



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI

**GEBELERE DOĞUM ESNASINDA VERİLEN VIDEO
EĞİTİMİNİN, DOĞUM ANKSİYETESİNE VE POSTPARTUM
SONUÇLARA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Salise Mesude KOLDAŞ
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Haziran, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI

GEBELERE DOĞUM ESNASINDA VERİLEN VIDEO
EĞİTİMİNİN, DOĞUM ANKSİYETESİNE VE POSTPARTUM
SONUÇLARA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Salise Mesude KOLDAŞ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT

İSTANBUL
Haziran, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliğı hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr.Salise Mesude KOLDAŞ'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğı “GEBELERE DOĞUM ESNASINDA VERİLEN VİDEO EĞİTİMİNİN, DOĞUM ANKSİYETESİNE VE POSTPARTUM SONUÇLARA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI” başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Abdulkadir TURGUT
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

Üyeler:

.....

.....

Tez Savunma Tarihi: __/06/2022

Yazar Bildirimi

“GEBELERE DOĞUM ESNASINDA VERİLEN VİDEO EĞİTİMİNİN, DOĞUM ANKSİYETESİNE VE POSTPARTUM SONUÇLARA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI ”isimli uzmanlık tezinde Dr. Salise Mesude KOLDAŞ;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Haziran, 2022

İmza:

- Bu tez kabulünden önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Salise Mesude KOLDAŞ



Kadın hastalıkları ve doğum asistanlığı gibi bu zor ve meşakkatli süreçte kendine yetebilen birer uzman olabilmemiz için bize her türlü desteği veren, bildiklerini öğretmekten asla vazgeçmeyen, mesleki etik ve özverisini de örnek aldığım sayın hocam Prof. Dr. Ateş Karateke'ye sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dinamik vizyonu, bilgi birikimi ve insan ilişkileri ile her zaman örnek edindiğim sayın hocam Prof. Dr. Abdülkadir Turgut'a asistanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarım süresince bana olan katkılarından dolayı sevgi ve saygılarımı sunarak teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca bana her türlü desteği veren, bildiklerini öğreten, tez çalışmalarım süresince de desteğini esirgemeyen uzmanım Op. Dr. Ergül Demirçivi'ye sevgi ve saygılarımı sunarak teşekkürü bir borç bilirim.

Hasta yönetimindeki detaylı ve özgüvenli bakış açısından her zaman ilham aldığım ve eğitim sorumlumuz olarak her zaman desteğini hissettiğimiz, kendisi ile çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim, perinatoloji poliklinik günlerini bu kliniğin en mutlu günleri olarak hatırlamamı sağlayan değerli uzmanım Doç. Dr. Öğr. Üyesi Reyhan Ayaz Bilir'e sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ameliyathane ve klinikte bizlere mesleği öğreten ve sevdiren, bizlere hem abi-abla hem öğretmen olan sayın uzmanlarım Doç. Dr. Mehmet Küçükbaş'a, Op. Dr. Oğuz Devrim Yardımcı'ya, Op. Dr. Cemalettin Özarpacı'ya, Op. Dr. Özgür Aydın Tosun'a, Op. Dr. Gamze Erdem'e, Doç. Dr. Meryem Hocaoğlu'na, Op. Dr. Canan Satır Özel'e sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu asistanlık yolculuğunda yol arkadaşlarım, can dostlarım, her türlü zorlukta ilk dayanağım olan Vildan Nalbant'a, Dilan Ünsal'a, Deniz Genç'e, Neslihan Doğan'a, Gökçem Büşra İnanc Karaman'a ve ismini sayamadığım diğer tüm asistan arkadaşlarıma sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışmaktan keyif aldığımız, her zaman bizi destekleyen ebe-hemşire ve personelimize ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca bana her konuda destek olan, cesaretlendiren varlıklarını her an büyük bir sevgiyle hissettiğim, özellikle zorlu asistanlık sürecinde bana maddi-manevi her türlü desteği sağlayan, her zaman arkamda olduklarını hissettiren canım aileme; sevgili annem Ebru Uzun 'a, babam Ayhan Uzun'a, kardeşlerim Mümine, Muhammed Emin ve Ömer Salih Uzun'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu asistanlık sürecinde ömrüme, gönlüme girerek hayatımı daha anlamlı kılan, her konuda destekleyen, pes ettiğimde cesaretlendiren, her zaman bana güvenen ve kendisine sonsuz güvendiğim, iyikim, sevgili eşim Mehmet Ali Koldaş'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Hepiniz iyi ki varsınız...

Dr. Salise Mesude KOLDAŞ

Özet

GEBELERE DOĞUM ESNASINDA VERİLEN VIDEO EĞİTİMİN, DOĞUM ANKSİYETESİNE VE POSTPARTUM SONUÇLARA OLAN ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Doğuma yönelik kaygıların aşılması için hastalara travay esnasında latent fazda iken kısa video eğitimi vermenin doğum anksiyetesine ve postpartum sonuçlara olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 15 Ekim 2021- 15 Mayıs 2022 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde normal doğum yapmak üzere travay bölümüne yatırılan 60 hasta, 30 eğitim videosu izletilenler ve 30 eğitim videosu izletilmeyenler olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışma grubuna dahil edilen hastalara, latent travay fazında iken, önceden hazırlanmış olan 5 dakikalık eğitim videosu izletildi. Kontrol grubuna bu video izletilmedi. Her iki gruba doğum anksiyetesini ölçen; 9 soruluk “Travaydaki Gebenin Anksiyete Durumunu Değerlendirme Ölçeği”, 10 soruluk “Oxford Doğum Endişesi ölçeği” ve 40 soruluk “STAI 1-2 anksiyete ölçekleri” doğum öncesi ve sonrası olmak üzere ikişer defa uygulanarak anksiyete düzeyleri hesaplandı. Eğitim alan (çalışma) grup ve eğitim almayan (kontrol) grup arasında anksiyete ölçek puanları karşılaştırıldı. İki grup arasındaki anksiyete ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediği araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 30’u vaka, 30’u kontrol olmak üzere toplam 60 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması $25,68 \pm 4,95$ yıl olarak hesaplandı. Her iki grubun yaş ortalaması istatistiksel açıdan benzer bulundu. Eğitim durumu, kardeş sayısı gibi genel demografik özellikler her iki grupta benzerdi. Yapılan analizler sonucunda doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden alınan puanların ortalaması vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun dışındaki puanlar gruplar arasında istatistiksel açıdan farklı değildir. STAI 1 ölçeğinden alınan puanların hem genel olarak hem de kontrol ve vaka gruplarında ayrı ayrı olmak üzere doğum öncesi ve sonrası anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genel

olarak STAI 1 ölçeğinden alınan puanların ortalaması doğum öncesi doğum sonrasına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç: Analizlerimize göre daha önce doğumla ilgili eğitim almış olma oranı kontrol grubunda %10 vaka grubunda %13,3 olmak üzere oldukça düşüktür. Yani hastaların çoğu doğum için hastaneye yatırıldıklarında başlarına ne geleceği, onları nasıl bir sürecin beklediği konusunda bilinçsizdir. Daha önce eğitim almış olsalar dahi, uterin kontraksiyonların başlaması, sancı hissi, hastaların anksiyetesini artırmaktadır. Video ile eğitim verilmesi de bu anksiyeteyi azaltmakta etkili olamamıştır. Ancak çalışmamızda hasta sayısı kısıtlı olduğundan video eğitiminin etkisinin araştırılması için daha fazla sayıda hastayla yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Doğum Anksiyetesi, Video Eğitim.

Abstract

THE EFFECT OF VIDEO TRAINING WHICH IS GIVEN TO PREGNANT WOMEN DURING LABOR, TO BIRTH ANXIETY AND POSTPARTUM RESULTS

Objective: It was aimed to investigate the effect on birth anxiety and postpartum outcomes with short video training to the patients during labor while they are in the latent phase, if it helps to overcome the anxieties about childbirth.

Material and Methods: Between 15 October 2021 - 15 May 2022, in Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital Gynecology and Obstetrics clinic, 60 patients who were hospitalized in the labor department for normal delivery were divided into two groups as 30 training videos were watched and 30 training videos were not watched. 30 patients watched the training video. The control group. did not watched the video. In both groups, anxiety levels were calculated before and after the birth by following questioneres: "Scale for Evaluating the Anxiety of the Pregnant in Labor" which has 9 questions, "Oxford Birth Anxiety Scale" which has 10 questions, and "STAI 1-2 anxiety scales" which has 40 questions. Anxiety scale scores were compared between the receiving (study) group and the uneducated (control) group. It was investigated whether the anxiety scale scores between the two groups are differed.

Results: A total of 60 patients, including 30 cases and 30 controls, were included in the study. The mean age of the patients included in the study was 25.68±4.95 years. The mean age of both groups was statistically similar. General demographic characteristics such as education level and number of siblings were similar in both groups. As a result of the analyzes made, the average of the scores obtained from the scale of assessing the anxiety state of the pregnant woman in postpartum labor was found to be significantly higher in the case group than in the control group. The scores other than anxiety scores were not statistically different between the groups. It was determined that the scores obtained from the STAI 1 scale differed

significantly both in general and in the control and case groups separately before and after birth. In general, the average of the scores obtained from the STAI 1 scale was found to be significantly higher before birth than after birth ($p<0.001$).

Conclusion: According to our findings, the rate of having childbirth education previously to the birth is quite low, 10% in the control group and 13.3% in the case group. In other words, most patients are unaware of what will happen to them when they are hospitalized for delivery and what kind of process awaits them. Even if they have received training before, the onset of uterine contractions and the feeling of pain increase the anxiety of the patients. Video training was also not effective in reducing this anxiety. However, since the number of patients in our study was limited, studies with more patients are needed to investigate the effect of video training.

Keywords: Birth Anxiety, Video Training.

İçindekiler

Tablo Listesi	xii
Grafik Listesi	xiii
Kısaltmalar	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 GEBELİK	3
2.2 GEBELİĞİN SİSTEMLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	3
2.2.1 Genital Sistem Değişiklikleri.....	4
2.2.2 Üriner Sistem Değişiklikleri	4
2.2.3 Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	5
2.2.4 Solunum Sistemi Değişiklikleri.....	5
2.2.5 Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	6
2.2.6 Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	6
2.2.7 Memede Görülen Değişiklikler	6
2.2.8 Ciltte Görülen Değişiklikler.....	6
2.2.9 Metabolik Değişiklikler	7
2.2.10Psikolojik Değişiklikler.....	7
2.3 DOĞUM EYLEMİ.....	8
2.4 İLK DOĞUM VE ÖZELLİKLERİ	9
2.5 KORKU	11
2.5.1 Doğum Korkusu	11
2.5.2 Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler	13
2.5.3 Doğuma Yönelik Korkular.....	14
2.5.4 Doğum Korkusunun Gebelik ve Doğum Eylemi Üzerine Etkileri	14
2.5.5 Doğum Korkusunun Aşılmasında Doktor ve Diğer Sağlık Personellerinin Rolü	16
2.6 ANKSİYETE.....	17
2.6.1 Perinatal Anksiyete.....	18
2.6.2 Perinatal Anksiyetede Klinik Bulgular.....	18
2.7 DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ.....	19
2.7.1 Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gelişimi	20
2.7.2 Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Etkinliği ve Yapılan Çalışmalar	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	24
3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	24
3.3 EVREN VE ÖRNEKLEM	24

3.4 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	24
3.5 ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ	25
3.6 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	25
3.7 EĞİTİM VİDEOSUNUN İÇERİĞİ	26
3.8 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	26
3.8.1 Travaydaki Gebenin Anksiyete Durumunu Değerlendirme Ölçeği (TGADÖ).....	26
3.8.2 Oxford Doğum Endişesi Ölçeği	28
3.8.3 STAI Form TX-I.....	29
3.8.4 STAI Form TX-II.....	30
3.9 VERİ ANALİZİ.....	31
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	51
5.1 TARTIŞMA	51
5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
Kaynaklar	55
Ek A. Etik Kurul Onay Formu	67
EK B. TGADÖ Ölçek Kullanım İzni	69
EK C. Oxford Doğum Endişesi Ölçeği Ölçek Kullanım İzni	70

Tablo Listesi

4.1:	Hastaların yaş dağılımları	33
4.2:	Genel demografik özellikler	35
4.3:	Doğum ile ilgili özellikler	36
4.4:	“Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlar	37
4.5:	Doğum sonrası özellikler.....	38
4.6:	Bebğin doğum ağırlığı	39
4.7:	Gruplara göre ölçeklerden alınan puanların analizi	40
4.8:	Gruplara göre laboratuvar değerlerinin analizi.....	41
4.9:	Doğum öncesi ve sonrası ölçeklerden alınan puanların analizi	42
4.10:	Doğum öncesi ve sonrası laboratuvar değerlerinin analizi.....	42
4.11:	Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların genel demografik özelliklere göre analizi.....	43
4.12:	Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların doğum ile ilgili özelliklere göre analizi.....	44
4.13:	Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizi	45
4.14:	Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların doğum sonrası özelliklere göre analizi.....	46
4.15:	Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların genel demografik özelliklere göre analizi.....	47
4.16:	Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların doğum ile ilgili özelliklere göre analizi.....	48
4.17:	Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizi	49
4.18:	Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların doğum sonrası özelliklere göre analizi.....	50

Grafik Listesi

4.1:	Grafik 1. Hasta ve kontrol gruplarında yaş histogramları.....	33
4.2:	“Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlar	37
4.3:	Gruplara göre doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeği puanı	40



ACTH.....	Adrenokortikotropik Hormon
CRH.....	Kortikotropin Uyarıcı Hormon
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
EFM.....	Elektronik Fetal Monitorizasyon
FMF	Ailesel Akdeniz Ateşi
HCG.....	İnsan Koryonik Gonadotropini
MCFI.....	Anne Dostu Doğum Girişimi
PNA	Perinatal Anksiyete
STAI-I	Durumluluk Anksiyete Ölçeği 1
STAI-II	Sürekli Kaygı Ölçeği 2
TGADÖ	Travaydaki Gebenin Anksiyete Durumunu Değerlendirme Ölçeği

GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın, doğduğu andan itibaren çocukluk, prepuberte, puberte, adölesan, cinsel olgunluk, klimakterium ve senium (yaşlılık) gibi farklı dönemlerden geçer. Gebelik, doğum ve anne olma bu dönemlerin en özel evreleridir. Gebelik, kadının yaşamında doğal bir süreç olmakla birlikte, özellikle ilk gebeliklerde, bilinmeyenler korkutucu bir süreç olarak algılanabilmektedir. Diğer yandan gebelik; anne adayının yaşamında fizyolojik, sosyal ve psikolojik gelişmelerin yaşandığı ve bu değişimlere adaptasyon gerektiren önemli bir dönemdir (1, 2, 3, 4). Gebelik ve doğum sonrası sürecin sağlıklı ve normal seviyede geçmesi için, gebeliğin tüm trimesterlerine ait değişkenlerin bilinmesi ve sürece uyum sağlayabilmek oldukça önemlidir (5).

Doğum eyleminin, sonucu bilinmeyen ve belirsizliklerle dolu bir süreç olarak algılanması, gebeliğin neden olduğu hormonal ve duygusal faktörler kadınların doğum anksiyetesi yaşamalarına sebep olabilmektedir (6). Primiparlarda (ilk kez doğum yapan kadınlarda) bu korku ve anksiyete durumu daha önce doğum yapmış annelere oranla daha fazla görülmektedir.

Literatüre bakıldığında, gebelik sürecinde ve doğum sırasında kadın için stres oluşturarak doğum anksiyetesine neden olan risk faktörlerinin; eğitim düzeyi, önceki deneyimler, çocuk sayısı, doğumun süresi, doğuma ilişkin risk faktörleri, doktora ve hastaneye ulaşamama, aile içi iletişim, ailenin ve kadının gebeliğe, doğuma karşı tutumları, ailenin sosyo-ekonomik durumu olduğu belirlenmiştir (7).

Alipour ve ark., (2011) yaptıkları çalışmada gebelerde doğum anksiyetesi düzeyinin gebeliğin 20. haftasından sonra arttığını ortaya koymuştur. Adams ve ark., (2012) yürüttüğü çalışmada doğum anksiyetesi olan kadınlarda doğum eyleminin süresinin 1 saat 32 dakika kadar uzamış olduğu görülmüştür. Doğum anksiyetesi olan kadınlarda doğum esnasında daha çok epidural analjezi ve yardımcı teknikler kullanılmış, bu uygulamalar doğum süresini uzatmıştır. Anksiyete ve korku isteğe bağlı sezaryen oranlarını da artırabilmektedir (8).

Doğum anksiyetesinin neden olduğu fiziksel ve duygusal değişiklikler sadece anneyi değil sağlık ekibini ve aileyi de etkileyebilmektedir (9). Doğum öncesi dönemde alınan eğitimin doğum ile ilgili korku ve anksiyeteyi önemli ölçüde değiştirdiği ve azalttığı belirtilmektedir (10).

