



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GAZİOSMANPAŞA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA**  
**MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM YAPMAK İSTEYEN**  
**GEBELERDE PERİNATAL ANKSİYETE DÜZEYİ VE DOĞUM**  
**ŞEKLİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mustafa KARAGÇ**

**UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL – 2022**





**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GAZİOSMANPAŞA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA  
MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM YAPMAK İSTEYEN  
GEBELERDE PERİNATAL ANKSİYETE DÜZEYİ VE DOĞUM  
ŞEKLİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mustafa KARAGÜÇ**

**TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Okcan BASAT**

**(UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL – 2022**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım 3 yıl boyunca tıbbi bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, ihtiyaç duyduğum her an ulaşabildiğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer hocam ve Aile Hekimliği Klinik ve Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Okcan BASAT'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecinde yardımlarını esirgemeyen Uzman Doktor Sibel TUNÇ KARAMAN'a,

Hayatımda bana verdiği emek, sevgi, destekleri için eşim ve kızıma,

Araştırmamızdaki gebelerin takip aşamasında ve yaşamımızda önemli yer edinmiş olan Doula Gülsüm GÜLMÜŞ'e,

Eğitim hayatım boyunca çeşitli kliniklerde yolumun kesiştiği tüm hocalarım, uzman hekimler, asistan hekim arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
ŞEKİLLER TABLOSU .....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR .....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DOĞUM TANIMI.....	3
2.2. DOĞUM EPİDEMİYOLOJİSİ.....	3
2.3. VAJİNAL DOĞUM.....	4
2.3.1. Vajinal Doğum Tanımı.....	4
2.3.2. Vajinal Doğum Endikasyonları .....	4
2.3.3. Vajinal Doğum Avantajları .....	4
2.3.4. Vajinal Doğum Risk ve Komplikasyonları .....	5
2.4. SEZARYEN DOĞUM.....	6
2.4.1. Sezaryen Doğum Tanımı.....	6
2.4.2. Sezaryen Doğum Endikasyonları .....	6
2.4.3. Sezaryen Doğum Avantajları .....	7
2.4.4. Sezaryen Doğumun Anne İçin Kısa Vadeli Riskleri.....	8
2.4.5. Sezaryen Doğumun Anne İçin Uzun Vadeli Riskleri.....	9
2.4.6. Sezaryen Doğumun Sonraki Gebelikteki Riskleri.....	9
2.5. SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM.....	10
2.5.1. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Tanımı .....	10

2.5.2. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun İnsidansı .....	10
2.5.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Yararları ve Önündeki Engeller.....	12
2.6. ANKSİYETE .....	13
2.6.1. Perinatal Anksiyete.....	13
2.6.2. Doğum Şekli Anksiyete İlişkisi.....	14
2.6.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Anksiyete İlişkisi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	15
3.1. ETİK KURUL İZİNİ:.....	15
3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ.....	15
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	15
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....	15
3.5. HASTA BİLGİ FORMU ÖZELLİKLERİ.....	16
3.6. PERİNATAL ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ.....	16
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	17
4. BULGULAR .....	18
5. TARTIŞMA.....	28
6. KISITLILIKLAR .....	38
7. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	39
8. KAYNAKLAR.....	40

## ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil-1. Sezaryen Doğum .....	6
Şekil-2. Amerika Birleşik Devletleri'nde Yıllara Göre SSVD ve SD Oranlarının Dağılımı .....	11



## TABLolar LİSTESİ

Tablo-1. Sezaryen Doğum Endikasyonları .....	7
Tablo-2. SSVD ve SD'nin Birbirlerine Üstünlüklerinin İncelenmesi .....	12
Tablo-3. DSM-V'e Göre Anksiyete Sınıflaması.....	13
Tablo-4. Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerin Dağılımı (n=162).....	18
Tablo-5. Katılımcılar ile İlgili Obstetrik Özelliklerin İncelenmesi.....	19
Tablo-6. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımları .....	20
Tablo-7. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeğinden Alınan Toplam ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler .....	22
Tablo-8. Katılımcıların Özelliklerine Göre Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo-9. PATÖ'ye Göre Anksiyete Grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması .....	27

## KISALTMALAR

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists

**ASD:** Acil Sezaryenle Doğum

**DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

**ESD:** Elektif Sezaryenle Doğum

**OECD:** The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)

**PASS:** Perinatal Anxiety Screening Scale

**PATÖ:** Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

**PP:** Plasenta Previa

**SD:** Sezaryenle Doğum

**SSVD:** Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**VBAC:** Vaginal Delivery After Cesarean Section

**VD:** Vajinal Doğum

**WHO:** World Health Organisation (Ulusal Sağlık Enstitüsü)

## ÖZET

**Giriş ve amaç:** Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD); daha önce sezaryen yoluyla doğum yapılması sonrası vajina yoluyla gerçekleşen doğumdur. Bu çalışmanın amacı; SSVD yapmayı düşünen gebelerde perinatal anksiyete düzeyinin araştırılması ve doğum şekline etkisinin değerlendirilmesidir.

**Yöntemler:** Bu çalışma; tek merkezli, prospektif ve analitik bir araştırma olarak planlandı. 23 Şubat-17 Ağustos 2022 tarihleri arasında Google Formlar aracılığıyla ulaşılan ve SSVD yapmayı planlayan 18 yaş ve üzeri gebelerden çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 162 gebe ile gerçekleştirildi. Hasta Bilgi Formu ile gebelerin sosyodemografik, tıbbi ve obstetrik özellikleri sorgulandı. Perinatal anksiyete riskini değerlendirmede Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PATÖ) kullanıldı. Elde edilen verilerin SPSS 22 programı ile analiz edildi.  $p < 0,05$  istatistikçe anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 162 gebenin yaşları 22 ila 40 (ort:  $31,08 \pm 3,75$  yıl) arasında değişmekte olup %54,9'unun ( $n=89$ ) 37 hafta ve üzeri gebeliği bulunmaktaydı. SSVD yapmak isteyen bu gebelerin %83,3'ü ( $n=135$ ) vajinal doğum gerçekleştirdi. 27 kişi ise (%16,7) yine sezaryen doğum yaptı. Gebelerin %54,3'ü ( $n=88$ ) PATÖ'den  $>16$  üzeri puan aldı. PATÖ puanı  $\leq 16$  olanlarda toplam gebelik sayısı daha yüksek bulundu ( $p=0,007$ ). PATÖ toplam ve alt ölçek puanları bilinen jinekolojik hastalığı olanlarda daha yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). PATÖ toplam puanı 18-30 yaş arasında olanlarda daha yüksekti ( $p:0,027$ ). PATÖ toplam ve alt ölçek puanları ile sezaryen sonrası gerçekleşen doğum şekli arasında ise istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmadı. Sezaryen doğum sonrası tekrar sezaryen doğum yapan 27 kişide sezaryen olma sebepleri ile PATÖ'ye göre anksiyete grupları arasında da anlamlı bir farklılık yoktu.

**Sonuç:** Bu çalışmada; SSVD planlayan gebelerin yarısından fazlasında (%54,3) perinatal anksiyete saptanmış olup yaş ve bilinen jinekolojik hastalık varlığı anksiyete açısından risk faktörleri idi. Sezaryen sonrası gerçekleşen doğum yöntemi ile perinatal anksiyete düzeyleri arasında ise ilişki bulunmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Perinatal anksiyete, Sezaryen Doğum, Sezaryen sonrası vajinal doğum, Vajinal Doğum.

## ABSTRACT

**Introduction and aim:** Vaginal delivery after cesarean section (VBAC) is a vaginal delivery after a previous cesarean delivery. The aim of this study was to investigate the level of perinatal anxiety in pregnant women who are considering VBAC and to evaluate its effect on the mode of delivery.

**Methods:** This study was planned as a single-center, prospective and analytical study. It was conducted with 162 pregnant women aged 18 and above who were planning to do VBAC and met the inclusion criteria of the study, reached via Google Forms between February 22 and August 17, 2022. The sociodemographic, medical and obstetric characteristics of the pregnant women were questioned with the questionnaire form created by us. Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS-TR) was used to assess the risk of perinatal anxiety. The obtained data were analyzed with SPSS 22 program.  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** Ages of 162 pregnant women included in the study ranged from 22 to 40 years (mean:  $31.08 \pm 3.75$ ), and 54.9% ( $n=89$ ) had 37 weeks or more of pregnancy. 83.3% ( $n=135$ ) of these pregnant women who wanted to do VBAC had vaginal delivery. 27 people (16.7%) gave birth by cesarean section again. 54.3% ( $n=88$ ) got a score of  $>17$  on PASS-TR. The total number of pregnancies was found to be higher in those with a PASS-TR score of  $\leq 16$  ( $p=0.007$ ). PASS-TR total and subscale scores were found to be higher in patients with known gynecological disease ( $p < 0.001$ ). The total score of PASS-TR was higher in those aged between 18-30 years ( $p:0.027$ ). There was no statistically significant difference between the total and subscale scores of PASS-TR and the type of delivery after cesarean section. There was no significant difference between the anxiety groups according to the PASS-TR and the reasons for having a cesarean section in 27 people who had a repeat cesarean delivery after a cesarean section.

**Conclusion:** In this study; perinatal anxiety was found in more than half (54.3%) of the pregnant women who were planning VBAC, and age and presence of known gynecological disease were risk factors for anxiety. There was no relationship between the method of delivery after cesarean section and perinatal anxiety levels.

**Keywords:** Delivery, Pregnancy, Perinatal anxiety, Vaginal delivery after cesarean section.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum normal bir olay olmasının yanı sıra anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkileyen, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir (1). Sezaryen doğum (SD) hikayesi olan kadınlar için sonraki doğumlarında tekrar SD ve sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) olmak üzere iki seçenek bulunmaktadır (2). SSVD; SD sonrası vajinal yoldan doğum gerçekleşmesidir (3).

1960'larda Amerika'da %5'in altında olan SD oranları, 2004'te %30'a, 2012 yılında da %32,8'e kadar yükselmiştir. Bu trendi ülkemiz de izlenmiş olup ülkemizde SD oranı 2008'de %21,2 iken 2020'de %57,3 e kadar yükselmiştir (4,5).

1980 yılında World Health Organisation (WHO) önderliğinde gerçekleşen panelde, artan SD'ye ve gelecekteki oranlarına değinilmiştir. SD endikasyonlarının büyük bölümünü; önceki SD, distosiler ve fetal distressin olduğunu vurgulamıştır (6). Ancak SD artışının sonraki yıllarda da devam ettiği görülünce WHO, daha yüksek SD oranlarının neonatal sonuçları değıştirmedigini vurgulayarak kabul edilebilir SD oranını %15 olarak bildirmiştir (7).

Sezaryen doğum oranlarının içinde oldukça geniş bir yer kaplayan SD sonrası SD'nin engellenmesi için 1980'li yıllarda SSVD gündeme gelmiştir. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) desteğiyle Amerika'da SSVD oranları, artan popülerliği sayesinde 1995 yılında %28,3'e kadar yükselmiş ve paralel olarak SD oranlarını düşürmüştür. Ancak SSVD komplikasyonu olan uterus rüptür sayısının çoğalması nedeniyle SSVD oranları düşüşe geçmiş, bazı merkezler SSVD yapmayı bile bırakmış ve sonucunda 2008'de SSVD oranları %8'lere kadar inmiştir (8,9).

Geçmişte bir kadın SD yapınca sonraki doğumlarının da SD yapması gerektiği düşünülürken artık günümüzde SSVD'nin de gerçekleşebileceği bilinmektedir (10).

Doğum, anne ve babalar için çok özel bir andır. Kadınlar bu anı pek çok ayrıntısıyla detaylı bir anı olarak hatırlamaktadır. Ancak doğum süreci, gebelerin doğumla alakalı yaşadıkları korku, kaygı ve anksiyete nedeniyle sancılı bir hal alabilmektedir. Gebenin bu dönemdeki asıl sorunu nasıl doğum yapacağıdır. Özellikle

tecrübe sahibi olmayan gebeler bu süreçte anksiyete yaşamaktadırlar. Burada önemli olan kısım gebenin hangi doğum yöntemiyle doğuracağıdır. VD; biraz daha gürültülü, kanlı ve ağrılı bir imaj çizmesi, SD'nin de hem bebek için hem de anne için olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiş olması gebelik anksiyetesiyle birleşince gebenin doğum şekline karar vermesi zorlaşmaktadır. Bununla birlikte aile, arkadaş ve sağlık çalışanlarından aldığı deneyim ve bilgilerle elektif sezaryenle doğumu (ESD) tercih etme olasılıkları yükselmektedir. Bu da tekrarlayan SD'lerin artmasına neden olmaktadır (11).

Bu çalışmada; SSVD yapmayı düşünen gebelerde perinatal anksiyete düzeyinin araştırılması ve doğum şekline etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. DOĞUM TANIMI

Doğum; uterustan vajina yoluyla bir fetüs ve plasentanın teslim edildiği süreçtir. Başarılı bir doğum; annenin çabası, uterusun kasılması ve fetal özelliklerin ahenkli bir şekilde çalışmasına bağlıdır. Gebelik ve doğum normal bir olay olmasının yanı sıra anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkileyen, kadına korku, heyecan ve mutluluk veren önemli bir deneyimdir (1). Doğum şekilleri; vajinal doğum (VD), sezaryenle doğum (SD) ve sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) olmak üzere 3 ana başlıkta incelenebilmektedir (8,9).

