıyla Lamaze yöntemi ile ilk doğuma hazırlık eğitimi yapılmıştır(62). 1991 yılında ilk doğuma hazırlık merkezi İstanbul’da “Hamile Eğitim Merkezi” adı altında kurulmuştur(68). Doğuma hazırlık eğitim sınıfları 2000’li yılların başından itibaren yaygınlaşmıştır. 2007 yılından sonra özel gebe eğitim merkezlerinin sayısı, İstanbul başta olmak üzere özellikle büyük illerde artmaya başlamış ve bazı üniversitelerin hemşirelik bölümleri proje kapsamında doğuma hazırlık sınıflarını oluşturmuşlardır(61).

2.3.3. Doğuma Hazırlık Eğitim Birimlerinin Sınıflandırılması

Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” genelgesini yayınlamış ve bütün illerde gebe bilgilendirme sınıflarının oluşturulmasını istemiştir. Daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında anne adaylarının gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden daha bilinçli hazırlanmasını sağlamak ve desteklemek için “Gebe Okulu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri” konulu genelge yayınlanmıştır. Bu genelge ile doğuma hazırlık eğitimleri Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Okulu, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri olarak sınıflandırılan birimlerde verilmeye başlanmıştır. Bu birimlerde gebenin tıbbi durumu gözetilerek gebeliğin ilk döneminden itibaren gebelik takibi ve doğumun gerçekleşeceği sağlık kuruluşu konusunda gebe ve yakınına bilgi verilir ve bunlar kayıt altında tutulur(66).

2.3.3.1. Gebe Bilgilendirme Sınıfı

Aile sağlığı merkezi (ASM) ve toplum sağlığı merkezi gibi birinci basamak hizmet veren birimlerin bünyesinde açılan Bakanlığın düzenlemiş olduğu **doğuma**

hazırlık sertifika programını tamamlamış hekim sorumluluğunda ve sorumlu ebe varlığında gebe/gebe adayı/yakınlarına doğum öncesi, doğuma hazırlık, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulan birimlerdir(66).

2.3.3.2. Gebe Okulu

Kadın hastalıkları ve doğum hizmeti veren 2. ve 3. basamak kamu hastaneleri ve bunlara bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler bünyesinde açılan Bakanlıkça düzenlenmiş doğuma hazırlık sertifika programını tamamlamış kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sorumluluğunda ve sorumlu ebe varlığında gebe/gebe adayı/yakınlarına doğum öncesi, doğuma hazırlık, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulan birimlerdir(66).

2.3.3.3. Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri

Tıp merkezleri bünyesinde açılan veya serbest çalışma izin ve yetkisi bulunan Bakanlıkça düzenlenmiş doğuma hazırlık sertifika programını tamamlamış kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sorumluluğunda ve sorumlu ebe varlığında gebe/gebe adayı/yakınlarına doğum öncesi, doğuma hazırlık, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulan birimleri(66).

2.3.4. Aile Hekimliğinde Gebe İzlemleri ve Doğuma Hazırlık Eğitimleriyle İlişkisi

Anne ve fetüsün sağlığı konusunda eğitim almış bir sağlık çalışanı tarafından, tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla izlenmesi, gerekli muayenelerinin yapılması ve önerilerde bulunulması doğum öncesi bakım (DÖB) olarak tanımlanmaktadır(69).

Kapsamlı bir DÖB programı; gebelikten önce başlayan, gebelik döneminde devam eden ve gebelik sonrasına uzanan koordineli bir tıbbi bakım yaklaşımı, sürekli risk değerlendirmesi ve psikososyal destek içerir. Bu bakım planı, hastanın tıbbi beslenme, psikososyal, kültürel ve eğitimsel ihtiyaçlarını dikkate almalı ve gebeliğin seyrine göre periyodik olarak yeniden değerlendirilmeli ve revize edilmelidir (70).

Dünyada 15-49 yaş arası gebe kadınların sağlık personelinin en az bir kere DÖB alma oranı Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF/United Nations International Children's Emergency Fund) verilerine göre 2019 yılı raporuna göre %86 iken 2022 yılı raporuna göre bu oran %87 olmuştur. Gebelik dönemi

boyunca en az dört kere DÖB alan 15-49 yaş arası kadınların oranı ise 2013-2018 yılları arasında % 65 iken 2018-2022 yılları arasında bu oran %66 olmuştur(71).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre Türkiye’de kadınların gebelikleri boyunca en az bir kere DÖB alma oranı 2013 yılında %97 iken, 2018 yılında %96’dır. Gebelikleri boyunca en az dört kez DÖB oranları ise 2013 yılında %89 iken, 2018 yılında %90’dır(72,73).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists /ACOG) perinatal bakım rehberine göre komplike olmayan ilk gebeliği olan bir kadının izlem sıklığı, gebeliğin ilk 28 haftasında 4 haftada bir; 29-35. haftalar arasında iki ile üç haftada bir; 36. haftadan sonra ise haftalık izlem olmak üzere toplam 12-14 izlem olmalıdır. Daha önce sorunsuz gebelik öyküsü olan, medikal ve obstetrik problemi olmayan multipar gebelerde ise takip sıklığının azaltılabileceği belirtilmiştir. Medikal ve obstetrik problemi olan ve ileri yaş gebeliklerin daha yakından izlenmesi gerekebileceği ifade edilmiştir(70).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılında, dünyada kadınların sadece %64’ünün tüm gebelik süresi boyunca dört veya beş kez doğum öncesi bakım aldığını belirtmiştir. DSÖ daha önceki rehberlerinde önermiş olduğu dört doğum öncesi bakım ziyareti ile perinatal ölümlerde azalma görülmediğini ancak bu ziyaretlerin sayısındaki artış ile annelerin memnuniyet düzeyinde artış olduğunu göz önünde bulundurarak en az 8 izlem önermiştir(74). DSÖ 2012 ve 2016 yılları gebe izlem sıklığı Şekil 3’de gösterilmiştir.

	DSÖ 2012 Temel Doğum Öncesi Bakım (FANC) Modeli	DSÖ 2016 Doğum Öncesi Bakım (ANC) Modeli
1.trimester	1.izlem: 8-12. Haftalar	1.izlem: İlk 12 hafta içinde
2.trimester	2.izlem: 24-26. Haftalar	2.izlem: 20. Hafta 3.izlem: 26.Hafta
3.trimester	3.izlem: 32. Hafta 4.izlem:36-38. Haftalar	4.izlem: 30. Hafta 5.izlem: 34. Hafta 6.izlem: 36. Hafta 7.izlem: 38. Hafta 8.izlem: 40. Hafta

Şekil 3. DSÖ 2012 ve 2016 Yılları Gebe İzlem Sıklığı

Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetleri anne ve bebek sağlığı açısından temel koruyucu sağlık hizmetlerinin başında gelmektedir. Ülkemizde doğum öncesi izlem görevi aile hekimliği uygulaması ile aile hekimlerine ve birlikte çalıştıkları aile sağlığı çalışanlarına verilmiştir(75).

Ülkemizde T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 2018 yılında hazırlanan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” halen geçerliliğini korumaktadır. Bu kılavuz çoğunlukla DSÖ’nün 2012’deki kılavuzuyla benzerlik göstermekte ve birinci basamağa hitap etmektedir.

- 1. izlem ➡ 0-14. Hafta
- 2. izlem ➡ 18-24. Hafta
- 3. İzlem ➡ 28-32. Hafta
- 4. izlem ➡ 36-38. Hafta

Kılavuzda izlem sıklığından ziyade niteliğe önem verilmiştir. İlk izlemde minimum 30 dakika diğer izlemlerde de minimum 20 dk süre ayrılması önerilmektedir. Gebelik düşüncesi olan kadınlara gebelikten en az 1 ay önce gebelik sonrası 12. haftaya kadar 400-800 mikrogram/gün folik asit replasmanı önerilmektedir. Nöral tüp defektli gebelik öyküsü, antiepileptik ilaç kullanımı, obezite, diyabet gibi nöral tüp

defekti açısından yüksek riskli grupta yer alan kadınlarda yüksek doz (4000 mikrogram/gün) folik asit gebe kalmadan 12 hafta önce başlanmalı ve gebeliğin 12. haftasına kadar devam edilmelidir(76).

Birinci İzlem:(76)

Gebeliğin ilk 14 haftası içinde birinci izlem yapılmalı ve süresi en az 30 dakika olmalıdır. 14.haftadan sonra tespit edilen gebeliklerde; gebelik haftası dikkate alınmaksızın “İlk İzlem” olarak değerlendirilmeli ve ilk izlemde yapılması gereken tüm prosedürler ile gebelik haftasına uygun izlem prosedürleri uygulanmalıdır.

İlk izlemde gebenin eşiyle akraba olup olmadığı, varsa akrabalık derecesi eğitim durumu, ev halkının sayısı, evinin en yakın sağlık merkezine uzaklığı, ekonomik kaynaklar gibi kişisel bilgileri sorgulanır. Soy geçmişi, alışkanlıkları, tıbbi öyküsü sorgulanır. Gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı, maternal komplikasyonlar, doğumların kim tarafından nerede yapıldığı, sonlanma şekli, doğum sırasında ve sonrasında yaşanan komplikasyonlar, tekrarlayan düşükler, fetal komplikasyonlar, erken doğum, ölü doğum, bebek anomalileri gibi obstetrik öyküsü sorgulanır. Mevcut gebelikte son adet tarihine göre gebelik haftası ve tahmini doğum tarihi hesaplanır.

Gebelikte normal kabul edilen yakınmalar, gebelikte tehlike işaretleri, gebelik öncesi ve gebelikte ilaç kullanımı ve seyahat durumu sorgulamaları yapılır ve bilgilendirmelerde bulunulur.

Fizik muayenede tansiyon, nabız, boy, kilo, anemi bulguları, kardiyovasküler sistem muayenesi, solunum sistemi muayenesi, pretibial ödem ve varis bulguları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulguları değerlendirilir. Fetal kalp sesleri değerlendirilir, normalde bir dakikada 120-160 arasında olur ve 10- 12.haftalardan itibaren el doppleri ile duyulabilir.

Hemogram, tam idrar tahlili, tiroit stimulan hormon, elisa, kan grubu, sfiliz tarama testleri, HIV (Human Immunodeficiency Virüs) testine bakılır ve gebenin risk grubuna göre başka testler de eklenebilir.

Gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda veya açlık kan şekeri 100-126 mg/dl arasında ise 75 gram Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) yapılmalıdır. Test sonuçları normal ise gebeliğin 24-28. haftasında 75 mg OGTT tekrarlanır. 11-14.

haftalar arasında kombine test yapılması önerilmelidir.

Gebe izlemlerinde 16-20. haftalar arasında maternal serum Alfa-Fetoprotein (AFP), 16-20. haftalar arasında üçlü/dörtlü test (kombine test yapılmamışsa), 18-22. haftalar arasında ultrasonografi ile fetal anomali taraması yapılmalı. Gebenin mevcut semptomlarına yönelik gereken testler sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendirilir.