Çalışmamızın amacı doğuma yönelik bu kaygıların aşılması için hastalara travay esnasında latent fazda iken kısa video eğitimi vermenin doğum anksiyetesine ve postpartum sonuçlara olan etkisini araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1 GEBELİK

Gebelik, erkekten gelen sperm ile kadının overlerinden atılmış olan ovumun döllenmesinden, doğuma kadar geçen 40 haftalık döneme verilen isimdir. Zigotun oluştuğu andan 8. haftanın sonuna kadar geçen süreye embriyonik dönem, 8 haftadan doğuma kadar olan döneme ise fetal dönem denilmektedir. Gebeliğin 1.-3. aylarına 1. trimester, 4.-6. aylarına 2. trimester, 7.-9. aylarına ise 3. trimester denilmektedir (11).

Gebelik, doğum ve sonrasında bir çocuk sahibi olmak nesillerin devamı açısından kadın yaşamında yeni ve farklı rollere adapte olmayı gerektiren en önemli görevlerin başında gelir (12). Her ne kadar gebelik doğal bir süreç olsa da anne adaylarında önemli fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişikliklere yol açar. Döllenmeden hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde devam ettirmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur (13). Gebeliğin, yeni roller ve sorumluluklar getirdiğinin farkına varma, stres sebebi olabilir (14).

2.2 GEBELİĞİN SİSTEMLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Gebelikte vücudun bütün sistemlerinde birçok değişiklik meydana gelir, bu değişikliklerin bilinmesi, gebelikte birlikte görülen hastalıkların değerlendirilmesi için son derece önemlidir. Sağlıklı bir kadının, gelişen bu değişikliklere uyum sağlaması kolay olacaktır.

Gebeliğe bağılı olarak hormonların değişmesi nedeniyle; genital sistem, üriner sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, kasiskelet sistemi, meme ve ciltte anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir (11).

2.2.1 Genital Sistem Değişiklikleri

Gebelik esnasında salgılanan hormonların ve büyüyen fetüsün etkisi ile uterusda önemli değişiklikler görülür. Östrojen ve progesteronun etkisiyle endometriumda hipertrofi ve hiperplazi görülür. Miyometriumdaki düz kas lifleri ise boy ve sayıca artar. Uterusun damar, sinir ve lenflerinin boyutlarında artma gözlenir. Böylece gebelik öncesi 7-9 cm boyunda, 60 g ağırlığında olan uterus, gebeliğin sonunda 32 cm boyuna ve 1000 – 1500 g ağırlığına ulaşmış olur (6).

Gebelik esnasında ovulasyon geçici olarak durur. Gebeliğin erken dönemlerinde koryonik villuslardan salınan Human Chorionic Gonadotrop (HCG) hormonunun etkisi ile korpus luteum gelişmeye devam eder ve gebeliğin devamı için gerekli olan östrojen ve progesteron hormonlarını salgılar. nc ayda plasenta gelişerek bu hormonların yapımını üstlenir. Böylece korpus luteum gerileyerek korpus albicans adını alır (15).

Vajinal damarlanma ve kanlanma arttığı için vajina mor ve ödemli görünür (chadwick belirtisi) ve damarlanma arttığı için varislere eğilimde artış olur. Vajinal akıntı koyu beyaz-sarı renklidir. Glikojen miktarındaki artışa bağlı olarak laktik asit üretimi gerçekleşir, vajen pH'ı düşer. Bağ doku gevşeyip doğum için hazırlanır (16).

2.2.2 Üriner Sistem Değişiklikleri

Gebelik döneminde progesteron hormonunun etkisiyle her iki böbreğin hacminde yaklaşık %30 luk bir artış olur. Ayrıca sağ tarafta daha fazla olmak üzere üreterler uzar, kıvrımı artar ve genişler. Belirtilen bu değişiklikler sonucu idrar akımı yavaşlayarak, üriner sistem enfeksiyonlarına eğilim artar (17). Uterus büyüdükçe mesane üste doğru yer değiştirir ve uterusun yaptığı basınçla idrar yapma sıklığı ve mesane vaskülaritesi artar, tonusu azalır ve sonuçta mesane kapasitesi 1500 ml'ye kadar çıkar (11).

2.2.3 Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelik, annenin kardiyovasküler sisteminde; kan hacmi, stroke volüm (atım hacmi), kardiyak debi, kalp hızı, sol ventrikül kitle ve boyut artışı ile sistemik vasküler direncin azalmasını içeren önemli değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler kardiyovasküler sistemi normal çalışan kadınlarda iyi tolere edilirken, sınırlı kardiyak rezervi olan kadınlarda belirgin klinik bozulmalara yol açabilir (11). Gebelerde diyafram, uterusun büyümesi ile birlikte yükselir, kalp yukarı doğru yer değiştirir, kalp hacmi yaklaşık %12 artar. Kardiyak debi artış gösterir. Kalbin performansındaki artışa paralel olarak, gebelikte kalp atım sayısı da dakikada 10–15 vuru artar (15). Gebelik döneminde vücut sıvılarında artış gerçekleşir. Kan hacmi 6-8. gebelik haftalarından itibaren artmaya başlamakta, 30-34. haftalarda maksimum düzeye ulaşmaktadır (16). Kardiyak debide ki artış 10–34. haftalar arasında %25 ile %40 arasındadır, gebeliğin 38. haftasına doğru bu oran azalır. Bu durumun nedeni, uterusun venöz sisteminde çok miktarda kan tutulmasına bağlı olarak, kalbe dönen kan hacminin azalmasıdır (15). Kan basıncı genel olarak 6 aya kadar normal sınırlarında seyretmekte olup gebeliğin son 3 ayında hafif bir artış gerçekleşebilir. Sistolik basınç çok fazla değişmemekle birlikte diastolik basınçta ise 10-15 mm/Hg kadar düşüş olabilir. Pozisyon kan basıncı üzerinde etkili olup oturur ya da yan yatar pozisyona sırtüstü pozisyona göre kan basıncı daha yüksektir, sırt üstü pozisyonda tansiyon düşük olur (13).

2.2.4 Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelik döneminde artan oksijen ihtiyacının karşılanabilmesi için, solunum yolları dilate olur, hava akımı direncinin azalır (18). Gebelikte solunum hız ve derinliğinde artış (hiperventilasyon) olması, fetüsün oksijenlenmesine katkıda bulunur. Büyüyen uterus, diyaframı yukarı iter ve göğüs çapında genişleme meydana gelir. Gebelerin üst solunum yolundaki kanlanmanın artışı sonucu, mukozalarda ödem ve hiperemi gelişir. Bu olay ses değişikliklerine, burundan nefes almakta zorluklara, burundan sesli solunuma ve burun kanamalarına yol açabilir (19).

2.2.5 Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelik döneminde progesteronun gevşetici etkisi ve büyüyen uterusun çevredeki organlara bası yapmasına bağlı olarak gastrointestinal sistemde motilite azalır (17).

Midenin daha yavaş boşalması, besinlerin gastrointestinal sistemde daha uzun süre kalması besinlerin su emilimini arttırdığı için kabızlığa neden olur. Kabızlık ve venöz dilatasyon sonucunda hemoroid oluşma riski artar (15).

Gebe kadınlarda gastrointestinal sistemde meydana gelen değişikliklere bağlı olarak aşırı tükürük salgısı, gastroözofagial reflü, bulantı ve kusma, mide yanması, mide ve barsaklarda gaz, iştah artışı ya da azalması gibi şikâyetler yaşanabilir (20).

2.2.6 Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Hormonal değişikliklerin etkisiyle fetüsün doğum kanalından daha kolay geçebilmesi için pelvis eklemlerinde, bağ dokularında yumuşama ve gevşeme gerçekleşir. Uterusun büyümesi nedeniyle gebelerde ağırlık merkezi öne doğru kayar ve bunu dengelemek için lumbosakral bölgede lordozis artar. Bu durumun sonucu olarak kaslar çok yorulacağı için bel ve sırt ağrıları görülebilir (16,17).

2.2.7 Memede Görülen Değişiklikler

Gebeliğin başından itibaren hormonlara bağlı olarak memelerde değişiklikler oluşmaya başlar. Memeler büyümeye başlar, hassaslaşır ve gebelik süresince laktasyona hazırlanır. Östrojen artışı nedeni ile süt kanallarında hipertrofi, progesteron artışı nedeni ile de areolar artış görülür (11). Memelerdeki büyümeye bağlı olarak deri incelir ve altındaki venler görünür hale gelir. Üç aydan sonra alveollerin salgısı olan kolostrum denen sarı renkli bir salgı oluşur (21).

2.2.8 Ciltte Görülen Değişiklikler

Gebelikte progesteron ve östrojenin melanositler üzerine olan uyarıcı etkisi ve melanin stimulan hormonun artması nedeniyle deride pigment artışı görülebilir. Pigment artışı özellikle vulvada, areolada, linea albada

belirgindir. Yüz bölgesinde özellikle güneşe maruz kalan yerlerde belirgin pigment artışı olabilir. Alın, yanaklar, çene ve burunda görülen bu pigment artışı gebelik maskesi (kloasma/melasma) olarak adlandırılır. Göbek çevresi, göğüs, uyluk çevresi ve kalça derisinde çatlaklar (stria gravidarum) görülür. Bunlar gebelik sırasında kırmızıdır daha sonra gümüşü renk alır (15).

2.2.9 Metabolik Değişiklikler

Gebelik döneminde bazal metabolizma hızı yaklaşık %20 artmakta olup oksijen gereksinimi de artmaktadır. Günlük 2100 kalori olan gereksinim gebelik döneminde 2500 kaloriye çıkar (16). Gebelik döneminde artan su retansiyonu nedeniyle vücut ağırlığı ve elektrolitler artar. Kilo alımı ortalama 12,5 kg olup ilk aylarda kilo alımı daha yavaş ilerler. İkinci ve üçüncü trimesterlerde kilo alımı daha hızlı ve fazladır (20).

2.2.10 Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, kadınlarda heyecan, mutluluk, sevinç gibi olumlu duyguların yanı sıra; korku, kaygı, bekleyiş gibi olumsuz duyguların da yaşanmasına sebep olur. İlk kez doğum yapacak olan kadın için doğum tamamıyla bilinmez bir eylemdir bu nedenle kadın, tanımlamakta zorluk çektiği birçok duyguya ev sahipliği yapar. Bu duygu durum değişiklikleri gebelik ve doğum eylemini olumlu veya olumsuz etkileyebilir (22).

Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil bedenın sağlıklı ve doğal bir fonksiyonudur (15). Gebelik genel anlamda iyilik ve mutluluk halinin yaşandığı bir dönem olarak görülür (23). Son yıllardaki çalışmalara göre gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu etki gösterdiği veya 'kendini iyi hissetme' dönemi olduğu düşüncesi kabul görmemektedir (24). Kadınların birçoğu gebelik döneminde gelişen psikolojik değişikliklere uyum sağlasalar da, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli dereceler de ruhsal sorunlar görülebilir. Gelişmiş bir ülkede yapılan çalışma da kadınların %13-25'inde depresyon ve anksiyete başta olmak üzere değişik psikolojik distres ataklarının yaşandığını ortaya koymaktadır (25). Anne adayının yaşam standartları ve ruhsal durumu gebeliğin gidişatını etkileyebileceği gibi, gebeliğin de ruhsal yaşantı üzerindeki etkilerinin yadsınamayacağı

belirtilmiştir (20). Özellikle ilk kez doğum yapan kadınlar da doğum eylemi daha çok heyecan ve korku içerdiğinden ruhsal bozukluk yaşama ihtimallerinin de daha yüksek olduğu belirtilmektedir (22,26).

2.3 DOĞUM EYLEMİ

Doğum eylemi, son menstrual periyottan 38-40 hafta sonra serviks'in dilatasyonuna neden olan, giderek sıklaşan ve şiddeti artan kontraksiyonlarla beraber gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (15).

Doğumun evreleri

1.evre: Uterin sessizlik ve servikal yumuşama

2.evre: Doğum eylemine hazırlık

3.evre: Doğum eylemi

4.evre: Puerperyum

1.evre: Uterin sessizlik ve servikal yumuşama

Bu evre, gebeliğin %95'ini oluşturur ve serviksin yapısal bütünlüğünün korunduğu miyometrium düz kaslarındaki sessizlikle karakterizedir. Gebelik sırasında serviksin; üreme sistemini enfeksiyondan korumak için bariyer görevini sürdürmek, artan yerçekimi kuvvetine rağmen servikal yeterliliğin devamının sağlanması, doğuma hazırlık için doku kompliyansındaki ilerleyici artışı sağlayan ekstrasellüler matriks değişikliklerinin yönetilmesini içeren çok sayıda fonksiyonu vardır. Gebe olmayan kadınlarda serviks kapalı ve serttir. Gebeliğin 4.-6. haftalarında, alt segmentin yumuşadığını ilk kez Hegar (1895) tanımlamıştır ve bu bulgu gebeliğin tanısında kullanılmıştır. Servikal yumuşama, artmış damarlanma, stromal hipertrofi ve hiperplazi ile ekstrasellüler matrikste bilişimsel veya yapısal değişimlerin sonucu olarak gelişir (27).

2.evre: Doğum eylemine hazırlık

2. evre, gebeliğin son 6-8 haftasındaki ilerleyici uterin değişikliklerden oluşur. Bu değişiklikler myometriumu kontraksiyona hazırlamak için oluşan değişiklikler ve servikin olgunlaşmasıdır. 2. evredeki bir diğer kritik değişiklik ise, istmustan alt uterin segmentin oluşumudur. Bu gelişim ile,

sıklıkla fetüsün başı aşağı iner, hatta pelvik girime kadar ulaşır ve bu durum hafifleme olarak adlandırılır. 2.evredeki servikal değişiklikler, esas olarak, bağ doku değişikliklerini kapsar. Serviksin yumuşamasından olgunlaşması fazına geçiş, kontraksiyonlar başlamadan haftalar veya günler önce başlar (27).

3.evre: Doğum eylemi

Birinci evre: Doğum eyleminin başlamasından serviksin tam dilatasyonu (10 cm) arasındaki dönemdir. Birinci evre latent faz, aktif fazdan oluşur. Latent faz doğum eyleminin en uzun dönemidir.

- **Latent faz:** Uterin kontraksiyonların başlamasından servikal açıklık 4 cm e ulaşana kadar olan dönem (multiparlarda 8-10 saat, nulliparlarda 20 saat).Bu dönemde kontraksiyonlar 15-20 dk da bir gelir ve yaklaşık 15-20 sn sürer.
- **Aktif faz:** Servikal açıklığın 4 cm olmasından 10 cm olmasına kadar geçen dönemdir.3-4 dk da bir gelen 40-60 sn süren kontraksiyonlar olur.

İkinci evre (pelvik dönem): Dilatasyonun tam olması ile başlayıp fetusun doğumu ile sonlanır.

Üçüncü evre (plasental dönem): Fetusun doğumu ile başlar plasentanın doğumu ile sonlanır.

4.evre: Puerperyum

Doğumu takiben 6 haftalık süreyi kapsayan, genital organların gebelikten önceki haline dönüştüğü dönemdir. Uterus involusyonu ve serviksin onarımı, yani bu organların gebe olmayan durumuna dönmesinin yeniden sağlanması, bir sırayı izler. Bunlar, üreme sistemini kommensal mikroorganizmaların invazyonundan korur ve normal hormonal siklusa endometrial duyarlılığı yeniden sağlar (27).

2.4 İLK DOĞUM VE ÖZELLİKLERİ

İlk kez doğum yapacak olan kadınlara primipar, birden fazla doğum yapmış olan kadınlara ise multipar denir. Primiparlar doğumla ilgili deneyim sahibi olmadıkları için daha fazla endişe ve bilinmezlik yaşayabilir (28). Doğum

çoğu kadın için kontraksiyonların artarak ağrı seviyesinin yükseldiği bir olaydır. Özbaşaran'ın (1997) yapmış olduğu çalışmada, primipar kadınların ağrıyı dayanılmaz bulma oranlarının %82 olduğu saptanmıştır. Yiğit ve ark., (2005) yaptıkları çalışmada primipar anne adaylarının %70'inin korku duyduğunu, duyulan korkunun ise ağrıyı daha çok hissetmelerine neden olduğunu belirtilmişlerdir. Genç ve primipar kadınlar gebelik ve doğum hakkında tecrübeli olmadıkları için doğum korkusunu, daha yoğun yaşamaktadırlar (28).

Kadının doğumdan beklentileri, duyduğu olumlu veya olumsuz olaylar doğumun şekline karar vermesini etkileyebilir. Beklenti, zihinsel bir tutum olup, olumlu veya olumsuz inanç, davranış ve algıları içerir (29). Kadının doğumdan beklentileri, doğumun iyi geçmesine dair inancını ve memnuniyet düzeyini etkileyebilecek önemli bir kavramdır. Kadında ortaya çıkan negatif bir beklenti güçsüz hissetmesine, beden imajının, öz yeterliliğinin ve sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olur (30). Bir sonraki doğum deneyiminde daha fazla endişe ve korku yaşamaması için gebenin olumsuz ve travmatik bir doğum süreci geçirmemesi önemlidir (31). Kadınların doğum süreci konusundaki beklentileri, doğum şekli ile ilgili kararlarını da değiştirebilmektedir (32).