### 2.2. DOĞUM EPİDEMİYOLOJİSİ

Yapılan araştırmalar dünyada yaklaşık her beş kadından birinin SD ile doğum yaptığını göstermektedir (12). 169 ülkenin verilerine göre, 2015 yılındaki doğumların yaklaşık %21'inin (29,7 milyon) SD yoluyla gerçekleştiği tahmin edilmektedir (13). Son on yılda SD oranları dünya çapında %4'lük artışla yükselmeye devam etmektedir (13,14).

2015 yılında, The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkeleri arasında Türkiye, SD sayısında birinci sırada yer almıştır. Her bin canlı doğum başına yapılan SD sayısını gösteren ölçütte; Türkiye için 1000 canlı doğumda 531 olarak bulunmuştur (12). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 2008'de SD oranı %37 iken, bu oran 2013'te %48'e, 2020'de ise %57,3'e yükselmiştir (4).

Artan primer SD sayısı, "bir kez sezaryen, hep sezaryen" inancının devam etmesiyle birçok ülkede tekrarlayan SD oranlarının artmasına neden olmaya devam etmektedir (15).

World Health Organisation (WHO)'nun SD oranının %10-15'den fazla olmasının gerekçesi olamaz derken özellikle Türkiye'de SD artış sebeplerinin daha derinlemesine incelenmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (16).

## **2.3. VAJİNAL DOĞUM**

### **2.3.1. Vajinal Doğum Tanımı**

Doğum eylemi; hormonal ve mekanik değişimlerle meydana gelen ve 3 evrede gerçekleşen bir olaydır. Birinci evresinde serviks ve uterus doğuma hazırlanırken, ikinci evresinde efasman ve dilatasyonun tamamlanıp fetüsün doğumu gerçekleşir. Üçüncü evre ise; fetüsün doğumundan plasentanın çıkışına kadar geçen dönemdir. Doğum eyleminin başarılı olabilmesi için termde spontan başlaması, fetal ve maternal sağlığının yerinde olması, baş pelvis uyumu ve maternal psikoloji önemlidir (17).

### **2.3.2. Vajinal Doğum Endikasyonları**

Miadında gebeliklerde, baş gelişte, baş-pelvis uyumsuzluğu olmayan, tek ve canlı fetüs varlığında öncelikle VD düşünülür. Amniyon kesesinde yırtılmanın düzenli doğum ağrıları başladıktan sonra başlamış olması, kontraksiyonların kendiliğinden başlaması ve doğumun başlangıcından sonuna kadar normal düzende devam etmesi, doğum eylemi süresince 500 cc'den fazla kanamanın olmaması, doğum eylemi sırasında veya eylem nedeniyle anne ve bebekte herhangi sıkıntının olmaması ve doğum eyleminin en fazla 24 saat sürmesi VD sürecinin önemli bileşenleridir (11,18).

### **2.3.3. Vajinal Doğum Avantajları**

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik oluşudur. Bu sayede anne SD'ye göre daha kısa sürede normal aktivitesine dönebilmekte ve bebeğini emzirebilmektedir. Böylece anne ve bebek arasındaki duygusal bağ daha çabuk oluşmakta ve hem anne hem de bebeğin hastanede kalış süresi kısalmaktadır. Fetüs açısından avantajı ise; akciğerlerinin doğum esnasında sıkışıp büzüşmesiyle amniyon sıvısından daha çabuk arınarak soluk alıp vermeye daha hazır olmasıdır (11,19).

#### **2.3.4. Vajinal Doğum Risk ve Komplikasyonları**

Vajinal doğumun bazı riskleri de bulunmakta olup en önemlisi distosidir. Distosi; doğum süresini uzatan ve eylemi tamamiyle durdurabilen durumlardır. Tedavisi altta yatan nedene göre yapılır. Tüm doğumlarda distosi sıklığı %10 iken SD içinde ise bu oran yaklaşık %30'dur. Tüm birincil SD'lerin neredeyse yarısının nedeni distosilerdir (20).

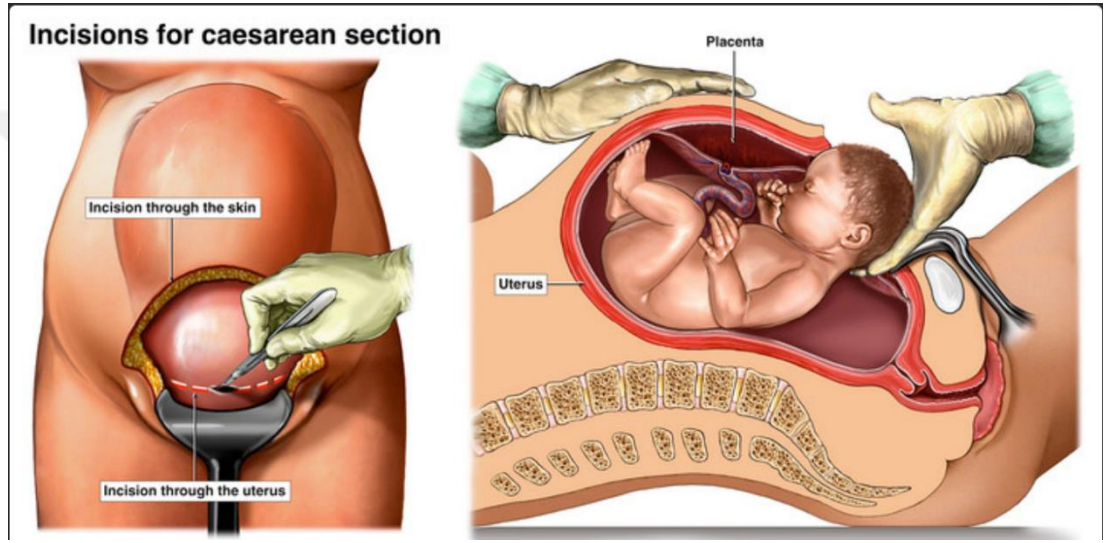
Anne açısından normal doğumun diğer bazı riskleri ise doğum esnasındaki oluşan yırtıklar nedeniyle gaita inkontinansı ve mesane sarkması nedeniyle idrar inkontinansı gelişmesidir. Bu risklerin olma ihtimaline karşı hastanelerin hemen SD'ye geçebilecek durumda olmaları gerekmektedir (11).

Yapılan çalışmalarda kadınların neredeyse yarısını SD'ye yönelten en büyük sebebin, 12 saate kadar uzayabilen doğum sancıları ve doğumu başaramama korkusu olduğu görülmüştür. Kadınlar doğum sırasında tanımadığı ortamda bulduklarından mahremini koruyamama kaygısı taşıyabilmektedirler. Bunun yanı sıra doğum süreci ile baş etmek zorunda olmalarına rağmen bu faktörleri yeterince bilmediklerinden korkup anksiyeteye kapılmaktadırlar. Doğum vaktinin belli olmaması, doktoruna ulaşamama korkusu ve hastaneye yetişememe korkusu da anne adaylarını planlanabilir bir girişim olan SD'ye yöneltebilmektedir (11,12,21).

## 2.4. SEZARYEN DOĞUM

### 2.4.1. Sezaryen Doğum Tanımı

Sezaryen doğum; açık karın kesisi ve rahimde kesiyle fetüsün doğumuna denir (Şekil-1). İlk SD'nin milattan sonra 1020 yılında gerçekleştiği bilinmekle beraber bu zamana kadar uygulama teknikleri giderek gelişmiştir (22).



Şekil-1. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum; dünyada en yaygın majör cerrahilerden biridir. Malprezantasyon, doğum distosisi, antepartum kanama, fetal distres gibi komplikasyonların gerçekleşmesi halinde hayat kurtarıcı bir operasyondur (23).

### 2.4.2. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryen doğumun fetal, maternal ve plasental kaynaklı olabilen ve doğum sürecine göre çeşitlilik gösteren endikasyonları bulunmaktadır. Tablo-1'de SD endikasyonları özetlenmektedir (Tablo-1) (10,11,24-26,26,27).

**Tablo-1. Sezaryen Doğum Endikasyonları**

<b>Maternal endikasyonlar</b>	<b>Fetüse ait endikasyonlar</b>
İleri yaş gebelik Geçirilmiş jinekolojik operasyon veya sezaryen doğum Annede diyabet, ciddi maternal kalp hastalığı gibi sistemik hastalıklar Baş pelvis uyumsuzluğu Serviksin 1cm/saat hızla açılmaması Kalıcı serklaj Serebral anevrizma veya arteriovenöz malformasyon İnvaziv servikal kanser	Fetal distres Miad aşımı Prezentasyon anomalileri Fetal anomaliler Rh uyumsuzluğu Çoğul gebelik Makrozomik bebekler Trombositopeni Yenidoğan doğum travma öyküsü HSV, HIV enfeksiyonu
<b>Sosyal endikasyonlar</b>	<b>Diğer endikasyonlar</b>
Vajinal doğum korkusu Annenin isteği	Annenin ölü olması Vajinal doğumdaki el becerilerinde azalma Obstetrideki teknolojik ilerlemeler Malpraktis korkusu

### **2.4.3. Sezaryen Doğum Avantajları**

Kadınlar tıbbi endikasyon olmamasına rağmen ESD'yi giderek daha fazla istemektedirler (28). Bu eğilimin nedeni bazı kadınların SD'nin anne ve bebek için daha güvenli bir doğum şekli olduğuna inanmalarından kaynaklanmaktadır (29,30).

Planlı SD; planlı VD'ye göre daha az vajinal yaralanma, pelvik organ prolapsusu ve obstetrik şok riski ile ilişkilendirilmiştir (31).

Sezaryen doğumun üriner ve anal inkontinans riskinde azalttığı da literatürde bulunmakla birlikte bir Cochrane incelemesinde planlı SD'nin anal inkontinans için bir önleme yöntemi olarak düşünülmemesi gerektiği sonucuna varılmıştır (32,33).

Tekrarlayan SD'de uterus rüptür riski %0,02'den daha azdır ve SSVD'ye göre daha düşüktür (34).

Elektif sezaryen doğum, normal doğumun çocuk için olası omuz distozisi, intrakranial kanamalar, doğum kanalından enfeksiyon bulaşması gibi risklerini de azaltmaktadır (11).

#### **2.4.4. Sezaryen Doğumun Anne İçin Kısa Vadeli Riskleri**

Sezaryen doğumun faydaları olmasına rağmen anne ve bebek için yaşamı tehdit eden kısa ve uzun vadeli riskleri bulunmaktadır. Maternal mortalite ve morbidite prevalansı VD'den daha yüksektir (31).

Maternal intraoperatif komplikasyonlar %15 olarak raporlanmıştır (35). SD'de en sık görülen ciddi intraoperatif komplikasyonlar; uterus korpusunun yırtılması, aşırı kan kaybı ve bunun sonucunda artan kan transfüzyon ihtiyacıdır. Diğer komplikasyonlar ise cerrahi yaralanmalarla ilgilidir (35,36).

Üreteral ve bağırsak yaralanmaları nadir görülmekle birlikte çoklu SD'den sonra görülme sıklıkları artar (35,37,38).

Postoperatif komplikasyonlar, acil sezaryenle doğumda (ASD) ESD'ye oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (35). Planlı SD'de VD'ye kıyasla kısa vadeli riskler arasında; daha uzun hastanede kalış, doğum sonrası kanama nedeniyle histerektomi ve kalp krizi riski yüksekliği bulunmaktadır (39).

Anne ölüm riskinin ASD'de VD'ye kıyasla dört kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (40–42). Artan SD sayısı ile uterus rüptür ve anormal plasentasyon riskinin yükselmesi nedeniyle SD sonrası doğumlardaki ölüm riski artar (15). Bunun yanında yüksek gelişmiş ülkelerde SD sonrası anne ölümleri riski düşüktür (32).

Elektif sezaryen doğumun VD ile anne ölüm riski oranını araştıran çalışmalar tartışmalı sonuçlar elde etmişlerdir (3,43,44).

#### **2.4.5. Sezaryen Doğumun Anne İçin Uzun Vadeli Riskleri**

Morris'in 1996'da tanımladığı SD skar sendromu; adet sonrası anormal uterin kanama, kısırlık ve pelvik ağrıyı içermektedir (45).

Bu semptomlar çeşitli araştırmalarda incelenmiş ve postmenstrüel anormal uterin kanamanın SD sırasında açılan ve sonrasında kusurlu iyileşen histerotominin boyutuyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde, SD skar defekti olan kadınların adet sonrası lekelenme prevalansı %20-29 arasındadır (46,47).

Pelvik yapışıklık riskinde ilk SD'den sonra istikrarlı bir artış görülmekte ve bu oran 2, 3 ve 4. gebelikte sırasıyla %24, %43 ve %75 e ulaşabilmektedir (31,48).

Pelvik yapışıklıkların sıklığı sırasıyla; ince bağırsak tıkanıklığına, kadında infertiliteye, kronik ağrıya ve sonraki ameliyatlarda komplikasyonlara neden olmaktadır (49-51).