Gebe izlemlerinde bir diğer önemli mevzu mikrobesein takviyeleridir. Anemi tespit edilirse 100-120 mg/gün dozunda elementer demir tedavisine hemen başlanır, anemi yoksa gebeliğin 16.haftasından itibaren 40-60 mg/gün dozunda elementer demir tedavisi başlanmalı ve gebe bilgilendirilmelidir. D vitamini desteği 12.haftadan itibaren başlanmalı ve günlük 1200 IU dozunda kullanılmalıdır.

Gebe izlemlerinin bir diğer önemli basamağı bağışıklamadır. Gebeliğin 12.haftasında tetanos aşısının 1. dozu yapılabilir. Gebe geç tespit edilirse ilk dozu yapılır daha sonra aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar yapılır. Gebeye bağışık değilse Hepatit B aşısı ve grip sezonunda grip aşısı önerilmelidir. Enfeksiyon varlığı tespit edilirse gereken tedaviye başlanmalıdır, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına sebep olabilmesi açısından özellikle asemptomatik bakteriüri dikkat edilmesi gereken riskli bir durumdur.

Gebe izlemlerinin bir diğer basamağı danışmanlık hizmetleridir. Birinci izlemde fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, cinsel yaşam, kişisel hijyen, ağız ve diş bakımı ile ilgili bilgi ve danışmanlık hizmetleri verilir. Sigara ve alkol tüketimi sorgulanır ve tüketim varsa bırakması önerilir. Şiddetli bulantı-kusma, bebek hareketlerinde azalma, su gelmesi, vajinal kanama, konvülsiyon, karın ağrısı, şiddetli baş ağrısı, görmede bulanıklık, ateş, yüz-el ve bacaklarda şişme, nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerini yerine getirememesi gibi gebelikte tehlike işaretleri konusunda bilgilendirilir. Ayrıca gebe ve ailesine bu gibi acil durumlarda yapabilecekleri konusunda bilgi verilir.

İkinci izlem(76)

Gebeliğin 18 ila 24. haftaları arasında yapılır. Gebe ve yakınları ile uygun iletişim kurulup, öyküsü alınır, fizik muayenesi yapılır. Boy, kilo ölçülür. Tansiyon,

nabız gibi vital bulgularına bakılır, risk faktörleri açısından değerlendirip uygun tetkikler istenir. Yüksek riskli grupta olmayan tüm gebelere 24-28.haftalarda OGTT yapılması sağlanır. Bağışıklama sağlanır. İlaç desteğiyle gerekli tedaviler verilir. Bilgilendirme ve danışmanlık yapılır. Sevki gereken durumlar sevk edilir ve yapılan izlem kayıt altına alınır.

Üçüncü izlem(76)

28-32. gebelik haftaları arasında yapılır. İkinci izlemdeki aşamalar tekrar edilir. Ek olarak Rh uyuşmazlığı varlığında İndirekt Coombs (-) ise 28. haftada Rhogam uygulanır. Eğer bebek Rh(+) ise annede İndirekt Coombs(-) çıkarsa, doğumu takiben 72 saat içinde rhogam tekrarlanmalıdır

Dördüncü izlem(76)

36-38. gebelik haftaları arasında yapılır. İkinci ve üçüncü izlemdeki aşamalar tekrar edilir.

Sağlık bakanlığının 2018 yılında yayınladığı doğum öncesi bakım rehberine göre, her izlemde gebelerin doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası döneme dair korku ve kaygıları sorgulanmalı ve gerekli durumlarda bu korku ve kaygılarını azaltmaya yönelik danışmanlık verilmelidir. Ayrıca gebelere doğuma hazırlık eğitimleri konusunda bilgi verilmeli ve gebelerin bu birimlere yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

2.3.5. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gebelik-Doğum-Doğum Sonrası Döneme Etkisi

Doğum öncesi verilen gebe eğitimlerinin birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Bu eğitimler kadın ve ailesinin doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası dönemlere fiziksel, psikolojik ve ruhsal açıdan hazırlanmasını sağlamaktadır(77). Yapılan çalışmalarda doğum öncesi dönemde verilen eğitimin ciddi doğum korkusu yaşayan kadınlarda doğum şekline, anneliğe adaptasyona, doğum deneyimine ve depresif semptomlara olumlu etki sağladığı gösterilmiştir(9,10)

Doğuma hazırlık eğitimlerinde anne adaylarına verilen gevşeme eğitimi ile anne adaylarının gevşeme yeteneği, doğumu etkilemenin en önemli yoludur ve bu

sırada kadına kontrol hissi verir(9). Yapılan bir çalışmada doğuma hazırlık eğitimlerine katılan kadınların doğumlarının ikinci evresinin bu eğitimlere katılmayan kadınlara göre yaklaşık altı dakika daha kısa olduğu saptanmıştır, bu sürenin istatistiksel açıdan anlamlı olmamasına rağmen anne ve yenidoğan sağlığı açısından klinik olarak önem taşıdığı vurgulanmıştır(78).

Doğum korkusunun neden olduğu en önemli sorun, korku nedeniyle kadınların sezaryen talebinde bulunması ve bu sebepten elektif sezaryen oranlarının artmasıdır. Yapılan çalışmalarda doğuma yönelik korkuların kadınların sezaryen talebinde bulunmalarında primer rol oynadığı görülmüştür(35). Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda doğum korkusunun azaldığı, doğum yapabileceklerine dair kendilerine olan güvenlerinin arttığı ve normal doğum oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(79).

Doğuma hazırlık eğitimleri ebeveynliğe geçişi hızlandırır. Anne adayının doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi düzeyinin artması anne ve bebek sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (80,81). Doğuma hazırlık eğitimlerine katılmak eşler arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkilemektedir. Eğitime katılan babaların bilgisinin arttığı ve böylece eşlerine yaklaşımlarının daha destekleyici olduğu, eğitime katılan kadınlarda kişiler arası desteğin ve eş ile iletişimin daha fazla olduğu saptanmıştır(82,83). Eğitimlere katılanların iletişimlerini doğum sonrası dönemde de sürdürdüğü ve anne baba adaylarının birbirlerine destek olduğu görülmüştür.(29)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAY VE İZİNLER

Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği kliniği tarafından yürütülen “Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” isimli bu araştırma için Ankara Şehir Hastanesi 2 No’lu Etik Kurulu’nun 20.07.2022 tarih ve E2-22-2143 sayılı onayı (Bkz. Ek-1) alınarak yapıldı.

Araştırmacılar tarafından ankete başlamadan ön bilgilendirmede bulunuldu ve sözlü ve yazılı olarak katılımcılardan onam formu alındı. (Bkz. Ek 2)

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma iki grup arası karşılaştırılmalı kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışmaya katılımı kabul eden gönüllü gebelere sosyodemografik ve obstetrik bazı bilgiler ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeğinden (A versiyonu) oluşan anket formu uygulandı.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi gebe okulu ve gebe polikliniklerine 17 Ağustos -17 Eylül tarihleri arasında başvuran gebeler oluşturmaktadır. Evrenimizin geçmiş aylardaki günlük ortalama poliklinik sayıları değerlendirildiğinde yaklaşık 7000 kişi olduğu hesaplanmıştır. Çalışmamızın örnekleme ise %95 güvenilirlik seviyesi %5 hata payı ile 365 olarak bulunmuştur. Belirlenen sayının yarısı gebe okulu eğitimlerini tamamlayıp sertifika alan, diğer yarısı gebe okulu eğitimlerine katılmamış olup gebe takip polikliniklerine kontrol için başvuran gebelerden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığının ilgili mevzuatına uygun bir şekilde araştırmanın yapıldığı merkezde gebe okulu eğitimleri bu dersler için özel olarak hazırlanmış sınıflarda iki farklı program halinde bu konuda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmaktadır:

1. Hafta içi beş günlük eğitim programı; her gün, bir ders süresi 40 dakika olacak şekilde iki ders süresince uygulanmaktadır.

2. Hafta sonu eğitim programı; gebelere eşleri ile birlikte gelme imkânı sunarak hafta sonu bir gün her ders süresi 40 dakika olan altı ders süresince uygulanmaktadır.

Araştırmacılar rutin kontrole gelen gebelere poliklinik muayenesinin hemen öncesinde, gebe okuluna başvuran gebelere de gebe okulu eğitiminin hemen sonrasında ilgili soru formunu uygulamıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzeri gebeler
- Araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek kapasiteye sahip olanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar
- Gebeliği riskli olmayanlar
- Eğitim alan grup için ayrıca gebe okulu eğitimi sertifikası olanlar

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 18 yaş altı gebeler
- Araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek kapasiteye sahip olmayanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar
- Gebeliği riskli olanlar
- Eğitim alan grup için gebe okulu eğitimleri sertifikası olmayanlar

Kriterleri sağlayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 382 kişiye ulaştığımız çalışmamızda, anketteki sorulardan bir veya daha fazlasına cevap vermeyen 16 kişinin anketi değerlendirme dışı bırakıldı. Soruların tamamına eksiksiz cevap veren her iki gruptan 183 kişi ile toplam 366 anket değerlendirilmeye alındı.

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMİ

Araştırmacılar tarafından yapılandırılan anket, araştırmacı tarafından ön bilgilendirme ve onam formuyla birlikte (Bkz. Ek 2) gebe polikliniğine başvuran gebelere poliklinik muayenesinin hemen öncesinde, gebe okuluna başvuran gebelere de gebe okulu eğitiminin hemen sonrasında gözlem altında anket uygulama yöntemiyle uygulanmıştır. Katılımcılara bazı sosyodemografik, obstetrik özellikleri içeren 23 sorudan oluşan veri formu ve 33 maddeden oluşan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği A versiyonu uygulanmıştır.

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

Doğum korkusunu belirlemek amacıyla 1998 yılında Wijma ve arkadaşları(24) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe halinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2009 yılında Körükçü ve arkadaşları(84) tarafından yapılmış ve cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda ise ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.943 olarak bulunmuştur.

33 maddeden oluşan ölçekte cevaplar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmıştır. Altılı likert tipte olan ölçekte 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Ölçek puanının yüksek olması kadınların doğum korkusu düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31. sorular) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçeğin puanları dört alt grupta değerlendirilmiştir.

Ölçek toplam puanları ile korku düzeylerine bakıldığında;

- WDEQ-A puan ≤ 37 hafif düzeyde,
- $38 \leq$ WDEQ-A puan ≤ 65 orta düzeyde,
- $66 \leq$ WDEQ-A puan ≤ 84 şiddetli düzeyde
- WDEQ-A puan ≥ 85 klinik düzeyde doğum korkusunu göstermektedir.

3.5. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Veri analizinde hipotezlerin analizleri için IBM SPSS Statistics Version 23 paket programı kullanıldı. SPSS analizlerine geçilmeden önce veri hem hatalı hem de kayıp değerler için kontrol edilerek 366 (183+183) kişi ile analizler yapıldı. Ayrıca Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğindeki (A versiyonu) ters kodlamalı sorular kodlandı. Tanımlayıcı istatistikler birey sayısı (n) ve frekans (%) ile gösterildi. Hipotezlerin test edilmesinden önce ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı test edildi. Örneklem sayısının her bir grupta yeterli sayıda olması (n=183) ve çarpıklık- basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olmasından dolayı analizlerde parametrik yöntemler kullanıldı. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma kullanıldı.