Doğum şekli konusunda tüm kadınlar endişe duyarken, bu endişe primiparlarda daha yoğun şekilde hissedilebilmektedir (33). Alehagen ve ark., (2006) yaptıkları bir çalışmada, primipar gebelerin multiparlara oranla daha fazla korku yaşadıklarını saptamıştır (34). Başka bir çalışmaya göre ise, doğum sayısının artmasıyla korkunun da arttığı gözlemlenmiştir. Bunun nedeni ise birçok çalışmada belirtildiği gibi önceki doğumlarında olumsuzluk yaşamaları ve riskli gebeliklerdir (35,36). İlk doğum sırasında edinilen deneyim bundan sonraki doğumların şeklini de büyük oranda etkileyeceğinden özel bir öneme sahiptir. İlk çocuk ile ikinci çocuk arasında zaman aralığının fazla olması da doğum korkusunun sadece primiparlarda değil tüm gebeler tarafından yaşanabileceğinin göstergesidir (37).

2.5 KORKU

Korku; tüm insanlarda ortak olan doğal ve evrensel bir olaydır. Ancak dikkat edilmesi gereken nokta, bu duygunun kişinin günlük yaşantısını olumsuz etkileyip etkilememesidir. Diğer duygularda olduğu gibi korku da hem zihinsel hem de fiziksel unsurlar taşır. Korkunun öğrenilmesindeki ana bölge limbik sistemde yer alan amigdaladır. Korkunun oluşmasında ikincil önemli bölge ise prefrontal kortekstir. Prefrontal korteks tehlike durumunu değerlendirerek, öğrenilmiş korku davranışlarında rol oynar. Bir diğer olay ise korku duygusu hissedildiğinde hipotalamusun Corticotropin Releasing Hormon (CRH) salgılaması ve bu hormonun da Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) salınımının artmasına neden olmasıdır. Artan ACTH hormonu kortizol salınımına sebep olacağından sempatik sinir sistemi aktive olur ve vücudun savunma mekanizmaları harekete geçer. Sempatik sinir sistemi aktive olunca kalp atım hızının artmasına, gözlerde dilatasyona ve solunumun hızlanmasına neden olur. Sonuç olarak bütün vücut bu tehlikeyle baş etmeye çalışır (38).

2.5.1 Doğum Korkusu

Doğum eylemi gebelerin merak ettiği bir olay olup bu durum gebelerde bilinmezlikten kaynaklı bir korkuya yol açar. İlk kez anne olacak kadınlar doğumun nasıl gerçekleşeceğiyle alakalı düşünce içerisinde olurken, multipar kadınlar da yaşayacakları yeni doğumun ne getireceğiyle ilgili düşünceler içerisinde olup korku hissi yaşayabilir. Aynı zamanda gebeler doğum sırasında vücut bütünlüğünün zarar görmesi, ağrı gibi durumlarla karşılaşma ve beden kontrollerini kaybetmeyle ilgili de anksiyete yaşayabilirler (36,59).

Doğum korkusu her gebenin hissettiği bir duygu olup doğum yaklaştıkça artış gösterir. Yaşanılacak olay hakkında bilgi sahibi olmak ve bilinmeyene hazırlanmak; kadın için normal veya sezaryen doğum her ikisiyle de baş etmenin yoludur. Doğum korkusu gebe kadınlarda oldukça yaygın görülen problemlerden biridir. Gebe, öncelikle doğum esnasında yaşanılacak ağrının şiddetine dayanamamaktan korkar. Ayrıca gebeler yabancı bir ortamda yalnız ve çaresiz kalmaktan, doğum esnasında kendisinin veya bebeğin

başına kötü bir şey gelmesinden, doktora ya da hastaneye ulaşamamaktan da korkarlar. Yapılan araştırmalarda aşırı olmayan korkunun doğuma yardımcı olabileceği belirtilmiştir. Ancak bu korku doğum öncesi dönemde başlayarak şiddetli boyutlara ulaştığında doğum eylemini ve sonrasını ciddi derecede olumsuz etkileyebilir (44).

Doğum ile ilgili korku “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır. Yunanca doğum anlamına gelen “tokos” ve korku anlamına gelen “phobos” kelimelerinden türemiştir (40). Tokofobi, günümüz literatüründe patolojik doğum korkusu şeklinde yer almaktadır. Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olarak üç grupta toplanmaktadır.

Primer Tokofobi: Gebe kalmadan önce başlayan, kadını doğum korkusu nedeniyle gebe kalmaktan bile kaçınacak hale getiren doğum korkusudur. Primer tokofobisi olan kadın gebe kalsa bile bebeği istediği halde doğum korkusu nedeniyle gebeliği sonlandırabilir veya doktorundan elektif sezaryen talep edebilir (41,42).

Sekonder Tokofobi: Sekonder tokofobi, ikincil travmatik bir obstetrik olaydan sonra gelişen doğum korkusudur. Bu travmatik obstetrik olayın en tipik şekli “travmatik doğum eylemidir”. Ancak bazen ölü fetus, düşük yapma veya gebeliğin sonlandırılmasını takip eden dönem de kadın için travmatik olabilir (41-43).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: Prenatal dönemde yaşanan depresyon durumu, daha nadir bir şekilde kendisini tokofobiyle gösterebilir. Nadir olarak bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun fobi ve doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir. Bu gibi vakalarda kadın, sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünür (40,43).

Gebelerin çoğunda doğum korkusu hafif veya orta düzeyde yaşanmaktayken, çalışmalar daha az bir kesimin doğum korkusunu şiddetli bir şekilde yaşadığını göstermektedir (45). Yapılan çalışmalarda gebelik ve doğum eylemi hakkındaki düşünceler olumsuz olduğunda anne ve bebeğin de olumsuz etkilendiği görülmüştür. Korkusu yüksek düzeyde olan ve doğum eyleminin olumsuz geçeceğini düşünen bir kadında doğum ağrılarının arttığı (46), bu düşüncenin emzirmeyi de olumsuz etkilediği (47)

ve komplikasyonlu doğumlara, sezaryen tercihinin artmasına neden olduğu görülmüştür (48). Bir araştırmada stres verici 43 olay içinde, gebeliğin 12. sırada olduğu, diğer bir araştırmada ise 116 olay içerisinde 15. sırada olduğu bulunmuştur (49).

Her kadının gebelikle, doğumla ve anne olmakla ilgili birtakım gerçekçi olan veya olmayan algıları, kaygıları, beklentileri ya da korkuları vardır. Bu kaygılar gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte yaşananları doğrudan etkiler. Örneğin, kaygısı daha çok olan anne adayının acıya, ağrıya olan tahammül derecesi azalır, anneliğe ilişkin çarpık bilişsel algılar doğabilir, anne-bebek bağlanmasında sorunlar ortaya çıkabilir veya isteğe bağlı sezaryen doğum tercih edilebilir (60).

Annelik depresyonu anne adayını bütün gebeliği boyunca olumsuz bir şekilde etkiler. Örneğin, iştah kaybı olup zayıflamaya neden olabilir. Motivasyon ve enerji eksikliği nedeni ile anne adayını rutin sağlık kontrollerini aksatabilir (50).

2.5.2 Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler

Kadınların korku ve kaygı durumlarını etkileyebilecek birçok faktör vardır. Bu faktörler kadından kadına değişebilmekle birlikte kısaca şöyle sınıflanabilir;

Biyolojik faktörler:

- Doğum ağrısı,

Psikolojik faktörler:

- Gebelikten önce ve gebelik sırasında sürekli anksiyete yaşama,
- Geçirilmiş düşük öyküsü,

Sosyal faktörler:

- Sosyoekonomik düzey,
- Düşük eğitim seviyesi,
- İşsizlik,
- Eş desteğinin olmaması,
- Sağlık personeline güvensizlik,

İkincil faktörler:

- İlk gebelik,
- Genç ve ileri yaşta anne olma (18 yaş altı ve 40 yaş üstü),
- Yüksek riskli gebelik,
- Geçirilmiş sezaryen öyküsü,
- Bebeğin sağlığı (45).

2.5.3 Doğuma Yönelik Korkular

Litaretür incelendiğinde doğuma yönelik korkular genel itibariyle şu şekilde sıralanabilir:

- Doğumda bebeğe zarar gelmesi
- Doğumda bebeğin ölmesi
- Doğumda kadının kendi davranışlarının bebeğine zarar vermesi
- Bebekte malformasyon olması
- Bebeğin boynuna umbilikal kordun dolanması ve komplikasyona neden olması
- Doğum ağrısı çekme
- Aniden sezaryen doğuma gerek duyulması
- Ölüm korkusu
- Uterin rüptür
- Vajinal rüptür
- Perineal hasar, epizyotomi
- İtme fazında zarar görme ya da yırtılma
- Doğumda çaresiz kalma
- Doğum yapabilecek yetenekte olmama
- Doğum boyunca yalnız olma
- Doğumda komplikasyonların gelişmesi (plasentanın ayrılmaması gibi)
- Doğumda panik olma, kontrol kaybı yaşanması (64).

2.5.4 Doğum Korkusunun Gebelik ve Doğum Eylemi Üzerine Etkileri

Doğum korkusu gebenin günlük yaşantısını etkileyebilir (55). Gebelikte doğuma ilişkin artan stres ve anksiyete, gebede bazı duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimlere neden olabilir. Gebelerde sinirlilik, huzursuzluk,

uykusuzluk, ağlama ya da taşikardi nöbetleri görülebilir, yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitelerde değişim yaşanabilir. Bazı gebelerde gebelikten hoşlanmama, hatta paranoid düşünceler oluşabilir (40).

Korkunun doğumla ilişkisine bakıldığında, korku durumu doğuma kadar çözümlenmezse doğum öncesinde ya da doğum eylemi sırasında sempatik sinir sistemin devreye girerek vücudu savunmaya geçireceğinin bilinmesi gerekmektedir. Vücudun savunmaya geçmesi sonucunda kan, savunma sisteminde rol oynayan organlara doğru hızla taşınır. Uterus, vücudun savunma sistemi içerisinde rol oynayan bir organ olmadığı için uterusu giden kan akımı azalır ve oksijenlenme azalır. Bu nedenle uterus gerilir ve sertleşir. Plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur. Fetusa giden oksijen azaldığından fetusta distres gelişir. Bu durum gebeye acil tıbbi müdahale gereksinimini artırır (39).

Korku ve endişe durumunda adrenalinin artmasına bağlı olarak doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalma olur, bu durum doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur (43). Doğumun ikinci evresi uzar. Doğum eyleminin uzaması gebede doğum korkusunu daha da artırır. Doğum korkusu yaşayan kadın ile doğumu yaptıracak olan kadın doğum doktoru, ebe ve sağlık personeli arasındaki iletişim sorunları doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilir (54). Bunun yanı sıra anksiyetesi olan gebelerde daha fazla kanama olabilir (43).

Yapılan çalışmalarda doğum öncesi dönemde yaşanan stres ve anksiyete preterm eylem, postterm eylem, doğumda analjezi kullanımında artış, doğum sürecinde uzama, müdahaleli doğum ve acil sezaryen ile ilişkili bulunmuştur (40,56).

Kadınların birçoğu bebeğini kaybetmekten, engelli bebek dünyaya getirmekten, ölü doğumdan ve doğumda yanlış hareket yapıp bebeğin bundan etkilenmesinden korkabilirler (51,52). Literatür, gebelerin %50'sinin bebekle ilgili korku yaşadıklarını göstermektedir. Gebelik döneminde duyulan en büyük endişenin bebek sağlığını etkileyen faktörler olduğu belirtilmiştir (9).

Gebedeki korku; stres düzeyini de etkileyerek doğum ile ilgili birçok olumsuzluğa neden olabilir. Doğum korkusu, anne adayında uykusuzluğa, isteğe bağlı sezaryen oranlarının artmasına, antenatal ve postnatal depresyona, anne-bebek bağlanmasında zorluklara, laktasyonun gecikmesine, post-travmatik stres bozukluğuna ve iki gebelik arasındaki zamanın uzamasına sebep olabilir (40).

Kadınların doğum korkusundan kurtulmaları için verilen ilaçlar, bebekte ciddi sorunlar oluşturabilir. Depresyona bağlı olarak sigara kullanımının artması, alkol ve madde alımı anne adayının ve fetüsün sağlığını olumsuz etkiler (51). Litaretürde hamilelik ya da öncesinde yaşanan; anksiyete, annelik stresi veya depresyonunun fetal ve/veya çocukluk döneminde bile olumsuz sonuçlara yol açtığı görülmüştür. Özellikle düşük doğum ağırlığı veya erken doğum eylemi bunlardan en sık göze çarpanlardır (61, 62). Anksiyete düzeyi yüksek olan kadınlarda, bebekte düşük Apgar skoru veya erken çocukluk dönemindeki motor ve zihinsel becerilerde gecikmeler görülebilir (53). Neonatal kolik görülebilir (40). Amniyotik mayide kortizolun yüksek olması fetusun beyin gelişimini dolayısıyla sosyal beceri, bellek ve dil yeteneklerini etkileyebilir (43). Yapılan çalışmalarda gebelik dönemindeki anksiyetenin çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna (DEHB), karşı olma karşı çıkma bozukluğuna, depresyona, eğitimsel yeteneğin azalmasına ve davranışsal sorunlara neden olduğunu saptanmıştır (63).

2.5.5 Doğum Korkusunun Aşılmasında Doktor ve Diğer Sağlık Personellerinin Rolü

Yapılan bir araştırmaya göre anne adayları korkularını paylaştığında ve doğum hakkında bilgi aldıklarında kendilerini daha rahat hisseder ve doğum korkusu için etkili baş etme yöntemleri geliştirebilirler (37). Doğum öncesi dönemde verilen eğitim ve bakım doğum korkusu üzerinde önemli etkilere sahiptir. Kliniklerde sağlık personelleri tarafından destek verilen anne adaylarının doğum korkularının azaldığı, özgüvenlerinin yükseldiği ve memnuniyet oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (6). Primiparlar üzerinde yapılan bir araştırmada gebelerin %52.4'ü sağlık personelleri tarafından verilen desteği eksik bulmuştur. Bu durumun nedeni olarak sağlık personellerinin yeterli sayıda olmaması gösterilse de kadınların büyük

bölümü (%38,1) doktor, ebe ve hemşirelerin hastaları önemsemediklerini düşünmektedir (36,57). Bu çalışmalara karşın yapılan başka bir çalışmada annelerin %88'inin sunulan bakım ve destekten memnun oldukları görülmüştür (58).

Sağlık personeli tarafından verilecek uygun bakım ile kadınların doğum korkusu azaltılabilir. Bu bakım, kadınların gebe kalmayı düşündükleri andan başlayıp gebelik ve doğum eylemi süresince devam etmelidir. Doğum korkusu azalan kadınlarda doğum eylemini ve bebeği olumsuz etkileyecek olan tüm faktörler de azalmış olacaktır (50).

Bütüncül yaklaşım açısından, gebelik boyunca yapılması gereken fizyolojik değerlendirmenin yanı sıra psikolojik değerlendirmenin de yapılması son derece önemlidir. Böylece doğum öncesi dönemde yaşanan korku, anksiyete ve diğer sorunlar ortadan kaldırılarak gebeler hem fizyolojik hem de psikolojik olarak rahatlatılabilir (33).

2.6 ANKSİYETE

Anksiyete; endişe, iç daralması, bunalma benzeri yaşamı tehdit eden ya da tehdit gibi algılanan korku ve kaygı duygularıdır (75). Korku benzeri bir duygu olmasının yanı sıra kötü bir şey olacak hissiyle kişide sıkıntı, endişe gelişmesi olarak algılanır ve ifade edilir ki bu algıların şiddeti birbirinden farklı yoğunluklarda olabilir. Ağır düzeydekiler bu sıkıntının giderilmesi için her şeyi kabul edeceklerini ifade ederler (65).

Kişi, anksiyete duygusuyla birlikte olaylar karşısında orantısız tepkiler verebilir. Kişinin kendine güveninde yetersizlik, kendisini yeteneksiz birisi gibi algılaması ve böyle olumsuz düşüncelerin meydana gelmesi; olaylarla ilgili orantısız reaksiyonlar göstermesini artırmaktadır (66).

2.6.1 Perinatal Anksiyete

Gebelik ve doğum kadınlar için doğal bir süreç olmakla beraber önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, endişe ve stres oluşturabilecek çeşitli etkenlere maruz kalma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (20).