Kadınlarda uzun vadeli bir başka risk de doğum sonrası anksiyetedir. Doğum yapan kadınlar en olumsuz doğum deneyimlerinin SD olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte, travma sonrası stres semptomlarının prevalansı, ASD sonrasında ESD ve normal VD ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (15).

Başka bir araştırmada ise; VD, ESD ve ASD'den sonraki depresyon, anksiyete ve anhedoni karşılaştırılmış olup en yüksek kaygı seviyeleri ESD sonrası, en sık anhedoni ise ASD'den sonra saptanmıştır. Ayrıca SD'den sonraki yüksek kaygı düzeylerinin bir yıla kadar devam ettiği gözlenmiştir (52).

#### **2.4.6. Sezaryen Doğumun Sonraki Gebelikteki Riskleri**

Plasenta anomalileri varlığında sonraki gebeliklerde SD oranı artar. Plasenta previa (PP); doğum sonu kanama, histerektomi ve plasenta akreatanın sıklığını arttıran bir risk faktörüdür (53).

Plasenta previa varlığında zorunlu olarak SD yapılması gerekir. PP riski önceden SD olan kadınlarda daha yüksektir (54). PP'nin insidansı 3. SD'ye kadar %10 iken, 3 ve daha fazla SD'de ise %28'e yükselir (55).

Önceki SD sonrası plasental anomaliler bağlamında ana risk faktörü PP olmakla birlikte plasenta akreatanın insidansı da SD insidansı doğru orantılıdır. Çok merkezli bir kohort çalışmasında, önceki SD öyküsü olan PP'li kadınlarda, akreata riskinin ilk SD'den sonra %3 ten %61'e yükseldiği, 4 ve daha fazla SD'de ise riskin daha da yükseldiği bildirilmiştir (56,57).

Uterus rüptürü ise yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur (58). Uterus rüptürlerinin büyük çoğunluğu SSVD'de meydana gelir. Literatürde uterus rüptürü için doğumlar arası sürenin kısa olması, ileri anne yaşı, obezite, makrozomi, prostaglandinle doğum indüksiyonu, doğum öncesi düşük Bishop Skoru ve ultrason ile değerlendirilen SD'ler nedeniyle azalan alt segment miyometrial kalınlığı gibi risk faktörleri tanımlanmıştır. Önceden SD geçirmiş kadınlarda genel uterin rüptür oranı %0,2-%0,5 oranlarındadır. SSVD'ye göre daha düşük bulunmuştur (34,59).

Yapılan sistematik incelemelerde SD sonrası gebelikte ölü doğum riskinde %23 artış ve spontan erken doğum oranında 5 kat artış olduğu gösterilmiştir (60,61). SD sonrası düşük yapma riskinin de %22-32 oranında arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (62,63).

## **2.5. SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM**

### **2.5.1. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Tanımı**

Sezaryen sonrası vajinal doğum; SD öyküsü olan gebelerin VD ile doğuran kadınlara uygulanan terimdir (3). SD hikayesi olan kadınlar için sonraki doğumlarında, SSVD ve tekrar SD olmak üzere iki seçenek bulunmaktadır (2).

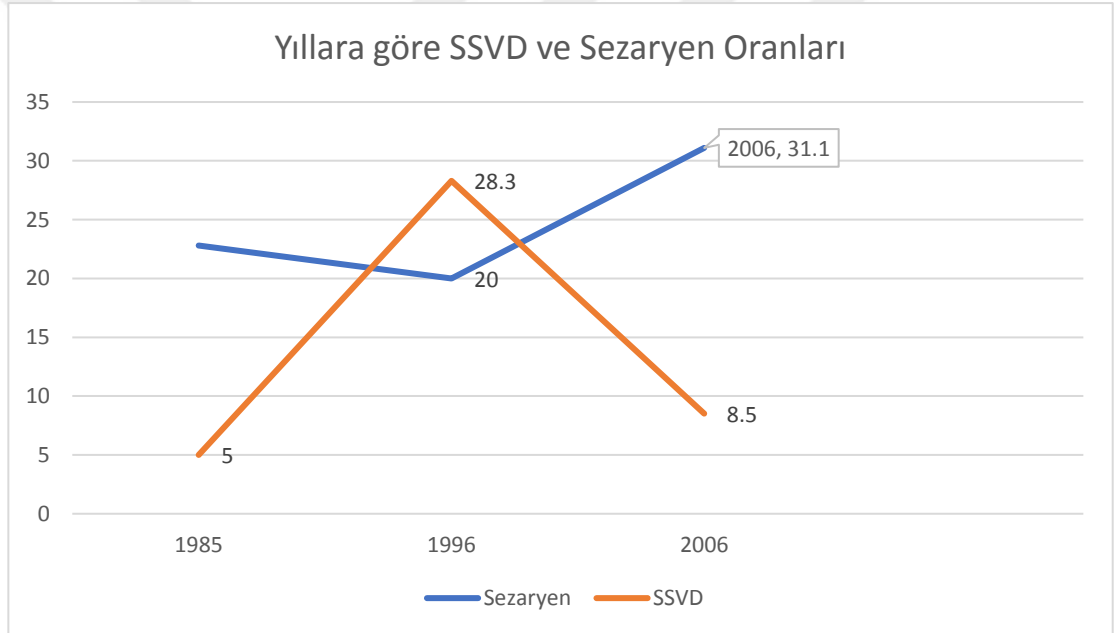
### **2.5.2. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun İnsidansı**

Sezaryen sonrası vajinal doğumu deneyen kadınlardan %60-80'i vajinal doğumu başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmektedir (10).

Günümüzde klinik obstetrik bakımdaki gelişmeler ve cerrahi işlemlerin güvenilirliğin artması sonucu gelir düzeyi fark etmeksizin tüm ülkelerdeki SD oranları

endikasyon olmamasına, anne ve çocuk sağlığındaki olumsuz sonuçlarla bağlantılı olabilesine rağmen artmıştır (9,64).

SSVD oranları Amerika Birleşik Devletleri'nde 1985'te %5 iken 1996'da %28,3'e yükselmiştir. Bu yükselme SD oranlarında da 1989'da %22,8 iken 1996'da %20 civarına kadar düşmeye sebep olmuştur. Sonrasında SSVD ile doğum yapan kadınların artmasıyla uterin rüptür ve diğer komplikasyonlara ilişkin bildirimlerin artması SSVD ve SD oranlarını tersine çevirmiştir. 2006 yılında SSVD oranları %8,5'e düşmüş olup toplam SD oranları ise %31,1 e yükselmiştir. Bazı hastaneler ise SSVD uygulamayı tamamen bırakmıştır (şekil-1) (9).



**şekil-2. Amerika Birleşik Devletleri'nde Yıllara Göre SSVD ve SD Oranlarının Dağılımı**

2018 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nin genel SSVD oranlarının ortalaması %13,3 olup eyaletleri arasında %18'e varan farklılıklar bulunmaktadır. En düşük SSVD oranı Mississippi'de %7 iken en yüksek oran Alaska'da % 25,1'dir (65).

2016 yılından 2018'e kadar Amerika'da yapılan SSVD'lerin 20-30'lu yaşlar arasında tekrar artma eğilimden olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (66).

### 2.5.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğumun Yararları ve Önündeki Engeller

Sezaryen sonrası vajinal doğum ile daha az cerrahi operasyon geçirme sıklığı, kan kaybı azalması, toparlanma süresinin azalması ve daha az enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı tekrarlayan SD'den daha avantajlıdır. Bunlara ek olarak mesane ve bağırsak yaralanmaları, histerektomi ve sonraki gebeliklerle ilgili plasental risklerden korunmada da daha etkilidir. Tablo-2'de SSVD ve SD'nin birbirlerine üstünlüklerinin incelenmiştir (Tablo-2) (9).

**Tablo-2. SSVD ve SD'nin Birbirlerine Üstünlüklerinin İncelenmesi**

SSVD'nin SD'ye üstünlüğü	SD'nin SSVD'ye üstünlüğü
Daha az cerrahi operasyon geçirme sıklığı	Daha az uterin rüptür riski
Kan kaybı azalması	Daha az vajinal yaralanma
Doğum sonrası toparlanma süresi kısalığı	Daha az obstetrik şok
Daha az enfeksiyon	Üriner ve anal inkontinans riskinde azalma
Mesane ve bağırsak yaralanmalarda azalma	Daha az bebek enfeksiyon riski
Histerektomi sıklığının daha az olması	
Sonraki gebeliklerde plasental anomalilerin daha az olması	

Sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarının düşürülememesinin sağlık profesyonellerini ilgilendiren sebepleri arasında; dava açılma korkusu, SD ile mali değer artışı, SD'nin planlanabilir oluşu, gebelerin normal doğum hakkındaki bilgi eksiklikleri ve doğuma hazır olmayışları sayılabilir (67–69).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tarafından SSVD'yi artırmak için kadınlara, sağlık çalışanlarına ve sağlık kuruluşlarına yönelik bir kılavuz yayınlamıştır. Kılavuzda SSVD'yi artırabilmek için, kadınların doğum eğitimine, sağlık personelleriyle ilişkisine, doktorların ikincil bir görüş almasına,

sağlık kuruluşunun her an SD'ye hazırlıklı olmasına ve sağlık tesislerinin finansal işleyişine değinilmiştir (70).

## 2.6. ANKSİYETE

Anksiyete; bireyin günlük yaşantısında karşılaştığı herhangi bir olayı veya nesneyi olması gerekenden daha fazla tehlikeli hissetme ve bu durumdan gereğinden fazla endişelenmesidir (71). Anksiyete sınıflaması Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)'e göre yapılmakta olup Tablo-3'te özetlenmiştir (Tablo-3) (72).

**Tablo-3. DSM-V'e Göre Anksiyete Sınıflaması**

1. Panik bozukluğu
2. Ayrılma anksiyetesi
3. Seçici konuşmazlık (mutizm)
4. Özgül fobi
5. Sosyal fobi
6. Yaygın anksiyete bozukluğu
7. Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
8. Agorafobi
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

### 2.6.1. Perinatal Anksiyete

Perinatal anksiyete ise; kişinin gebeliğin 28. haftası ile doğumdan sonraki ilk 7 günlük dönemini ifade eden perinatal dönemde yaşadığı anksiyeteyi ifade eder (73).

Gebelik döneminde en yaygın görülen psikolojik sorun gebelerin 3'te birini etkileyen anksiyetedir. Gebelikteki anksiyete nedeniyle anne ve bebek için bazı

risklerin arttığını bildiren çalışmalar vardır. Bunlar erken doğum, gebelik yaşına göre küçük bebek, düşük doğum ağırlıklı bebek, gebelikle ilişkili hipertansiyon, preeklamsi ve SD riskinde artışın olduğunu bildirmektedir (74).

Kanada’da yapılan bir çalışmada ASD gereken gebelerin, 2. ve 3. trimesterde normal VD ve planlı SD yapan gebelere göre daha fazla anksiyetesi olduğu bildirildi. Anksiyetesi yüksek olan gebelerde daha çok bulantı ve kusmanın olduğu aynı zamanda daha fazla kliniklere başvurduğu gösterildi (75).

### **2.6.2. Doğum Şekli Anksiyete İlişkisi**

Gebelik sürecinde doğumla alakalı en büyük problemin doğum korkusu yaşanması olarak bilinmektedir. Literatüre baktığımızda, her on kadından birinin doğum korkusundan dolayı distosi yaşadığı bildirilmektedir. Bununla beraber SD’lerin yaklaşık yarısının nedeninin distosi olduğunu da göz önünde bulundurulduğunda, gebelikteki doğum korkusu ve anksiyetenin doğum şekline etkisinin büyük olduğu görülmektedir (20,76).

Anksiyetesi yüksek olan kadınların daha yüksek oranda SD gerçekleştirdiği ve hatta önceki SD öyküsünün sonraki gebelikte daha yüksek anksiyeteye sebep olduğunu bildirmiş olan araştırmalar da mevcuttur (77).

### **2.6.3. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Anksiyete İlişkisi**

Sezaryen sonrası vajinal doğum gerçekleştirmek isteyen gebelerde psikolojik stresin derecesi yükselebilmektedir, Buna sebep olan en büyük faktör; daha önceki sezaryen skarından kaynaklanabilecek ciddi komplikasyon ihtimalidir. Gebelik boyunca bu ihtimalin sebep olduğu akut stres ve anksiyetenin azaltılması; SSVD’ye uygun gebe seçimi ve uygun hastane koşullarının sağlanmasıyla mümkün olabilmektedir (78).

Bu çalışmanın amacı; SSVD yapmayı düşünen gebelerde perinatal anksiyete düzeyinin araştırılması ve doğum şekline etkisinin değerlendirilmesidir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ETİK KURUL İZİNİ:**

Bu çalışma; Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.02.2022 tarih ve 11 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır.

#### **3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ**

Bu çalışma; tek merkezli, prospektif ve analitik bir araştırma olarak planlandı. 23 Şubat-17 Ağustos 2022 tarihleri arasında Google Formlar aracılığıyla ulaşılan ve SSVD yapmayı planlayan 18 yaş ve üzeri gebelerden çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 162 gebe ile gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilen gebeler detaylı bilgilendirilerek çalışmanın amacı anlatıldı. Tarafımızca oluşturulan anket formu ile gebelerin sosyodemografik, tıbbi ve obstetrik özellikleri sorgulandı. Perinatal anksiyete riskini değerlendirmede ise Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PATÖ) kullanıldı. Elde edilen verilerin SPSS 22 programı ile analiz edildi.  $P<0,05$  istatistikçe anlamlı kabul edildi.