İki gruba ait ölçümlere ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklemeler için t testi, ikiden fazla gruba ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Hangi gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemede çoklu karşılaştırma testlerinden LSD (little significance difference) yöntemi kullanılmıştır. İki kategorik değişken arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek ki-kare analizi yapıldı (Pearson ki-kare istatistiği). İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ise Pearson Korelasyon katsayısı hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kabul edildi.



4.BULGULAR

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü doğuma hazırlık eğitimlerine katılan 183 ve katılmayan 183 olmak üzere toplam 366 gebedir.

Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gruplara göre dağılımları ve karşılaştırılması Tablo 1’de verilmiştir.

Eğitim alan gruptaki gebelerin yaş ortalamaları $27,85 \pm 4,09$, eğitim almayan gruptaki gebelerin yaş ortalamaları $28,13 \pm 4,28$ olarak bulunmuştur.

Doğuma hazırlık eğitimi alan gruptaki gebelerin eğitim durumları %36,1’inin lise ve altı, %23,5’inin ön lisans, %40,4’ünün lisans ve lisansüstü şeklindedir. Eğitim almayan gruptaki gebelerin eğitim durumu %42,6’sı lise ve altı, %23’ü ön lisans, %34,4’ü lisans ve lisansüstü şeklindedir.

Eğitim alan gruptaki gebelerin %37,7’si ilçe merkezi, %62,3’ü il merkezinde yaşamaktadır. Eğitim almayan gruptaki gebelerin %40,4’ü ilçe merkezi, %59,6’sı il merkezinde yaşamaktadır.

Eğitim alan gruptaki gebeler gelir düzeylerini %16,4’ü “gelir giderden az”, %62,8’i “gelir gidere eşit”, %20,8’i “gelir giderden fazla” olarak belirtmiştir. Eğitim almayan gruptaki gebeler gelir durumlarını 15,3’ü “gelir giderden az”, %65,6’sı “gelir gidere eşit”, %19,1’i “gelir giderden fazla” olarak belirtmiştir.

Eğitim alan gruptaki gebelerin %92,3’ünün, eğitim almayan gruptaki gebelerin %86,9’unun herhangi bir kronik hastalığı yoktu.

Sosyo-demografik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Eğitim alan grup n(%)	Eğitim almayan grup n(%)	p
Eğitim durumu	Lise ve altı	66(36,1)	78(42,6)	0,388
	Ön lisans	43(23,5)	42(23)	$(\chi^2=4,812)$
	Lisans ve lisansüstü	74(40,4)	63(34,4)	
İkamet yeri	İlçe merkezi	69(37,7)	74(40,4)	0,592
	İl merkezi	114(62,3)	109(59,6)	$(\chi^2=0,287)$
Gelir durumu	Gelir giderden az	30(16,4)	28(15,3)	0,861
	Gelir gidere eşit	115(62,8)	120(65,6)	$(\chi^2=0,299)$
	Gelir giderden fazla	38(20,8)	35(19,1)	
Kronik Hastalık	Yok	169(92,3)	159(86,9)	0,087
	Var	14(7,7)	24(13,1)	$(\chi^2=2,936)$
Değişken		Ort. ± SS	Ort. ± SS	0,516
Yaş		27,85±4,09	28,13±4,28	t=-0,650

Ort.=ortalama, SS.=standart sapma; χ^2 =ki-kare testi, f=fisher's exact testi, t=bağımsız örneklem için t testi

Katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gruplara göre dağılımları ve karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir. Katılımcıların gebelik dönemlerine bakıldığında eğitim alan gruptaki gebelerin %8,2’si 1.trimester, %20,8’i 2.trimester, %71’i 3.trimesterdaydı. Eğitim almayan gruptaki gebelerin ise %8,7’si 1.trimester, %25,1’i 2.trimester, %66,1’i 3.trimesterdaydı.

Eğitim alan gruptaki gebelerin %55,7’si nullipar, %44,3 ü multipardı. Eğitim almayan gruptaki gebelerin %48,1’i nullipar, %51,9’u multipardı.

Eğitim alan gruptaki gebelerin %16,9’unun, eğitim almayan gruptaki gebelerin %21,9’unun daha önce küretaj veya düşük deneyimi öyküsü vardı.

Eğitim alan gruptaki gebelerin %69,4'ünün önceki doğum şekli normal doğum, %30,6'sının sezaryen doğumdu. Eğitim almayan gruptaki gebelerin %63,4'ünün önceki doğum şekli normal doğum, %36,6'sının sezaryen doğumdu.

Katılımcıların obstetrik özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 2. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Eğitim alan grup	Eğitim almayan grup	p
		n(%)	n(%)	
Gebelik dönemi	1.Trimester	15(8,2)	16(8,7)	0,572 ($\chi^2=1,117$)
	2.Trimester	38(20,8)	46(25,2)	
	3.Trimester	130(71,0)	121(66,1)	
Gebelik öyküsü	Yok	102(55,7)	88(48,1)	0,143 ($\chi^2=2,145$)
	Var	81(44,3)	95(51,9)	
Küretaj veya düşük deneyimi	Yok	152(83,1)	143(78,1)	0,234 ($\chi^2=1,415$)
	Var	31(16,9)	40(21,9)	
Önceki doğum şekli	Normal	43(69,4)	52(63,4)	0,456 ($\chi^2=0,555$)
	Sezeryan	19(30,6)	30(36,6)	

χ^2 =ki-kare testi, f =fisher's exact testi, t =bağımsız örneklemeler için t testi

Katılımcıların doğuma hazırlık eğitimi alma durumlarına göre şu anki doğum şekli tercihi ve bazı ASM izlem özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Eğitim alan ve eğitim almayan grubun şu anki doğum şekli tercihleri karşılaştırıldığında eğitim alan grubun %95,6'sının, eğitim almayan grubun %83,6'sının normal doğumu tercih ettiği görülmüştür. Her iki grubun sezaryen doğum tercih oranlarına bakıldığında eğitim alan grupta %4,4, eğitim almayan grupta %16,4 olarak görülmüştür. Her iki grup arasında şu anki doğum şekli tercihleri açısından istatistiksel olarak ileri düzey anlam farklılık bulundu. ($p<0,001$)

Eğitim alan gruptaki gebelerin %31,1'i bir kez, %22,4'ü iki kez, %20,2'si üç kez, %10,9'u dört kez, %15,3'ü beş ve üzeri sayıda ASM izlemlerini yaptırmıştır. Eğitim almayan gruptaki gebelerin %35,5'i bir kez, %27,9'u iki kez, %19,7'si üç kez, %7,1'i dört kez, %9,8'i beş ve üzeri sayıda ASM izlemlerini yaptırmıştır

Eğitim alan gruptaki gebelerin %31,7'sinin izlemlerini aile hekimi, %25,7'sinin izlemlerini aile sağlığı çalışanı, %42,6'sının izlemlerini hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı yapmıştır. Eğitim almayan gruptaki gebelerin %43,7'sinin izlemlerini aile hekimi, %27,9'unun izlemlerini aile sağlığı çalışanı, %28,4'ünün izlemlerini hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı yapmıştır. Her iki grup arasında ASM izlemlerini yapan kişi değişkeni açısından oluşan bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$)

Eğitim alan gruptaki gebelerin %70,5'i evde kendi test yaparak, %16,4'ü devlet hastanesinde, %10,9'u ASM'de, %2,2'si özel hastanede gebe olduğunu öğrenmiştir. Eğitim almayan gruptaki gebelerin %70,5'i evde kendi test yaparak, %14,2'si ASM'de, %12,6'sı devlet hastanesinde, %2,7'si özel hastanede gebe olduğunu öğrenmiştir.

Eğitim alan grupta gebelik tanısı sonrası gebelerin %60,1'i devlet hastanesine, %29,5'i ASM'ye, %10,4'ü özel hastaneye başvurmuştur. Eğitim almayan grupta gebelik tanısı sonrası gebelerin %63,4'ü devlet hastanesine, %23,0'ı ASM'ye, %13,7'si özel hastaneye başvurmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Şu Anki Doğum Şekli Tercihi ve Bazı ASM İzlem Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Eğitim alan grup n(%)	Eğitim almayan grup n(%)	p
Şu anki doğum şekli tercihi	Normal	175(95,6)	153(83,6)	0,00* ($\chi^2=14,212$)
	Sezaryen	8(4,4)	30(16,4)	
ASM’de yapılan izlem sayısı	1	57(31,1)	65(35,5)	0,154 ($\chi^2=5,284$)
	2	41(22,4)	51(27,9)	
	3	37(20,2)	36(19,7)	
	4	20(10,9)	13(7,1)	
	5 ve üzeri	28(15,3)	18(9,8)	
ASM’de izlem yapan kişi	Aile hekimi	58(31,7)	80(43,7)	0,012* ($\chi^2=8,871$)
	Aile sağlığı çalışanı	47(25,7)	51(27,9)	
	Hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı	78(42,6)	52(28,4)	
Gebelik tanısı konulan yer	ASM	20(10,9)	26(14,2)	0,617f
	Devlet hastanesi	30(16,4)	23(12,6)	
	Evde test	129(70,5)	129(70,5)	
	Özel hastane	4(2,2)	5(2,7)	
Gebelik tanısı sonrası ilk başvuru yeri	ASM	54(29,5)	42(23,0)	0,245f
	Devlet hastanesi	110(60,1)	116(63,4)	
	Özel hastane	19(10,4)	25(13,7)	

χ^2 =ki-kare testi, f=fisher’s exact testi, t=bağımsız örneklemeler için t testi

Katılımcıların doğuma hazırlık eğitimi alma ve almama durumu değişkenine göre WDEQ-A puan ortalamalarına ilişkisiz örneklem t-testi yöntemi ile bakılmış ve Tablo 4’de gösterilmiştir. Çalışmamızda doğum hazırlık eğitimi almayan grupta doğum korkusu puan ortalaması $60,64 \pm 21,35$, doğum hazırlık eğitimi alan grupta doğum korkusu puan ortalaması $30,62 \pm 19,13$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında doğum korkusu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzey anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$). Eğitim alan katılımcıların WDEQ-A puanları eğitim almayanlardan anlamlı olarak daha düşüktür yani doğum korkuları daha azdır.