Gebelik bir sevinç, tatmin, olgunluk ve mutluluk verebileceği gibi, bebeği kucağına alma umudu taşıyan kadın için psikolojik sorunların ortaya çıkışı açısından riskli bir süreç de olabilir. Annelerin şikâyetlerinden dolayı suçluluk duyması ve belirtilerini saklama eğiliminde olması postpartum depresyonun gözden kaçmasına neden olabilir (67). Gebelik ya da doğumdan sonraki altı ay içinde başlayan depresyon perinatal anksiyete (PNA) olarak tanımlanmaktadır (70).

2.6.2 Perinatal Anksiyetede Klinik Bulgular

Gebelikte depresif semptomların; gebeliğin getirdiği normal değişimler ve sorunlarla benzer özellikte olmasından dolayı gebelikte depresyonu tanılamak bazen zor olabilir. Birinci trimesterde depresif semptomlar; beslenme ve uyku düzeninde değişiklikler, endişe ve duygudurum bozuklukları, aşırı yorgun hissetme, libidoda eksiklik, konsantrasyonda zorlanma olarak görülebilir. İkinci trimesterde böyle semptomlar daha az görülse de üçüncü trimesterde kaygı, aşırı yorgun hissetme, beslenme ve uyku bozuklukları ve doğuma ilişkin endişeler çoğalabilir (68).

Doğum sonrası görülen ağır dereceli depresyonlar daha kolay ayırt edilirken hafif veya orta dereceli depresyonlar gözden kaçabilir ve başvuru olasılığı daha düşük olabilir. Erken tanı konulamadığı takdirde depresif belirtiler kronikleşebilir ve tedaviye yanıtı azalabilir (69). Gebelikte görülen duruma benzer şekilde postpartum depresyon belirtileri de doğum sonrası normal olabilecek şikâyetlerle iç içe geçebilir ve tanı koymayı güçleştirebilir. Postpartum dönemde belirtiler tipik olarak ilk 6 haftada ortaya çıkar. Sıklıkla depresyon insidansında artış, postpartum ilk 30 gün içinde yaşanır ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir (70).

Perinatal anksiyete semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik göstermektedir; depresif duygudurum, ilgi-istek kaybı, yorgunluk,

iştahsızlık, uykusuzluk, anksiyete, panik atakları, psikomotor ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, değersizlik, suçluluk duyguları başlıca belirtilerdir. Postpartum depresyona özgü olarak bebeğe zarar verme ile ilgili obsesif tarzda düşünceler görülebilir. Ayrıca annede, bebeğini yeterince sevmediğiyle ya da bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla, sağlığıyla ilgili endişeler, annelik rolüyle ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ortaya çıkabilir (70).

Perinatal anksiyetesi olanlarda diğer hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi bedensel şikâyetler de daha fazla görülmektedir (71).

Postpartum anksiyetede diğer depresif hastalıklardan farklı olarak kendine zarar verme ve intihar düşüncesi olsa bile intihar girişimi yaygın olmamaktadır (75).

Postpartum dönemin annenin çocuğun kendine bağımlılığını bilmesi nedeni ile anneliği koruyucu bir faktör olduğu düşünülmeye karşın, yine de gebelikte ve postpartum dönemde depresyona bağlı en önemli risk intihar düşüncesi veya girişimi hatta çocuğunu öldürmeye kadar varabilen üzücü sonuçlar doğurabilmesidir (73). İngiltere’de 1997-99 yılları arasında anne ölümlerine ilişkin verilere göre doğumdan sonra ilk yıl içindeki ölümlerin önde gelen nedeninin intihar olduğu ve bunun da %20’sinin depresyona bağlı intihar nedeniyle olduğu dikkat çekicidir (74).

2.7 DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ

Kadınların içgüdüsel olarak doğumu nasıl gerçekleştireceklerini bildiklerini ve bir başkasının onu bu konuda eğitmesine gerek olmadığını savunan eski çalışmalar olsa da (75), modern dünya ve gelişen teknoloji ile doğum tehlikeli bir süreç olarak algılanmaya başlanmış ve bakım olası en kötü durumdan korunma üzerine odaklanmaya başlamıştır (76). Bu anlayıştan etkilenen kadınlar doğumda bedenleri ve bebekleri ile ilgili sorumluluklarından vazgeçip kontrolü tamamen sağlık profesyonellerine bırakmakta veya isteğe bağlı sezaryeni tercih etmektedirler (76). Bu nedenle günümüzde kadınların doğumla ilgili farkındalıklarını artırmak ve

doğuma bilinçli bir şekilde hazırlanmalarını sağlamak oldukça önem kazanmıştır (75, 80).

Doğuma hazırlık eğitimleri, kadın ve ailesini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere fiziksel ve psikolojik açıdan hazırlamaktadır (78). Bu eğitimlerde doğum eylemi, doğum ağrılarıyla baş etme yöntemleri, doğum pozisyonları, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi konular anlatılarak gebe kadın ve eşi doğuma hazırlanmaktadır (79). Burada amaç, kadının ve eşinin doğumla ilgili farkındalığını artırarak bilgi eksikliğinden ve yanlış sosyal öğrenmelerden kaynaklanan endişelerini azaltmak, kadının kendi bedenine ve doğum yapmaya ilişkin var olan güçlerine güvenmesini sağlamak ve kendi doğumları ile ilgili sorumluluk almalarını sağlamaktır (80).

Stoll ve Hall (2012) yaptıkları çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda normal doğum oranının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Aynı çalışmada eğitim alan kadınların doğum korkusunun azaldığı ve doğum yapabileceklerine ilişkin kendilerine olan güvenlerinin arttığı belirtilmektedir (81). Bu nedenle anne olmaya hazırlanan kadınların gebelik doğum ve doğum sonrası dönemdeki sorunlarla başedebilmesi için doğuma hazırlık eğitimi alması oldukça önemlidir.

2.7.1 Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gelişimi

İngiliz Hekim Dick Read, 1900'lü yılların başında ilk prenatal ziyaretten doğuma kadar kadınların eğitilmesini desteklemiş ve doğuma hazırlık eğitimlerinin temellerini atmıştır (119). Daha sonra tüm dünyada yıllar içerisinde farklı metot ve felsefelerle doğuma hazırlık eğitimlerine ilgi giderek artmıştır (123). Doğuma hazırlık eğitimlerinin popüler hale gelmesinde Lamaze ve Bradley felsefeleri etkili olmuştur (116).

Lamaze felsefesi: Bu yöntemin esası, Pavlow'un şartlı refleksine dayanır. Bir kişinin beyni, belli bir uyarıyı kabul edip, analiz etmek ve doğru olan cevabı vermeye göre eğitilebilir. Bu yöntemi Dr. Lamaze'den önce uygulayan Rus psikologlar, bu yönetime Psikoproflaksi adını vermişlerdir. Kabaca, bilincin kontrol edilmesi anlamına gelmektedir. Kadın, doğum ağrıları sırasında kendini kasmak yerine gevşetir ve bilinçli nefes almayla kendini kontrol edebilirse, doğum süreci daha kısa sürer ve ağrı düzeyi azalır

Amerika’da Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)’nın kurulmasıyla birlikte Lamaze’in sadece bir yöntem değil bir felsefe olduğu belirtilmiştir. Buna göre Lamaze sadece bir solunum ve gevşeme metodu değil sağlıklı doğum uygulamalarını içeren bir felsefe olarak benimsenmiştir (82).

Bu felsefe ayrıca Mother Friendly Childbirth Initiative’in de (MCFI) (Anne dostu doğum girişimi) normal doğum standartlarını oluşturmaktadır. Bunlar;

1. Doğumun kendi kendine başlamasına izin verme (Lamaze felsefesi tıbbi olarak gerekmedikçe indüksiyon uygulamasının yapılmamasını, annenin bedenine ve bebeğine saygılı olunmasını savunur),
2. Doğum süresince yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme* (Yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme doğumun daha kolay ve güvenli olmasını sağlar. Lamaze International doğum eylemi süresince hareket etme konusunda bir plan yapılmasını ve anne adayını bu konuda destekleyecek bir doktor ve hastane seçilmesini önermektedir),
3. Doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin (arkadaş, eş, doğum koçu) yanında olmasını sağlama (Lamaze International doğum sırasında anne adayının sevdiği birinin yanında bulunmasının doğuma ilişkin negatif duyguları azaltması ve güven duygusunu artırarak süreci kolaylaştırması dolayısıyla doğumda destek olmasını önermektedir),
4. Tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale etmeme* (Lamaze International, doğum sırasında yeme/ içmenin kısıtlanması, lavman, forseps, vakum, epizyotomi, epidural anestezi ve sürekli EFM gibi uygulamaların tıbbi olarak gerekli olmadıkça uygulanmamasını önermektedir),
5. Sırt üstü doğum yapmaktan kaçınma ve ıkmada bedenini izleme (Annenin kendisi ve bebeği için en güvenli doğum bedenine güvenerek doğum yapmasıdır. Lamaze International doğumda çömelme, yarı oturur, diz üzerinde durma, dört ayak gibi pozisyonları önermektedir. İkmama hissinin doğal olarak geldiğinde aşağı doğru itmenin her anlamda daha faydalı olduğuna inanmaktadır),

6. Doğumdan sonra anne – bebek bağlanmasını sağlamak ve emzirmenin desteklenmesi için anne ve bebeği bir arada tutma (rooming in) (82,83).

Bradley felsefesi: Bu model Bradley'in hayvanların doğumları ile kadınların hastane şartlarındaki doğumlarını ve sonuçlarını gözlemlemesi sonucu ortaya çıkmıştır. Bradley Metodu, çifti doğuma gereksiz müdahalelerden kaçınarak normal ve doğal yollardan hazırlamayı hedefleyen bir modeldir. Bradley, Doğum Koçluğu (Husband-Coached Childbirth) kavramını tanımlamıştır. Bradley Metodu sadece eşin koçluğu üzerine odaklanmaz; aynı zamanda doğumun eşler arasında paylaşılan bir deneyim olması üzerinde de durur. Gevşemede beyin-beden arasındaki ilişkiyi vurgular (84).

Türkiye’de ise doğuma hazırlık eğitimlerinin başlangıcı 1980’li yıllarda Oktay Kadayıfçı’nın önderliğinde Lamaze yöntemi benimsenerek yapılmıştır (75). Ardından yıllar içerisinde giderek yaygınlaşmış ve özellikle son on yılda büyük ilerleme kaydetmiştir (85). Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” genelgesini yayınlayarak her ilde doğuma hazırlık sınıflarının oluşturulmasını istemiştir (86). Son yıllarda bu eğitimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların sayısı da giderek artmaktadır (78, 87, 88).

2.7.2 Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Etkinliği ve Yapılan Çalışmalar

Doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliğini değerlendirmek ve karşılaştırmak oldukça zordur. Çünkü doğuma hazırlık eğitimleri; içerikleri, amaçları ve uyguladıkları eğitim yöntemlerine göre farklılık göstermektedir (89). Bu çeşitli doğuma hazırlık eğitimlerinin standardizasyonu bulunmamaktadır. Bazı eğitimler sadece teorik bilgi aktarımından oluşurken, bazıları birçok doğuma hazırlık felsefesinin harmanlanmasından oluşmaktadır (90). Eğitimdeki farklılıklar hem ailelerin seçim yapmasında karmaşaya hem de sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir (90). Ancak, yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık eğitimlerinde farklı felsefeler ve yöntemler uygulanmasına rağmen, çoğunlukla olumlu sonuçlar alındığı belirlenmiştir (52, 91).

Fisher ve ark. (2012) yaptıkları nitel çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların doğumda kendilerini güçlü hissettiklerini, planladıkları durumlar geliştiğinde bile kontrollerini kaybetmediklerini ve doğumlarından

memnun olduklarını saptamışlardır (92). Subaşı ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada kadınlara gebeliklerinin son üç ayında verilen doğuma hazırlık eğitiminin, doğum korkusunu ve doğuma ilişkin olumsuz düşünceleri azaltmada etkili olduğunu saptamışlardır (52). Buna ek olarak, doğuma hazırlanmanın olumlu anneliği de beraberinde getirdiği belirtilmektedir (93). Navea ve Abedian (2015) doğum korkusunu azaltmak için rol play tekniği ile yaptıkları eğitimin, normal eğitim yöntemine oranla sezaryen oranlarını azaltmada 5 kat daha etkili olduğunu saptamışlardır (91).

Doğuma hazırlık eğitimleri, doğum korkusu yaşayan kadınların doğum hakkında farkındalıklarının ve özyeterliliklerinin artırılması açısından oldukça faydalıdır (87,94). Ancak, bu kadınların gebelikte desteklendiği gibi doğum anında da desteklenmeleri olumlu doğum deneyimi edinmeleri için gereklidir.

Doğum öncesi eğitim programlarıyla ilgili son yıllarda yapılan çalışmalar eğitimin çoğunlukla doğum anındaki ağrıya, doğum algısına ve doğum korkusuna, hamileliği kabullenme ve kadının doğum esnasındaki uyumuna etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca öz yeterlilik, anksiyete ve bilgi düzeyi, doğuma hazır oluş, günlük yaşam aktiviteleri, memnuniyet durumu, doğum şekli tercihi, doğum sonu fonksiyonel durum, doğum sonrası post travmatik stres bozukluğu, bebeğini algılaması, stresle baş etmesi, partner katılımı, emzirme ve doğum sonuçlarına etkisine ilişkin konular araştırılmıştır (95) bu bağlamda 2014 yılına kadar yapılan sistemik review araştırmasında, küçük gruplarla verilen antenatal eğitimin doğum ve psikososyal sonuçlarına etkisine ilişkin yeterli kanıt olmadığı bulunmuştur (96).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırmanın türü ön test, son test ve doğum sonu bulgulardan oluşan kontrol gruplu deneysel prospektif bir çalışmadır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Eğitim ve Araştırma hastanesinde 15.10.2021- 15.05.2022 tarihleri arasında hastanemizin travay bölümüne yatışı yapılan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3 EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini 15.10.2021- 15.05.2022 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Eğitim ve Araştırma hastanesi travay bölümüne normal doğum yapmak üzere yatışı yapılan gebeler oluşturmaktadır.

Örneklemini ise bu gebelerden, kriterleri karşılayan grup oluşturmaktadır.

3.4 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- 18 yaşından büyük gebeler
- 37-42 haftalar arasında travaya yatışı yapılan
- Doğumun latent fazı (4 cm den az açılması olan) sırasında yatmış olan
- Nulliparite
- Bilinen maternal veya fetal ek hastalığı bulunmayan gebeler

3.5 ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

- 18 yaşından küçük olan
- 37 haftadan küçük gebe
- Doğumun aktif fazı sırasında yatmış olan
- Multiparite
- Bilinen maternal veya fetal ek hastalığı olanlar
- Ağrısız doğum için epidural analjezi uygulanan hastalar

3.6 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Primipar, miadında normal doğum için latent fazda hastaneye yatırılmış olan gebeler çalışmaya dâhil edildi ve bu gebeler eğitim videosu izletilenler ve eğitim videosu izletilmeyenler olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Çalışma grubuna dahil edilen hastalara, latent travay fazında iken, önceden hazırlanmış olan 5 dakikalık eğitim videosu izletildi. Kontrol grubuna bu video izletilmedi.

Her iki gruba doğum anksiyetesini ölçen; 9 soruluk “Travaydaki Gebenin Anksiyete Durumunu Değerlendirme Ölçeği”, 10 soruluk “Oxford Doğum Endişesi ölçeği” ve 40 soruluk “STAI 1-2 anksiyete ölçekleri” doğum öncesi ve sonrası olmak üzere ikişer defa uygulanarak anksiyete düzeyleri hesaplandı. Eğitim alan (çalışma) grup ve eğitim almayan (kontrol) grup arasında anksiyete ölçek puanları karşılaştırıldı. İki grup arasındaki anksiyete ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediği araştırıldı.

Bunun dışında doğum sonunda iki grubun aşağıdaki doğum sonuçları karşılaştırıldı;

- Travay süresi (aktif faz süresi- açıklığın 4 cm olmasından doğuma kadar geçen süre)
- Hemogram değişikliği (doğum öncesi ve sonrası hemogram-hematokrit değerleri)
- Epizyotomi veya desure var mı? Derinliği?
- Fetal doğum ağırlığı

- Apgar skoru (1. ve 5. dk.)
- Maternal komplikasyonlar
- Fetal komplikasyonlar

3.7 EĞİTİM VIDEOSUNUN İÇERİĞİ

Hazırladığımız 5 dk lık eğitim videosunda hastalara kısaca şunlardan bahsedildi;

- Doğum nedir?
- Kaç saat sürer?
- NST nedir? Neden gereklidir?
- Doğum sancılı mıdır?
- Sancılarla başa çıkma yolları
- Doğru ıkınma teknikleri ve nefes egzersizleri
- Suni sancı nedir, ne zaman ve hangi yollarla verilebilir?
- Epizyotomi kesisi ve tamiri
- Plasenta nedir? Ne zaman ayrılır?
- Müdahaleli (forceps veya vakum ile) doğum nedir?
- Normal doğumun komplikasyonları
- Doğumda acil müdahale veya sezeryan gerektirebilecek durumlar
- Normal doğumun sezeryana göre avantajları

3.8 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.8.1 Travaydaki Gebenin Anksiyete Durumunu Değerlendirme Ölçeği (TGADÖ)

Beck anksiyete ölçeğini gebeliğe uyarlayarak 2018 yılında Sakarya Üniversitesi Gülgün Durat ve arkadaşları tarafından geliştirilen 9 soruluk bir ölçektir.