#### **3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ**

18 yaş ve üzeri olan, gebeliğinin son trimesterinde olan gebelerden daha önceki gebeliğinde SD öyküsü olan ve en az ikinci gebeliğini sürenler, SSVD yapmaya engel bir durumu ve riski olmayan gebeler, çalışmaya katılmayı kabul eden, sorulan soruları anlama ve cevap verebilme kabiliyeti olanlar, okuryazarlığı olanlar çalışmaya dahil edildi.

#### **3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ**

18 yaş altı olanlar, vajinal doğum yapmaya engel olabilecek obstetrik, jinekolojik, metabolik veya kas iskelet sistemi hastalığı olanlar, bilinen aktif psikiyatrik hastalığı ve ilaç kullanımı olanlar, işitme ve konuşma bozuklukları olanlar,

bilişsel fonksiyonlarında bozukluk olanlar, koopere olamayanlar çalışmaya dahil edilmedi.

### **3.5. HASTA BİLGİ FORMU ÖZELLİKLERİ**

Tarafımızca literatürden faydalanılarak hazırlanan Hasta Bilgi Formu ile katılımcıların sosyodemografik verileri (yaş, medeni durum, evlenme yaşı, aile tipi, çalışma durumu, gelir durumu), obstetrik öyküsü (kaçıncı gebelik, gebelik haftası, ilk doğum yaşı, toplam gebelik sayısı, canlı bebek sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, gebelik oluş şekli, daha önceki SD yapma nedeni, bilinen jinekolojik hastalık durumu, mevcut gebelikte düzenli muayeneye gidiş bilgisi, daha önce doğum şekilleri hakkında bilgi alma durumu)ve kronik hastalık varlığı, ilaç kullanım durumu, alkol ve sigara kullanma durumuna yönelik bilgiler sorgulandı.

### **3.6. PERİNATAL ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ**

Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS); 31 sorudan oluşmaktadır. İlk olarak Somerville ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin 2014 yılında yayınlanan bir geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirme çalışması yapılmıştır. Akut anksiyete ve uyum bozukluğu (soru 1-8), genel endişe ve spesifik korkular (soru 9-18), mükemmeliyetçilik kontrol ve travma (soru 19-26) ve sosyal kaygı (soru 27-31) olmak üzere dört alt ölçek bulunmaktadır. 'Neredeyse hiçbir zaman' (0), 'Bazen' (1), 'Çoğu zaman' (2) ve 'Neredeyse her zaman' (3) aralığındaki Likert tipi bir ölçektir. Her seçeneğe 0-3 arasında puan verilir ve ters madde yoktur. Her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0,90, 0,89, 0,86 ve 0,87'dir (79). Türkçe'ye Yazıcı ve ark tarafından 2018'de uyarlanmıştır (80). Çalışmamızda ölçeğin Türkçe versiyonu olan PASS-TR uygulanmıştır. Türkçe formunun Cronbach's Alpha değeri 0.95'dir. Türkçe versiyonda alt boyutlar; genel kaygı ve özgül korku, mükemmeliyetçilik ve kontrol, sosyal kaygı ve uyum bozukluğu, akut kaygı ve travmadır. Ölçeğin kesme noktası 16 olup, bu puanın üzerinde olan değerler anksiyete varlığını göstermektedir (80).

### 3.7 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi kullanıldı. Anlamlılığın hangi seviyeden kaynaklandığını belirlemek için post-Hoc analizlerden Games-Howell Test kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi

## 4. BULGULAR

Bu çalışma yaşları 22 ila 40 yıl arasında değişmekte olan (ort:31,08±3,75) 162 gebe ile gerçekleştirildi. Katılımcılar ile ilgili sosyodemografik ve tıbbi özelliklerin dağılımı Tablo-4'te özetlenmiştir (Tablo-4).

**Tablo-4. Katılımcılar ile İlgili Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerin Dağılımı (n=162)**

Demografik değişkenler		N	%
Yaş	18-30 Yaş	73	45,1
	31 Yaş ve Üzeri	89	54,9
Eğitim seviyesi	Ortaokul ve Altı	25	15,5
	Lise	43	26,5
	Lisans ve Üzeri	94	58,0
Aile tipi	Çekirdek Aile	142	87,7
	Geniş Aile	20	12,3
Çalışma durumu	Ev Hanımı	97	59,9
	Çalışmıyor	24	14,8
	Çalışıyor	41	25,3
Gelir durumu	Düşük	24	14,8
	Orta	109	67,3
	Yüksek	29	17,9
Sigara içme durumu	Aktif İçici	8	4,9
	Eski İçici	17	10,5
	Hiç İçmemiş	137	84,6
İlaç kullanımı	Yok	143	88,3
	Var	19	11,7
Kronik hastalık	Yok	144	88,9
	Var	18	11,1

Tablo-5'te katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %54,9'unun (n=89) 37 hafta ve üzeri gebeliği bulunmakta idi. %93,8'i (n=152) gebeliği boyunca düzenli muayeneye gitmekteydi. 144'ü (%88,9) daha önce doğum şekilleri hakkında bilgi aldığını belirtti. SSVD yapmak isteyen katılımcıların %83,3 (n=135)'i VD gerçekleştirdi. 27 kişi ise (%16,7) tekrar SD yaptı.

**Tablo-5. Katılımcılar ile İlgili Obstetrik Özelliklerin İncelenmesi**

Demografik değişkenler		X <sub>ort</sub> (Min-Max)	Ort. ±SD
Şu an kaçınıcı gebeliği		2,5 (2,00-7,00)	2,82±1,06
İlk doğum yapma yaşı		25,0 (18,00-35,00)	24,94±3,24
Toplam gebelik sayısı		2,5 (2,00-7,00)	2,82±1,06
Canlı bebek doğum sayısı		1,0 (0,00-4,00)	1,47±0,70
Düşük sayısı		0,0 (0,00-3,00)	0,26±0,57
Kürtaj sayısı		0,0 (0,00-2,00)	0,09±0,31
		<b>N</b>	<b>%</b>
Gebeliğin kaçınıcı haftası	28-36 hafta arası	73	45,1
	37 hafta ve üzeri	89	54,9
Bilinen jinekolojik hastalık	Yok	136	84,0
	Var	26	16,0
Mevcut gebelik süresince düzenli muayeneye gitme	Evet	152	93,8
	Hayır	10	6,2
Daha önce doğum şekilleri hakkında bilgi alma	Hayır	18	11,1
	Evet	144	88,9
Sezaryen sonrası gerçekleşen doğum şekli	Vajinal doğum	135	83,3
	Sezaryen doğum	27	16,7

Tablo-6'da PATÖ maddelerine verilen yanıtların dağılımları görülmektedir (Tablo-6).

**Tablo-6. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımları**

	Hiçbir Zaman		Bazen		Sıklıkla		Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Bebek / gebelik ile ilgili endişe	51	31,5	90	55,6	20	12,3	1	0,6
2) Bebeğe zarar geleceği ile ilgili korku	56	34,6	86	53,1	18	11,1	2	1,2
3) Bir şeylerin kötü gideceğine dair korku hissi	77	47,5	74	45,7	11	6,8	-	-
4) Pek çok şey hakkında endişelenme	91	56,2	53	32,7	18	11,1	-	-
5) Gelecek hakkında endişe	79	48,8	62	38,3	18	11,1	3	1,9
6) Birşeylerin üstüne fazla yüklendiğini hissetme	75	46,3	65	40,1	22	13,6	-	-
7) İğne, kan, doğum, ağrı vb. şeyler konusunda şiddetli korkular	104	64,2	49	30,2	7	4,3	2	1,2
8) Birden bastıran aşırı korku veya huzursuzluk	86	53,1	63	38,9	12	7,4	1	0,6
9) Durdurulması veya kontrol edilmesi zor olan, tekrarlayan düşünceler	97	59,9	57	35,2	7	4,3	1	0,6
10) Uyumak için fırsatım olsa bile uyumakta zorlanma	73	45,1	71	43,8	14	8,6	4	2,5
11) İşleri belirli bir düzen veya sıra ile yapmak zorunda hissetme	45	27,8	74	45,7	35	21,6	8	4,9
12) Herşeyin mükemmel olmasını isteme	53	32,7	62	38,3	37	22,8	10	6,2

13) Herşeyi kontrol etme ihtiyacı	42	25,9	79	48,8	28	17,3	13	8,0
14) Birşeyleri defalarca kontrol etmeyi veya yapmayı durdurmakta zorluk	74	45,7	68	42,0	19	11,7	1	0,6
15) Diken üstünde hissetme veya kolayca irkilme	86	53,1	61	37,7	14	8,6	1	0,6
16) Tekrarlayan düşüncelerin yol açtığı rahatsızlık /sıkıntı	86	53,1	56	34,6	18	11,1	2	1,2
17) Birşeyler için tetikte olma ya da dikkatli olma ihtiyacı	65	40,1	76	46,9	19	11,7	2	1,2
18) Tekrarlayan anılar, rüyalar ya da kabuslardan dolayı üzülme, sıkıntı çekme	94	58,0	52	32,1	12	7,4	4	2,5
19) Başkalarının önünde kendimi rezil edeceğim endişesi	115	71,0	39	24,1	6	3,7	2	1,2
20) Diğer insanların beni olumsuz yargılayacağı korkusu	98	60,5	56	34,6	6	3,7	2	1,2
21) Kalabalık içinde fazla rahatsız hissetme	90	55,6	57	35,2	9	5,6	6	3,7
22) Huzursuz olacağım korkusu ile sosyal aktivitelerden kaçınma	110	67,9	46	28,4	5	3,1	1	0,6
23) Huzursuz eden şeylerden kaçınma	56	34,6	76	46,9	25	15,4	5	3,1
24) Kendinizi sanki bir filmde izliyormuş gibi kopuk hissetme	121	74,7	34	21,0	6	3,7	1	0,6

25) Zamanın nasıl geçtiğini farkedememe ve ne olduğunu hatırlayamama	85	52,5	62	38,3	15	9,3	-	-
26) Yakın zamanda olan değişikliklere uyum sağlamakta zorluk	98	60,5	56	34,6	8	4,9	-	-
27) Birşeyler yapabilmenize engel olan kaygı	98	60,5	52	32,1	12	7,4	-	-
28) Konsantre olmayı güçleştiren yarışan düşünceler	83	51,2	69	42,6	10	6,2	-	-
29) Kontrolünü kaybetme korkusu	100	61,7	55	34,0	6	3,7	1	0,6
30) Paniklemiş hissetme	88	54,3	67	41,4	7	4,3	-	-
31) Tedirgin (ajite) hissetme, kıpırdanma	99	61,1	55	34,0	7	4,3	1	0,6

**Tablo-7. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeğinden Alınan Toplam ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler**

	Min-Max	Ort. ±SD
<b>PATÖ – Toplam</b>	0,0-52,00	18,80 ±11,65
PATÖ – Genel Kaygı ve Özgül Korku	0,0-24,00	6,77 ±4,72
PATÖ – Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	0,0-11,00	3,80 ±2,70
PATÖ – Sosyal Kaygı ve Uyum Bozukluğu	0,0-15,00	3,53 ±3,13
PATÖ – Akut Kaygı ve Travma	0,0-19,00	4,68 ±4,11

Gebelerin %45,7'si (n=74) PATÖ'den 16 ve altı puan almış iken, %54,3 (n=88) 17 ve üzeri puan aldı. Tablo-7'de PATÖ'den alınan toplam ve alt ölçek puanlarına ait betimsel istatistikler sunulmuştur (Tablo-7).

Tablo-8’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile PATÖ toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırılmıştır. Buna göre PATÖ toplam puanı ile eğitim seviyesi, aile tipi, çalışma ve gelir durumu, sigara içme durumu, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, gebelik haftası, mevcut gebelik süresince düzenli muayeneye gitme durumu, daha önceki doğum şekilleri hakkında bilgi alma durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-8).

PATÖ toplam puanı ile yaş ( $p=0,027$ ) ve bilinen jinekolojik hastalık varlığı ( $p<0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup 18-30 yaş arasında olanlarda ve bilinen jinekolojik hastalığı olanlarda PATÖ toplam puanları daha yüksek bulundu (Tablo-8).

PATÖ alt ölçeklerinden “Genel Kaygı ve Özgül Korku” puanı ile yaş, eğitim seviyesi, çalışma ve gelir durumu, sigara içme durumu, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, gebelik haftası, mevcut gebelik süresince düzenli muayeneye gitme durumu ve daha önceki doğum şekilleri hakkında bilgi alma arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-8).

Ancak PATÖ- “Genel Kaygı ve Özgül Korku” puanı ile aile tipi ( $p=0,041$ ) ve bilinen jinekolojik hastalık varlığı ( $p=0,004$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Çekirdek ailede yaşayanlarda ve bilinen jinekolojik hastalığı olanlarda PATÖ- “Genel Kaygı ve Özgül Korku” puanı daha yüksek bulundu (Tablo-8).

PATÖ alt ölçeklerinden “Mükemmeliyetçilik ve Kontrol” puanı ile eğitim seviyesi, aile tipi, çalışma ve gelir durumu, sigara içme durumu, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, gebelik haftası, mevcut gebelik süresince düzenli muayeneye gitme durumu ve daha önceki doğum şekilleri hakkında bilgi alma arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-8).

Ancak PATÖ- “Mükemmeliyetçilik ve Kontrol” puanı ile yaş ( $p=0,002$ ) ve bilinen jinekolojik hastalık varlığı ( $p=0,018$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. 18-30 yaş arasında olanlarda ve bilinen jinekolojik hastalığı olanlarda PATÖ- “Mükemmeliyetçilik ve Kontrol” puanı daha yüksek idi (Tablo-8).

PATÖ alt ölçeklerinden “Sosyal Kaygı ve Uyum Bozukluğu” ve “Akut Kaygı ve Travma” puanları ile yaş, eğitim seviyesi, aile tipi, çalışma ve gelir durumu, sigara içme durumu, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı, gebelik haftası, mevcut gebelik

süresince düzenli muayeneye gitme durumu ve daha önceki doğum şekilleri hakkında bilgi alma durumu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo-8).

Ancak PATÖ- “Sosyal Kaygı ve Uyum Bozukluğu” ve “Akut Kaygı ve Travma” puanları bilinen jinekolojik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek idi ( $p=0,002$  ve  $p=0,001$ ) (Tablo-8).

PATÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile sezaryen sonrası gerçekleşen doğum yöntemi arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-8).



**Tablo-8. Katılımcıların Özelliklerine Göre Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Sayı	PATÖ	PATÖ	PATÖ	PATÖ	PATÖ
		Toplam	Genel Kaygı ve Özgül Korku	Mükemmeliyetçilik ve Kontrol	Sosyal Kaygı ve Uyum Bozukluğu	Akut Kaygı ve Travma
Yaş		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
18-30 yaş	73	21,18±11,88	7,59±4,84	4,58±2,96	3,84±3,44	5,18±4,48
31 yaş ve üzeri	89	16,85±11,16	6,11±4,55	3,18±2,30	3,28±2,86	4,28±3,77
P=		<b>0.027</b>	0.073	<b>0.002</b>	0.383	0.273
Eğitim seviyesi		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Ortaokul ve altı	25	17,92±12,26	5,44±3,95	3,40±2,71	3,96±2,89	5,12±4,57
Lise	43	18,79±10,27	6,49±3,97	3,86±2,49	3,86±2,95	4,58±4,20
Lisans ve üzeri	94	19,04±12,19	7,27±5,17	3,89±2,81	3,27±3,28	4,62±3,99
P=		0.916	0.322	0.766	0.207	0.879
Aile tipi		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Çekirdek aile	142	18,82±10,99	7,07±4,75	3,83±2,58	3,32±2,83	4,61±4,08
Geniş aile	20	18,65±15,96	4,70±4,08	3,65±3,56	5,05±4,61	5,25±4,46
P=		0.570	<b>0.041</b>	0.462	0.169	0.605
Çalışma durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Ev hanımı	97	19,53±12,19	6,74±4,75	3,93±2,86	3,88±3,42	4,98±4,40
Çalışmıyor	24	15,38±10,10	5,88±4,27	3,38±2,78	2,67±2,16	3,46±3,49
Çalışıyor	41	19,10±11,10	7,39±4,92	3,78±2,29	3,22±2,82	4,71±3,70
P=		0.322	0.445	0.621	0.363	0.278
Gelir durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Düşük	24	19,92±13,43	5,79±4,13	3,79±2,81	4,21±3,30	6,13±5,48
Orta	109	18,66±11,33	6,76±4,56	3,83±2,66	3,58±3,27	4,49±3,97
Yüksek	29	18,41±11,70	7,66±5,70	3,72±2,86	2,79±2,34	4,24±3,15
p=		0.873	0.550	0.933	0.343	0.531
Sigara içme durumu		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Aktif İçici	8	17,00±16,54	5,75±6,04	3,50±3,07	3,38±4,00	4,38±5,42
Eski İçici	17	21,06±10,78	7,47±4,98	3,12±2,18	4,71±2,39	5,76±3,53
Hiç İçmemiş	137	18,63±11,50	6,75±4,64	3,91±2,75	3,39±3,15	4,57±4,11
p=		0.470	0.591	0.598	0.095	0.322

<b>İlaç kullanımı</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yok	143	18,77±11,95	6,74±4,78	3,73±2,76	3,67±3,19	4,62±3,99
Var	19	19,05±9,42	7,05±4,39	4,37±2,27	2,47±2,48	5,16±5,05
p=		0.759	0.756	0.272	0.122	0.921
<b>Kronik hastalık</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yok	144	18,80±11,35	6,92±4,79	3,78±2,59	3,44±2,89	4,66±4,11
Var	18	18,83±14,23	5,67±4,13	4,00±3,55	4,28±4,69	4,89±4,28
p=		0.677	0.335	0.776	0.870	0.826
<b>Gebelik haftası</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
28-36 arası	73	19,10±11,37	6,82±4,74	4,16±2,79	3,37±3,41	4,74±3,98
37 hafta ve üzeri	89	18,56±11,95	6,74±4,74	3,52±2,61	3,66±2,90	4,64±4,25
P=		0.856	0.958	0.112	0.255	0.743
<b>Bilinen jinekolojik hastalık</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yok	136	17,24±10,86	6,38±4,72	3,57±2,62	3,13±2,79	4,16±3,75
Var	26	27,00±12,46	8,88±4,23	5,08±2,83	5,62±4,00	7,42±4,88
P=		<b>&lt;0.001</b>	<b>0.004</b>	<b>0.018</b>	<b>0.002</b>	<b>0.001</b>
<b>Gebelik süresince düzenli muayeneye gitme durumu</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	152	19,14±11,82	6,90±4,74	3,88±2,71	3,61±3,18	4,76±4,19
Hayır	10	13,70±7,48	4,90±4,18	2,80±2,44	2,40±2,07	3,60±2,59
P=		0.171	0.217	0.296	0.299	0.540
<b>Daha önce doğum şekilleri hakkında bilgi alma</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Hayır	18	22,61±13,50	8,39±6,13	3,89±3,10	4,11±3,27	6,22±4,17
Evet	144	18,33±11,37	6,58±4,51	3,80±2,66	3,46±3,12	4,49±4,08
P=		0.153	0.237	0.987	0.404	0.063
<b>Gerçekleşen doğum yöntemi</b>		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Vajinal	135	18,27±11,85	6,53±4,56	3,65±2,71	3,37±3,14	4,72±4,30
Sezaryen	27	21,48±10,41	8,04±5,37	4,59±2,61	4,33±3,05	4,52±3,09
p=		0.117	0.209	0.088	0.093	0.760

Kruscall Wallis test, Mann Whitney U test, Post-Hoc; Games-Howell Test

**Tablo-9. PATÖ'ye Göre Anksiyete Grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması**

<b>Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği</b>			
	<b>16 ve altı</b>	<b>17 ve üzeri</b>	<b>P</b>
<b>Tekrar sezaryen olma sebebi (n=27)</b>			
Vajinal doğum korkusu	2 (33,3)	4 (66,7)	0.675
Diğer	9 (42,9)	12 (57,1)	
<b>Toplam gebelik sayısı (n=162)</b>	<b>3,06±1,11</b>	<b>2,61±0,97</b>	<b>0.007</b>
<b>Chi Square test, Mann Whitney U test</b>			

Tablo-9' da PATÖ'ye göre anksiyete grupları ile çeşitli değişkenler karşılaştırılmıştır. Toplam gebelik sayısı PATÖ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş olup PATÖ puanı 16 ve altında olanlarda daha yüksek bulundu (p=0,007). Sezaryen doğum sonrası tekrar sezaryen doğum gerçekleştiren 27 kişide sezaryen olma sebepleri ile PATÖ'ye göre anksiyete grupları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-9).

## 5. TARTIŞMA

Ülkemizde Avrupa'nın en yüksek SD oranına sahip olunması ve SD oranlarımızın gün geçtikçe artmaya devam etmesi, anne ve bebek sağlığı açısından sorunları da beraberinde getirmektedir. SD oranlarını azaltmak amacıyla yapılabilecek en önemli girişimlerden biri olan SSVD yöntemi ülkemizde oldukça düşük oranlardadır.

Sezaryen sonrası vajinal doğum yapmayı düşünen gebelerde perinatal anksiyete düzeyinin araştırılması ve doğum şekline etkisinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada; gebelerin yaklaşık %54'ünün perinatal anksiyetesi olduğu saptandı. Yaş ve jinekolojik hastalığı olma durumu anksiyeteyi etkileyen faktörler olup yaşı daha genç olanlarda ve jinekolojik hastalık öyküsü olanlarda anksiyete vardı. Ancak anksiyete doğum şekline etki etmemekteydi.

Sezaryen sonrası vajinal doğum uygulanma oranları yıllar içerisinde önce artmış sonra da uterin rüptür riski nedeniyle azalmıştır. 2006 yılında SSVD oranı %28,3'ten %8'e düşmüş olup toplam SD oranları ise %20'den %31,1 e yükselmiştir (9).

Sezaryen sonrası vajinal doğumu deneyen kadınlardan %60-80'i vajinal doğumu başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmektedir (10). Knight ve ark. yaptıkları bir çalışmada, SSVD düşünen gebelerin yaklaşık üçte ikisi başarılı bir şekilde SSVD ile doğurmuştur. İlk doğumunda ASD olan kadınların, ilk doğumunda ESD olan kadınlara göre SSVD girişiminde bulunma ve başarısız olma olasılığını daha yüksek bulunmuştur (81). Clarke ve ark. çalışmasında; benzer şekilde SSVD planlayan gebelerin %75'i başarılı bir şekilde SSVD yapabilmişlerdir (82).

Shorten ve ark.'nın yaptığı çalışmada, SSVD için uygun olan ve yapmayı isteyen 187 gebeden 112'si (%78,3) başarılı bir şekilde SSVD yapabilmişlerdir (83). İzbudak ve ark.'nın yaptığı SSVD grubundaki gebelerin %72'si başarılı bir şekilde SSVD'yi gerçekleştirmiştir (25).

Japonya'da yapılan bir araştırmada, SSVD planlayan 1730 adet gebenin %88,6' sını başarılı bir şekilde SSVD yapmıştır (84). Avrupa Birliği'nin SSVD oranları

dünya geneline göre daha başarılı olmakla birlikte Almanya için %74, İrlanda için %66 ve İtalya için %64 olarak bildirilmiştir (85).

Bizim de uygun koşulları sağlayan ve sadece SSVD'yi yapmayı isteyen gebelerle yaptığımız bu çalışmada, SSVD deneyen gebelerin %83,3'ü VD gerçekleştirebildi. Çalışmamızdan elde edilen bu veri literatürdeki SSVD yapmayı planlayan gebelerle yapılmış sınırlı sayıda çalışma ile uyumlu bulundu.

SSVD yapan gebelerle alakalı yapılan çalışmalar incelendiğinde; SSVD girişiminde bulunanların yaş ortalamasının 25,8 olup yaşın 30'un altında olması halinde başarı oranını arttırdığını bildirmişlerdir (86,87).

Eser ve ark. SSVD planlayan 66 gebeden elde ettikleri verilere göre SSVD talebi olan gebelerin %54,5'inin 30 yaş üstünde olduğu belirtilmiştir (76). 2021'de Türkiye'de yapılan bir çalışmada, SSVD'ye başvuran gebelerin yaş ortalaması 29,8 olarak bildirilmiştir (25). Knight ve ark. araştırmasında SSVD girişiminde bulunan gebelerin %59,8'ini 24 yaş altındaki gebeler oluşturmuştur (81). Gorchiyeva ve ark. yaptığı SSVD planlayan gebelerden başarılı bir şekilde amacına ulaşanların yaş ortalaması 29,93 idi (88).

Zambiya'da yapılan bir çalışmada, SSVD girişiminde bulunan gebelerin yaş ortalaması 31.3 idi. Bu çalışmada diğer bir sonuç olarak; 37 yaşından sonra SD ile doğum yapması halinde SSVD'nin başarısız olma olasılığı 31 yaş altındaki gebelerden 14.6 kat fazla bulunmuş idi (89).

Bizim çalışmamızda ise; Eser ve ark.'na benzer şekilde SSVD planlayan gebelerin yaş ortalaması 30'un üstünde idi. Farklı çalışmalarda elde edilen farklı bulgular araştırılan popülasyondaki yaş vb. sosyokültürel faktörlerin dağılımından etkilenmektedir.

Literatürdeki sınırlı sayıda SSVD'ye niyetlenenlerin eğitim seviyesini araştıran çalışma bulunmakla birlikte eğitim ile SSVD oranı arasında anlamlı ilişki bulunanların sayısı çok azdır.

Hindistan'da yapılan çalışmada, ortaöğretim seviyesinde olan kadınların daha çok SSVD yapma girişiminde olduğu bulunmuştur (90). Zambiya'daki bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça SSVD oranının azaldığı saptanmıştır (89).

Bizim de SSVD düşünen gebelerden oluşan katılımcılarımızın çoğunun eğitim düzeyi yüksek olup lisans ve üzeri idi.

Gebelik süresince tahin edilebilir ve müdahale edilebilir nedenlerinden olan gebelik anksiyetesiyle alakalı yapılan birtakım çalışmalar bulunmaktadır. Pavlov ve ark. yaptığı çalışmada, tüm gebeler içinde anksiyetesi yüksek olan kadınların SD yapma olasılığı diğer kadınlara göre 2,5 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (91).

Türkiye’de 3. trimesterdeki gebelerin anksiyetesinin gebelik sonuçlarına ilişkisini inceleyen bir çalışmada; anksiyetesi olan kadınların %60,8’i SD, %39,2’si VD yaparak anksiyetesi yüksek olan gebelerin daha yüksek oranda SD yaptığı saptanmıştır (77).

2010 yılında yapılan çalışmada, anksiyetenin gebeliğin başlangıcında düşük olup SSVD planlayanlarda 34. gebelik haftasına kadar anlamlı anksiyete artışı saptanmakla birlikte sonrasında anksiyete düzeyi stabil kalmıştır (78).

Perinatal anksiyetenin doğum şekline etki ettiği mekanizma, anne ruh halinin kadınların doğuma olan güveni üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklanabilmektedir. Bu da doğum korkusuna ve daha düşük ağrı eşiğine yol açarak doğumun uzamasına ve dolayısıyla SD prevalansının artmasına katkıda bulunabilir.

Bizim de SSVD planlayan gebelerle yaptığımız mevcut çalışmamızda gebelerin yarısından çoğunda perinatal anksiyete bulunmakta idi. Bununla birlikte anksiyete varlığı doğum şekline etki etmemekte idi.

Vajinal doğum korkusu, gebelikte anksiyeteyi artırarak gebeliğin sezaryen ile sonlanmasına sebep olan en önemli faktörlerden biridir. Bülbül ve ark. doğuma hazırlık kursuna gelen gebelerle yaptığı bir çalışmada, SD tercih eden gebelerin %28,6’sının bu tercihlerine en büyük etki eden faktörün VD korkusu olduğunu saptamışlardır (92).

Zambiya’da SSVD’ye uygun gebelerle yapılan araştırmada, tekrar SD yapan gebelerin üçte birinin VD korkusu nedeniyle tekrar SD yaptığı saptanmıştır (89). Karabulutlu ve ark. çalışmasında, kendi isteğiyle SD yapmak isteyen gebeler %28,3 oranında olup VD korkusu nedeniyle SD yapmak isteyenlerin oranı %7,5 olarak saptanmıştır (93). 2018 yılındaki sadece primiparlara yapılan araştırmada da, SD seçen

gebelerin %61,6'sının nedeni VD korkusu olduğunu bildirmişlerdir (94). Eser ve ark. çalışmasında ise, VD korkusu ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (76).

Bizim çalışmamızda da tekrar SD olan 27 gebeden 6'sı VD korkusu nedeniyle SD yapmış idi. Ancak bu sonuç tüm SSVD planlayan gebeler arasında anlamlı değildi. Bu durum SSVD yapmayı düşünen gebelerin sayısının düşük olması ve çoğunluğunun gebelik öncesi en az bir kere eğitim ve danışmanlık almasıyla ilişkilendirilebilir.

Gebelik yaşının anksiyete ile ilişkisini inceleyen araştırmalar arasında bazı tutarlı olmayan bulgular elde edilmiştir. Nitekim bunun nedeni araştırma yılının ve coğrafyasının farklı oluşundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Shrestha ve Pun'un. ilk gebeliğini süren gebelerle PATÖ (orijinal versiyonu) kullanılarak yaptıkları çalışmada, genç yaştaki gebelerde yüksek kaygı olasılığı daha fazlaydı (95). 2013'te yapılan bir çalışmada da benzer bulgular bildirilmiş olup genç yaştaki hamilelerin gebelikte anksiyetelerini gösterme olasılığı daha yüksektir (96). Çin'de yapılan bir çalışmada da, anne yaşının genç olması anksiyete riskini artırdığını ve ESD oranını artırdığı bildirilmiştir (97). Hindistan'da yapılan gebeler üzerindeki bir çalışmada yine benzer şekilde, genç yaştaki gebelerin gebelikteki anksiyetelerinin daha fazla olduğunu saptamışlardır (98).

Bayrampour ve ark. ile Arslantaş ve ark.'nın çalışmalarında ise yaş ve gebelik anksiyetesi arasında ilişki saptanmamıştır (75,99). Karakuş Turan ve ark. çalışmasında da, anne yaşı ile prenatal anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (100).

Bu bulguların aksine Tearne ve ark. çalışmalarında anne yaşının büyümesiyle artan depresyon, anksiyete ve stresle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (101). Mısır'da 150 gebe ile yürütülen çalışmada ise; 35 yaş ve üzerindeki kadınların üçte ikisinin şiddetli anksiyete düzeyine sahip olduğunu, 35 yaş altı kadınların dörtte üçünden biraz fazlasının hafif düzeyde anksiyeteye sahip olduğunu belirtmişlerdir (102). Bunun nedeni artan yaşam stresi, çocuk sayısının artışına ve kendine zaman ayıramamaya bağlanılabilir.

Bizim çalışmamızda da Shrestha ve ark. benzer olarak, 31 yaş ve üzeri olanlarda PATÖ toplam puanı açısından anksiyetenin azaldığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuçlar, ilk gebeliklerde tecrübe eksikliği nedeniyle ailelerinin

yardımına daha çok ihtiyaç duymalarına bağlanmıştır. Yaş arttıkça tecrübenin artması ve dolayısıyla sorunlarla başa çıkabilme ve çözüm becerisinin gelişmesi ancak olası artan çocuk sayısı ve stres faktörünün anksiyeteyi etkileyebileceği öngörülmektedir.

Literatürde eğitim düzeyi ile gebelik anksiyetesi arasında farklı sonuçlar elde edilen çalışmalara rastlanmıştır. Karakuş Turan ve ark. çalışmasında, farklı olan gruplar arasında PATÖ ve alt grupları açısından anlamlı farklılık bulunmamış ancak prenatal dönemde anksiyete puan ortalamasının ortaokul ve altı eğitim düzeyindeki kadınlarda 29,70 iken lisans/lisansüstü düzeyde ise 37,20 olduğu saptanarak eğitim düzeyi arttıkça anksiyetenin arttığını göstermiştir (100). 2015'te yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yükseldikçe doğum korkusunun arttığını bildirmişlerdir. Bunun açıklaması ise daha eğitilmiş olan gebelerin, gebelik ve doğum hakkında daha çok araştırma yapabilecekleri ve potansiyel riskleri öğrenebilmeleri nedeniyle daha yüksek anksiyeteye neden olabileceği şeklinde öngörülebilmektedir.(103).

Yılmaz ve Beji, eğitim düzeyinin Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ölçeği üzerindeki etkisini araştırdıklarında ilköğretim düzeyi puan ortalamasını 19.19, lise düzeyi ortalamasını 17.54 ve üniversite düzeyi eğitim puan ortalamasını 13.86 olarak saptamışlardır (104). Sun ve ark. çalışmasında da anne eğitiminin düşük olması anksiyete riskini artırdığını belirtmiştir (97). Yine diğer bir çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması gebelikteki anksiyetenin yükselmesinin sebepleri arasında gösterilmiştir (102). Bu çalışmalardaki eğitim düzeyi ile anksiyetenin anlamlı farklılığının olması eğitim düzeyi arttıkça kadının daha sorgulayıcı olması ve problem çözebilme becerilerinin artmasıyla açıklanabilir.

Yapılan bir araştırmada, eğitim düzeyi arttıkça SD oranı azalmış ancak ortaöğretim düzeyinde eğitimi olan gebelerin, ESD tercih edenler arasında %49,1 ini oluşturması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (93).

Eğitim düzeyi ve gebelik anksiyetesi arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (75,95,99).

Bizim çalışmamızda ise; eğitim seviyesi arttıkça PATÖ toplam puanı artmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Eğitim seviyesinin anlamlı bulunamayışı genel popülasyonun gebelik açısından aynı düzeyde anksiyeteye sahip olması ancak eğitim artmasıyla oluşabilecek riskleri tahmin etmesiyle açıklanabilir.

Gebenin çalışıyor olması finansal açıdan rahatlık getirebileceği gibi iş stresini de beraberinde getirmektedir. Mısır'da 150 gebe ile yürütülen çalışmada; ev kadınlarının büyük çoğunluğunun şiddetli kaygı düzeyine sahip olduğu, çalışan kadınların ise yaklaşık üçte ikisinin orta düzeyde kaygıya sahip olduğu saptanmıştır (102).

Bizim çalışmamızda ise; çalışma durumuyla anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Osman ve ark'nın çalışmasının nedeni finansal olarak başkalarına bağımlı ve yetersiz olma korkusu, doğum öncesi anksiyete belirtilerinin potansiyel sebebi olabilir. Bizim çalışmamızda, çalışan ve çalışmayan kadınların hepsinin eğitim almış olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Literatürde aile yapısıyla alakalı farklı sonuçlar bulunmaktadır. Karakuş Turan ve ark. çalışmasında, farklı olan gruplar arasında PATÖ'nün Türkçe versiyonunda toplam puan ve alt boyutları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Geniş aile yapısına sahip gebelerin puan ortalaması 37,55 iken, çekirdek aile yapısına sahip gebelerde puan 31,74' e düşmüştür (100). Yılmaz ve Beji'nin yürüttüğü çalışmada da çekirdek aile yapısına sahip gebelerin prenatal anksiyete ortalaması 17,09 iken geniş aile yapısına sahip gebelerde 20,15 bulunarak benzer sonuçlara ulaşılmıştır (104). Shrestha ve Pun'un çalışmasında, geniş aile yapısından gelen hamile kadınlarda çekirdek aileden gelen hamile kadınlara göre daha yüksek kaygı riski bulunmuştur (95).

Hindistan'da gebeler üzerine yapılan araştırmada, çekirdek aile yapısına sahip gebelerin anksiyetesinin geniş aileye sahip olan gebelere göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (98). Bunun sebebi ise etrafında bilgi alabilecek kişilerin azlığı ve ona yardımcı olan kişilerden yoksun olmasına bağlanabilir.

Bizim çalışmamızda ise; PATÖ toplam puanı açısından anlamlı bir fark olmayıp, "Genel Kaygı ve Özgül Korku" alt boyut puanında geniş aile yapısındaki gebeler daha düşük anksiyeteye sahip oldukları anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni, geniş ailelerde hamilelik ve doğumla ilgili bilgilerin paylaşılacak mahremiyetin olmamasının hamilelikle ilgili kaygının artmasına bağlanılabilir.

Yapılan birçok çalışmada gelir düzeyiyle perinatal anksiyete üzerinde istatistiksel olarak anlamlı değilken, yapılan bir çalışmada geliri giderinden az olan

grupta anksiyete puan ortalamalarının diğer geliri giderinden fazla veya eşit olan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuşlardır (105). Yine benzer olarak; Mısır'da 150 gebe ile yürütülen çalışmada; düşük gelirli, borçlu hanedeki anne adayının dünyaya gelecek bebeğiyle ilişkili endişesinin daha yüksek olduğunu ve bunun da gebelikteki anksiyeteyi artırabileceğine bağlanabilir (102).

Karakuş Turan ve ark. çalışmasında ise, gelir durumunun prenatal anksiyeteyle ilişkisi bulunamamıştır (100). Bayrampour ve ark. ile Arslantaş ve ark. araştırmalarında da gelir durumu ile gebelik anksiyetesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (75,99).

Bizim çalışmamızda da; bu iki çalışmaya benzer şekilde SSVD düşünen gebelerde gelir farklılıkları PATÖ açısından anlamlı bulunmadı. Gelir düzeyinin gebelik ve çocuğun doğması aşamasından ziyade doğduktan sonraki kısmında daha çok önemli olabileceğinden perinatal dönemde anksiyeteyi değiştirici faktör olarak tanımlanmayabilir.

Kronik hastalık varlığı gebelik ve gebelik sonrasında komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle anksiyete için risk faktörlerinden bir tanesidir (91).

Pavlov ve ark.'nın çalışmasında; anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda, kronik hastalık ve önceki sezaryen insidansı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (91). Bunun nedeni, olası doğum ve doğum sonrası komplikasyonların gebede anksiyeteyi artırmasıyla açıklanabilir.

Bizim çalışmamızda ise kronik hastalık varlığı perinatal anksiyete açısından anlamlı bulunmadı. Bunun nedeni kronik hastalıklarının hastane ziyaretlerinin fazla olması ve daha fazla bilgi alarak kendi hastalıklarının ekstra anksiyeteye sebep olmamasıyla ilişkili olabilir.

Literatürde SSVD ve jinekolojik hastalıkla anlamlı olarak karşılaştırılabilecek araştırma bulunamamıştır. Zaten yüksek komplikasyon riski ve beceri eksikliği nedeniyle çekinceli yaklaşılan SSVD yönteminin bilinen jinekolojik hastalığı olanlarda tamamiyle uzak durulmasından dolayı daha az araştırma konusu olabildiği düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda ise bu konu ayrıca irdelenmiş olup jinekolojik hastalığı bulunan ve SSVD planlayan üçüncü trimesterdeki gebelerin diğer aynı dönemdeki SSVD planlayan gebelere oranla, PATÖ anksiyete toplam puan ve alt boyut anksiyete puanlarının tamamında anlamlı derecede yüksek bulundu.