Tablo 4. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Dağılımı

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Eğitim Alan	183	30,62	19,13	364	-14,166	<0,001*
Eğitim Almayan	183	60,64	21,35			

* $p < 0,05$; ss: standart sapma

Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin WDEQ-A puan kategorilerine göre dağılımı Tablo 5’de gösterilmiştir. Eğitim alan gebelerin %66,1’inin hafif düzeyde, %30,6’sının orta düzeyde, %4’ünün şiddetli düzeyde, %2’sinin klinik düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu görülmüştür. Eğitim almayan gebelerin ise %16,9’unun hafif düzeyde, %39,3’ünün orta düzeyde, %30,6’sının şiddetli düzeyde, %13,1’inin klinik düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu görülmüştür. Eğitim alan ve almayan grupta bulunan gebeler arasında doğum korkusu kategorilendirilmiş puan aralıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0.001$)

Tablo 5. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puan Kategorilerinin Dağılımı

Puan kategorileri	Eğitim alan grup		Eğitim almayan grup		p değeri
	n	%	n	%	
≤ 37: Hafif	121	66,1	31	16,9	0,001* ($\chi^2=118,871$)
38-65: Orta	56	30,6	72	39,3	
66-84: Şiddetli	4	2,2	56	30,6	
≥ 85: Klinik Düzey	2	1,1	24	13,1	

* $p<0,05$; χ^2 =ki-kare testi

Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin WDEQ-A puanlarının sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemeler için t testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 6’da gösterilmiştir. Tablo 6’da sosyo-demografik özellikler incelendiğinde gelir durumu ve kronik hastalığa sahip olma değişkenlerine göre WDEQ-A puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yani katılımcıların WDEQ-A puanları bu değişkenlerin tüm kategorilerinde benzerdir. Fakat doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin WDEQ-A puanları eğitim durumu değişkenine ve doğuma hazırlık eğitimi almayan gebelerin WDEQ-A puanları ikamet yeri değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,05$). İkili karşılaştırma testlerinden LSD’ ye göre ise bu farklılık lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlar ile lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlar arasında gözlendi. Lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanların WDEQ-A puanlarının daha yüksek olduğu görüldü bir başka ifade ile doğum korkuları daha fazladır. Eğitim almayan grupta ikamet yeri ilçe merkezi olanların il merkezi olanlara göre WDEQ-A puanları daha yüksektir yani doğum korkuları daha fazladır.

Tablo 6. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Değişken	Kategori	Eğitim alan grup			Eğitim almayan grup		
		%	$\bar{X}$	p	%	$\bar{X}$	p
Eğitim Durumu	Lise ve altı	36,1	26,26	0,033* F=3,487	42,6	62,26	0,346
	Ön lisans	23,5	30,30		23	62,40	F=1,066
	Lisans veya lisansüstü	40,4	34,69		34,4	57,46	
İkamet yeri	İlçe merkezi	37,7	32,45	0,315 t=1,008	40,4	66,04	0,005* t=2,876
	İl merkezi	62,3	29,51		59,6	56,97	
Gelir Durumu	Giderden az	16,4	30,47	0,845 F=0,168	15,3	64,89	0,429
	Gidere eşit	62,8	30,13		65,6	60,45	F=0,850
	Giderden fazla	20,8	32,21		19,1	57,89	
Kronik hastalık	Yok	92,3	31,17	0,174 t=1,364	86,9	59,80	0,171 t=-1,374
	Var	7,7	23,93		13,1	66,21	

F: Tek yönlü varyans analizi; t: Bağımsız örneklem için t testi; *p<0,05

Yaş değişkeninin WDEQ-A puanına etkisi Tablo 7’de gösterilmiştir. Eğitim alan gruptaki katılımcıların WDEQ-A puanları ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($r = -0,056$, $p = 0,453$). Yani yaş arttıkça eğitim alan gruptaki katılımcıların WDEQ-A puanları çok az azalmaktadır. Eğitim almayan gruptaki katılımcıların WDEQ-A puanları ile yaş değişkeni arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($r = 0,075$, $p = 0,314$). Yani yaş arttıkça eğitim almayan gruptaki katılımcıların WDEQ-A puanları çok az artmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Yaş Değişkeni Açısından Basit Korelasyon Analizi Sonuçları

		Eğitim Alan Grup WDEQ-A puanları	Eğitim Almayan Grup WDEQ-A puanları
Yaş	r	-0,056	0,075
	p	0,453	0,314
	n	183	183

Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin WDEQ-A puanlarının bazı obstetrik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklem için t testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 8 ’de verilmiştir. Tablo 8’de bazı obstetrik özellikler incelendiğinde gebelik dönemi, düşük veya küretaj deneyimi, önceki doğum şekli değişkenlerine göre WDEQ-A puanları hem eğitim alan hem de eğitim almayan gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ($p > 0,05$). Eğitim alan grupta gebelik öyküsü değişkenine göre WDEQ-A puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p < 0,05$). Gebelik öyküsü olmayanların WDEQ-A puanlarının daha yüksek olduğu görüldü bir başka ifade ile doğum korkuları daha fazladır.

Tablo 8. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Bazı Obstetrik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Değişken	Kategori	Eğitim alan grup			Eğitim almayan grup		
		%	$\bar{X}$	p değeri	%	$\bar{X}$	p değeri
Gebelik dönemi	1.trimester	8,2	26,4	F=0,589	8,7	60,31	F=0,962
	2.trimester	20,8	29,29		25,1	56,96	
	3.trimester	71,0	31,49		66,1	62,08	
Gebelik öyküsü	Yok	55,7	33,71	0,014* t=2,485	48,1	58,70	0,239 t=-1,181
	Var	44,3	26,73		51,9	62,43	
Düşük veya küretaj deneyimi	Yok	83,1	31,68	0,097 t=1,668	78,1	59,45	0,156 t=-1,423
	Var	16,9	25,42		21,9	64,88	
Önceki doğum şekli	Normal	69,4	29,42	0,084 t=1,762	63,4	62,08	0,703 t=-0,383
	Sezaryen	30,6	20,16		36,6	64,00	

F: Tek yönlü varyans analizi; t: Bağımsız örneklemeler için t testi; *p<0,05

Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin WDEQ-A puanlarının doğum şekli tercihi ve ASM izlem özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemeler için t testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 9’da verilmiştir. Tablo 9’da bazı özellikler incelendiğinde gebelik tanısı konulan yer, tanı sonrası ilk başvuru yeri değişkenlerine göre doğum korkusu puanları hem eğitim alan hem de eğitim almayan gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$). Eğitim alan grupta asm izlem sayısı değişkenine göre doğum korkusu puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,05$). ASM izlem sayısı 4 olan gebelerin doğum korkusu puanı diğer gruplara göre (1, 2, 3, 5 ve üzeri) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. Eğitim almayan grupta doğum şekli tercihi, ASM’de izlem yapan kişi değişkenlerine göre doğum korkusu puanları

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,05$). Şu anki doğum şekli tercihi sezaryen olan gebelerin doğum korkusu puanları normal doğumu tercih edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. ASM’de izlem yapan kişi değişkenine göre izlemi hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı tarafından yapılan gebelerin doğum korkusu puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu.

Tablo 9. Katılımcıların Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre WDEQ-A Puanlarının Doğum Şekli Tercihi ve Bazı ASM İzlem Değişkenleri Açısından İncelenmesi

Değişken	Kategori	Eğitim alan grup			Eğitim almayan grup		
		%	$\bar{X}$	p değeri	%	$\bar{X}$	p değeri
Şu anki doğum şekli tercihi	Normal	95,6	31,13	0,089 $t=1,708$	83,6	58,79	0,008* $t=-2,69$
	Sezaryen	4,4	19,38		16,4	70,09	
ASM’de izlem yapılan kişi sayısı	1	31,1	31,68	0,040* $F=2,569$	35,5	58,97	0,600 $F=0,66$ 3
	2	22,4	34,20		27,9	58,78	
	3	20,2	33,70		19,7	64,47	
	4	10,9	19,95		7,1	60,85	
	5 ve üzeri	15,3	26,75		9,8	64,11	
ASM’de izlem yapan kişi	Aile hekimi	31,7	30,34	0,094 $F=0,910$	43,7	58,36	0,008* $F=4,82$ 9
	Aile sağlığı çalışanı	25,7	31,66		27,9	68,35	
	Hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı	42,6	30,19		28,4	56,58	
Gebelik tanısı konulan yer	ASM	10,9	29,10	0,528 $F=0,773$	14,2	58,35	0,114 $F=2,11$ 5
	Devlet hastanesi	16,4	30,20		12,6	58,87	
	Evde test	70,5	31,22		70,5	60,55	
	Özel hastane	2,2	21,75		2,7	83,00	
Gebelik tanısı sonrası ilk başvuru yeri	ASM	29,5	28,22	0,288 $F=1,253$	23,0	59,79	0,634 $F=0,45$ 7
	Devlet hastanesi	60,1	32,42		63,4	61,66	
	Özel hastane	10,4	27,00		13,7	57,36	

*F: Tek yönlü varyans analizi; t: Bağımsız örneklem için t testi; * $p<0,05$*

Eğitim alan grupta anlamlı fark oluşturan değişkenlerin WDEQ-A skoru üzerindeki etkisi regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 10 üzerinde gösterilmiştir. Daha önce gebelik öyküsü olma durumunu inceleyen anlamlı regresyon modeli; $F(1,181) = 6,174$; $p < 0,001$ olarak hesaplanmış ve WDEQ-A skorundaki varyansın %3'ünün ($R^2 = 0,033$) gebelik öyküsü tarafından açıklandığı bulunmuştur. Eğitim durumunu inceleyen anlamlı regresyon modeli; $F(2, 180) = 3,487$, $p = 0,014$ olarak hesaplanmış ve WDEQ-A skorundaki varyansın %4'ünün ($R^2 = 0,037$) eğitim durumu farklılığı tarafından açıklandığı bulunmuştur. ASM takip sayısını inceleyen anlamlı regresyon modeli; $F(4,178) = 2,569$, $p = 0,04$ olarak hesaplanmış ve WDEQ-A skorundaki varyansın %6'sının ($R^2 = 0,055$) ASM takip sayısı tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Daha önce gebelik öyküsü olma durumu WDEQ-A puanlarını sabitteki değişkene göre anlamlı olarak 6,977 birim azaltırken, lisans veya lisansüstü eğitime sahip olma ise WDEQ-A puanlarını anlamlı olarak 8,432 birim artırmıştır. Ayrıca ASM takip sayısının 4 olması ise WDEQ-A puanlarını 11,734 birim azaltmıştır.

Tablo 10. Eğitim Alan Grupta Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Gösterimi

WDEQ-A	B	Std. Sapma	Beta	t	p
Gebelik öyküsü					
Sabit	33,706	1,868		18,042	0,000
Var	-6,977	2,808	-0,182	-2,485	0,014
Eğitim durumu					
Sabit	26,258	2,324		11,300	0,000
Ön lisans	4,045	3,700	0,090	1,093	0,276
Lisans veya lisansüstü	8,432	3,196	0,217	2,638	0,009
ASM’de yapılan izlem sayısı					
Sabit	31,684	2,492		12,715	0,000
2	2,511	3,852	0,055	,652	0,515
3	2,018	3,972	0,042	,508	0,612
4	- 11,734	4,889	-0,192	-2,400	0,017
5 ve üzeri	-4,934	4,342	-0,093	-1,137	0,257

Eğitim almayan grupta anlamlı fark oluşturan değişkenlerin WDEQ-A skoru üzerindeki etkisi regresyon analizi ile değerlendirilmiş sonuçlar Tablo 11 üzerinde gösterilmiştir. İkamet yeri değişkenini inceleyen anlamlı regresyon modeli; $F(1, 181) = 8,897$; $p=0,003$ olarak hesaplanmış ve WDEQ-A skorundaki varyansın %5’inin ($R^2 = 0,047$) ikamet yeri tarafından açıklandığı bulunmuştur. Doğum şekli tercihini inceleyen anlamlı regresyon modeli; $F(1, 181) = 7,236$, $p= 0,008$ olarak hesaplanmış ve WDEQ-A skorundaki varyansın %4’ünün ($R^2 = 0,038$) doğum şekli tercihi tarafından açıklandığı bulunmuştur. ASM’de takip yapan kişiyi inceleyen anlamlı regresyon modeli; $F(2, 180) = 4,929$; $p=0,008$ olarak hesaplanmış ve WDEQ-A skorundaki varyansın %5’inin ($R^2 = 0,052$) ASM’de takip yapan kişi farklılığı tarafından açıklandığı bulunmuştur.