Ölçek puanları:

Kesinlikle katılmıyorum	- 1 puan
Katılmıyorum	- 2 puan
Kararsızım	- 3 puan

- Katılıyorum - 4 puan
Kesinlikle katılıyorum - 5 puan

TGADÖ'nin toplam puanı, ölçeğe ait olan 9 ifadeye verilen cevapların soru sayısına bölünmesi ile hesaplanmıştır. Ölçek ve alt boyut puan ortalamasının yüksek olması (beşli likert tip, en yüksek=5 puan, en düşük=1 puan) travaydaki gebelerin anksiyetelerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

TRAVAYDAKİ GEBENİN ANKSİYETE DURUMUNU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddelere katılıp katılmadığınızı düşüncenizi en iyi yansıtan sayıları yuvarlak içine alarak belirtiniz. (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum). 1'den 5'e kadar istediğiniz sayıyı işaretleyebilirsiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Doğum sırasında yalnız kalmaktan korkuyorum					
2. Şu anda bitkinim/yorgunum					
3. Bebeğimi düşünüp çok mutlu oluyorum					
4. Doğumda bana bir zarar gelmesinden endişe duyuyorum					
5. Doğum sırasında bebeğime zarar gelmesinden korkuyorum					
6. Kendimi güçsüz hissediyorum					
7. İçimden ağlamak geliyor/ her an ağlayabilirim					
8. Sancım gelince, doğumun yaklaştığını düşünüp kendimi iyi hissediyorum					
9. Doğum süreci bebeğimi kucağıma almaya değer bir süreç					

3.8.2 Oxford Doğum Endişesi Ölçeği

Yeni doğum yapmış kadınların doğum sürecine yönelik endişelerini değerlendirmek üzere 10 maddelik Oxford Doğum Endişesi Ölçeği Redshaw ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Kadınların doğum sürecine yönelik endişeleri 4 puanlık likert ölçek ile değerlendirilmiştir. Ölçek doğum öncesi, sırası ve sonrası tüm dönemlerde kadınlara uygulanabilir. (1) Çok endişeliydim, (2) Oldukça endişeliydim, (3) Çok endişeli değildim, (4) Hiç endişeli değildim şeklinde puanlanmıştır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir (min=10, max=40). Puan arttıkça kadınların endişe düzeyi azalıyor şeklinde yorumlanmaktadır. “Ağrı ve Sıkıntı”, “Doğum Öncesi Belirsizlik” ve “Müdahaleler” olmak üzere üç alt boyuta sahip olan ölçeğin ters soruları yoktur. Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan Oxford Doğum Endişesi Ölçeğinin alt boyutları; Ağrı ve Sıkıntı boyutu 4, 5, 6, 7 maddelerinden, Doğum Öncesi Belirsizlik boyutu 1, 2, 8 maddelerinden, Müdahaleler alt boyutu ise 3, 10 maddelerinden oluşmuştur. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonucu faktör yükü yeterli olmadığı için Madde 9 (utanma konusunda endişeli) alt boyutlara katılmamıştır.

OXFORD DOĞUM ENDİŞESİ ÖLÇEĞİ

Doğum başlamadan ya da bebeğinizi doğurmadan önce doğum sürecine yönelik endişeleriniz oldu mu?

Lütfen her madde için bir kutuyu işaretleyin

Oxford Doğum Endişesi Ölçeği

Maddeler	Çok endişeliydim	Oldukça endişeliydim	Çok endişeli değildim	Hiç endişeli değildim
1. Doğumun ne zaman başlayacağını bilmeme konusunda				
2. Hastaneye zamanında ulaşma konusunda				
3. Doğumun suni sancıyla başlatılması konusunda				
4. Doğumun uzun sürmesi konusunda				
5. Doğum sırasında ağrı ve rahatsızlık hissetme konusunda				
6. Ağrının giderilmesine yönelik etkili destek alma konusunda				
7. Doğumun ne kadar süreceğini bilmeme konusunda				
8. Doğumun müdahaleli (forseps veya vakum yardımıyla doğum) olabileceği konusunda				
9. Utanma konusunda				
10. Sezaryene gerek duyulabileceği konusunda				
11. Diğer Lütfen detaylı bilgi veriniz_____				

3.8.3 STAI Form TX-I

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

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....
Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

3.8.4 STAI Form TX-II

Anksiyete Envanteri 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçek Likert tipinde olup 'hemen hemen hiçbir zaman' ile 'hemen her zaman' arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması anksiyete düzeyinin yüksek olmasına işaret etmektedir.

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....
Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

3.9 VERİ ANALİZİ

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama, standart sapma (Ort±SS), medyan (IQR: 25-75. persentil) değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher Exact, Fisher Freeman Halton Exact Test ve post

hoc Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. İki grup ortalama karşılaştırmaları bağımsız gruplarda Independent Samples T testi, bağımlı gruplarda Paired Samples T testi ile yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.



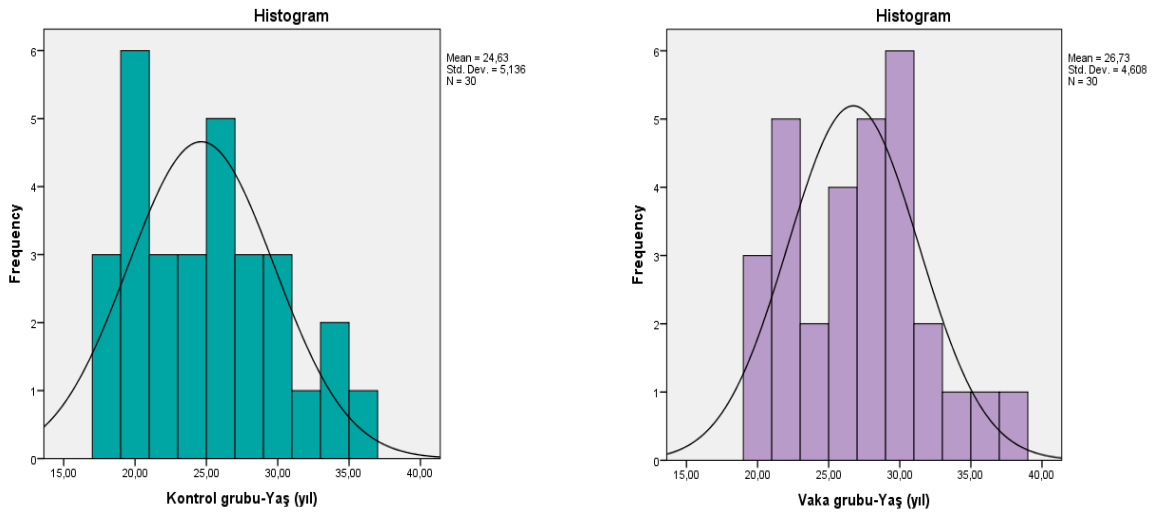
BULGULAR

Çalışmaya 30'u vaka, 30'u kontrol olmak üzere toplam 60 hasta dahil edilmiştir. Bu 60 hastanın yaş ortalaması $25,68 \pm 4,95$ yıl olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu ($24,63 \pm 5,14$ yıl) ile vaka grubunun ($26,73 \pm 4,61$ yıl) yaş ortalamaları istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur ($p=0,101$) (Tablo 4.1, Grafik 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların yaş dağılımları

Yaş (yıl)	Ort $\pm$ SS	Medyan (IQR)	En küçük	En büyük
Genel	$25,68 \pm 4,95$	26 (21-29)	18	37
Kontrol	$24,63 \pm 5,14$	24,5 (20-28)	18	36
Vaka	$26,73 \pm 4,61$	27,5 (22-29)	20	37
p	0,101			

Independent Samples T test



Grafik 4.1: Grafik 1. Hasta ve kontrol gruplarında yaş histogramları

Genel demografik özellikler Tablo 4.2 ile sunulmuştur. Hastaların %28,3'ü ortaokul, %28,3'ü lise, %20'si lisans, %18,3'ü ilkokul mezunudur. Yüksek lisans mezunu olan 3 kişi vaka grubunda yer almaktadır. Kronik hastalığı olmayan 51 hasta var iken 9 hastada herhangi bir kronik hastalık bulunmaktadır. Hipotiroidisi olan 2 hasta, tip 1 DM'si olan 1 hasta ve epilepsisi olan 2 hasta vaka grubunda yer alır iken, epilepsisi olan 1 hasta, astımı olan 1 hasta, lomber disk hernisi olan 1 hasta ve FMF'si olan 1 hasta kontrol grubunda yer almaktadır. Vaka grubundaki 2 hasta antiepileptik, 1 hasta tiroid ilacı ve 1 hasta insülin kullanmaktadır. 56 hastanın ilaç kullanımı yoktur. Eğitim durumu ($p=0,180$), kronik hastalıklar ($p=0,612$) ve ilaç kullanım durumu ($p=0,112$) vaka ve kontrol gruplarında istatistiksel açıdan farklı bulunmamıştır. Kardeş sayıları için yapılan analizde ise vaka grubunda 2 kardeş (%30 ve %6,7), kontrol grubunda ise 5 kardeş (%26,7 ve %6,7) olma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.2: Genel demografik özellikler

Değişkenler, n (%)	Genel (n=60)	Kontrol (n=30)	Vaka (n=30)	p
Eğitim durumu	İlkokul	11 (18,3)	5 (16,7)	0,180
	Ortaokul	17 (28,3)	12 (40)	
	Lise	17 (28,3)	7 (23,3)	
	Lisans	12 (20)	6 (20)	
	Yüksek lisans	3 (5)	0 (0)	
Kronik hastalıklar	Yok	51 (85)	26 (86,7)	0,612
	Hipotiroidi	2 (3,3)	0 (0)	
	Epilepsi	3 (5)	1 (3,3)	
	Tip 1 DM	1 (1,7)	0 (0)	
	Astım	1 (1,7)	1 (3,3)	
	Lomber disk hernisi	1 (1,7)	1 (3,3)	
	FMF	1 (1,7)	1 (3,3)	
İlaç kullanımı	Yok	56 (93,3)	30 (100)	0,112
	Tiroid ilacı	1 (1,7)	0 (0)	
	Antiepileptik	2 (3,3)	0 (0)	
	İnsülin	1 (1,7)	0 (0)	
Kardeş sayısı	1	1 (1,7)	0 (0)a	0,013
	2	11 (18,3)	2 (6,7)a	
	3	13 (21,7)	4 (13,3)a	
	4	8 (13,3)	5 (16,7)a	
	5	10 (16,7)	8 (26,7)a	
	6	4 (6,7)	3 (10)a	
	7	2 (3,3)	2 (6,7)a	
	8	3 (5)	2 (6,7)a	
	9	2 (3,3)	1 (3,3)a	
	10	3 (5)	3 (10)a	
	11	1 (1,7)	0 (0)a	
	12	2 (3,3)	0 (0)a	

Ki-Kare Fisher Freeman Halton Exact Test

Gruplara arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir

Daha önce doğumla ilgili eğitim almış olma oranı kontrol grubunda %10 vaka grubunda %13,3'tür ($p=0,999$). Doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın varlığı oranı kontrol grubunda %46,7 vaka grubunda %40'tır ($p=0,602$). Doğumla ilgili olumsuz öyküsü olan yakın varlığı oranı kontrol grubunda %23,3 vaka grubunda %46,7'dir ($p=0,058$). Doğum ile ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi almış olma oranı kontrol grubunda %33,3 vaka grubunda %53,3'tür ($p=0,118$). Travayda 4 cm açıklıktan doğuma kadar geçen süre 1 ila 12 saat arasında değişmektedir ve hastaların çoğunluğu için bu süre 4-8 saat arasında olmuştur. Epizyotomi yapılmayan 7 hasta bulunmaktadır ve bunların 3'ü kontrol 4'ü vaka grubunda yer almaktadır. Doğum ile ilgili

özellikler bakımından vaka ve kontrol grupları istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Doğum ile ilgili özellikler

Değişkenler, n (%)	Genel (n=60)	Kontrol (n=30)	Vaka (n=30)	p
Daha önce doğumla ilgili eğitim alma durumu				
Almamış	53 (88,3)	27 (90)	26 (86,7)	0,999
Almış	7 (11,7)	3 (10)	4 (13,3)	
Doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın varlığı				
Yok	34 (56,7)	16 (53,3)	18 (60)	0,602
Var	26 (43,3)	14 (46,7)	12 (40)	
Doğumla ilgili olumsuz öyküsü olan yakın varlığı				
Yok	39 (65)	23 (76,7)	16 (53,3)	0,058
Var	21 (35)	7 (23,3)	14 (46,7)	
Doğum ile ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi alma durumu				
Almamış	34 (56,7)	20 (66,7)	14 (46,7)	0,118
Almış	26 (43,3)	10 (33,3)	16 (53,3)	
Travayda geçen süre (saat) (Açıklık 4 cm den doğuma kadar geçen süre)				
1	2 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	0,991
2	6 (10)	3 (10)	3 (10)	
3	3 (5)	2 (6,7)	1 (3,3)	
4	11 (18,3)	7 (23,3)	4 (13,3)	
5	7 (11,7)	3 (10)	4 (13,3)	
6	13 (21,7)	6 (20)	7 (23,3)	
7	2 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
8	8 (13,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	
10	5 (8,3)	2 (6,7)	3 (10)	
12	3 (5)	1 (3,3)	2 (6,7)	
Epizyotomi varlığı ve epi/desu?				
Yok	7 (11,7)	3 (10)	4 (13,3)	0,548
Minimalde süre	8 (13,3)	3 (10)	5 (16,7)	
2 cm epizyo	14 (23,3)	7 (23,3)	7 (23,3)	
3 cm epizyo	15 (25)	10 (33,3)	5 (16,7)	
4 cm epizyo	5 (8,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	
5 cm ve üzeri	11 (18,3)	6 (20)	5 (16,7)	

Ki-Kare Fisher Freeman Halton Exact Test

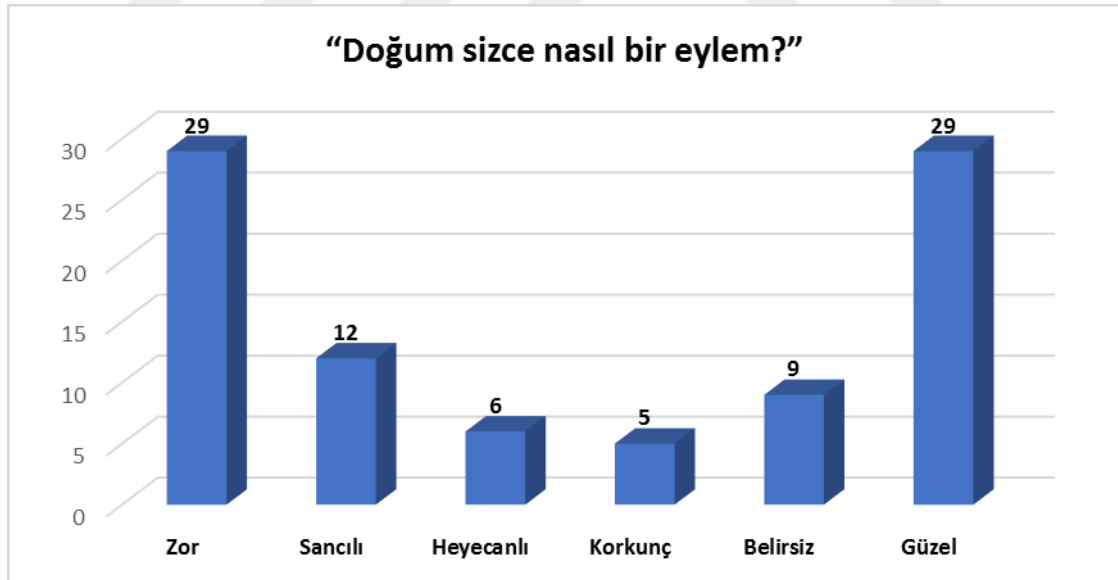
“Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna hastalar birden fazla yanıt verebilmişlerdir. Yapılan analizlere göre bu soruya “zor” yanıtını veren 29

(%48,3), “sancılı” yanıtını veren 12 (%20), “heyecanlı” yanıtını veren 6 (%10), “korkunç” yanıtını veren 5 (%8,3), “belirsiz” yanıtını veren 9 (%15), “güzel” yanıtını veren 29 (%48,3) kişi bulunmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %3,3’ü, vaka grubundaki hastaların ise %26,7’si “Belirsiz” yanıtını vermişlerdir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,026$). Diğer yanıtlar gruplar arasında farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4, Grafik 4.2).