Gebenin her haftada fiziksel ve hormonal olarak farklılık gösterdiği ve gebe olduğunu anlamasından doğuma kadar geçen sürede bu farklılıkların etkilerini bazı araştırmalar ele almıştır.

Bayrampour ve ark. 2. ve 3. trimesterdeki gebeler ile yaptıkları çalışmada, gebeliğin 32. haftasında yüksek anksiyete skoru olan kadınlarda SD ve enstrümental VD'leri içeren genel operatif doğum riski 2 kat yüksek bulmuştur (75). Sun ve ark. ise ESD olan kadınlarda 2. trimesterdeki anksiyete yüksekliğini anlamlı bulmuşlardır (97).

Hindistan'da gebeler üzerine yapılan araştırmada en yüksek anksiyete ortalaması üçüncü trimesterde bulunmuştur (98). 2018'deki 502 hamile kadında yürütülen bir çalışmada, 3. Trimesterde olan kadınların %46,6 sının yüksek düzeyde anksiyetesi olduğunu bildirmişlerdir (95). Brezilya'da yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş olup gebelerin %42,9'unun üçüncü trimesterde daha fazla stres hissetmiş olduğu gözlenmiştir. Ancak gebelikteki anksiyete ile gebelik dönemi arasında anlamlı bir etki bulunamamıştır.(106)

Bizim çalışmamız 3. trimesterde olan gebeler üzerinde gerçekleştirilmiş olup, 28-36 ile 37 hafta ve üzerindeki gebelerin anksiyetelerini karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark yoktu. Bu durum diğer çalışmalardan da esinlenerek 32. haftadan itibaren anksiyete düzeyinin 3. trimesterdeki gebelerin benzer düzeyinde olabileceğini göstermektedir.

Literatürde gebelik sayısı ve anksiyete arasında ilişkiyi farklı sonuçlar açıklayan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Arslantaş ve ark. ile Karakuş Turan ve ark. gebelik sayısı ile anksiyete arasında anlamlı ilişki bulmamış iken Størksen ve ark. yaptığı çalışmada, multipar kadınların doğumda primipar kadınlardan daha fazla anksiyetesi olduğu bildirmiştir (99,100,103).

Aral ve ark.'nın gebelerin 3. trimesterdeki anksiyetelerinin doğum anına etkisini araştırdıkları çalışmasında, nulliparların multiparlardan daha yüksek

anksiyeteye sahip oldukları bulunmuştur. Bu durum da doğum eyleminin uzamasına, ıkınmaların zorlaşmasına neden olduğunu vurgulanmıştır (107). Bir başka çalışmada da benzer şekilde; nullipar kadınların 3. trimesterde daha fazla olmak üzere, multipar kadınlara oranla daha fazla gebelik anksiyetesi yaşadıklarını bildirmişlerdir (98).

Thomas ve ark.'nın yaklaşık yarısı 3. trimesterde olan 146 gebede yaptığı araştırmada, düşük pariteyi PATÖ'ye göre anksiyete ile anlamlı olarak ilişkili bulmuşlardır. Doğum sayısı arttıkça anksiyetenin azaldığını gözlemlemişlerdir (90).

Bizim çalışmamızda da son trimesterdeki gebelerin paritesi yüksek olanların düşük olanlara oranla anksiyeteleri anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bunun nedeni daha önceki gebeliklerinden tecrübeli olmaları ve doğumun nasıl olduğu konusunda daha az endişeli olmalarıdır.

Ülkemizde birinci basamakta doğum hakkında hem takibi hem de gebelik ve doğum eğitimi verilebilmektedir. Ancak SSVD açısından eğitim veren merkezlerin sayısı neredeyse yok denecek kadar azdır.

Waldenström ve ark. yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan gebelerin %11'inin doğum korkusu saptamıştır. Aynı zamanda doğum hakkında danışmanlık hizmeti almayanların alanlara göre doğum deneyimlerinin daha olumsuz doğum olduğunu bildirmişlerdir (108).

Finlandiya'da ebelerle yürütülen bir çalışmada; doğum eğitimi verilen müdahale grubundaki gebelerin doğumla ilgili korkuları eğitim almayanlara oranla daha az bulunmuştur (109). 2013 yılında yapılan bir başka çalışmada da, gebelerde doğum öncesi eğitimin son trimesterdeki gebelerde doğum korkuları ve doğuma yönelik olumsuz düşünceler üzerinde azaltıcı bir etkisi olduğunu saptamışlardır (110). Kızılırmak ve Başer'in çalışmasında ise doğum öncesi eğitim alan gebelerin doğum korkularında azalma olduğu bildirilmiştir (111).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gebelik takibinde sosyal destek almayanlarda ve doğuma ilişkin yeterli bilgiye sahip olmayanlarda doğum korkusunun arttığı bulunmuştur (99). Başka bir çalışmada; doğum öncesi eğitim alan kadınlarda daha fazla özyeterlilik ve daha az doğum korkusu olduğunu bildirmişlerdir (112). 2021 yılındaki çalışmada, SSVD için eğitim verilen daha önce SD yapmış kadınlarda, yapılmayanlara oranla istatistiksel olarak başarılı sonuç elde edilmiştir (25).

Bizim çalışmamızda ise SSVD niyetinde olan annelerin eğitim alıp almamış olması arasında anksiyete açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Tüm bu sonuçların ışığında, doğum öncesi eğitimin gebelikte anksiyeteyi azalttığı görülmektedir. Bu nedenle her gebeye gebelik ve doğum hakkında eğitim verilmeli, gebeliğin nasıl bir süreç olacağı önceden anlatılmalıdır.

Ülkemizde, gebelerin doğum süresi boyunca birinci basamak sağlık merkezine ve kadın doğum uzmanları tarafından takipli olması standart bir uygulamadır. Bu sayede düzenli takipler esnasında gelişebilecek fetal veya maternal risklerden doğum öncesinden haberdar olunabilmektedir.

Karakuş Turan ve ark.'nın çalışmasında, gebelikte düzenli olarak kontrole giden gebelerin gitmeyenlere göre akut anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmuşlardır (100). Bunun nedeni doğum esnasında karşılaşılabileceği riskleri önceden görmesi ve bu risklere karşı endişelenmesidir.

Ancak bizim çalışmamızda düzenli gebelik kontrolü yapılması ile anksiyete açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Bunun nedeni takipte olmayan gebelerimizin bunun bir problem olarak görmeyişinden kaynaklanabilir.

## 6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Ana kısıtlılık; çalışmanın gerçekleştirildiği coğrafyada SSVD hususunda bilgi eksikliği ve SSVD'yi destekleyen sağlık hizmetlerinin sayılı olmasından dolayı SSVD planlayan gebelerin çok az sayıda olmasıdır.

Çalışmamızın güçlü yönü ise; ülkemizde SSVD hakkında yapılan sınırlı sayıda çalışmadan biri olmasıdır.



## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Mevcut çalışmada; SSVD yapmayı düşünen gebelerde perinatal anksiyete düzeyinin araştırılması ve doğum şekline etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmış olup çalışmaya dahil edilen gebelerin yarısından fazlasında (%54) perinatal anksiyetesi olduğu saptandı. Yaş ve jinekolojik hastalığı olma durumu anksiyeteyi etkileyen faktörler iken yaş daha genç olanlarda ve jinekolojik hastalık öyküsü olanlarda anksiyete anlamlı düzeydeydi. Bununla birlikte anksiyetenin doğum şekline etki etmediği gözlemlendi.

2. Dünyadaki doğumların yaklaşık üçte birinin sezaryen olduğu ve bu durumun başlıca sebebi de geçirilmiş SD olması nedeniyle SSVD bu kısır döngüyü kırabilecek tek yol olarak görülmektedir. SD'nin hem olası komplikasyonlar hem de maliyet açısından olumsuz etkileri indirgeyebilmek için SSVD'yi daha iyi araştırmak ve SSVD'ye uygun gebeleri özenle seçilmesi gerekmektedir.

3. Ülkemizde SD oranları azaltılması açısından da SSVD teşvik edilmeli ve uygulanabilecek merkez sayısı artırılmalıdır. Sağlık profesyonellerinin SSVD uygulamalarının önündeki başlıca engel olan malpraktis davalarının SSVD'yi teşvik edici hale getirecek düzenlemeler yapılmalıdır.

4. Literatürdeki araştırmalar gebelerde, gebelik ve doğum hakkındaki tecrübesizlik ve bilgisizliğin anksiyeteye neden olması ve VD korkusunu artırmasıyla ESD'de artışa neden olması nedeniyle gebelik süresince gebelere, doğum şekillerine ve sürecine yönelik eğitimler planlanmalıdır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Jyoti, R., Sharma, M., & Pareek, S. (2022). The effects and outcomes of different maternal positions on the second stage of labor. *MRIMS Journal of Health Sciences*, 10(2), 21.
2. Mirabal-Beltran, R. (2018). *BIRTH OPTIONS AFTER CESAREAN AMONG HISPANIC WOMEN LIVING IN THE UNITED STATES* [PhD Thesis]. Johns Hopkins University.
3. Guise, J.-M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M. A., Marshall, N., Fu, R. R., Janik, R. et al. (2010). Vaginal birth after cesarean: New insights. *Evidence Report/Technology Assessment*, 191, 1-397.
4. Aile, İ. (2020). *TÜİK*, 2021.
5. Ja, M., Be, H., Mj, O., Sc, C., & Tj, M. (2013). Births: Final data for 2012. *National Vital Statistics Reports : From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 62(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671704/>
6. Health, N. I. of C., Development (US), H., Technology, N. C. for H. C., & Research, N. I. of H. (US) O. for M. A. of. (1982). *Cesarean Childbirth: Report of a Consensus Development Conference*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National ....
7. Organization, W. H. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.
8. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. (2010). *Obstetrics and Gynecology*, 116(2 Pt 1). <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181eeb251>
9. Bulletins-Obstetrics, C. on P. (2019). ACOG practice bulletin no. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 133(2), e110-e127.
10. Değirmenciler, B. (2020). *Sağlık personelinin doğum şekli tercihi, tercih nedenleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi* [Master's Thesis]. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
11. Ay, G. (2019). *Sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesi* [Master's Thesis]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
12. Karabel, M. P., Demirbaş, M., & İnci, M. B. (2017). Changing rates of cesarean section in Turkey and in the world and probable causes. *Sakarya Med J*, 7(4), 158-163.
13. Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J., Barros, F. C., Juan, L. et al. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348.

14. Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343.
15. Nedopekina, E. (2021). *Cesarean Section. Impact on Postpartum Recovery, Subsequent Pregnancy and Delivery*. [PhD Thesis]. Lund University.
16. Organization, W. H. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. World Health Organization.
17. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). Medical physiology. *Gökhan N, Çavuşoğlu H (Çeviren)*, 3.
18. Güzel, M. (2014). *Zonguldak Kadın Doğum Hastanesine başvuran gebelerin bilgi, tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihlerine etkisi* [Master's Thesis]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
19. ÇAKIR, D., & Alparslan, Ö. (2018). Doğum tipi değişkeninin anne-bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 139-147.
20. Kızılkaya, S. (2013). *Sezaryen ya da normal spontan doğum yapan primiparlarda doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi* [PhD Thesis]. Marmara Üniversitesi (Turkey).
21. SAYINER, F. D., & ÖZERDOĞAN, N. (t.y.). *Doğal Doğum*.
22. Sung, S., & Mahdy, H. (2022). Cesarean Section. İçinde *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
23. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2008). *Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman*. RCOG Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/>
24. Aytekin Aydın, T. (2016). *Sezaryen doğum sonrası vajinal doğum uygunluğunun değerlendirilmesi* [Master's Thesis]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
25. İzbudak, G., Tozkır, E., Cogendez, E., Uzun, F., & Eser, S. K. (2021). Comparison of maternal-neonatal results of vaginal birth after cesarean and elective repeat cesarean delivery. *Ginekologia Polska*, 92(4), 306-311. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0132>
26. Olah, K. S. (2005). Reversal of the decision for caesarean section in the second stage of labour on the basis of consultant vaginal assessment. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 25(2), 115-116.
27. Wadhera, S., & Nair, C. (1982). Trends in cesarean section deliveries, Canada, 1968-1977. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 73(1), 47-51.

28. Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. L. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004660. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004660.pub3>
29. Bonzon, M., Gross, M. M., Karch, A., & Grylka-Baeschlin, S. (2017). Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section—An online survey investigating women’s preferences in Western Switzerland. *Midwifery*, 50, 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.005>
30. Dahlen, H. G., & Homer, C. S. E. (2013). “Motherbirth or childbirth”? A prospective analysis of vaginal birth after caesarean births. *Midwifery*, 29(2), 167-173. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.007>
31. Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S. et al. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet (London, England)*, 392(10155), 1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
32. Nelson, R. L., Furner, S. E., Westercamp, M., & Farquhar, C. (2010). Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006756. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006756.pub2>
33. Pretlove, S. J., Thompson, P. J., Toozs-Hobson, P. M., Radley, S., & Khan, K. S. (2008). Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(4), 421-434. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01553.x>
34. *Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45)*. (t.y.). RCOG. Geliş tarihi 08 Eylül 2022, gönderen <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-guideline-no-45/>
35. van Ham, M. A., van Dongen, P. W., & Mulder, J. (1997). Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 74(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(97\)02725-5](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(97)02725-5)
36. Bergholt, T., Stenderup, J. K., Vedsted-Jakobsen, A., Helm, P., & Lenstrup, C. (2003). Intraoperative surgical complication during cesarean section: An observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 251-256. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00095.x>
37. Eisenkop, S. M., Richman, R., Platt, L. D., & Paul, R. H. (1982). Urinary tract injury during cesarean section. *Obstetrics and Gynecology*, 60(5), 591-596.

38. Yossepowitch, O., Baniel, J., & Livne, P. M. (2004). Urological injuries during cesarean section: Intraoperative diagnosis and management. *The Journal of Urology*, 172(1), 196-199. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000128632.29421.87>
39. Gholitabar, M., Ullman, R., James, D., Griffiths, M., & Guideline Development Group of the National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). Caesarean section: Summary of updated NICE guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d7108. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7108>
40. Deneux-Tharaux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M.-H., & Bréart, G. (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 108(3 Pt 1), 541-548. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000233154.62729.24>
41. Gregory, K. D., Jackson, S., Korst, L., & Fridman, M. (2012). Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? Whose benefits? *American Journal of Perinatology*, 29(1), 7-18. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285829>
42. Harper, M. A., Byington, R. P., Espeland, M. A., Naughton, M., Meyer, R. et al. (2003). Pregnancy-related death and health care services. *Obstetrics and Gynecology*, 102(2), 273-278. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00408-3](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00408-3)
43. Fahmy, W. M., Crispim, C. A., & Cliffe, S. (2018). Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. *Midwifery*, 59, 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.01.009>
44. Hou, L., Hellerstein, S., Vitonis, A., Zou, L., Ruan, Y., Wang, X. et al. (2017). Cross sectional study of mode of delivery and maternal and perinatal outcomes in mainland China. *PLoS ONE*, 12(2), e0171779. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171779>
45. Morris, H. (1996). Caesarean scar syndrome. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 86(12), 1558.
46. Tower, A. M., & Frishman, G. N. (2013). Cesarean scar defects: An underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 20(5), 562-572. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2013.03.008>
47. Wang, C.-B., Chiu, W.-W.-C., Lee, C.-Y., Sun, Y.-L., Lin, Y.-H., & Tseng, C.-J. (2009). Cesarean scar defect: Correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 34(1), 85-89. <https://doi.org/10.1002/uog.6405>

48. Tulandi, T., Agdi, M., Zarei, A., Miner, L., & Sikirica, V. (2009). Adhesion development and morbidity after repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(1), 56.e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.04.039>
49. Andolf, E., Thorsell, M., & Källén, K. (2010). Cesarean delivery and risk for postoperative adhesions and intestinal obstruction: A nested case-control study of the Swedish Medical Birth Registry. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(4), 406.e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.07.013>
50. CORONIS collaborative group, Abalos, E., Addo, V., Brocklehurst, P., El Sheikh, M., Farrell, B. et al. (2016). Caesarean section surgical techniques: 3 year follow-up of the CORONIS fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 388(10039), 62-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00204-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00204-X)
51. Diamond, M. P., & Freeman, M. L. (2001). Clinical implications of postsurgical adhesions. *Human Reproduction Update*, 7(6), 567-576. <https://doi.org/10.1093/humupd/7.6.567>
52. Janssen, A. B., Savory, K. A., Garay, S. M., Sumption, L., Watkins, W., Garcia-Martin, I. et al. (2018). Persistence of anxiety symptoms after elective caesarean delivery. *BJPsych Open*, 4(5), 354-360. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.48>
53. Anderson-Bagga, F. M., & Sze, A. (2022). Placenta Previa. İçinde *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>
54. Faiz, A. S., & Ananth, C. V. (2003). Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and meta-analysis of observational studies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 13(3), 175-190. <https://doi.org/10.1080/jmf.13.3.175.190>
55. Marshall, N. E., Fu, R., & Guise, J.-M. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(3), 262.e1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.035>
56. Jauniaux, E., & Bhide, A. (2017). Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.050>
57. Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A. et al. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, 107(6), 1226-1232. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84>

58. Togioka, B. M., & Tonismae, T. (2022). Uterine Rupture. İçinde *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559209/>
59. Al-Zirqi, I., Stray-Pedersen, B., Forsén, L., Daltveit, A.-K., & Vangen, S. (2016). Uterine rupture: Trends over 40 years. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *123*(5), 780-787.
60. Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, *15*(1), e1002494.
61. O’Neill, S. M., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Khashan, A. S., Henriksen, T. B., Lutomski, J. E. et al. (2013). Caesarean Delivery and Subsequent Stillbirth or Miscarriage: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *8*(1), e54588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054588>
62. Hall, M. H., Campbell, D. M., Fraser, C., & Lemon, J. (1989). Mode of delivery and future fertility. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *96*(11), 1297-1303. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1989.tb03227.x>
63. Hemminki, E., & Meriläinen, J. (1996). Long-term effects of cesarean sections: Ectopic pregnancies and placental problems. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *174*(5), 1569-1574. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(96\)70608-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70608-7)
64. Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichkul, S., Ruyan, P. et al. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *The Lancet*, *375*(9713), 490-499.
65. *VBAC Rates by State*. (t.y.). Cesarean Rates. Geliş tarihi 15 Eylül 2022, gönderen <https://www.cesareanrates.org/vbac>
66. Osterman, M. (2020). *Recent trends in vaginal birth after cesarean delivery: United States, 2016–2018*.
67. Althabe, F., Belizán, J. M., Villar, J., Alexander, S., Bergel, E., Ramos, S. et al. (2004). Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, *363*(9425), 1934-1940.
68. Liang, W.-H., Yuan, C.-C., Hung, J.-H., Yang, M.-L., Yang, M.-J., Chen, Y.-J. et al. (2004). Effect of peer review and trial of labor on lowering cesarean section rates. *JOURNAL-CHINESE MEDICAL ASSOCIATION*, *67*(6), 281-286.

69. Osis, M. J. D., Cecatti, J. G., Pádua, K. S. de, & Faúndes, A. (2006). Perspectiva de médicos brasileiros sobre a estratégia da segunda opinião antes de realizar uma cesárea. *Revista de Saúde Pública, 40*(2), 233-239.
70. Organization, W. H. (2018). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. World Health Organization.
71. Kafes, A. Y. (2021). An overview of depression and anxiety disorders. *Humanist. Perspect, 3*, 186-194.
72. Shapse, S. N. (2008). The diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Last modified*.
73. Kliegman, R. M., Toth, H., Bordini, B. J., & Basel, D. (2022). *Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis E-Book*. Elsevier Health Sciences.
74. Ravid, E., Salzer, L., Arnon, L., Eisner, M., Wiznitzer, A., Weller, A. et al. (2018). Is there an association between maternal anxiety propensity and pregnancy outcomes? *BMC pregnancy and childbirth, 18*(1), 1-6.
75. Bayrampour, H., Salmon, C., Vinturache, A., & Tough, S. (2015). Effect of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on risk of obstetric interventions. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 41*(7), 1040-1048.
76. Ahmet, E., ESENCAN, T. Y., & KESKİN, S. (t.y.). Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum İsteği Bulunan Gebelerde Doğum Şekli ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 419-425.
77. Keleş Gözütok, Ç. (2019). *Son trimester gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkunun doğum sonuçlarına etkisi* [Master's Thesis]. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
78. Law, L. W., Pang, M. W., Chung, T. K.-H., Lao, T. T.-H., Lee, D. T.-S., Leung, T. Y. et al. (2010). Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section—Impact on maternal psychological dynamics. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 23*(10), 1106-1113. <https://doi.org/10.3109/14767050903551434>
79. Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S. et al. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health, 17*(5), 443-454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>

80. Yazıcı, E., Mutu Pek, T., Uslu Yuvacı, H., Köse, E., Cevrioglu, S., Yazıcı, A. B. ve ark. (2019). Perinatal Anxiety Screening Scale validiy and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 609-617.
81. Knight, H. E., Gurol-Urganci, I., Van Der Meulen, J. H., Mahmood, T. A., Richmond, D. H., Dougall, A. et al. (2014). Vaginal birth after caesarean section: A cohort study investigating factors associated with its uptake and success. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(2), 183-192.
82. Clarke, M., Devane, D., Gross, M. M., Morano, S., Lundgren, I., Sinclair, M. et al. (2020). OptiBIRTH: A cluster randomised trial of a complex intervention to increase vaginal birth after caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-17.
83. Shorten, A., Shorten, B., & Kennedy, H. P. (2014). Complexities of choice after prior cesarean: A narrative analysis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(2), 178-184. <https://doi.org/10.1111/birt.12082>
84. Takeya, A., Adachi, E., Takahashi, Y., Kondoh, E., Mandai, M., & Nakayama, T. (2020). Trial of labor after cesarean delivery (TOLAC) in Japan: Rates and complications. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(4), 995-1001. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05492-8>
85. Fobelets, M., Beeckman, K., Faron, G., Daly, D., Begley, C., & Putman, K. (2018). Vaginal birth after caesarean versus elective repeat caesarean delivery after one previous caesarean section: A cost-effectiveness analysis in four European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 92. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1720-6>
86. KAVAK, S. B., KAVAK, E. Ç., KURKUT, B., ATILGAN, R., Şahin, Ö., İLHAN, R. ve ark. (2013). Sezaryen sonrası vajinal yolla doğum: Retrospektif değerlendirme. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 215-219.
87. Madi, J. M., Deon, J., Rombaldi, R. L., Araújo, B. F. de, Rombaldi, M. C., & Santos, M. B. dos. (2013). Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35, 516-522.
88. Gorchiyeva, I. (2021). *Sezaryen sonrası normal doğum planlanan gebelerde sonografik uterin alt segment kalınlık ölçümünün prediktif değeri*. <https://openaccess.bezmialem.edu.tr/handle/20.500.12645/30818>
89. Nkhata, G. (2019). *Factors associated with failed vaginal delivery in women with one previous caesarean section at the university teaching hospital, Lusaka, Zambia* [PhD Thesis]. The University of Zambia.

90. Thomas, C. Z., Surekha, A., Puthur, K. J., Kiran, P., & Sulekha, T. (2015). Screening for anxiety among antenatal women attending a taluk Hospital in rural India. *National Journal of Community Medicine*, 6(03), 313-317.
91. Pavlov, M., Steiner, N., Kessous, R., Weintraub, A. Y., & Sheiner, E. (2014). Obstetric and neonatal outcome in patients with anxiety disorders. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(13), 1339-1342.
92. Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., & Kayacık, F. (2016). Investigation the fear of labor and decision making about delivery type in pregnant. *Journal of Health Sciences*, 25(3), 126-130.
93. Karabulutlu, Ö. (2012). Identifying the women's choice of delivery methods of and the factors that affect them. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218.
94. Jahromi, A. S., Rahmanian, K., & Madani, A. (2018). Relation of knowledge about cesarean disadvantages and delivery mode selection in women with first pregnancy; south of Iran. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(2), 550-556.
95. Shrestha, S., & Pun, K. D. (2018). Anxiety on primigravid women attending antenatal care: A hospital based cross-sectional study. *Kathmandu Univ Med J*, 61(1), 23-27.
96. Chan, C. Y., Lee, A. M., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., Koh, Y. W. et al. (2013). *Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effects on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum*.
97. Sun, Y., Huang, K., Hu, Y., Yan, S., Xu, Y., Zhu, P. et al. (2019). Pregnancy-specific anxiety and elective cesarean section in primiparas: A cohort study in China. *Plos one*, 14(5), e0216870.
98. Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 1-7.
99. Arslantaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Ezgi, S., Şahbaz, M., & Kurnaz, D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 239-250.
100. Karakuş Turan, E. (2021). *Yeni Korona virüs hastalığı (Covid-19) geçiren gebelerde prenatal bağlanma, anksiyete ve emzirme niyetlerinin değerlendirilmesi* [Master's Thesis]. Sakarya Üniversitesi.
101. Tearne, J. E., Robinson, M., Jacoby, P., Allen, K. L., Cunningham, N. K., Li, J. et al. (2016). Older maternal age is associated with depression, anxiety, and stress symptoms in young adult female offspring. *Journal of abnormal psychology*, 125(1), 1.

102. Osman, S. A., Elsayed, H. F., & Metwally, N. S. (t.y.). *Effect of Anxiety and Depression Symptoms on Pregnancy and Birth Outcome.*
103. Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. *BMC pregnancy and childbirth, 15*(1), 1-10.
104. Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi, 20*(3).
105. Dağlar, G., Naim, N. U. R., Bilgiç, D., & KADIOĞLU, M. (2015). GEBELİKTE DUYGULANIM BOZUKLUĞU. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2*(1), 27-40.
106. Silva, M. M. de J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51.*
107. Aral, A. İ. (2018). *Antenatal maternal anksiyetenin normal vajinal yolla doğum üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi.* <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/585812>
108. Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E.-L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113*(6), 638-646.
109. Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian journal of caring sciences, 31*(2), 293-301.
110. Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., & Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi, 29*(4), 165-167.
111. Kızılırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied nursing research, 29*, 19-24.
112. İsbir, G. G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: An experimental study. *Applied Nursing Research, 32*, 227-232.