İkamet yeri il merkezi olma durumu WDEQ-A puanlarını sabitteki değışkene göre anlamlı olarak 9,166 birim azaltırken, doğum yöntemi tercihi sezaryen olanların WDEQ-A puanları anlamlı olarak 11,276 birim yüksek bulunmuştur. Ayrıca ASM’de izlem yapanın aile sağlığı çalışanı olması ise WDEQ-A puanlarını anlamlı olarak 9,960 birim artırmıştır.

Tablo 11. Eğitim Almayan Grupta Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Gösterimi

W-DEQ	B	Std. Sapma	Beta	t	p
<i>İkamet yeri</i>					
Sabit	84,381	8,108		10,407	0,000
İl merkezi	-9,166	3,073	-0,216	-2,983	0,003
<i>Şu anki doğum şekli tercihi</i>					
Sabit	47,515	5,120		9,281	0,000
Sezaryen	11,276	4,192	0,196	2,690	0,008
<i>ASM’de izlem yapan kişi</i>					
Sabit	58,363	2,337		24,972	0,000
Aile sağlığı çalışanı	9,990	3,746	0,210	2,667	0,008
Hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı	-1,786	3,724	-0,038	-,480	0,632

5. TARTIŞMA

Doğuma hazırlık eğitimlerinin eğitim alan ve almayan gebelerde doğum korkusuna etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızda eğitim alan kadınların doğum korkularının eğitim almayan kadınlardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçla doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi alan grubun puan ortalaması (30,62±19,13), doğuma hazırlık eğitimi almayan grubun doğum korkusu puan ortalamasından (60,64±21,35) anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde ülkemizde Demirci ve arkadaşlarının 2015 yılında Manisa’da yaptığı bir çalışmada eğitim almayan gebelerin doğum korkusu puan ortalaması 59,3±21,7 iken eğitim alan gebelerin doğum korkusu puan ortalaması 39,1±23,9 olarak bulunmuş ve doğum öncesi eğitim sınıflarının doğum korkusunu azalttığı belirtilmiştir(85). Serçekuş ve arkadaşlarının 2016 yılında Denizli’de yaptığı bir çalışmada eğitim almayan gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları 59,9±19,1 eğitim alan grubun doğum korkusu puan ortalamaları 37,9±23,4 olarak bulunmuş. Aynı çalışmada doğum öncesi eğitimin doğum korkusunu azalttığı ve doğumla ilgili anne öz yeterliliğini artırdığı belirtilmiştir(86). Yazıcıoğlu ve arkadaşlarının 2019 yılında Samsun’da yaptığı bir çalışmada eğitim öncesi gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları 76,88±25,0 eğitim sonrasında 48,78±21,43 olarak bulunmuştur(87).

Yurt dışında yapılmış bazı çalışmalarda doğum korkusu puan ortalaması, Rouhe ve arkadaşlarının 2009 yılında Finlandiya’da(9) yaptığı çalışmada 68,3±21,1, Hall ve arkadaşlarının 2009 yılında Kanada’da(79) yaptığı çalışmada 52,87±19,66 olarak bulunmuştur. Lee ve arkadaşlarının 2009 yılında aynı konuda yaptığı bir çalışmada, doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğuma yönelik bilgilerini arttırdığı ve bu eğitimin doğuma hazırlıkta yararlı olduğu saptanmıştır(88).

Bu sonuçlar çalışmamızda eğitim alan ve almayan gruplardaki puan ortalamaları ile benzerdir. Çalışmamızın sonuçları bu açıdan literatürle uyumludur. Literatürde çalışmalar arası doğum korkusu puan ortalama farkları yerel ve kültürel bazı özellikler, gebelik haftası ve doğum korkusunu tespit ederken kullanılan yöntemlerdeki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Eğitim almayan grupta klinik düzeyde doğum korkusu olan gebelerin oranı%13,1 iken bu oranın eğitim alan grupta sadece %1,1 olması, eğitim almayan grupta şiddetli düzeyde doğum korkusu olan gebelerin oranı %30,6 iken bu oranın eğitim alan grupta sadece %2,2 olması doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum korkusunu azaltmadaki etkisini anlamlı bir şekilde bizlere göstermektedir.

Doğumla ilgili bilgi eksikliğinin, çevreden duyulan yanlış bilgilerin, ağrı korkusunun ve önceki doğumlarda yaşanan olumsuz doğum deneyimlerinin doğum korkusuna yol açtığı bilinmektedir. Gebelerin bilgi yetersizliği nedeni ile kararsızlık ve korku yaşadıkları ancak sağlık profesyonelleri tarafından bilgi almaları sonucunda korkularının azaldığı çalışmalarda saptanmıştır(28,33).

Doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların gebelik ve doğum konusunda bilgilendirilmesi, doğum ağrısıyla baş edebilme yöntemlerinin anlatılması, doğuma dair korkuların azalmasını sağlayarak kadınların kendine ve sağlık personeline olan güvenini artırır. Ayrıca bu bilgilendirilmenin mesleği gereği doğum konusunda daha önce birçok tecrübesi olan eğitilmiş sağlık personeli tarafından yapılması, anne adayları açısından güven duygusu oluşturup doğum korkusunun azaltılmasında etkili olmuş olabilir. Bu eğitimlerde grup şeklindeki eğitim ortamı, anne-baba adaylarının benzer duyguları yaşayan kişilerle aynı ortamda bulunmasına ve çevresel desteğe olanak verir. Böylece anne-baba adaylarına duygu düşüncelerini paylaşabilme, soru sorabilme ve bilgi alışverişinde bulunabilme fırsatı sağlanmış olur.

Çalışmamızda eğitim alan grupta yaş artışının doğum korkusunu azalttığı görülmüştür. Literatürde doğum korkusuna yaşın etkisi incelendiğinde genç yaşlarda doğum korkusunun daha fazla, ileri yaşlarda doğum korkusunun daha az olduğunu gösteren çalışmalar vardır(89–91). Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumludur. Ayrıca doğum korkusuna yaşın etkisi olmadığını gösteren farklı çalışmalar (92) ile aksine yaş arttıkça doğum korkusunun arttığını ifade eden çalışmalar da vardır(36,93). Eğitim alan grupta kadınların yaşının ilerlemesi ile birlikte gebelik ve yaşamla ilgili tecrübelerinin artması ve bunun doğuma hazırlık eğitimi ile pekiştirilmesi doğum korkusunu olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi alan gruptaki gebelerin eğitim durumu değişkenine göre doğum korkusu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşmuştur. Doğum korkusu puan ortalamaları lisans veya lisansüstü eğitim

seviyelerinde en yüksekken, lise ve altı eğitim seviyelerinde en düşüktür. Bu durum eğitim durumu seviyesi artışının doğum korkusu puan ortalamasını genel olarak artırdığını göstermektedir.

Literatür incelendiğinde Yazıcıoğlu ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada eğitim seviyesi artışının doğum korkusunu artırdığı belirtilmektedir(94). Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumludur. Çalışmamızın sonucunun aksine İsviçre ve Danimarka’da eğitim seviyesinin düşük olmasının kadınların doğum korkusunu arttırdığı gösteren farklı çalışmalar(90,91) ile eğitim seviyesiyle doğum korkusu arasında bağlantı olmadığını ifade eden çalışmalar da vardır(92,93). Ayrıca literatür incelendiğinde Kılıç ve arkadaşlarının 2022 yılında Ordu’da yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde sağlık okuryazarlığının daha fazla olduğu ve gebelikte sağlık okuryazarlığı arttıkça doğum öncesi algılanan stresinde arttığı görülmüştür(95).

Eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde sağlık okuryazarlığı oranlarının yüksek olabilmesi bu gebelerin doğumla ilgili konular hakkında daha fazla araştırmalar yapmasını sağlamış olabilir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olabilecek olan bu gebelerin farkındalık düzeylerinin de yüksek olması, doğumda gelişebilecek olan anne ve bebekle ilgili riskleri daha fazla bilmelerine ve böylelikle doğum korkusunun artmasına neden olmuş olabilir. Ancak sağlıklı bir sağlık okuryazarlığının endişeden daha çok bireylerin iyilik halinin artmasına katkı sunması gerektirmesi bu hususta yeni sağlık politikalarının geliştirilmesinin ve araştırmaların yapılmasına olan ihtiyacı da bizlere göstermiştir.

Ayrıca gebelerin merak ettikleri konularda araştırmalarını sosyal medya ve internet üzerinden yapması, konu hakkında edindiği bazı yanlış bilgileri doğru sanmasına neden olmuş olabilir. Edindiği yanlış bilgiler, gebelerin olumsuz sonuçları daha fazla düşünmelerine ve böylece doğuma dair korkularının artmasına neden olmuş olabilir. Aile hekimleri olarak bu hususta da güvenilir bilginin kaynağı olarak gebelerimizi beşincil koruma olarak yeni tanımlanmış olan yanlış bilgi salgını olan infodemiden koruyabiliriz. Bir yandan primordial korumadan başlayarak uygun bir danışmanlık hizmeti ile gebelerimize doğru bilgi ile donatırken diğer yandan beşincil koruma ile de yanlış bilgilerden uzak tutup hastalarımıza optimum bir koruyucu hekimlik yaklaşımı sergileyebiliriz.

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi almayan gruptaki gebelerin ikamet yeri değişkenine göre doğum korkusu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İl merkezinde ikamet eden gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları ilçe merkezinde ikamet edenlere göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde Danimarka’da yapılan bir çalışmada yaşanan yerin gelişmişlik seviyesinin artışının, doğum korkusunu azalttığı belirtilmiştir(91). Çalışmamızın sonucu bu açıdan literatürle uyumludur. Çalışmamızın aksine Yazıcıoğlu ve arkadaşlarının Samsun’da yaptığı bir çalışmada ikamet yerinin gelişmişlik düzeyinin artması doğum korkusu puanını arttırmıştır(94).

Merkezi yerlerde yaşayan gebelerin, gebelik takiplerini daha düzenli yaptırabilme imkânı bulabilmesi ve olası bir olumsuz durumda ya da doğum anında sağlık merkezine ulaşımındaki mesafesinin daha kısa olması bu gebelerin doğum korkusunun daha az olmasını sağlamış olabilir.

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi alan grupta nullipar gebelerin doğum korkusu puanının multipar gebelere göre daha yüksek olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde özellikle nullipar gebelerin daha fazla doğum korkusu olduğunu belirten çalışmalar vardır. Gün ve arkadaşlarının 2016 yılında Konya’da yaptığı bir çalışmada nullipar gebelerde doğum korkusunun multipar gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur(89). Körükçü ve arkadaşlarının 2010 yılında Antalya’da yaptığı çalışmada multipar gebelerde doğum korkusu prevelansının nullipar gebelerden daha fazla olduğu belirtilmiştir(96). Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda da nulliparların yaşadığı doğum korkusunun multiparlara oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir(9,33). Çalışmamızın sonuçları bu açıdan literatürle uyumludur. Literatürde bu sonuçların aksine multipar gebelerin doğum korkusunun nullipar gebelerden daha fazla olduğunu belirten çalışmalar da vardır. Şahin ve arkadaşlarının 2009 yılında İstanbul’da yaptığı bir çalışmada gebe kadınlar doğum korkusu açısından değerlendirilmiş ve doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığı belirtilmiştir(93). Ryding ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada multipar gebelerin yaşadığı olumsuz doğum tecrübesi nedeniyle doğum korkularının, nullipar gebelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir(5).