Tablo 4.4: “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlar

“Doğum sizce nasıl bir eylem?”, n (%)	Genel (n=60)	Kontrol (n=30)	Vaka (n=30)	p
Zor (n=60)	29 (48,3)	15 (50)	14 (46,7)	0,796
Sancılı (n=60)	12 (20)	8 (26,7)	4 (13,3)	0,197
Heyecanlı (n=60)	6 (10)	2 (6,7)	4 (13,3)	0,671
Korkunç (n=60)	5 (8,3)	3 (10)	2 (6,7)	0,999
Belirsiz (n=60)	9 (15)	1 (3,3)	8 (26,7)	0,026
Güzel (n=60)	29 (48,3)	18 (60)	11 (36,7)	0,071

Pearson Ki-Kare, Fisher’s Exact Test



Grafik 4.2: “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlar

Doğumdan sonra bebeğin 1.dk APGAR skoru 4-9 arasında değişmektedir. Bebeğinin 1.dk APGAR skoru dört olan bir hasta ve beş olan beş hastanın biri kontrol grubunda yer almaktadır. 1.dk APGAR skoru beş olan diğer dört hasta vaka grubundadır. Hastaların %36,7’sinin bebeğinde 1.dk APGAR skorları 8

olarak belirlenmiştir. Doğumdan sonra bebeğin 5.dk APGAR skoru ise 6-10 arasında değişmektedir. Bebeğinin 5.dk APGAR skoru altı olan iki hasta vaka grubunda yer almaktadır. 5.dk APGAR skoru on olan hastaların oranı %56,7'dir. Maternal komplikasyon (3 hasta eksternal sfinkter hasarı, 3 hasta Derin vajen, collum hasarı) gelişen 6, fetal komplikasyon (1 hasta asfiksi, 1 hasta hipoglisemi) gelişen 2 hasta bulunmaktadır. Doğum sonrası özellikler bakımından da vaka ve kontrol grupları benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Doğum sonrası özellikler

Değişkenler, n (%)	Genel (n=60)	Kontrol (n=30)	Vaka (n=30)	p
Doğumdan sonra bebeğin 1.dk APGAR skoru				
4	1 (1,7)	1 (3,3)	0 (0)	0,350
5	5 (8,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	
6	8 (13,3)	3 (10)	5 (16,7)	
7	13 (21,7)	6 (20)	7 (23,3)	
8	22 (36,7)	11 (36,7)	11 (36,7)	
9	11 (18,3)	8 (26,7)	3 (10)	
Doğumdan sonra bebeğin 5.dk APGAR skoru				
6	2 (3,3)	0 (0)	2 (6,7)	0,810
7	2 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
8	7 (11,7)	3 (10)	4 (13,3)	
9	15 (25)	8 (26,7)	7 (23,3)	
10	34 (56,7)	18 (60)	16 (53,3)	
Maternal komplikasyon				
Yok	54 (90)	27 (90)	27 (90)	0,999
Eksternal sfinkter hasarı	3 (5)	1 (3,3)	2 (6,7)	
Derin vajen, collum hasarı	3 (5)	2 (6,7)	1 (3,3)	
Fetal komplikasyon				
Yok	58 (96,7)	29 (96,7)	29 (96,7)	0,999
Asfiksi	1 (1,7)	0 (0)	1 (3,3)	
Hipoglisemi	1 (1,7)	1 (3,3)	0 (0)	

Ki-Kare Fisher Freeman Halton Exact Test

Bebeğin doğum ağırlığı ortalaması kontrol grubunda 3279±330 gram, vaka grubunda 3292±345 gram olarak hesaplanmıştır ($p=0,884$). Genel olarak bebek ağırlık ortalaması ise 3286±335 gramdır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Bebeğin doğum ağırlığı

Bebek ağırlığı (gram)	Ort±SS	Medyan (IQR)	En küçük	En büyük
Genel	3286±335	3268 (3093-3465)	2485	4060
Kontrol	3279±330	3240 (3060-3435)	2500	4060
Vaka	3292±345	3325 (3145-3515)	2485	3999
p	0,884			

Independent Samples T test

Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar gruplara göre analiz edilmiş ve analiz sonuçları Tablo 4.7 ile gösterilmiştir.

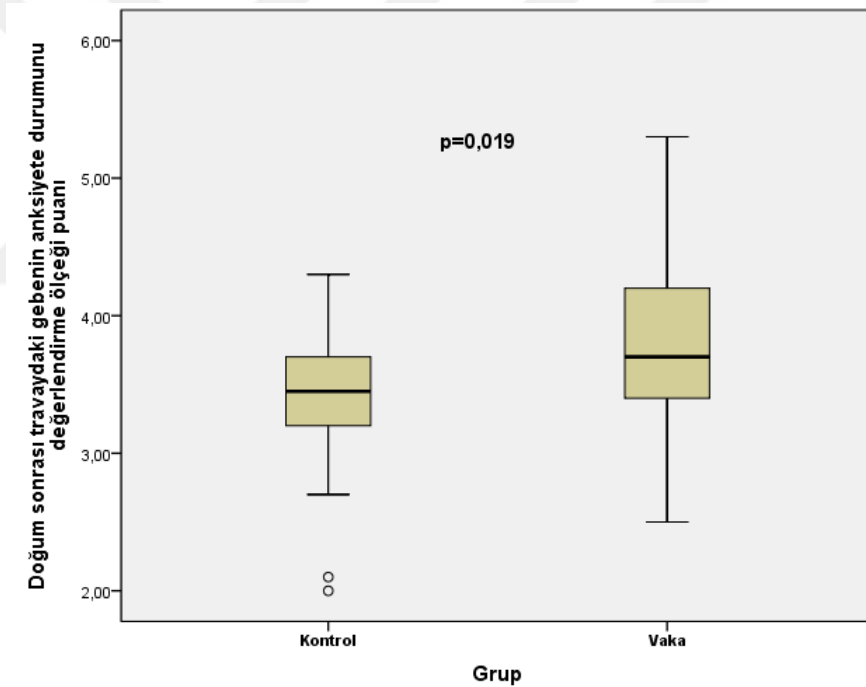
Doğum öncesi STAI 1 ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 43,83±7,76, vaka grubunda 45,33±8,86'dır (p=0,488). Doğum öncesi STAI 2 ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 42,17±7,16, vaka grubunda 41,9±6,96'dır (p=0,884). Doğum öncesi Oxford doğum endişesi ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 21,57±6,6, vaka grubunda 23,03±6,62'dir (p=0,394). Doğum öncesi travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 3,41±0,58, vaka grubunda 3,62±0,8'dir (p=0,243).

Doğum sonrası STAI 1 ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 38,3±7,48, vaka grubunda 35,87±8,59'dur (p=0,247). Doğum sonrası STAI 2 ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 42,17±6,92, vaka grubunda 42,27±8,3'tür (p=0,960). Doğum sonrası Oxford doğum endişesi ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 21,93±6,16, vaka grubunda 22±7,12'dir (p=0,969). Doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden alınan puanların ortalaması kontrol grubunda 3,39±0,53, vaka grubunda 3,78±0,72'dir (p=0,019). Yapılan analizler sonucunda doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden alınan puanların ortalaması vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Grafik 4.3). Bunun dışındaki puanlar gruplar arasında istatistiksel açıdan farklı değildir.

Tablo 4.7: Gruplara göre ölçeklerden alınan puanların analizi

Değişkenler	Genel Ort±SS	Kontrol Ort±SS	Vaka Ort±SS	p
Doğum öncesi				
STAI 1	44,58±8,29	43,83±7,76	45,33±8,86	0,488
STAI 2	42,03±7	42,17±7,16	41,9±6,96	0,884
Oxford-endişe	22,3±6,59	21,57±6,6	23,03±6,62	0,394
Travay-anksiyete	3,52±0,7	3,41±0,58	3,62±0,8	0,243
Doğum sonrası				
STAI 1	37,08±8,08	38,3±7,48	35,87±8,59	0,247
STAI 2	42,22±7,58	42,17±6,92	42,27±8,3	0,960
Oxford -endişe	21,97±6,6	21,93±6,16	22±7,12	0,969
Travay-anksiyete	3,59±0,66	3,39±0,53	3,78±0,72	0,019

Independent Samples T test

**Grafik 4.3:** Gruplara göre doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeği puanı

Hastaların doğum öncesi ve sonrası hemoglobin ve hematokrit değerleri gruplara göre analiz edilmiş ve bulgular tablo 8 ile gösterilmiştir. Doğum öncesi ortalama hemoglobin değeri kontrol grubunda $11,77 \pm 1,35$, vaka grubunda $11,96 \pm 1,35$ ($p=0,581$); hematokrit değeri ise kontrol grubunda $35,53 \pm 3,19$, vaka grubunda $36,53 \pm 3,48$ olarak hesaplanmıştır ($p=0,251$). Doğum sonrası ortalama hemoglobin değeri kontrol grubunda $11,23 \pm 1,31$,

vaka grubunda $11,19 \pm 1,29$ ($p=0,913$); hematokrit değeri ise kontrol grubunda $33,8 \pm 3,16$, vaka grubunda $34,13 \pm 3,26$ olarak hesaplanmıştır ($p=0,689$). Laboratuvar değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.8: Gruplara göre laboratuvar değerlerinin analizi

Değişkenler	Genel Ort±SS	Kontrol Ort±SS	Vaka Ort±SS	p
Doğum öncesi				
Hemoglobin	$11,86 \pm 1,34$	$11,77 \pm 1,35$	$11,96 \pm 1,35$	0,581
Hematokrit	$36,03 \pm 3,35$	$35,53 \pm 3,19$	$36,53 \pm 3,48$	0,251
Doğum sonrası				
Hemoglobin	$11,21 \pm 1,29$	$11,23 \pm 1,31$	$11,19 \pm 1,29$	0,913
Hematokrit	$33,97 \pm 3,18$	$33,8 \pm 3,16$	$34,13 \pm 3,26$	0,689

Independent Samples T test

Tablo 4.9’da ölçeklerden alınan puanlarının doğum öncesi ve sonrası karşılaştırmaları sunulmuştur. STAI 1 ölçeğinden alınan puanların hem genel olarak hem de kontrol ve vaka gruplarında ayrı ayrı olmak üzere doğum öncesi ve sonrası anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genel olarak STAI 1 ölçeğinden alınan puanların ortalaması doğum öncesi doğum sonrasına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol ve vaka gruplarında da benzer şekilde doğum öncesi alınan STAI 1 puanları doğum sonrası puanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Kontrol grubu p değeri=0,004, vaka grubu p değeri<0,001).

Tablo 4.9: Doğum öncesi ve sonrası ölçeklerden alınan puanların analizi

Değişkenler	Doğum öncesi Ort±SS	Doğum sonrası Ort±SS	p
Genel			
STAI 1	44,58±8,29	37,08±8,08	<0,001
STAI 2	42,03±7	42,22±7,58	0,807
Oxford-endişe	22,3±6,59	21,97±6,6	0,493
Travay-anksiyete	3,52±0,7	3,59±0,66	0,385
Kontrol			
STAI 1	43,83±7,76	38,3±7,48	0,004
STAI 2	42,17±7,16	42,17±6,92	0,999
Oxford-endişe	21,57±6,6	21,93±6,16	0,599
Travay-anksiyete	3,41±0,58	3,39±0,53	0,813
Vaka			
STAI 1	45,33±8,86	35,87±8,59	<0,001
STAI 2	41,9±6,96	42,27±8,3	0,784
Oxford-endişe	23,03±6,62	22±7,12	0,131
Travay-anksiyete	3,62±0,8	3,78±0,72	0,248

Paired Samples T test

Laboratuvar değerlerinin doğum öncesi ve sonrası analiz sonuçlarında ise hemoglobin ve hematokrit değerlerinin kontrol, vaka gruplarında ve genel olarak tüm hastalarda doğum sonrası doğum öncesine göre anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Doğum öncesi ve sonrası laboratuvar değerlerinin analizi

Değişkenler	Doğum öncesi Ort±SS	Doğum sonrası Ort±SS	p
Genel			
Hemoglobin	11,86±1,34	11,21±1,29	<0,001
Hematokrit	36,03±3,35	33,97±3,18	<0,001
Kontrol			
Hemoglobin	11,77±1,35	11,23±1,31	<0,001
Hematokrit	35,53±3,19	33,8±3,16	<0,001
Vaka			
Hemoglobin	11,96±1,35	11,19±1,29	<0,001
Hematokrit	36,53±3,48	34,13±3,26	<0,001

Paired Samples T test

Hastaların doğum öncesi ölçeklerden aldıkları puanlar genel demografik özelliklerine göre analiz edilmiş ve bulgular tablo 11 ile sunulmuştur. Bu analizler için hastaların yaşları 25 yıl ve altı/25 yıl üzeri, eğitim durumları ortaokul ve altı/ortaokul üzeri, kronik hastalık durumları var/yok, ilaç kullanım durumları var/yok, kardeş sayısı 3 ve altı/3 üzeri şeklinde gruplara ayrılmış ve analizler independent samples t testi ile yapılmıştır.

Doğum öncesi STAI 1 ölçeğinden alınan ortalama puan ilaç kullanımı olmayan hastalarda ($45,07 \pm 8,3$) ilaç kullanımı olan hastalara ($37,75 \pm 4,79$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,050$). Bunun dışındaki tüm doğum öncesi puanlar istatistiksel açıdan benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 4.11: Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların genel demografik özelliklere göre analizi

Değişkenler, Ort $\pm$ SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Yaş					
≤ 25 yıl	29	$43,17 \pm 5,97$	$42,9 \pm 7,13$	$23,38 \pm 7,21$	$3,71 \pm 0,71$
> 25 yıl	31	$45,9 \pm 9,91$	$41,23 \pm 6,9$	$21,29 \pm 5,9$	$3,34 \pm 0,66$
p		0,257	0,441	0,273	0,166
Eğitim durumu					
Ortaokul ve altı	28	$44,07 \pm 7,6$	$42,18 \pm 7,07$	$20,57 \pm 6,97$	$3,55 \pm 0,77$
Lise ve üzeri	32	$45,03 \pm 8,95$	$41,91 \pm 7,05$	$23,81 \pm 5,95$	$3,49 \pm 0,65$
p		0,593	0,982	0,082	0,733
Kronik hastalık					
Yok	51	$44,49 \pm 8,03$	$41,84 \pm 7,26$	$22,67 \pm 6,56$	$3,54 \pm 0,74$
Var	9	$45,11 \pm 10,2$	$43,11 \pm 5,53$	$20,22 \pm 6,76$	$3,38 \pm 0,48$
p		0,828	0,541	0,209	0,324
İlaç kullanımı					
Yok	56	$45,07 \pm 8,3$	$41,95 \pm 7,17$	$22,36 \pm 6,47$	$3,54 \pm 0,71$
Var	4	$37,75 \pm 4,79$	$43,25 \pm 4,5$	$21,5 \pm 9,33$	$3,18 \pm 0,42$
p		0,050	0,678	0,764	0,195
Kardeş sayısı					
≤ 3	25	$45,24 \pm 9,36$	$41,76 \pm 7,38$	$23,48 \pm 7,03$	$3,56 \pm 0,73$
> 3	35	$44,11 \pm 7,55$	$42,23 \pm 6,83$	$21,46 \pm 6,23$	$3,48 \pm 0,69$
p		0,652	0,898	0,283	0,434

Independent Samples T test

Hastaların doğum öncesi ölçeklerden aldıkları puanlar daha önce doğumla ilgili eğitim almış olma durumları, doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın

varlığı, doğumla ilgili olumsuz öyküsü olan yakın varlığı, doğum ile ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi almış olma durumları, travayda geçirdikleri süre ve epizyotomi varlığına göre anlamlı olarak değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 4.12: Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların doğum ile ilgili özelliklere göre analizi

Değişkenler, Ort±SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Daha önce doğumla ilgili eğitim alma durumu					
Almamış	53	44,23±8,48	41,58±6,95	21,96±6,74	3,54±0,73
Almış	7	47,29±6,63	45,43±7	24,86±5,01	3,34±0,4
p		0,228	0,246	0,202	0,318
Doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın varlığı					
Yok	34	45,44±7,78	43,32±6,88	21,71±6,93	3,57±0,75
Var	26	43,46±8,95	40,35±6,93	23,08±6,18	3,45±0,64
p		0,220	0,082	0,218	0,917
Doğumla ilgili olumsuz öyküsü olan yakın varlığı					
Yok	39	43,46±8,62	41,49±7,16	21,1±6,32	3,52±0,66
Var	21	46,67±7,4	43,05±6,75	24,52±6,65	3,52±0,79
p		0,103	0,587	0,052	0,994
Doğum ile ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi alma durumu					
Almamış	34	43,88±8,42	42,56±7,08	21,85±6,95	3,57±0,79
Almış	26	45,5±8,2	41,35±6,97	22,88±6,17	3,44±0,57
p		0,343	0,306	0,398	0,834
Travayda geçen süre (saat)					
≤5	29	45,59±7,67	41,9±6,5	21,97±6,3	3,64±0,77
>5	31	43,65±8,86	42,16±7,55	22,61±6,94	3,4±0,63
p		0,273	0,871	0,604	0,286
Epizyotomi varlığı					
Yok	7	48,57±4,83	39,14±7,99	21,43±7,37	3,09±0,76
Var	53	44,06±8,54	42,42±6,86	22,42±6,55	3,57±0,68
p		0,068	0,341	0,787	0,150

Independent Samples T test

Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizinde bu soruya “korkunç” yanıtını veren hastaların Oxford doğum endişesi ölçeğinden anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları yani endişe düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,029$). Diğer yanıtlar ve ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 4.13: Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizi

“Doğum sizce nasıl bir eylem?”, Ort±SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford-endişe	Travay-anksiyete
Zor					
Hayır	31	43,55±6,53	41,55±6,96	23,16±6,55	3,55±0,59
Evet	29	45,69±9,84	42,55±7,13	21,38±6,62	3,48±0,82
p		0,510	0,578	0,450	0,894
Sancılı					
Hayır	48	44,29±8,68	42,5±7,35	21,81±6,81	3,46±0,67
Evet	12	45,75±6,73	40,17±5,22	24,25±5,45	3,76±0,8
p		0,336	0,236	0,186	0,374
Heyecanlı					
Hayır	54	44,7±8,4	42,52±6,81	22,11±6,6	3,51±0,73
Evet	6	43,5±7,92	37,67±7,89	24±6,9	3,62±0,43
p		0,876	0,168	0,709	0,622
Korkunç					
Hayır	55	44,2±8,5	41,91±7,13	22,8±6,59	3,51±0,72
Evet	5	48,8±3,96	43,4±5,86	16,8±3,63	3,64±0,47
p		0,123	0,716	0,029	0,603
Belirsiz					
Hayır	51	44,86±8,57	41,41±6,95	21,71±6,07	3,49±0,65
Evet	9	43±6,69	45,56±6,56	25,67±8,69	3,66±0,97
p		0,604	0,144	0,165	0,926
Güzel					
Hayır	31	46,45±8,68	43,55±5,51	20,84±5,66	3,44±0,84
Evet	29	42,59±7,5	40,41±8,1	23,86±7,23	3,6±0,52
p		0,134	0,082	0,105	0,269

Independent Samples T test

Doğumdan sonra bebeğin 1.dk APGAR skoru 7 ve altında olan hastalar APGAR skoru 7'nin üzerinde olan hastalara göre doğum öncesi Oxford doğum endişesi ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır yani bu

hastaların endişe düzeyi daha düşüktür ($24 \pm 5,86$ ve $20,91 \pm 6,91$; $p=0,045$). Doğum öncesi Oxford doğum endişesi ölçeği ortalama puanı maternal komplikasyon gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir yani maternal komplikasyon gelişen hastaların doğum öncesi endişe düzeyi daha düşük bulunmuştur ($21,63 \pm 6,33$ ve $21,63 \pm 6,33$; $p=0,025$). Doğum sonrası diğer özellikler ve doğum öncesi ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 4.14: Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların doğum sonrası özelliklere göre analizi

Değişkenler, Ort $\pm$ SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Doğumdan sonra bebeğin 1.dk APGAR skoru					
≤ 7	27	45,11 $\pm$ 8,94	42,3 $\pm$ 7,15	24 $\pm$ 5,86	3,59 $\pm$ 0,73
> 7	33	44,15 $\pm$ 7,84	41,82 $\pm$ 6,99	20,91 $\pm$ 6,91	3,45 $\pm$ 0,68
p		0,806	0,841	0,045	0,315
Doğumdan sonra bebeğin 5.dk APGAR skoru					
≤ 9	11	45 $\pm$ 12,38	40 $\pm$ 8,64	25,27 $\pm$ 6,28	3,6 $\pm$ 0,49
> 9	49	44,49 $\pm$ 7,25	42,49 $\pm$ 6,6	21,63 $\pm$ 6,54	3,5 $\pm$ 0,74
p		0,804	0,239	0,069	0,559
Maternal komplikasyon					
Yok	54	45,07 $\pm$ 7,98	41,98 $\pm$ 6,44	21,63 $\pm$ 6,33	3,51 $\pm$ 0,73
Var	6	40,17 $\pm$ 10,5	42,5 $\pm$ 11,78	28,33 $\pm$ 6,35	3,57 $\pm$ 0,39
p		0,303	0,914	0,025	0,838
Fetal komplikasyon					
Almamış	58	44,21 $\pm$ 7,94	41,97 $\pm$ 7,08	22,24 $\pm$ 6,68	3,52 $\pm$ 0,71
Almış	2	55,5 $\pm$ 14,85	44 $\pm$ 5,66	24 $\pm$ 4,24	3,4 $\pm$ 0,85
p		0,254	0,678	0,572	0,764
Bebek ağırlığı (gram)					
≤ 3200	23	44,26 $\pm$ 8,48	40,57 $\pm$ 7,77	22,35 $\pm$ 6,35	3,48 $\pm$ 0,59
> 3200	37	44,78 $\pm$ 8,29	42,95 $\pm$ 6,42	22,27 $\pm$ 6,83	3,54 $\pm$ 0,77
p		0,964	0,238	0,885	0,879

Independent Samples T test

Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanlar ile genel demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$). Tüm puanlar tablo 15 ile gösterilmiştir.

Tablo 4.15: Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların genel demografik özelliklere göre analizi

Değişkenler, Ort±SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Yaş					
≤25 yıl	29	37,62±7,21	42,55±7,35	23,66±6,71	3,65±0,67
>25 yıl	31	36,58±8,91	41,9±7,9	20,39±6,19	3,53±0,65
p		0,604	0,619	0,055	0,789
Eğitim durumu					
Ortaokul ve altı	28	36,14±8,29	42,32±6,94	20,96±6,86	3,6±0,73
Lise ve üzeri	32	37,91±7,94	42,13±8,21	22,84±6,35	3,58±0,6
p		0,358	0,947	0,431	0,613
Kronik hastalık					
Yok	51	36,98±7,89	42,49±7,74	22,29±6,43	3,58±0,68
Var	9	37,67±9,63	40,67±6,78	20,11±7,62	3,6±0,58
p		0,772	0,641	0,309	0,582
İlaç kullanımı					
Yok	56	36,93±8	42,41±7,67	22±6,42	3,61±0,66
Var	4	39,25±10,24	39,5±6,35	21,5±10,08	3,28±0,68
p		0,557	0,597	0,577	0,430
Kardeş sayısı					
≤3	25	36,4±7,63	41,48±8,09	23,12±7,49	3,64±0,66
>3	35	37,57±8,47	42,74±7,27	21,14±5,86	3,55±0,66
p		0,514	0,444	0,352	0,351

Independent Samples T test

Doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden alınan puanların ortalaması doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakını olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur yani doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın varlığında hastaların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur (3,78±0,67 ve 3,33±0,55; p=0,001). Doğum sonrası STAI 1 puan ortalaması epizyotomisi olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (43±5,94 ve 36,3±8,04; p=0,038). Bunların dışında doğum sonrası ölçeklerden alınan diğer puanlar ve doğum ile ilgili özellikler arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 4.16: Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların doğum ile ilgili özelliklere göre analizi

Değişkenler, Ort±SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Daha önce doğumla ilgili eğitim alma durumu					
Almamış	53	36,91±7,83	41,77±7,39	21,72±6,57	3,58±0,63
Almış	7	38,43±10,41	45,57±8,75	23,86±7,06	3,64±0,88
p		0,620	0,219	0,573	0,588
Doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın varlığı					
Yok	34	37,79±8,65	42,82±7,85	21,62±7,46	3,78±0,67
Var	26	36,15±7,33	41,42±7,29	22,42±5,38	3,33±0,55
p		0,358	0,575	0,420	0,001
Doğumla ilgili olumsuz öyküsü olan yakın varlığı					
Yok	39	36,46±8,62	40,72±7,24	20,92±6,49	3,55±0,63
Var	21	38,24±7,03	45±7,58	23,9±6,5	3,66±0,72
p		0,525	0,055	0,098	0,792
Doğum ile ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi alma durumu					
Almamış	34	36,21±8,71	42,09±7,37	22,5±7,25	3,65±0,78
Almış	26	38,23±7,19	42,38±7,99	21,27±5,71	3,5±0,45
p		0,303	0,869	0,540	0,268
Travayda geçen süre (saat)					
≤5	29	36,79±8,23	41,41±6,22	21,76±6,66	3,64±0,59
>5	31	37,35±8,07	42,97±8,7	22,16±6,64	3,54±0,72
p		0,953	0,553	0,894	0,689
Epizyotomi varlığı					
Yok	7	43±5,94	42,14±8,93	25,29±7,09	3,23±0,68
Var	53	36,3±8,04	42,23±7,48	21,53±6,48	3,63±0,65
p		0,038	0,839	0,125	0,186

Independent Samples T test

Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizinde bu soruya “sancılı” yanıtını veren hastaların STAI 2 ölçeğinden anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir (43,19±7,78 ve 38,33±5,38; p=0,046). Diğer yanıtlar ve ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 17).

Tablo 4.17: Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizi

“Doğum sizce nasıl bir eylem?”, Ort±SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Zor					
Hayır	31	37,35±7,25	40,74±7,22	23±6,21	3,56±0,68
Evet	29	36,79±9,01	43,79±7,76	20,86±6,93	3,61±0,64
p		0,959	0,144	0,187	0,558
Sancılı					
Hayır	48	37,25±8,24	43,19±7,78	21,27±6,29	3,59±0,63
Evet	12	36,42±7,73	38,33±5,38	24,75±7,36	3,56±0,8
p		0,598	0,046	0,105	0,774
Heyecanlı					
Hayır	54	37,17±8,18	42,54±7,23	21,78±6,63	3,59±0,69
Evet	6	36,33±7,84	39,33±10,6	23,67±6,62	3,52±0,18
p		0,914	0,508	0,462	0,914
Korkunç					
Hayır	55	37,25±7,94	42,24±7,57	22,31±6,73	3,61±0,68
Evet	5	35,2±10,4	42±8,57	18,2±3,42	3,36±0,27
p		0,678	0,979	0,145	0,320
Belirsiz					
Hayır	51	37,31±8,13	42,35±7,55	21,2±6,15	3,56±0,57
Evet	9	35,78±8,17	41,44±8,16	26,33±7,7	3,71±1,06
p		0,634	0,748	0,052	0,975
Güzel					
Hayır	31	37,65±8,92	43,61±7,9	20,48±6,3	3,6±0,67
Evet	29	36,48±7,18	40,72±7,06	23,55±6,65	3,57±0,66
p		0,505	0,170	0,076	0,563

Independent Samples T test

Doğum sonrası STAI 1 ölçeğinden alınan puanların ortalaması doğumdan sonra 5.dk'da bebeğinin APGAR skoru 9 ve altında olan hastalarda 9'un üzerinde olan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (32,64±6,27 ve 38,08±8,16; p=0,023). Bunun dışında doğum sonrası diğer özellikler ve doğum sonrası ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 4.18: Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların doğum sonrası özelliklere göre analizi

Değişkenler, Ort±SS	n	STAI 1	STAI 2	Oxford- endişe	Travay- anksiyete
Doğumdan sonra bebeğin 1.dk APGAR skoru					
≤7	27	37,67±7,51	42,04±8,17	23,07±6,29	3,76±0,7
>7	33	36,61±8,61	42,36±7,18	21,06±6,81	3,44±0,59
p		0,721	0,864	0,200	0,077
Doğumdan sonra bebeğin 5.dk APGAR skoru					
≤9	11	32,64±6,27	38,91±7,69	22±6,18	3,82±0,69
>9	49	38,08±8,16	42,96±7,43	21,96±6,75	3,53±0,65
p		0,023	0,138	0,774	0,324
Maternal komplikasyon					
Yok	54	37,22±8,44	42,17±7,44	21,76±6,75	3,55±0,65
Var	6	35,83±3,6	42,67±9,54	23,83±5,12	3,95±0,71
p		0,572	0,876	0,419	0,193
Fetal komplikasyon					
Almamış	58	37,02±8,16	42,1±7,68	22±6,69	3,59±0,67
Almış	2	39±7,07	45,5±2,12	21±4,24	3,55±0,35
p		0,854	0,429	0,886	0,983
Bebek ağırlığı (gram)					
≤3200	23	38,09±7,92	40,13±7,26	21,83±6,26	3,48±0,53
>3200	37	36,46±8,23	43,51±7,58	22,05±6,88	3,65±0,73
p		0,484	0,089	0,837	0,604

Independent Samples T test

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Gebelik anksiyetesi ile ilgili yapılan çalışmalarda, gebelerin önemli bir kısmının anksiyete sorunuyla karşılaştığı gösterilmiştir. Heron ve arkadaşlarının 2004 yılında geniş bir gebe grubu üzerinde yaptıkları bir çalışma sonucunda, gebelerin %21'inde klinik olarak önemli düzeyde anksiyete semptomları saptandığını, bu grubun %64'ünde de klinik anksiyetenin postnatal dönemde de devam ettiğini bildirmişlerdir (97). Yapılan birçok prospektif çalışmada, gebelikte anksiyete düzeyinin yüksek olmasının, postpartum depresyon gelişimi yönünden en önemli risk faktörü olduğu gösterilmiştir (98). Bu sebeple gebelikte saptanan anksiyete bozukluğu doğum korkusunu arttırabilir ve doğum sonrası depresyonuna öncülük edebilir.

2018 yılında Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre gebe okullarında doğuma hazırlık eğitimi alanların anksiyete düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (99). 2022 yılında doğum korkusu ile başetme yöntemleri konusunda yapılan lisansüstü tezler incelenerek yapılan bir metaanalizin sonucunda incelenen tezlerdeki doğum korkusuna yönelik tüm girişimlerin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (100).

Çalışmamızda gebelere latent travay esnasında hızlı bir şekilde eğitim verilmesinin de anksiyete düzeyini azaltıp azaltmayacağı araştırılmıştır. Anksiyete düzeyi, doğum öncesi latent travay fazında iken ve postpartum 1.gün içerisinde uygulanan anksiyete ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Literatürün aksine çalışmamızda yapılan analizler sonucunda doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden

alınan puanların ortalamasına göre eğitim videosu izleyen grupta, eğitim videosu izlemeyen gruba göre anksiyete düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu durumun, hasta sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bununla birlikte diğer üç ölçekten alınan puanlarda gruplar arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

2019 yılında İstanbul Medipol Üniversitesinde yapılan doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete düzeyine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada anksiyete ölçekleri gebelere; travay esnasında, postpartum 1. günde ve postpartum 6. haftada uygulanmıştır. Gebe eğitim almış olsa da aktif travay esnasında anksiyete düzeyleri yüksek olarak saptanmıştır (101).

Yani travay esnasında anksiyete düzeyleri zaten yüksek olan gebelere eğitim videosu izletilmesi, anksiyete durumunu daha da artırmış olabilir. Yine de doğru sonuç için daha fazla hasta üzerinde çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Gebe okulunda verilen eğitimler gebelik, doğum, temel bebek bakım becerileri hakkında bilgi sağlarken, gebelik ve postpartum erken dönemde, doğum korkusu başta olmak üzere maternal psiko-sosyal sağlıkla ilgili bilgi aktarımı yetersiz kalmaktadır. Psiko-eğitime dayalı müdahaleler, gebeye sağlık durumu ve tedavisiyle ilgili bilgi sağlamanın yanı sıra, sorun çıktığında başa çıkma mekanizmalarını uygulayabilmeyi ve davranışsal uyumu güçlendirmeyi teşvik etmeye odaklanmaktadır (102). Maternal psiko-eğitim, gebelere bilgi sağlamanın yanı sıra gebenin perinatal dönemde karşılaşabileceği psikososyal sorunlara yönelik farkındalığını arttırarak bireyin davranışlarını ve tutumlarını değiştirmeyi hedeflemektedir (103). Yapılan çalışmalarda gebelik ve doğum sürecinde verilen psiko-eğitim uygulamalarının, maternal psiko-sosyal sağlığı arttırdığı, postpartum depresyonu ise azalttığı saptanmıştır (104,105). Çalışmamızda kullandığımız video eğitimin de daha çok normal doğumla ilgili bilgi aktarımından oluştuğunu göz önünde bulundurduğumuzda anksiyete düzeyini azaltmak için bilgi aktarımından çok, eğitimin psikolojik yönünün güçlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızın bir diğer sonucu ise her iki grupta da STAI 1 ölçeğine göre doğum sonrası anksiyete düzeylerinin, doğum öncesine göre azaldığının

saptanmasıdır. Bu durum; travay esnasında sancılı, korkulu ve endişeli olan gebenin doğum sonrasında rahatlamış, ağrılarından kurtulmuş, bebeğine kavuşmuş olması ile açıklanabilir.