Hem nullipar hem de multipar kadınların farklı sebeplerden dolayı doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir(7–9). Literatürde nullipar kadınlarda doğum korkusu nedenleri incelendiğinde korkunun temel kaynağını doğum ile ilgili belirsizliğin

oluşturduğu belirtilmiştir. Multipar kadınlar arasındaki doğum korkusu nedenlerinin nulliplarlarda ki korku nedenlerine ek olarak genellikle doğum sırasında obstetrik yaralanma korkusu, kontrol kaybı, yetersiz destek ve doğumla baş edememe gibi önceki olumsuz gebelik ve doğum deneyimlerine dayandığı görülmüştür(3,5,28). Dolayısıyla bu durum her gebemizin olası bir tokofobiden korumak amacıyla bireysel ilgilenilmesi gerektiğini de bizlere göstermektedir.

Çalışmamızda her iki grubun sezaryen doğum tercih etme oranlarına bakıldığında, eğitim almayan grupta sezaryen doğum tercih etme oranı eğitim alan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Yine eğitim almayan grupta sezaryen tercih eden gebelerin doğum korkusu puan ortalamalarının, normal doğum tercih eden gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir.

Literatür incelendiğinde Ryding ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğuma yönelik korkuların sezaryen isteğinde bulunmada en önemli rol oynayan faktör olduğu bulunmuştur(35). Yine Ryding ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sezaryen isteminde bulunan kadınların %36'sının sezaryen nedeninin doğum ağrısı korkusu olduğu belirtilmiştir(97). İsveç'te yapılan bir araştırmada düşük doğum korkusu olan kadınların daha fazla olumlu doğum deneyimi yaşadığı; yüksek doğum korkusu olan kadınların ise acil sezaryen ve operatif doğum gibi daha fazla olumsuz doğum deneyimi yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, korku düzeyi yüksek olan kadınların acil sezaryen riskinin en az on iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir(98). Stoll ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları bir çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda doğum korkusunun azaldığını ve bu kadınlarda doğum yapabileceklerine dair kendilerine olan güvenlerinin artarak normal doğum oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir(79). Çalışmamızın sonuçları bu açıdan literatürle uyumludur.

Sezaryen doğum, anne bebek ölümlerini ve bazı obstetrik komplikasyonları azaltabilmektedir. Fakat tıbbi bir gereksinim olmadan yapılan sezaryen doğumların kısa ve uzun vadeli sağlık problemlerine neden olduğu bilinmektedir. DSÖ ülkelerde %10'a kadar olan sezaryen oranlarının anne bebek ölümlerinde azalmayla ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Ülkemizde 2018 TNSA verilerine göre sezaryen oranı %52'dir. Doğumların %38'inde sezaryen kararı doğum kasılmaları başlamadan önce, %14'ünde doğum kasılmaları başladıktan sonra verilmiştir. Doğum kasılmaları başlamadan önce verilen bu elektif sezaryen kararlarının yüksek olması, sezaryen

doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadığını göstermektedir(72).

Doğum korkusunun neden olduğu en önemli sorun herhangi bir tıbbi neden yokken kadınların korku sebebiyle sezaryen isteğinde bulunmasıdır. Ağrı nedeniyle doğum korkusu yaşayan kadınlar kaçınma davranışı olarak sezaryen talebinde bulunurlar. Bu talep elektif sezaryen oranlarının artmasına neden olabilir. Bu durum sezaryen oranları oldukça yüksek olan ülkemiz için önemli bir problemidir. Doğuma hazırlık eğitimlerinde sağlık personeli tarafından doğum hakkında verilen doğru bilgiler, anne adaylarının doğum korkularının azalmasına katkı sağlayarak kadınların normal doğum yapabileceklerine dair kendilerine olan güvenlerini artırmış olabilir. Bu sayede doğuma hazırlık eğitimleri doğum korkusu nedeniyle sezaryen talebinde bulunan gebelerin eğitim ile daha fazla normal doğum tercih etmesine yardımcı olmuş olabilir.

Çalışmamızda ASM izlem sayısı ve doğum korkusu puanı ilişkisine bakıldığında eğitim alan grupta gebe izlem sayısı arttıkça doğum korkusu anlamlı derece azalmıştır. Ayrıca eğitim alan ve almayan grupların ASM izlem sayıları karşılaştırıldığında eğitim alan grupta dört ve üzeri ASM izlem sıklığının oransal olarak daha fazla olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğinde Yazıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde ASM’de yapılan izlem sayısı arttıkça doğum korkusunun azaldığı bulunmuştur. Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gebelik izlem sayısı ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(93). Yine Avusturalya’da yapılan bir çalışmada birinci basamak izlemleri ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(99).

Çalışmamızda eğitim alan grupta en düşük doğum korkusu puanı dört ASM izlemi yapılan grupta görülmüştür. Bu sayı Sağlık Bakanlığının önerdiği gebe izlem sıklığı için uyumludur. ASM izlem sayısı 5 ve üzeri olan grupta doğum korkusu puanı diğer gruplardan daha az olsa da 4 izlem sayısına göre bir miktar fazladır. Bu duruma anket sorularımızda şıklarda en fazla izlem sayısını beş ve üzeri olarak tanımlamamız kaynaklı, anksiyete seviyesi yüksek olan gebelerin belirttiğimiz sayılardan daha fazla sağlık kuruluşu ziyareti sebep olmuş olabilir.

ASM izlem sıklığının eğitim alan grupta oransal olarak fazla olmasında, gebe izlemlerini daha düzenli yaptıran gebelerde doğuma hazırlık eğitimi farkındalığının

daha fazla olduğu ve bu sebeple eğitimlere katılma oranlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Bu duruma gebe izlemlerinde bakanlığın önerdiği şekliyle gebelere doğuma hazırlık eğitimlerinden bahsedilip bu konuda farkındalık oluşturulması ve doğuma hazırlık eğitimi birimlerine gebelerin yönlendirilmiş olması katkı sağlamış olabilir.

Günümüzde sağlık bakımının temel amacı; kişilere danışmanlık yapmak ve hastalık risklerinden uzak tutarak onların sağlığını korumak olmuştur. Aile hekimliği bu amaçlar doğrultusunda sağlık sistemlerinin birinci basamağını oluşturmaktadır. Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişilere yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ekip anlayışı ile sunmak aile hekiminin görevleri arasında yer almaktadır. Bu amaç doğrultusunda aile hekimleri kendisine kayıtlı olan kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını yapmaktadır. Gebe izlemleri de bu hizmetler arasında yer almaktadır. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı kendilerine kayıtlı olan gebeleri bir ekip halinde biyopsikososyal bakış anlayışı ile değerlendirir, gebelik izlemlerini yapar, eğitimlerde bulunur ve gebelerde her izlemdede doğuma hazırlık farkındalığı oluşturarak gebe bilgilendirme sınıfları oluşturabilir veya gebe okulları ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerine yönlendirmesini sağlar.

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi almayan gruptaki gebelerin ASM takibini yapan kişi değerikenine göre doğum korkusu puanlarında anlamlı farklılık oluşmuştur. Gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları incelendiğinde takipleri sadece aile sağlığı çalışanı tarafından yapılan gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir. ASM izlemleri hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı tarafından yapılan gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları, diğer iki gruba göre daha düşüktür yani doğum korkuları daha azdır.

Literatür incelendiğinde Yazıcıoğlu ve arkadaşlarının 2021 yılında(94), Hall ve arkadaşlarının 2009 yılında(100) yaptığı çalışmanın sonuçları da bu açıdan çalışmamızla benzerdir. Bu duruma aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının bilgi ve birikimlerini harmanlayarak ekip anlayışı içinde, düzenli doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelerde oluşturduğu olumlu etki katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları

- Çalışmamız Ankara’da merkezi bir yerde yapıldığı için kısmen daha bilinçli hastalar seçilmiş olabilir. Bu durum çalışma sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.
- Çalışmamıza dahil edilen gebeler farklı trimesterde olduğu için çalışmamız heterojen bir yapıdadır.
- Çalışmamız kesitsel tipte olduğu için uzun dönem sonuçlar konusunda yeterli bilgi vermemektedir.
- Çalışmamızda doğum korkusu açısından tanı koydurmayan sadece klinik riski gösteren Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A versiyonu) kullanılmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisini inceledik. Hastanemiz gebe okulu eğitimlerine katılan gebelerin ve sadece rutin gebe izlemlerini yaptıran gebelerin doğum korkularını değerlendirdik. Gebe okulu eğitimlerine katılarak doğuma hazırlık eğitimi almış gebelerin doğum korkusunun eğitim almayan gebelerden daha az olduğunu saptadık.

Doğuma hazırlık eğitimlerinde verilen bilgilerin kadınların doğum ile ilgili bilgi yetersizliğini gidererek doğum korkularının azalmasına destek olduğu çalışmamızda gösterilmiştir. Doğuma hazırlık eğitimlerinin kadınlarda doğum korkusunu azaltmada sağladığı başarı göz önüne alındığında, bu eğitimlerden her gebenin doğumdan önce faydalanması gerekmektedir. Bu nedenle doğuma hazırlık eğitimleri tüm gebelere standart bir program dahilinde rutin DÖB hizmetleri kapsamında tüm sağlık hizmeti basamaklarında verilebilir.

Gebelik izlemlerinin daha düzenli ve nitelikli yapılmasının doğum korkusu üzerine olumlu etkisi olduğunu tespit ettik. Doğum korkusunun doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonrasında birçok komplikasyonla ilişkilendirildiği bilinmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri gebeyi her değerlendirmede biyolojik, psikolojik, sosyal ve spirüüel açıdan bütüncül tıp anlayışıyla değerlendirmeli ve özellikle aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları kendilerine kayıtlı tüm gebelerin bu hizmetten yararlanması adına bu konuda eğitim alıp gebe bilgilendirme sınıfı oluşturabilmeli ya da gebe okulu ve doğuma hazırlık danışmanlık merkezlerine yönlendirmelidir.

Gebelerin takip ve izlemlerini yapan sağlık personellerinde doğum korkusu konusunda farkındalık oluşturulmalıdır. Bu sebeple sağlık personellerine doğum korkusu, ağrısız doğum seçenekleri gibi konularda hizmet içi eğitim verilebilir ve bu konudaki Bakanlıkça düzenlenmiş doğuma hazırlık sertifika programını tamamlayabilirler. Sağlık personelleri gebelerin doğuma dair korkuları olup

olmadığını sorgulayarak gerekli durumlarda doğum korkusu ölçeği kullanabilmeli ve risk taşıyan gebelerin belirlenmesini sağlamalıdır. Risk grubunda olan gebelere destek ve eğitim verilmesini, klinik düzeyde doğum korkusuna sahip olan gebelerin tedavi açısından yönlendirilmesini sağlamalıdır.

Gebelerin takip ve izlemlerinin yapıldığı kurumlarda değerlendirilmeleri sonrasında, doğumla ilgili sıkıntılarını anlatabilmelerini sağlayacak birebir rahat ortam ve psikolojik açıdan destek sağlayacak mekanlar ve personeller bulundurulup yaygınlaştırılabilir.

Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi almayan kadınların sezaryen tercih oranlarının daha fazla olduğunu gözlemledik. Bu durum kadınların yaşadıkları doğum korkusunun sezaryen tercihi için önemli bir neden olduğunu göstermektedir. Doğum korkusunun azaltılması ülkemiz için önemli bir halk sağlığı problemi olan sezaryen oranlarının ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının azalmasına katkı sağlayacaktır. Bu nedenle eğitimlerde anne adayının doğuma dair endişe ve korkularının azaltılması sağlanarak bebeği ve kendisi için doğru olan doğum şekli yöntemini seçebilmesi konusunda yardımcı olunmalıdır.

Gebelerin yakın çevresindeki kişilerin fikirlerinden de etkilendiği göz önünde bulundurulduğunda gebe ve ailesinin gebelik süreci ve doğum hakkında bilgilendirilmesini sağlamak adına farkındalık eğitimleri düzenlenebilir.

Kadınların yaşadıkları doğum tecrübesinin bir sonraki doğumu etkilediği göz önüne alındığında, anne adaylarının iyi bir doğum tecrübesi yaşaması adına doğumhane ortamının şartları gebelerin kendilerini rahat hissedebilecekleri, hasta mahremiyetine özen gösterilen şekilde düzenlenebilir. Doğumhanede görevli personellerin doğuma hazırlık ve doğru iletişim teknikleri konularında eğitim alması sağlanabilir.

Doğuma hazırlık eğitimi almış gebelerde doğum korkusu lisans veya lisansüstü eğitim seviyelerinde daha fazlayken, lise ve altı eğitim seviyelerinde daha düşük olduğunu gözlemledik. Sağlık okuryazarlığının bu duruma etkisi olabileceği ihtimali göz önüne alınarak gebelere bu konuda eğitim ve danışmanlık verilebilir. Sağlık okuryazarlığıyla ilgili kurs ve etkinliklere katılımı sağlanabilir.

Gebelerin sosyal medya ve internet üzerinden gebelik süreci ve doğum hakkında yanlış ve olumsuz bilgiler yerine daha doğru ve faydalı bilgiler öğrenmesi ve bu sayede gebeleri infodemiden korumamız adına sosyal medya ve internet kullanımı hakkında eğitimlere katılımı önerilebilir.

Doğum korkusu konusunda net tanı kriterlerinin olmaması nedeniyle doğum korkusunu tanımlamak amacıyla tasarlanmış ölçekler kullanılmaktadır. Ancak doğum korkusu ile ölçek çalışmaları incelendiğinde bu konuda bir birliğin olmaması, sağlık personelinin doğum korkusu olan gebeleri ayırt edememesine neden olabilmektedir. Doğum korkusu olan gebelerin erken tanınıp müdahale edilebilmesi için tarama ölçeklerinin oluşturulmasına ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

7.KAYNAKLAR

1. Terzioğlu F. (2005). Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık .
2. Hofberg K. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J [Internet]. 2003 [cited 2022 Oct 30];79:505–10. Available from: <http://pmj.bmj.com/>
3. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. Midwifery. 2006 Sep 1;22(3):240–8.
4. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 1997 Sep 1 [cited 2022 Nov 3];76(9):856–61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3109/00016349709024365>
5. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;77(5):542–7.
6. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. Soc Sci Med. 2006 Jul 1;63(1):64–75.
7. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. J Clin Nurs [Internet]. 2009 Mar [cited 2022 Nov 4];18(5):667–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19239535/>
8. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy [Internet]. 2001 May 1 [cited 2022 Nov 21];30(2):75–84. Available from: /record/2001-18411-003
9. Rouhe H. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. Sexual and Reproductive Healthcare.
10. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led psycho-education intervention. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2013 Oct 20 [cited 2022 Nov 6];13(1):1–9. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-190>
11. korku ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [cited 2022 Oct 16]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
12. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp ; 2006. 139–150 p.
13. Köknel Ö. Korkular Takıntılar Saplantılar . 1990;
14. Nesin Aziz. Korkudan Korkmak. İstanbul: Nesin Yayıncılık; 1988. 6–7 p.
15. Guyton AC, Hall JE. Otonom Sistemi Fizyolojisi. In: Tıbbi Fizyoloji , Textbook of Medical Physiology. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2013. p. 711–20.
16. Ganong, WF., Ateş, N., Tıbbi Fizyoloji, 20. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2002.

17. Marieb EN. Human Anatomy and Physiology. 3rd ed. California: The Benjamin/ Cummings Publishing Company. 1995; 474–5. .
18. Çakar L, Şahin G, Yermen N. Otonom Sistemi Fizyolojisi : Tıbbi Fizyoloji , Textbook of Medical Physiology, Guyton AC, Hall JE. Editör: Ateş N. 20.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 2002; 248–52.
19. LeDoux JE (2002). The synaptic self, How our brain become who we are. New York:Viking Publication, 128. .
20. Kumral A. Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 1981. 128–131 p.
21. Kaplan HI & Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2004. 189–217 p.
22. Taylor CM. Essentials of Psychiatric Nursing. 14. Edition. Mosby, Philadelphia; 1994. 125–129 p.
23. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. Br J Psychiatry [Internet]. 2000 [cited 2022 Oct 25];176(JAN.):83–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10789333/>
24. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. <http://dx.doi.org/10.3109/01674829809048501> [Internet]. 1997 [cited 2022 Nov 1];19(2):84–97. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674829809048501>
25. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. Mediter J Clin Psychol 2013; 1(1): 1-18.
26. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: The obstetric-psychiatric interface. Clin Obstet Gynecol [Internet]. 2004 Sep [cited 2022 Oct 31];47(3):527–34. Available from: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/2004/09000/Fear_of_Childbirth,_Tocophobia,_and_Mental_Health.6.aspx
27. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2007 [cited 2022 Dec 11];86(9):1148–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17712663/>
28. Melender HL. Fears And Coping Strategies Associated With Pregnancy And Childbirth In Finland. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2002 [cited 2022 Oct 30];47:256–63. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523>
29. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women’s opinion and possible outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2005 May [cited 2022 Nov 21];84(5):436–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15842207/>
30. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women’s birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. Women and Birth. 2012 Sep 1;25(3):114–21.
31. Klabbers GA, van Bakel HJA, van den Heuvel MMA, Vingerhoets AJJM. Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. Psihologijske teme. 2016 Apr 20;25(1):107–27.
32. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 1997 [cited 2022 Nov 2];18(4):266–72. Available from:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9443136/>
33. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2022 Nov 18];82(3):201–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
 34. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* [Internet]. 2001 May [cited 2022 Nov 2];108(5):492–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11368135/>
 35. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section. A retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1991 [cited 2022 Nov 18];70(1):47–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1858495/>
 36. Melender HL, Lauri S. Fears associated with pregnancy and childbirth--experiences of women who have recently given birth. *Midwifery* [Internet]. 1999 [cited 2022 Nov 1];15(3):177–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10776242/>
 37. Gulanic M, Myers JL (2004). *Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention*, 5th Edition, Mosby, St Louis, 298-305.
 38. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* [Internet]. 2010 Aug [cited 2022 Nov 1];26(4):394–400. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117644/>
 39. Coşar F, Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi.
 40. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Soc Sci Med*. 2006 Jul 1;63(1):64–75.
 41. Lazoğlu, M., Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Özyeterlilik Algısının Karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014. .
 42. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 Apr [cited 2022 Nov 3];46(2):212–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15056335/>
 43. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* [Internet]. 2008 Feb [cited 2022 Nov 3];115(3):324–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18190368/>
 44. Çalık KY, Aktaş S, Gör Ö, Teknik K, Trabzon Ü, Yüksekokulu S, et al. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi - Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2011;3(1):142–62.
 45. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* [Internet]. 2006 Sep [cited 2022 Nov 3];33(3):221–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16948722/>
 46. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ* [Internet]. 2005 Apr 16 [cited 2022 Nov 4];330(7496):879–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15734748/>
 47. Saisto T, Ylikorkola O, Halmesmaki ERJA. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 1999 Nov [cited 2022 Nov 2];94(5):679–82.

- Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10546709/>
48. Guyton, A.C., Hall, J.E., Çavuşoğlu, H., Tıbbi Fizyoloji, 10. Baskı, Tavaslı Matbaacılık, 2001.
 49. Serçekuş P. Doğum korkusuna müdahale: HypnoBirthing. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni [Internet]. 2011 [cited 2022 Nov 1];10(2):239–42. Available from: <http://search/yayin/detay/128704>
 50. Mannoni, P. (1992). Korku, 2. Baskı, Çeviren: Gürbüz I. İstanbul, İletişim Yayınları, 1992.
 51. Rouhe H. Fear of childbirth [Internet]. [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/154673>. Fear of childbirth [Internet] [cited 2022 Dec 10] Available from: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/154673>.
 52. Gorrie MT, McKinney SE, Murray SS. (1998). Foundations of Maternal Newborn Nursing, Second Edition, America, W.B. Saunders Company, 1998; ss. 245-265. .
 53. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. Br J Psychiatry [Internet]. 1984 [cited 2022 Nov 3];144(5):453–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6733369/>
 54. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. Midwifery [Internet]. 2014 Feb [cited 2022 Nov 3];30(2):145–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24365717/>
 55. Potter PA, Perry AG. (2001). Fundamentals of Nursing. 5. Edition. Mosby, New York.
 56. Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. BMJ [Internet]. 1999 Jan 16 [cited 2022 Nov 3];318(7177):153–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9888905/>
 57. Littleton LY, Engebreston JC. Maternal, Neonatal and Women's Health Nursing. 1st ed. Canada: Thomson. 2005; 293-4,325-6.
 58. Davidson, M., London, M., Ladewig, P.: Olds' Maternal-Newborn Nursing and Women's Health across the Lifespan, Chapter 13, p. 284- 288, 9th Edition, Pearson.
 59. Hildingsson I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - a longitudinal cohort study. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 18];5(2):75–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24814442/>
 60. Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn. 5th World congress of perinatal medicine to be held in Barcelona, 23-27 Sept. 2001, [Updated 23-27 Sept. 2001; Cited 09 Oct 2022]. Available from: <http://www.esrh.eu/sites/esrh.eu/files/attachments/declarationofbarcelonaontherightsof motherandnewborn.pdf>.
 61. Okumuş H, Mete S, Aytur T, Yenal K, Demir N. Doğum Öncesi Eğitim ve Doğuma Hazırlık Sınıflarının Etkisinin İncelenmesi Proje Kitabı. Dokuz Eylül Üniversitesi. 2001.
 62. Kadayıfçı, O.: Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Tıp Kitapevleri, İzmir, 2005.
 63. Coşkun A. [Pregnancy and reproductive health counseling] Gebelik ve üreme sağlığı danışmanlığı. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. (Ankara, 19–22 Nisan 2007) s.140–143.
 64. Humenick SS. (2004). Childbirth and Perinatal Education. In: Maternity & Women's Health Care. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE. 8 ed. Mosby: Philadelphia: USA.
 65. Bayram, G. O., ve Şahin, N. H. (2010). Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. Koç

- Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 7(3), 36-42.
66. Genelgeler [Internet]. [cited 2022 Nov 8]. Available from: <https://shgmsmdb.saglik.gov.tr/TR-77063/genelgeler.html>
 67. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2008 [cited 2022 Nov 28];37(1):94–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18226163/>
 68. Serçekuş P. Türkiye’de Doğuma Hazırlık Sınıflarının Gelişimi ve Tarihçesi. Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. İzmir. 21-23 Eylül 2012. 2012.
 69. Sonmez Y. STED. [cited 2022 Nov 24]; Available from: http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_.
 70. Kilpatrick SJ, American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. [cited 2022 Nov 15];691. Available from: <https://www.acog.org/en/search>
 71. Antenatal care - UNICEF DATA [Internet]. [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
 72. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2018 [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56
 73. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 [Internet]. [cited 2022 Nov 9]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2013_tnsa_analiz_ve_rapor-68
 74. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience 1 WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary. [cited 2022 Nov 17]; Available from: www.mcsprogram.org
 75. Kurnaz MA, Can H, Atsız Sezik H, Çakır YT, Tuna M, Ay Z. How and how long do family physicians follow up pregnant women? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015 Dec 22;19(4):187–95.
 76. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi [Internet]. [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42839/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi.html>
 77. Çalışkan E. Doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete düzeyi, doğum korkusu ve bağlanmaya etkisi. 2019 Jul 30 [cited 2022 Nov 6]; Available from: <http://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/7606>
 78. Okumuş H, Mete S, Aynur T, Yenal K, Demir N Doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisinin incelenmesi. Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor. 2002; 8(6): 771 - 775. Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor [Internet]. 2002 [cited 2022 Nov 21];8(6):771–5. Available from: <http://search/yayin/detay/18491>
 79. Stoll KH, Hall W. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: is there a connection? J Perinat Educ [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 21];21(4):229–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23997551/>
 80. Pardes Burçin Bektaş. Nullipar Gebelere Verilen Eğitim ve Danışmanlığın Doğum Korkusuna ve Doğuma Yönelik Tutuma Etkisinin Belirlenmesi. Ankara; 2017.
 81. Sevil, Ü., Ertem, G. Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
 82. Koehn ML. Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. J Perinat Educ [Internet]. 2002 [cited 2022 Nov 21];11(3):10. Available from: <http://pmc/articles/PMC1595113/>

83. Westney OE, Cole OJ, Munford TL. The effects of prenatal education intervention on unwed prospective adolescent fathers. *Journal of Adolescent Health Care* [Internet]. 1988 [cited 2022 Nov 21];9(3):214–8. Available from: /record/1989-09435-001
84. Körükçü Hikmet Öznur. *Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Antalya; 2009.
85. Demirci H, Şimşek HN. Effects of Prenatal Education on Fear of Childbirth. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 4];3(1):48–56. Available from: <http://search.yayin/detay/357028>
86. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2022 Nov 29];34:166–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26656473/>
87. Yazıcıoğlu B, Yavuz E. Gebe Okulu Eğitimlerinin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Family Practice*. 2022;26(1):12–6.
88. Lee LYK, Holroyd E. Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2009 Sep [cited 2022 Nov 6];56(3):361–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702811/>
89. Özen Gün E. Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: Karşılaştırmalı bir çalışma. 2018 [cited 2022 Sep 21]; Available from: <https://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12452/3887>
90. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* [Internet]. 2006 Jun [cited 2022 Dec 5];113(6):638–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16709206/>
91. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* [Internet]. 2008 Feb [cited 2022 Nov 27];115(3):354–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18190372/>
92. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2009 [cited 2022 Dec 5];88(7):807–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19488882/>
93. Şahin N. , Dinç H. , Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009; 40(2): 57-62. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2022 Nov 1];40(2):57–62. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/zktipb/issue/22072/236968>
94. Yazıcıoğlu B, Ali Oruç M, Türe E, Müderrisoğlu S, Çubukçu M, Eğitim ve Araştırma Hastanesi S, et al. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki Gebe Takiplerinin Doğum Beklentisi Üzerine Etkisi The Effect Of Pregnancy Follow-Up On Birth Expectations In Primary Health Care. *Araştırma Makalesi Ankara Med J*. 2021;(4):573.
95. Kiliç E, Dalı HA, Üyesi Ö, Şahin E. Gebelerde Doğum Öncesi Algılanan Stres ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2022 [cited 2022 Dec 12]; Available from: <http://earsiv.odu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11489/3066>
96. Körükçü Ö, Firat MZ, Kukulu K. Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish

- pregnant women. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:467–70.
97. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1993 [cited 2022 Dec 1];72(4):280–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8389515/>
98. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth* [Internet]. 2013 Dec [cited 2022 Dec 6];40(4):289–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24344710/>
99. Toohill J, Callander E, Fox H, Lindsay D, Gamble J, Creedy D, et al. Socioeconomic differences in access to care in Australia for women fearful of birth. *Aust Health Rev* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 7];43(6):639–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30248280/>
100. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2022 Dec 4];38(5):567–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19883478/>



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-22-2143 No’lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde planlanan; Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz’ın sorumlu araştırmacısı olduğu “Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

20/07/2022

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 ÇANKAYA /ANKARA
	TELEFON	0312 552 66 00
	FAKS	0312 552 99 82
	E-POSTA	ankarash.etikkurul2@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Şehir Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☐	
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması (Dr. Sevede Nur ERDİM'in tezi)			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐
				ULUSLARARASI ☐

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:E2-22-2143	Tarih: 20/07/2022				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒		
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒		
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum /Perinatoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahit ŞENDUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒		
Prof. Dr. Bilgen BAŞGUT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Prof. Dr. Bedi DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi (S.B.Ü.)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒		
Sağ. Mens. Olm. Üye. Mehmet Hilmi ŞEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒		
Av. Mesut KELEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒		
Mühendis Merve ÖZYÜKSEL	Biyomedikal Mühendis	Ankara Şehir Hastanesi/ CCN Teknik	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒		

*:Toplantıda Bulunma

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

EK 2

Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi Çalışması Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği kliniği tarafından yürütülen “Gebe Okulu Eğitim ve Danışmanlığının Doğum Korkusu Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” konulu ankete dayalı bir tez çalışmasına davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada katılımcılara herhangi bir maddi ödeme yapılmayacak olup herhangi bir maddi gelir de beklenmeyecektir. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Anket çalışmamızın amacı Ankara Şehir Hastanesi gebe okuluna başvuran gebelerde doğum korkusu düzeyine bakılması ve gebe okulu eğitimleriyle doğum korkusu düzeyi ilişkisini belirlemektir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlere çekinmeden danışabilirsiniz.

Çalışmamız 33 sorudan oluşan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu Formu ve 23 sorudan oluşan sosyodemografik veri anketinden oluşmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 10 dakikadır. Katılımcılara ait özel bilgiler, hiçbir şekilde araştırma dışında kullanılmayacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi katılımcı kimlikleri gizli kalacaktır.

Anketimize katılmak ister misiniz?

- ☐ Evet(Hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.)
- ☐ Hayır (lütfen nedenini belirtiniz:.....)

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırıp anketimi doldurduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz

Op. Dr. Burak Elmas

Dr. Sevde Nur Erdim

Ayrıntılı bilgi ve sorularınız için sevderdim@gmail.com

Genel Bilgiler:

1. Yaşınız?.....
2. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....
3. Öğrenim durumunuz?
 - 1)Okuryazar değil
 - 2)İlkokul
 - 3)Lise
 - 4)Ön-lisans
 - 5)Lisans
 - 6)Lisansüstü
4. Mesleğiniz?.....
5. İkamet yeriniz neresi?
 - 1)İl merkezi
 - 2)İlçe merkezi
- 6.Ailenizin aylık gelir durumu?
 - 1)Gelir giderden az
 - 2)Gelir gidere eşit
 - 3)Gelir giderden fazla
7. Kronik bir hastalığınız var mı? (Astım, şeker, tansiyon veya psikiyatrik bir hastalık vs)
 - 1) var(.....)
 - 2) yok
8. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?
 1. Evet 2. Hayır

Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.

9. Kimden eğitim aldınız?
 1. Sağlık personelinden
 2. Gebe eğitim kitaplarından
 3. Gebe eğitim kursundan
 4. İnternette
 - 5.Diğer
- 10.Daha önce gebelik deneyiminiz oldu mu?
 1. Evet
 2. Hayır

Eğer cevabınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 18. soruya geçiniz.

11. Kaç kez gebelik yaşadınız?.....
12. Bu gebeliklerden kaç tanesi canlı doğum ile sonlandı?.....
13. Önceki doğumunuzu hangi doğum şekli ile yaptınız?.....
14. Küretaj deneyiminiz oldu mu?
1. Evet 2. Hayır
- Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 16. soruya geçiniz.
15. Kaç kez küretaj oldunuz?.....
16. Düşük deneyiminiz oldu mu?
1. Evet
2. Hayır
- Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 18. soruya geçiniz.
17. Kaç kez düşük yaşadınız?.....
18. Eşiniz ve siz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?
1. Her ikimizde bu bebeği istiyoruz
2. Ben istiyorum; fakat eşim istemiyor
3. Eşim istiyor; fakat ben istemiyorum
4. Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz
19. Gebe olduğunuzu nerede öğrendiniz?
1. Evde kendim test yaptım
2. Aile sağlığı merkezi
3. Devlet hastanesi
4. Özel hastane
5. Üniversite hastanesi
20. Gebelik tanısı sonrası ilk başvuru yaptığınız yer neresidir?
1. Aile sağlığı merkezi
2. Devlet hastanesi
3. Özel hastane
4. Üniversite hastanesi
21. Aile sağlığı merkezinde yaptırdığınız gebelik takip sayısı kaçtır?
1. Bir
2. İki
3. Üç
4. Dört
5. Beş ve üzeri

	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
6	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
7	0	1	2	3	4	5
	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış

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

8	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
10	0	1	2	3	4	5
	Son derece bağımsız					Bağımlı
11	0	1	2	3	4	5
	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
12	0	1	2	3	4	5
	Son derece gergin					Gerginlik yok
13	0	1	2	3	4	5
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14	0	1	2	3	4	5
	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5
	Son derece terkedilmiş					Hiç terkedilmemiş

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

[illegible]

18	0	1	2	3	4	5
	Son derece mutlu					Hiç mutlu değil

III Doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
panik panik değil

[illegible]

21 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa Hiç
kavuşma isteği kavuşma isteği yok

Aşırı öz güvenli

Öz güveni yok

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

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

IV Doğum kasılmalarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

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

26	0	1	2	3	4	5
	Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim			Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim		

Kontrolümü tamamen kaybedeceğim

Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28	0	1	2	3	4	5
	Son derece					Hiç
	keyif verici					keyif verici değil

29 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
doğal doğal değil

30	0	1	2	3	4	5
	Tamamen olması gerektiği gibi				Hiç olması gerektiği gibi değil	

31 0 1 2 3 4 5

Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil

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

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