Doğum öncesi STAI 1 ölçeğinden alınan ortalama puan herhangi bir kronik hastalığa bağlı ilaç kullanımı olmayan hastalarda, herhangi bir kronik hastalığa bağlı ilaç kullanımı olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak hasta sayısına bakıldığında toplam 60 hastanın sadece 4 ünün kronik bir hastalığa bağlı ilaç kullanımı olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu bulgu anlamlı değildir.

Doğum öncesi ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizinde bu soruya “korkunç” yanıtını veren hastaların Oxford doğum endişesi ölçeğinden anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları yani endişe düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Açık uçlu bu soruya verilen yanıt ile anksiyete ölçek puanlarının tutarlı olması, anksiyete ölçeklerimizin düzgün bir şekilde uygulanabildiğini göstermektedir.

Doğum sonrası ölçeklerden alınan puanların “Doğum sizce nasıl bir eylem?” sorusuna verilen yanıtlara göre analizinde bu soruya “sancılı” yanıtını veren hastaların STAI 2 ölçeğinden anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir. Bu da travay esnasında daha çok ağrı hissedilen hastaların, doğum sonrası ağrıdan kurtulup rahatladıklarında anksiyetelerinin de azaldığını göstermektedir.

Çalışmamızın ilginç bir sonucu da şudur ki; Doğum sonrası travaydaki gebenin anksiyete durumunu değerlendirme ölçeğinden alınan puanların ortalaması doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakını olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur yani doğumla ilgili olumlu öyküsü olan yakın varlığında hastaların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin, doğumla ilgili olumlu öyküler dinleyen hastanın beklentisinin yüksek olması ve beklentisinin karşılanmaması durumunda anksiyete düzeyinin artmış olabileceği düşünülmüştür.

5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER

Analizlerimize göre daha önce doğumla ilgili eğitim almış olma oranı kontrol grubunda %10 vaka grubunda %13,3 olmak üzere oldukça düşüktür. Yani hastaların çoğu doğum için hastaneye yatırıldıklarında başlarına ne geleceği, onları nasıl bir sürecin beklediği konusunda bilinçsizdir. Daha önce eğitim almış olsalar dahi, uterin kontraksiyonların başlaması, sancı hissi, hastaların anksiyetesini artırmaktadır. Video ile eğitim verilmesi de bu anksiyeteyi azaltmakta etkili olamamıştır. Çünkü, gebe eğitim almış olsa da, doğum kontraksiyonları ile doğumhaneye ilk kez geliyor olması, ortamda karşılaştığı kişilerin kendisine yabancı olması, neokorteksi uyaracak şekilde medikal malzeme, fazla cihaz görselleri ve gürültü bir ortamın mevcut olması, gebede refleks anksiyete ve korku hissinin devreye girmesine sebep olmaktadır. Bunu önlemek için gebenin, kendisine doğum yaptıracak olan doktor ve ebeler ile daha önceden tanışması, doğumhane ortamını gezmesi, karşılıklı güven oluşması bakımından faydalı olacaktır.

Travaya yatırılan gebeler, anksiyetenin en yoğun hissedildiği dönemde olduklarından verilen video eğitim faydasını gösterememiş olabilir. Önerimiz, gebelerin daha erken dönemlerde eğitim için gebe okullarına yönlendirilmesi, doğum öncesi ise doğumhane ziyaretleri ile ortama adapte olmalarının kolaylaştırılmasıdır.

Kaynaklar

1. Yenal K, Okumuş H, sevil Ü (2010). Web ortamında interaktif-antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3 (1), 9 - 14.
2. Işık M. (2010). *Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma*, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana.
3. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry; 3 (1):67-99.
4. Karataş T, Mete S (2012). Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5 (2), 47 - 52.
5. Tunç S. (2005). *Gebelik ve Cinsel Doyum*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
6. Lazoğlu, M. (2014), "*Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Özyeterlilik Algısının Karşılaştırılması*". Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
7. Gözüyeşil, Y.E., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008), "Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi." Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3 (9): 40-62.
8. Gözükar, A. G. F., Eroğlu K. (2008), "İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler." Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 15 (1): 032-046.

9. Kitapçıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D., (2008). "Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması". Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 9 (1): 47-54.
10. Korukcu, O., Kukulu, K., & Firat, M. Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. Journal of psychiatric and mental health nursing, 19 (3), 193–202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x>
11. Taşkın, L. (2016), "Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği", Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
12. Arslan, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta.
13. Fenkçi IV. Maternal Fizyoloji. Çiçek MN, Ed. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Öncü Basımevi, Ankara, 2004; 161-9.
14. Taşkın L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
15. "Gebelik ve Fetüs Fizyolojisi" (2012), Milli Eğitim Bakanlığı Ankara. Er Tar: 03.05.2018 http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Gebelik%20Ve%20Fet
16. Katz, VL. (2010). Prenatal Bakım. In: Danforth's Obstetric ve Jinekoloji. Eds: Gibbs SR, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul
17. Şirin A. (2008). Kadın Sağlığı, 1.Baskı. İstanbul, Berday Yayıncılık 2008: 460-461.
18. Kafkaslı, A. (2007). Annenin Gebeliğe Uyumu. İçinde: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Çiçek MN ve Mungan MT. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

19. Büyükbayrak, E.E. (2016), "Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği X. Ulusal Kongresi" 27-30Ekim. İstanbul. tmfte.org/webkontrol/uploads/files/esraesinbuyukbayrak2016sunum.pdf
20. Virit O, Akbaş E, Savaş H. A, Sertbaş G, Kandemir H (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45 (1), 9 - 13.
21. Birol, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
22. Kızılırmak, A., Başer M. (2016), "The Effect of Education Given to Primigravida Women on Fear of Childbirth." *Applied Nursing Research* 29: 19-24.
23. Şahsıvar, M. Ş. (2007), "*Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi* ", Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. Konya.
24. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 243 - 251.
25. Priest, S. R., Henderson, J., Evans, S. F., & Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *The Medical journal of Australia*, 178 (11), 542-545. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05355.x>
26. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1), 113 - 121.
27. Doğum eyleminin fizyolojisi-Williams obstetrik bölüm 21,sayfa 408-429
28. Yiğit, F, Ekşi Z, Can Gürkan Ö, Arslan H. (2005).Intrapartum Dönemde Primipar Kadınların Yaşadıkları Deneyimlerin Kalitatif Olarak İncelenmesi.*Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*

29. Highsmith, S. (2006). Primiparas' Expectations of Childbirth: The Impact. *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*, 21, 2.
30. Callister L. C. (2004). Making meaning: women's birth narratives. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 33 (4), 508–518. <https://doi.org/10.1177/0884217504266898>
31. 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 and gynaecology*, 113 (6), 638–646. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x>
32. Aslan, Ş. & Okumuş, F. (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4 (1), 32-40. DOI: 10.17681/hsp.287497
33. Akyol A, Yağci Ş. G, Tekirdağ A. İ (2011). Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi*, 3 (2), 55 - 63.
34. Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85 (1), 56–62. <https://doi.org/10.1080/00016340500334844>
35. Güngör, İ., Gökyıldız, Ş., Nahcıvan, N.Ö. (2004), "Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar." *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 13 (53): 185-198.
36. Şahin, N. H., Dinç, D.M. (2009), "Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler." *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 40 (2): 57-62.
37. Aksoy, A. N. (2016), "Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi." *ODÜ Tıp Dergisi* 2 (3).
38. Ganong, WF. (2002), "Tıbbi Fizyoloji " Çeviren: Ateş N. 20. Baskı Anka. Nobel Tıp Kitabevi. 248-252

39. Serçekuş P (2011). Doğum korkusuna müdahale: HypnoBirthing. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 10 (2), 239 - 242.
40. Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 176, 83-85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>
41. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics 2008; 10 (1): 9
42. Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. Postgraduate medical journal, 79 (935), 505-510. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.935.505>
43. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology 2013; 1 (1): 1-18
44. Demirsoy, G., Aksu, H. (2015), "Doğum Korkusunun Nedenleri ve Başetme". KAHED. 2 (2) 36-45.
45. Uçar, T. & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. Annals of Health Sciences Research, 4 (2), 54-58. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/annhealthscires/issue/65343/1006808>
46. Karabulutlu, Ö. (2012), "Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler." İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 20 (3): 210-218.
47. Şen, A., Tokat, A. (2015), "The Effect of Fear Experienced During Vaginal Birth on Lactation, The Baby's Sucking Behavior and First Breastfeeding 2 nd European Congress on IntrapartumCare Kongre Kitabı" Portekiz. 13; 21-23 Mayıs.
48. Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. Midwifery, 26 (4), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>

49. Daştan, B. N., Deniz N., Şahin, B. (2015), " Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi." *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6 (2):71-78
50. Çiçek, Ö., Mete S. (2015), "Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu." *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8 (4).
51. Dönmez S.,Yeniçel, Ö.A., Kavlak O. (2014), "Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3 (3): 908-920.
52. Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., Budak, B. (2013), "Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi." *Selçuk Tıp Derg.* 29 (4): 165-167.
53. Gönenç, I. M. (2013), "*Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressürün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi.*" Doktora Tezi. Ankara.
54. Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 119 (10), 1238–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>
55. Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., & Josefsson, A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92 (2), 210–214. <https://doi.org/10.1111/aogs.12034>
56. Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 108 (5), 492–498. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x>

57. Karakaplan, S. (2007), "*Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri.*" Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
58. Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N. & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 36 (3), 184-190. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/dicletip/issue/4693/63986>
59. Terzioğlu F. (2005). Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık
60. Coşkun A, Karanisoğlu H. (1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Seçim, H. (ed). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
61. Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J., Kahalle, S., & Zugaib, M. (2008). Maternity "blues": prevalence and risk factors. The Spanish journal of psychology, 11 (2), 593–599.
62. Chung, S. S., Yoo, I. Y., & Joung, K. H. (2013). Post-partum blues among Korean mothers: a structural equation modelling approach. International journal of mental health nursing, 22 (4), 359–367. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00880.x>
63. Özmen, A. (2006). *Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesine Basvuran Gebelerin Empatik İletişim Açısından Sağlık Personelinden Beklentileri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
64. Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. Obstetrics and gynecology, 94 (5 Pt 1), 679–682. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00413-5](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00413-5)
65. Öztürk M.O. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, 1. Cilt, Ankara, 337-428.

66. Zeytin, M. A. (2012). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
67. Meltzer-Brody S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13 (1), 89–100. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/smbrody>
68. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri-J Med Sci*, 28:525-532.
69. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26 (4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
70. Karamustafalıoğlu, N., ve Tomruk, N. (2000). Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*, 2 (2), 64-71.
71. Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *The Canadian nurse*, 102 (9), 26–30.
72. Appleby, L., Mortensen, P. B., & Faragher, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 173, 209–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.3.209>
73. Sharma V. (2006). A cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. *Bipolar disorders*, 8 (4), 411–414. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00336.x>
74. Oates M. (2003). Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British medical bulletin*, 67, 219–229. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg011>
75. Kadayıfçı O, Coşar ÇF. (2013). *Lamaze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık*. 1. Basım. Cross Basım ve Yayıncılık: İstanbul.
76. Rathfisch G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul

77. Humenick SS. (2004). Childbirth and Perinatal Education. In: Maternity & Women's Health Care. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE. 8 ed. Mosby: Philadelphia: USA.
78. Şeker, S., & Sevil, Ü. (2015). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi.
79. Altuntuğ, K., Okumuş, H., ve Özdengül, F. (2015). Doğuma Hazırlık Sınıfı: Mevlana Felsefesi ve "Hypnobirthing" Sentezi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 1 (1), 60-64.
80. Bayram, G. O., ve Şahin, N. H. (2010). Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 7 (3), 36-42.
81. Stoll, K. H., & Hall, W. (2012). Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: is there a connection?. The Journal of perinatal education, 21 (4), 229-237. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.229>
82. Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN, 37 (1), 94-105. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>
83. Üstünsöz A, Güngör S. Antenatal eğitimin dünü ve bugünü: Kadayıfçı O (Ed) Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri, Türkiye;2005;7-20
84. <http://www.bradleybirth.com/>
85. Serçekuş, P., & Yenal, K. (2015). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Türkiye'deki Gelişimi.
86. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi, 2014
87. Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery, 34, 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>

88. Mete S, Çiçek Ö, Tokat MA, Çamlıbel M, Uludağ E. (2017). The effect of childbirth preparation classes on fear of childbirth, birth preference and preparation of labor. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*. 9 (3): 201-206
89. Mete S. (2008). Doğum Öncesi Eğitim. In: Kadın Sağlığı. edit. Şirin A. Edit. Yard. Kavlak, O. 1. Baskı. İzmir. Bedray Basım Yayıncılık.
90. Buran G. (2015). Doğum öncesi hazırlık kursu örneği: deneyimler ve sonuçları:2013-2015. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis NursSpecial Topics*. 1 (1): 25-32.
91. Navaee, M., & Abedian, Z. (2015). Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20 (1), 40-46.
92. Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S., & Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-126>
93. Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., & Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of health psychology*, 17 (4), 520-534. <https://doi.org/10.1177/1359105311421050>
94. Salomonsson, B., Berterö, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 42 (2), 191-202. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12024>
95. Sarpkaya Güder, D. (2018), *Primipar kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusuna ve sonuçlarına etkisi*, Yayınlanmamış doktora tezi. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Endüstrisi, Lefkoşe.
96. Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small

- classes on obstetric and psycho-social outcomes - a systematic review. *Systematic reviews*, 4, 20. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0010-x>
97. Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80 (1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
98. Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108 (1-2), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
99. Aydın Kartal, Y. & Karaman, T. (2018). Effect of birth preperation training on prenatal attachment and depression. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49 (1), 85-91. DOI: 10.16948/zktipb.321210
100. Çiftçi, A., Karakuş, Ö., Kumral, A., Zararsız, A. & Bay, F. (2022). Türkiye’de Doğum Korkusu ile Başetme Yöntemleri Konusunda Yapılan Lisansüstü Tezler Üzerine Sistematik İnceleme. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (1), 43-57. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktokusbd/issue/69608/1069488>
101. Çalışkan, E. (2019). Doğuma hazırlık eğitiminin perinatal anksiyete düzeyi, doğum korkusu ve bağlanmaya etkisi. *İstanbul Medipol Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
102. Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 96 (1-3), 232–245. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022>
103. Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011 (6), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>

104. Gao, L. L., Chan, S. W., & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49 (3), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010>
105. Ngai, F. W., Chan, S. W., & Ip, W. Y. (2009). The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *International journal of nursing studies*, 46 (10), 1298–1306. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.007>

EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU				
SAYI:		Tarih: 27.10.2021		
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Gebelere doğum esnasında verilen video eğitiminin, doğum anksiyetesine ve postpartum sonuçlara olan etkisinin araştırılması		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:			
	TELEFON			
	FAKS			
	E-POSTA			
BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Abdülkadir Turgut- Uzm Dr. Ergül Demirçivi Bör- Dr. Salise Mesude Koldaş		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlensel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma	☒			
Retrospektif	☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	OLGU RAPOR FORMU			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0544	Tarih: 27.10.2021	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI: _____ Tarih: 27.10.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelere doğum esnasında verilen video eğitiminin, doğum anksiyetesine ve postpartum sonuçlara olan etkisinin araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
-----------------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Öröloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☐	H ☒	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: _____

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi



Gülgün Durat
mesude uzun

23.08.2021



travay ölçeğimiz (1).doc
DOC - 46 KB



22266-82232-1-PB-SAUDİ (1).pdf
PDF - 389 KB

2 ek (435 KB)

Merhaba,

Ölçek ektedir. Çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

mesude uzun < >, 23 Ağu 2021 Pzt, 11:59 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba,

Ben Asistan Doktor Salise Mesude Koldaş, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde çalışmaktayım.

Asistanlık bitirme tezimde doğum korkusu ile ilgili anket kullanacağım. Araştırma yaparken sizin çalışmanız ilgimi çekti. Anketin orjinalini paylaşmanız mümkün müdür?

İzniniz olursa çalışmamda anketinizi kullanabilir miyim?

Cevabınız için şimdiden teşekkür ederim.

İyi Çalışmalar...

--

Doç. Dr. Gülgün DURAT

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Ynt: Ölçek İzni



yasemin erkal

23.08.2021



Oxford Doğum Endişesi Ölçeği.pdf
PDF - 792 KB



OXFORD DOĞUM ENDİŞESİ ÖLÇEĞİ-Kullanma İzni.docx
DOCX - 14 KB



📎 3 ek (954 KB)

Sayın Koldaş,
Tatilde olduğum için mailden yönlendiriyorum. Ekte ölçekle ilgili makaleleri ve kullanım yönergelerini gönderiyorum.
Kolaylıkları dilerim.
Saygılarımla...

Dr. Yasemin ERKAL AKSOY
Selcuk University Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery

