



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ADÖLESAN GEBELER İLE YETİŞKİN GEBELERİN
DOĞUM KORKUSU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melek KAYIR

Danışman: Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK

TOKAT- 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK danışmanlığında hazırlamış olduğum “Adölesan Gebeler ile Yetişkin Gebelerin Doğum Korkusu ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması ” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

17/07/2024

Melek KAYIR

İmza

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Melek KAYIR tarafından hazırlanan “**Adölesan Gebeler ile Yetişkin Gebelerin Doğum Korkusu ve Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 17.07.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda isimleri verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan) : Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

.....

Üye : Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK

.....

Üye : Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY

.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez süresince, değerli bilgisini ve deneyimini paylaştan, her aşamada sabırla beni destekleyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK hocama,

Tez savunma sınavımda yer alan, lisans ve yüksek lisans eğitimimde, her konuda bilgi ve deneyimleri ile mesleki anlamda gelişmemde katkısı olan değerli Sayın Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN hocama,

Tezimin değerlendirilmesinde akademik katkılarından dolayı tez savunma sınavımda yer alan Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY hocama,

Tez istatistikleri ve değerlendirmeleri aşamasında değerli bilgi, deneyim ve düşünceleri ile katkı sağlayan Doç. Dr. Aygöl KISSAL ve Doç. Dr. Ayla GÜNAL hocalarıma,

Tez aşamasında tecrübe ve deneyimleri ile destekte bulunan Arş. Gör. Yasemin YÜCEL hocama,

Eğitim hayatı boyunca desteklerini benden esirgemeyen ve bugünlere gelmemde emeği olan aileme,

Her an yanımda olan, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen en büyük destekçim kıymetli eşim Öğr. Gör. Ömer KAYIR'a ve varlığıyla beni her daim daha güçlü tutan kızım Ebrar KAYIR'a

İçtenlikle teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

ÖZET

ADÖLESAN GEBELER İLE YETİŞKİN GEBELERİN DOĞUM KORKUSU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Melek KAYIR

Yüksek Lisans, Ebelik Ana Bilim Dalı,

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK

17 Temmuz 2024, xv + 162 sayfa

Amaç: Bu araştırma, adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeylerini karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki (01 Eylül 2018-31 Kasım 2018) araştırmanın evrenini, Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklemi ise 15-19 yaş arasındaki adölesan gebeler ve 20-35 yaş arasındaki yetişkin gebeler oluşturmaktadır. Araştırmada; dâhil edilme kriterlerini sağlayan, gebelikte risk durumu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya katılmaya engel olacak bir hastalık bulundurmayan, Türkçe okuma ve anlama kapasitesine sahip olan, 3. trimesterde, 62 adölesan ve 62 yetişkin gebe yer almıştır. Her iki gruptaki gebelerde bu çalışma için araştırmacı tarafından hazırlanmış olan “Tanıtıcı Bilgi Formu” kullanılmıştır. Gebelerin fiziksel özellikleri, sosyodemografik özellikleri ve obstetrik özelliklerine ait verileri içeren tanıtıcı bilgi formunun doldurulmasından sonra gebelerin doğum korku düzeylerini tespit etmek için “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği” kullanılmıştır. Gebelerdeki kaygı düzeyini belirlemek için de “Beck Anksiyete Ölçeği” kullanılmıştır. Form ve anketler yüz-yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Verilerin analizinde ‘SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0’ yazılım programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Adölesan ve yetişkin gebeler arasında yaş, gebelik öncesi ve gebelikteki vücut ağırlığı gibi fiziksel özellikler ile; eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi ve ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler ve bazı obstetrik özellikler (gebelik haftası, önceki gebeliklerde düşük yapmış olma ve gebeliğin planlı olması)

açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gebelere uygulanan Wijma-A Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği puanlarının toplam ortalaması $49,88\pm22,53$ olarak hesaplanmış ve gebelerin doğum korkusunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Wijma-A toplam puan ortalaması adölesan gebelerde $50,73\pm21,33$ ve yetişkin gebelerde $49,03\pm23,82$ olup, grupların doğum korkusu açısından benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda gebelerin doğum korkusu düzeylerinin dağılımlarına bakıldığında adölesan olan gebelerin %25,8'inin düşük, %54,8'inin orta, %16,1'inin ağır, %3,2'sinin klinik düzeyde; yetişkin olan gebelerin ise %33,9'unun düşük, %44,5'inin orta, %14,5'inin ağır ve %8,1'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Adölesan ve yetişkin gebelere uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının toplam ortalaması ise $10,61\pm8,01$ olup, gebelerin hafif düzeyde kaygıya sahip oldukları görülmüştür. Kaygı düzeyi puan ortalaması adölesan gebelerde $10,90\pm8,82$ ve yetişkin gebelerde $10,30\pm7,17$ 'dir. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanlarının yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda, doğum korkusu ile kaygı düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Adölesan ve yetişkin gebelerin; fiziksel özellikler ile bazı sosyodemografik ve obsterik özellikler açısından farklı olmalarına rağmen; korku düzeyleri benzer bulunmuş ve orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Gebelere uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği sonuçları incelendiğinde, gebelerin hafif düzeyde kaygıya sahip oldukları, adölesan ve yetişkin gebe grupları arasında kaygı düzeyi açısından anlamlı farklılık olmadığı ve doğum korkusu ve kaygı düzeyinin pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Gebelerin orta düzeyde doğum korkusu yaşadıkları göz önünde bulundurulduğunda; doğum korkusunun azaltılması ve doğum sürecinin daha olumlu ilerleyebilmesi için başta ebeler olmak üzere deneyimli sağlık personelleri tarafından gerekli eğitimlerin düzenlenerek bilgilendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Gebe, Yetişkin Gebe, Doğum Korkusu, Kaygı, Ebe.

ABSTRACT**COMPARISON OF THE FEAR OF CHILDBIRTH AND ANXIETY LEVELS
ADOLESCENT AND ADULT PREGNANT WOMEN**

Melek KAYIR

Master's Thesis, Midwifery Department

Advisor: Prof.Dr. Funda DEMİRTÜRK

17 July 2024, xv + 162 pages

Objective: This research was planned to compare the fear of childbirth and anxiety levels of adolescent pregnant women and adult pregnant women.

Materials and Methods:

The population of this descriptive and cross-sectional study (September 1, 2018 - November 31, 2018) consisted of pregnant women who applied to the Gynecology and Obstetrics Polyclinic at Çorum Hitit University Erol Olçok Training and Research Hospital. The sample consists of pregnant adolescents between the ages of 15-19 and adult pregnant women between the ages of 20-35. In the research, there were 62 adolescent and 62 adult pregnant women who met the inclusion criteria, had no risk during pregnancy, agreed to participate in the study, did not have a disease that would prevent participation in the study, had the capacity to read and understand Turkish, and were in the 3rd trimester. The "Introductory Information Form" prepared by the researcher for this study was used in both groups. After filling out the form, which included data on the pregnant women's physical characteristics, sociodemographic characteristics and obstetric characteristics, the "Wijma Birth Expectation/Experience Version A Scale" was used to determine the birth fear levels of the pregnant women. "Beck Anxiety Scale" was used to determine the level of anxiety in pregnant women. The forms and surveys were filled out by face-to-face interview method. 'SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0' software program was used to analyze the data. Statistical significance level was taken as $p<0.05$.

Findings: Physical characteristics such as age, pre-pregnancy and pregnancy body weight; sociodemographic characteristics such as education level, employment status, family type and economic status, and some obstetric characteristics (gestational age, miscarriage in previous pregnancies and pregnancy success) were found to be

significantly different ($p < 0.05$). The total average of Wijma-A Birth Expectation/Experience Scale scores of pregnant women was calculated as 49.88 ± 22.53 and it was determined that the pregnant women's fear of birth was at a medium level. The mean Wijma-A total score was 50.73 ± 21.33 in adolescent pregnant women and 49.03 ± 23.82 in adult pregnant women, and the groups were found to be similar in terms of fear of birth ($p > 0.05$). The distribution of pregnant women's fear of birth levels was as following: 25.8% of adolescent pregnant women have low levels, 54.8% have moderate levels, 16.1% have severe fears, and 3.2% have clinical levels; It was determined that 33.9% of adult pregnant women had a low fear level, 44.5% had a moderate fear of birth, 14.5% had a severe fear of birth, and 8.1% had a clinical fear of birth. The total mean of the Beck Anxiety Scale scores of all pregnant women was 10.61 ± 8.01 , and it was observed that the pregnant women had mild anxiety. The anxiety level mean score was 10.90 ± 8.82 in adolescent pregnant women and 10.30 ± 7.17 in adult pregnant women. It was determined that the Beck Anxiety Scale total scores of pregnant women did not show a significant difference between age groups ($p > 0.05$). As a result of the correlation analysis, a positive relationship was found between fear of birth and anxiety level ($p < 0.05$).

Conclusion: Although adolescent and adult pregnant women are different in terms of physical characteristics, some sociodemographic and obstetric characteristics, fear of childbirth levels were found to be similar between groups and it was determined that pregnant women had moderate fear of birth. When the results of the Beck Anxiety Scale applied to pregnant women were examined, it was determined that pregnant women had mild anxiety, there was no significant difference in anxiety level between the adolescent and adult pregnant groups, and that fear of birth and anxiety level were positively correlated. Considering that pregnant women experience moderate fear of birth; it can be said that in order to reduce the fear of birth and to ensure a more positive progress in the birth process, required training should be organized by experienced health personnel, especially midwives, and emphasis should be placed on informative activities.

Keywords: Adolescent Pregnant, Adult Pregnant, Fear of Childbirth, Anxiety, Midwife.

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xv
1.GİRİŞ	1
1.1. Giriş ve Amaç	1
1.2. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Adölesan Tanımı	5
2.1.1. Erken Adölesan Dönem	7
2.1.2. Orta Adölesan Dönem	7
2.1.3. Geç Adölesan Dönem	8
2.2. Adölesan Gebelik	8
2.3. Dünya’ da ve Türkiye’ de Adölesan Gebelik Yaygınlığı	10
2.4. Adölesan Gebelik Nedenleri	13
2.5. Adölesan Gebelik Sonuçları	15
2.6. Adölesan Gebeliklerin Önlenmesi	18
2.7. Korku Tanımı.....	20
2.8. Doğum Korkusu Tanımı	21
2.9. Tokofobi	22

2.9.1 Doğum Korkusunun Sınıflandırılması.....	25
2.9.1.1. Primer Tokofobi	25
2.9.1.2. Sekonder Tokofobi	26
2.9.1.3. Prenatal Depresyona Bağlı Tokofobi.....	27
2.10. Doğum Korkusu Yaygınlığı.....	28
2.11. Doğum Korkusu Nedenleri ve İlişkili Faktörler	29
2.11.1. Biyolojik Faktörler	30
2.11.2. Psikolojik Faktörler	32
2.11.3. Sosyo-Demografik Faktörler.....	34
2.11.4. İkincil Faktörler	36
2.12. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları.....	37
2.12.1. Doğum Korkusunun Gebelik Dönemine Etkisi.....	38
2.12.2. Doğum Korkusunun Doğum Eylemi Üzerine Etkisi	40
2.12.3. Doğum Korkusunun Doğum Sonu Dönemde Etkisi	41
2.13. Doğum Korkusunun Fizyolojik Etkisi.....	41
2.14. Doğum Korkusunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	45
2.15. Kaygı Tanımı	50
2.15.1 Kaygı Türleri	50
2.15.1.1 Durumluk Kaygı	50
2.15.1.2 Sürekli Kaygı.....	51
2.16. Kaygının Nedenleri	51
2.17. Kaygının Sonuçları.....	52
2.18. Kaygının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	53
2.19. Adölesan Gebeliklerde Doğum Korkusu ve Kaygı ile Baş Etmede Sağlık Ekibi Üyeleri ve Ebelerin Rolü	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM	63

3.1. Araştırmanın Tipi	63
3.2. Araştırmanın Evreni, Yeri ve Veri Toplama	63
3.3. Araştırmanın Örneklemi	63
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	64
3.5. Veri Toplama Araçları	64
3.5.1. Değerlendirme Parametreleri	65
3.5.1.1. Olguların fiziksel özellikleri:	65
3.5.1.2. Sosyodemografik özellikler	65
3.5.1.3. Kronik hastalık durumu:	65
3.5.1.4. Gebeliğe bağlı hastalık varlığı:	65
3.5.1.5. Kontrasepsiyon:	65
3.5.1.6. Obstetrik hikâye:	65
3.5.1.7. Eş desteği:	65
3.5.1.8. Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgi Alma Durumu:	65
3.5.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu	66
3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği	67
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	68
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	69
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:	69
3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	69
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	69
4. BULGULAR	70
4.1. Olguların Fiziksel Özellikleri ile İlgili Bulgular	70
4.2. Olguların Sosyodemografik Özellikleri	71
4.3. Olguların Obstetrik Öyküleri ile İlgili Bulgular	72

4.4. Olguların Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	75
4.5. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanları	75
4.6. Olguların Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Doğum Korkusu Derecesinin Dağılımı	76
4.7. Olguların Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Ortalaması	76
4.8. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları	76
4.9. Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Anksiyete Derecesinin Gebeler Arasındaki Dağılımı	77
4.10. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	77
4.11. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Puanlarının Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	78
4.12. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	81
4.13. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	81
5. TARTIŞMA	83
5.1. Fiziksel Özellikler	83
5.1.1. Yaş	83
5.1.2. Gebelik Öncesi Vücut Ağırlığı ve Gebelikteki Vücut Ağırlığı	87
5.2. Sosyodemografik Özellikler	89
5.2.1. Evlenme Yaşı ve İlk Gebelik Yaşı	89
5.2.2. Eğitim Durumu	90
5.2.3. Çalışma Durumu	93

5.2.4. Aile Tipi	95
5.2.5. Sosyal Güvence	96
5.2.6. Ekonomik Durum	97
5.3. Obstetrik Özellikler	99
5.3.1. Gebelik Haftası.....	99
5.3.2. Yaşayan Çocuk Sayısı	101
5.3.3. Ölü Doğum Sayısı	102
5.3.4. Düşük ve Kürtaj.....	103
5.3.5. Parite Durumu	106
5.3.6. Düzenli Kontrole Gitme Durumu	107
5.3.7. Gebeliğe Bağlı Hastalık Varlığı	109
5.3.8. Gebeliğin Planlı Olması.....	110
5.3.9. Gebelik Öncesi Kontrasepsiyon Kullanımı.....	111
5.4. Gebelikte Sürekli İlaç Kullanımı Gerektiren Kronik Hastalık Varlığı...	112
5.5. Mevcut Gebelikte Eş Desteği Varlığı ile Anne ve Eşinin Bebeği İsteme Durumu	113
5.6. Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgi Alma Durumu ve Bu Bilginin Kaynağı	115
5.7. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği	118
5.8. Beck Anksiyete Ölçeği	123
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	126
KAYNAKLAR.....	131
EKLER	151
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Gebelerin Fiziksel Özellikleri	70
Tablo 4.2. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	71
Tablo 4.3. Gebelerin Obstetrik Öykülerine Ait Bulgular	73
Tablo 4.4. Gebelerin Sürekli İlaç Kullanımı Gerektiren Kronik Hastalık Varlığı, Eş Desteği, Doğum Öncesi Bilgi Alma Durumları ile Bu Bilginin Kaynağına İlişkin Bulgular	74
Tablo 4.5. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanları	75
Tablo 4.6. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Doğum Korkusu Derecesinin Dağılımı	76
Tablo 4.7. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları	77
Tablo 4.8. Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Anksiyete Derecesinin Gebeler Arasındaki Dağılımı	77
Tablo 4.9. Gebelerin Bazı Özellikler ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=124)	78
Tablo 4.10. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (n=124)	79
Tablo 4.11. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Obstetrik Öykülere Göre Farklılaşma Durumu (n=124)	80
Tablo 4.12. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki ilişki (n=124)	81
Tablo 4.13. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki ilişki	82

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1. Adölesan doğurganlık hızı	12
Şekil 2. 2. Avrupa Birliği üyesi 27 ülkenin adölesan doğurganlık hızı (Eurostat, 2020; TÜİK, 2020).....	12
Şekil 2. 3. Sezaryen ile doğum oranında değişim (1993-2018)	24
Şekil 2. 4. Doğum korkusunun birincil ve ikincil tokofobi ile ilişkisi (Yastı, 2020).	28
Şekil 2. 5. Limbik sistemin yapıları (Uzbay, 2002).....	42
Şekil 2. 6. Amigdala ve hipokampus arasındaki stres yolu (Körükçü, 2009)	43



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACTH	: Adrenokortkotropik Hormon
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDTY	: Bilişsel Davranış Terapi Yöntemi
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
cm	: Santimetre
ÇEZE	: Çocuk Yaşta Erken Evlilikler
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
DÖE	: Doğum Öncesi Eğitim
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGÖ-DKÖ	: Erkek Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği
F	: Anova Testi
GABA	: Gamma-Aminobutirik Asit
ICM	: Uluslar Arası Ebelik Konfederasyonu
kg	: Kilogram
KGÖ-DKÖ	: Kadın Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği
maks	: Maksimum
min	: Minimum
n	: Sayı
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık Düzeyi
r	: Pearson Korelasyon Kat Sayısı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
t	: Bağımsız Gruplar T-Testi
TACESE	: Türkiye Anne Çocuk Ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
TDK	: Türk Dil Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim Ve Kültür Örgütü
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VAS	: Vizual Analog Skala
W-DEQ A	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği
x²	: Ki-Kare Testi
%	: Yüzde
>	: Büyük
<	: Küçük
±	: Standart Sapma

1.GİRİŞ

1.1. Giriş ve Amaç

Gebelik, kadının yaşamında bir dönüm noktası olmakla beraber oldukça stresli bir dönem olarak da kabul edilmektedir. Gebelik süresince kadınlar fizyolojik ve psikolojik açıdan birtakım değişikliklere uyum göstererek, doğuma ve ebeveynliğe hazırlanmaktadırlar. Özellikle ilk kez gebelik yaşayan kadınlarda doğum eylemi korku ve heyecana yol açmaktadır. Kabul edilebilir seviyedeki korkunun kadının doğuma hazırlanmasında yardım sağlayabileceği belirtilmektedir (Bakshi ve ark., 2008; Scollato & Lampasona, 2013). Fakat doğum korkusu doğumdan önceki zaman diliminde meydana gelir veya bu korkunun şiddeti yüksek düzeylere ulaşırsa bu durum “tokofobi” olarak tanımlanmaktadır (Hofberg & Ward, 2004; Scollato & Lampasona, 2013).

Doğum korkusunu pek çok faktör etkileyebilmekte ve bu faktörler biyolojik (doğum ağrısı), sosyal (sosyal destek sistemlerinde eksiklik, ekonomik sebepler), psikolojik (kişilikle ilgili özellikler, önceden yaşanmış travmatik olaylar, ebeveyn olmak) veya ikincil (daha önceki doğum deneyimi) faktörler şeklinde sıralanmaktadır (Saisto & Halmesmäki, 2003). Bunlara ilaveten kadının daha önceden yaşamış olduğu psikolojik rahatsızlık veya gün içerisinde büyük bir etki yaratan stres kaynağı da doğum korkusunun meydana gelmesine sebep olabilmektedir (Mete ve ark., 2016).

Doğum korkusu doğuma ait komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Korku ve endişe durumunda artan adrenalin, doğum eyleminde uzamaya ve ayrıca eylemin durmasına sebep olmaktadır (Scollato & Lampasona, 2013). Doğum eyleminde meydana gelen uzama gebede doğum korkusunun daha da artmasına yol açmaktadır. Doğum korkusunu artıran, doğumun eyleminin yönetiminde zorluklara neden olan, klinik olarak karar vermeyi etkileyen bir başka problem ise doğum sürecinde görevli sağlık profesyonelleri ve gebe arasında yaşanan iletişim problemleridir (Adams ve ark., 2012). Ayrıca doğum korkusu, kaygı düzeyi yüksek olan gebelerde daha fazla kanamaya da yol açabilmektedir (Scollato & Lampasona, 2013).

Doğum süreci içerisindeki verilen bakımların gelişmesiyle birlikte günümüzde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerin nispeten daha az komplikasyon ile

tamamlanmasına rağmen bilinmezlik nedeniyle birçok kadın bu süreçlerde korku yaşayabilmektedir. Doğum korkusunun istenmeyen sonuçlara yol açması ve bu sonuçların ortadan kaldırılması amacıyla konuya ilişkin olarak pek çok araştırma yapılmıştır (Fenwick ve ark., 2009; Rouhe ve ark., 2009; Størksen ve ark., 2013).

Gebelik ve doğum sürecinde eşinden yeteri kadar destek görmeyen kadınlarda (Saisto ve ark., 2001), çocukluk döneminde yaşanmış olan cinsel taciz öyküsü bulunan bireylerde, sosyoekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olanlarda ve genç kadınlarda doğum korkusunun daha sık meydana geldiği de rapor edilmektedir (Hildingsson ve ark., 2002; Waldenström ve ark., 2006).

Sağlık açısından ideal olan, 20-35 yaş arası gebeliklerdir. Ancak istemeyen bir durum olmasına rağmen adölesan gebelik oranı da oldukça fazladır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, 10-19 yaşlar arasındaki süreçler adölesan dönem olarak kabul edilmekte olup genellikle bu dönemde gebelik yaşayan kızları da adölesan gebe olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 1998).

Adölesan bireylerin dünya nüfusunun altıda birini (1,2 milyar) oluşturduğu ve bu bireylerin %83'ünün gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmektedir (DSÖ, 2020). Adölesan gebelikler gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde önemli sağlık sorunları içerisinde yer almaktadır. Tüm dünyadaki doğumların %11'ini oluşturduğu tahmin edilmekle beraber adölesan gebelik prevalansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir (Bolarinwa ve ark., 2022). DSÖ, verilerine göre her yıl gelişmekte olan ülkelerde 15 milyon genç kız 18 yaşından önce evlenmekte ve 2,3 milyon genç kız 16 yaşından önce çocuk doğurmaktadır (DSÖ, 2021).

Türkiye nüfusunun ise %15,2'sini 15-24 yaş arası genç bireyler oluşturmaktadır (TÜİK, 2023). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'nin 2018 yılındaki verilerine göre Türkiye'de 18 yaşın altında ve evli olan kız çocuklarının oranı %15'tir (UNICEF). Ülkemizde adölesan dönemdeki 15-19 yaş arasındaki kadınların yaklaşık %4'ü evlendikten sonraki bir yıl içerisinde çocuk sahibi olmakta ya da ilk gebeliklerini yaşamaktadır (TNSA, 2019).

Dünyadaki adölesan gebeliklerin %90'ından daha fazlasının orta ya da düşük gelirli ülkelerde meydana geldiği bilinmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki 15-19 yaşları arasındaki 21 milyon adölesan bireyin en az bir gebelik yaşadığı ve bu gebeliklerin

yaklaşık 12 milyonunun doğumla sonuçlandığı, 21 milyon gebeliğin yaklaşık %43'ünün güven vermeyen düşük ve kürtajla sonuçlandığı bildirilmiştir (DSÖ, 2023).

Sosyal yönden bakıldığında ise; bu dönemde yapılmış olan evliliklerin adölesanın kendisine olan güveninde azalmaya yol açtığı ve kendine özgü bir kimlik oluşturabilmesini zorlaştırdığı belirtilmektedir. Ayrıca, bireyin eğitiminde aksamalar, sosyal faaliyetlerden uzak kalma, boşanmalar veya ayrılıklar, yoksulluk, stres ve depresyon adölesan gebelerde daha sık görülebilen problemlerdir (DSÖ, 2020).

Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubundaki bireylerde yıllık bin adölesan birey başına düşen ortalama canlı doğan bebek sayısını tanımlamaktadır. Ülkemizdeki adölesan doğurganlık hızı incelendiğinde 2001 yılında binde 49, 2021 yılında ise binde 13 olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2022, 2023).

Son yıllarda adölesan doğurganlık hızında gerileme olduğu ortaya konmakla birlikte adölesanlar erken yaşta gebe kalmanın getireceği olumsuz sonuçlar ve riskli durumlar hakkında bilgilendirilmeli, adölesan gebeliği önleyebilmek için danışmanlık yapılmalıdır. Adölesan gebelikler mümkünse ertelenmeli, ancak eğer ortada bir gebelik var ise adölesanın gebelik sürecini hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı açısından en iyi şekilde sürdürmesi sağlanmalıdır.

Doğum eylemi, doğum sonu anne bakımı ve yenidoğan bakımına yönelik, anne adaylarının eksik bilgidan kaynaklı korku ve endişesi varsa, en doğru ve etkin şekilde eğitim verilerek doğum korkuları giderilmelidir. Bu amaçla, öncelikle adölesan gebelerin gebelik sürecinde yaşadıkları korku düzeyi belirlenmelidir (Gökçek, A. İ., 2022). Böylelikle, gebenin doğum korkusu ile baş etmesi sağlanarak ve korkunun getireceği olumsuz sonuçlar azaltılarak, doğum geçmişinde olumlu bir anı bırakılmasına yardımcı olunacaktır (Sheen, K., & Slade, P., 2018).

Doğum korkusunu azaltmak ve korkuya yönelik bilgilendirmek, kadının davranışlarını kontrol etmesine yardımcı olacak ve pozitif duygu hissetmesini sağlayacaktır. Ayrıca kadının kendine olan güvenini arttırıp, doğum sürecini ve doğum sonuçlarını da pozitif yönde etkileyecektir.

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda adölesan gebelikler ve doğum korkusuna yönelik çalışmaların mevcut olduğu görülürken (Birge,2023; Buldum, A., & Emül, T. G., 2021; Bulut, S., & Pasinlioğlu, T., 2022; Bolarinwa ve ark., 2022; Işık., 2021), riskli bir grup olan adölesanların doğum korkusu ve kaygı düzeylerinin yetişkin

gebelerdeki doğum korkusu ve kaygı düzeyi ile karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada, adölesan ve yetişkin gebelerin doğum korkuları ve kaygı düzeyleri karşılaştırılarak ilişkili faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

Soru 1: Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin doğum korkusu düzeyleri nedir?

Soru 2: Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin doğum korkusu düzeyleri arasında fark var mıdır?

Soru 3: Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin kaygı düzeyleri nedir?

Soru 4: Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?

Soru 5: Adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin doğum korkusu düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Tanımı

İlk defa 1904 yılında Stanley Hall tarafından literatüre giren ergenlik kavramı insan gelişiminde ayrı bir konum olarak yerini almıştır. Stanley Hall' e göre adölesan dönem yeniden doğuş dönemidir (Adams, 2000). Adölesan kelimesi, Batı dillerinde 'adolescent' olarak kullanılan 'ergen' sözcüğü anlamını taşıırken, Latince kökenli olarak ise 'adolescere' terimi kullanılmıştır (Uzun & Şimşek Orhon, 2013). Eisenstadt, adölesanı, kültürel bir olay olarak betimlemiş ve şöyle açıklamıştır: “Çocukluktan ve ergenlikten yetişkinliğe geçiş, kimliğin, psikolojik özerkliğin ve benliğin düzenlenmesinin gelişmesi, zaman içerisindeki kişisel geçişin genel kültürel imgelere ve kozmik ritimlere bağlanması, psikolojik olgunluğun belirli rol modellerinin kazanılmasına bağlanması... İşte tüm bunlar gençliğin herhangi bir arketipik imgesinin temel unsurlarını oluşturur. Ancak bu çeşitli unsurların somut figürler olarak billurlaşması toplumdan topluma, hatta aynı toplumun farklı kesimleri arasında bile büyük farklılıklar gösterir” (Garrison & Uğur, 1983).

Adölesan dönem, çocukluk döneminden erişkinlik dönemine geçişin meydana geldiği ve bu dönemde bireyde psikolojik, biyolojik, fiziksel olgunluk ve sosyal değişimlerin yaşandığı süreci kapsar. Yeterli özgüveni olmayan adölesanlar bu geçiş dönemini kaygılı ve özgüveni düşük bir kişilik geliştirerek tamamlayabilirler. Adölesan döneme ilişkin yaş aralığı farklı kurum ve kuruluşlara göre değişiklik göstermektedir (Parlaz, E. A. ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), adölesanı 10 ile 19 yaş arasındaki bir birey olarak tanımlar. DSÖ, 10-24 yaşlar arasındaki dönemi “gençlik” olarak belirtir iken; adölesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi sebebiyle 10-24 yaş aralığındaki bireyleri “genç insanlar” olarak değerlendirmektedir (DSÖ, 2014). Yedi milyar üzerinde olan dünya nüfusunun yaklaşık olarak %23,7'sini 10-24 yaşlarındaki genç bireyler oluşturmakta ve bu oran gelişmekte olan ülkelerde ise gittikçe yükseliş göstermektedir. (UNFPA, 2020). Ülkemizde ise 10-19 yaş grubu nüfusun %16'sını oluştururken, 15-24 yaş grubundaki genç nüfus, toplam nüfusun %15,2'sini (12 milyon 949 bin) oluşturmaktadır (TÜİK, 2020). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), adölesan dönemin 15-25 yaş arası dönemler olduğunu

tanımlarken, Birleşmiş Milletler ise 10- 19 yaşlar arası dönem olduğunu belirtmektedir (DSÖ, 2020, 2020).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association-APA)'ne göre, adölesan dönem, kişinin, sosyal olarak bağımsızlığını ilan ettiği bu süreçlere duyguların, cinsel ve fiziksel değişikliklerin eşlik ettiği bir dönem olarak adlandırılmıştır. Ayrıca bu dönem cinsel ve psikososyal olarak olgunlaşma ile devam etmektedir. Bununla birlikte çok net sınırların çizilmediği zaman diliminde fiziksel ve psikososyal açıdan hızlı değişim süreci bu kronolojik döneme eşlik etmektedir (Çuhadaroglu, F., 2006). Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE)'nün tanımında ise adölesan dönem “Kişinin çocuksu tutum ve davranışlarının yerini yetişkinlik tutum ve davranışlarının aldığı, fiziksel gelişimle birlikte cinsiyete ilişkin bedensel ve duygusal yetilerin kazanıldığı 11-20 yaşlar arasındaki dönem” olarak ifade edilmektedir (TAÇESE). Kara ve ark. (2017) ise adölesan dönemi, gelişimsel olarak; temel ihtiyaçlar, bireysellik ve sosyallığın gelişimi, aileden bağımsızlaşma, cinsel dürtülerin düzenlenmesi, cinsel yönelimlerin belirlenmesi, kişilik ve karakter oluşumu yoluyla cinsel kimliğin geliştirildiği bir dönem olarak tanımlamışlardır (Kara ve ark., 2017).

Adölesan dönem, genel olarak kız çocuklarında 10-12 yaş aralığı, erkek çocuklarında ise 11-14 yaş aralığında başlamakta ve 20 yaşlarına kadar devam edebilmektedir (Şirin, 2016). Somatik, psikolojik ve hormonal değişikliklerin meydana gelmesi sonucunda birey üreme yeteneğini kazanmaktadır. Bu dönem ortalama 13-19 yaşlarından 20-21 yaşlarına kadar sürer. Adölesan dönemde sekonder cinsiyet karakterlerinde değişiklikler meydana gelmekte ve bu durum en önemli değişiklik olarak kabul edilmektedir. Gonadların hipofizden gelen uyarı sonucu aktifleşmesi neticesinde östrojen ve androjen salgılamasından sonra kızlarda ve erkeklerde bazı fiziksel değişiklikler görülmektedir (Bulut ve ark., 2008). Cinsel gelişim, fiziksel büyüme, psikososyal değişiklikler ile kemik veya kas kütlelerinde belli artışlar oluşmaktadır (Ayyıldız ve ark., 2015).

Bu süreç, bireyler arasında farklı olabilir ve adölesan dönem bireylerin yaşamış olduğu bedensel, zihinsel ve cinsel gelişim özelliklerine göre üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; Erken Adölesan Dönem(11-14 yaş), Orta Adölesan Dönem (14-17 yaş) ve Geç Adölesan Dönem (18-21 yaş)' dir (Akbaş & Yiğitoğlu, 2021; Civelek, 2019).

2.1.1. Erken Adölesan Dönem

Bu dönem, bireylerde pubertal değişikliklerin görülmesi, bireylerin bu değişikliklere uyumu ve baş etme gibi yanıtları ile karakterize olup 11-14 yaş aralığını kapsar. (Kıdak, 2008). Bu evrede adölesanda fiziksel görünüm değişmekte, dürtülerin artması ile cinsel kimlik daha fazla hissedilmeye başlanmaktadır. Ayrıca, aynı cinsiyetten bireyler ile yakın arkadaşlıklar kurma eğilimleri daha belirgindir (Parlaz ve ark., 2012). Akran çevresinin, adölesanlarda sosyal ilgi alanları ve giyim şekilleri üzerinde etkisi vardır. Kızlarda hızlı büyüme ve cinsel gelişim erkeklerden daha önce meydana gelmektedir. Erkeklerin ruh sağlığına erken büyüme pozitif bir etki bırakırken, kızlarda erken büyüme ve olgunlaşma yaşitlarına göre benlik saygısını daha düşük hissetmeye, depresyon oranlarının yükselmesine, yeme-içme bozukluğunun yaşanmasına ve anksiyete bozukluğuna yol açabilmektedir. Erken ergenlik evreleri daha önceki dönemlerde bireyin arkadaşlarını, ailesini, yaşam biçimini reddetme dönemi olarak da belirtilmiştir (Tunç ve ark., 2008).

2.1.2. Orta Adölesan Dönem

Bu dönem, 14-17 yaşlar arasını kapsayan bu dönem, 14-15 yaşlarında başlar ve 16-17 yaşlarında biter. Baskın akran uyumuna geçiş ile karakterize bir dönemdir (Kıdak, 2008). Akranları onun için önemli olmaya başlamaktadır. Deneyimlerini akranları ile paylaşmakta ve yeni roller denemekte, ayrıca karşı cinse yönelik ilgisi artmakta, daha soyut düşünebilmektedir. Olgunlaşmanın ve öğrenmenin getirmiş olduğu etkiyle uyum becerileri daha iyi kullanılabilir. Puberte döneminde meydana gelen değişiklikler ve bilişsel gelişim de bu evrede tamalanmaktadır (Çuhadaroğlu, F., 2006). Bu dönemde baş edilecek en önemli konulardan birisini de cinsel kimlik gelişimi oluşturmaktadır. Bireyler bedenlerinde meydana gelen gelişimin tamamlanmasından sonra kendilerini kız ya da erkek olarak tanımaya, tanımlamaya ve toplumda içerisinde kimliklerine uygun biçimde sosyal roller edinmeye başlarlar. Bu dönemde adölesan bedenindeki fiziksel değişiklikleri kabul etmeye başlamıştır ve “çekici” görünmeye odaklanır. Bu dönem, adölesanlar ve onlar ile etkileşim halindeki ebeveyn ve diğer bireyler açısından en zor süreci kapsamaktadır. Orta adölesan dönemindeki bireylerde, ebeveynlerden farklı bir birey olma isteği ve kendilerini ebeveynlerine kabul ettirme çabası bulunmakta ve bu durum adölesanların ebeveynleri ile çatışmalar yaşamasına yol açmaktadır. Bu dönemde

aileden ayrışma ve bağımsızlık kazanma çabaları, adölesanlar için arkadaş gruplarının çok fazla önem kazanmasına da sebep olmaktadır (Çuhadaroğlu, 2006; Ercan, 2008; Parlaz ve ark., 2012). Adölesanlar fiziksel ve psikolojik gelişimlerini olumsuz yönde etkileyecek şekilde yetişkinleri taklit edebilmektedir. Olumsuz olarak etkileyecek alışkanlıklar arasında sigara ve alkol kullanımı yer alabilir. Ayrıca adölesan birey, kendine merkezlidir ve kaybetmeme duygusu artmaya başlamıştır, yapabileceklerinin sınırını test ederken yüksek riskli davranışlar sergileyebilir (Altun, 2003).

2.1.3. Geç Adölesan Dönem

Bu dönem, yetişkin ilişkiler geliştirmeyi ve yetişkin rollerini üstlenmeyi içeren geçişle karakterize olup 18-21 yaş arasını kapsar. Kişinin yetişkin psikolojik olgunluğuna ulaşp toplum içerisinde yetişkin rollerini üstlenmeye hazır duruma geldiğinde sonlanmaktadır. Ergenlik döneminin başlangıcından şu anki zamana kadar yaşanan duygular, kazanılan beceriler (beden algısı, özerklik, başarı, yakınlık gibi) kurulan özdeşimler bu dönemde sentezlenmektedir (Ercan, 2008). Birey çocukluk kimliğinden çıkıp ergenlik dönemini tamamlayarak aileden ayrılmaya ve yeni bir kimlik geliştirmeye, yetişkin dünyasına geçmeye çalışmaktadır (Kıdak, 2008). Bu dönemin sonundaki birey, kimlik duygusunu elde etmiştir. Bireyler bu dönemde yakından ilişkiler kurabilmekte, kendisine iş, ev veya eş seçebilmektedir. Toplum içerisinde yetişkin bireylerin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa da erişmektedir (Çuhadaroğlu, 2006).

2.2. Adölesan Gebelik

Gebelik, kadının rutin yaşantısını etkileyen ve birçok değişikliğin yaşandığı son derece farklı bir süreçtir. Gebe, fiziksel ve ruhsal değişimlerin yaşandığı bu döneme uyum sağlayarak yeni hayatına adapte olmaya çalışır. Gebenin bedeninde bu süreçte hızlı ve yoğun değişimler görülür. Gebeliğin ilk haftalarında kadın, gebeliği ile ilgili karmaşık duygular yaşar. Fizyolojik ve ruhsal değişimler ile birlikte anatomik farklılıkların görülmesinin bir sonucu olarak gebelik, kadının cinsel hayatını da etkilemektedir (Malary ve ark., 2022; Naim & Bhutto, 2000). Birinci trimesterde, kadın bedeninde belirgin bir değişim görülmemektedir. İkinci trimesterde gebenin karnında ve memelerinde büyüme, bel kısmında kalınlaşma, duruş değişikliği ve vücut ağırlığında artış meydana gelmektedir. Üçüncü trimesterde ise gebenin vücudunda gözlenen bu değişimler en üst seviyeye ulaşmaktadır (Napso ve ark., 2018; Walsh, 2001).

Ergenlik dönemi, insan gelişimindeki benzersiz bir aşama olmakla beraber sağlığın da temellerinin atıldığı önemli bir süreçtir. Bu yaşam aşamasında geçirilen gebelik hem genç bir kadın hem de çocukları üzerinde önemli etkilere sahiptir. Adölesan gebelik, bu yaştaki bir anne için olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. En önemli nedeni ise ergenlik çağındaki kız çocuklarının henüz fiziksel, biyolojik ve psikolojik olarak gebelik veya doğum için hazır olmamalarıdır. Bu sebeplerle adölesan gebelikler genellikle yüksek riskli gebelikler içerisinde yer almaktadır (Çuhadaroglu, F., 2006).

Adölesan gebelik, 21. yüzyılda da önemli bir sağlık sorunu oluşturmaya devam etmekte (Oner ve ark., 2012) ve 15-19 yaş arası kız çocuklarında birincil ölüm sebebi olarak kabul edilmektedir (Rowbottom, 2007). Genel olarak ölüm oranı ve küresel adölesan doğurganlık oranındaki son yıllardaki düşüşe rağmen, adölesan gebeliklerin yaygınlığı yüksek olmaya devam etmekte ve özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorununu meydana getirmektedir (Reiner ve ark., 2019). Adölesan gebelikler, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere sık karşılaşılan bir sağlık sorunu iken gelişmiş ülkelere de yüksek oranda karşılaşılmaktadır. Dünya genelinde ise en düşük gelirli ülkelerdeki adölesan gebeliklerin görülme riski yüksek gelirli ülkelere göre dört kat fazladır (Blum & Gates, 2015).

Adölesan gebelikler, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere gelenek, görenekler ve sosyo-kültürel farklılıklara bağlı erken yaşta baskı altında evlendirme ile ortaya çıkarken, gelişmiş ülkelere ise istenmeyen ve evlilik dışı ilişkilerde korunma yöntemlerinin yetersiz kullanımına bağlı ortaya çıkmaktadır (Jolly ve ark., 2000; Melekoğlu ve ark., 2013).

Adölesanlar, dünya çapındaki tüm doğumların %11'ini oluşturmalarına rağmen, gebelik ve doğum nedeniyle toplam hastalık yükünün (sakatlığa göre düzeltilmiş yaşam yılları) %23'ünü oluşturmaktadır. DSÖ, düşük ve orta gelirli ülkelere gerçekleşen bu doğumların %95'inde meydana gelen anne ölümlerinin en önemli sebebinin, doğumda gelişebilecek komplikasyonlara bağlı olduğunu bildirmektedir (DSÖ, 2015). Adölesanlarda; gebelik öncesi düşük kiloya sahip olma, gebelikte kilo artışının yavaş olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, sigara ve alkol kullanımı, anemi, ilk gebelik ve yetersiz prenatal bakım gibi yüksek risk taşıyan bu faktörler daha sık görülür (Chahande ve ark., 2002). Adölesan annelerden doğan bebeklerin hastalık ve ölüm riskiyle daha yüksek derecede karşılaşmaları sebebiyle, adölesan dönemde doğurganlık konusu anne

ve bebek sağlığının korunması açısından oldukça bđyđk öneme sahiptir (TİK, 2020). Dřđk ve orta gelirli ülkelerde bebek ölüm hızı yetişkin annelere göre, 12-14 yaş arası ve 15-17 yaşlar arasındaki adölesan annelerde daha yüksek bulunmuştur (Finlay ve ark., 2011). Adölesan doğurganlık hızı ise 15-19 yaşındaki her bin kadın başına düşen ortalama canlı doğum sayısıdır (TİK, 2018).

2.3. Dünya' da ve Türkiye' de Adölesan Gebelik Yaygınlığı

Adölesan gebeliğin sıklığını o ülkenin gelişmişliği, sosyokültürel durumu, ailesel ve bireysel olmak üzere birçok faktör etkilemektedir. Sosyoekonomik düzeyde farklılık, gelenek-görenek ve kültürel çeşitliliklere bağlı olarak dünyadaki adölesan gebeliklerin görülme sıklığı %3,2-%42 arasında değişmektedir (Ekwo & Moawad, 2000). Türkiye'de ise; 2018 yılında yapılan, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) kapsamında ortaya çıkan bulgular sonucunda ise adölesan gebeliklerin görülme sıklığı %4'tür (TNSA, 2018).

Adölesan gebelikler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bir sağlık sorunu olarak devam etmesinin yanı sıra gelişmiş ülkelerde adölesan dönemde gebe kalma oranları daha yüksek seyretmektedir. 1970'lerden itibaren adölesan gebelik sayılarında azalma görülmesine rağmen Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zelanda ve Batı Avrupa lkeleri gibi gelişmiş ülkelerde mevcut oranlar yükselmeye devam etmektedir (McKay, 2012).

Kanada'da 2017 yılında yapılan çalışma raporlarına göre 19 yaş altı adölesanlarda 7 bin 858 canlı doğum bildirilmiştir. Bu doğumlar ülkedeki tüm doğumların %2,1'ini oluşturmaktadır (CANSIM, 2018).

Huda ve ark.'nın (2021) 1990-2018 yılları arasında 74 ülkeden elde ettikleri verileri değerlendirerek yaptıkları çalışmada adölesan annelik oranını en yüksek Sahra Altı Afrika lkelerinde gözlemlemişler ve bu oran %36 ile Mali'de en yüksek bulunmuştur. Yapılan bu araştırmada adölesan gebelik oranında Nijerya (%1,35) ve Hindistan'da (%4,62) istikrarlı bir düşüş gzlemlemlenirken, Bangladeş (%0,60), Kamboçya (%2,42) ve Filipinler'de (%59), zaman içinde artış yaşandığı gzlemlemlenmiştir (Huda ve ark., 2021).

Adölesan gebelik oranı; Güney Afrika'da binde 54, Japonya'da binde 4,4'tür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017 yılında bu oran binde 18,8 iken, 2020 yılında binde 26,6'dır. Dünya genelinde adölesan gebelik oranına bölgesel olarak baktığımızda Avrupa

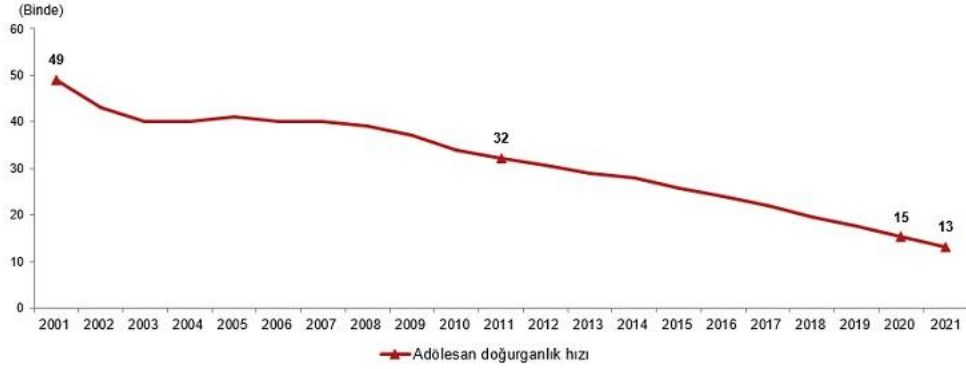
bölgesinde binde 1,3-54 arasında görülmekle birlikte en yüksek binde 38 oran ile Bulgaristan'da ve onu takiben binde 36 oranla Romanya'da görülmektedir. Amerika Kıtası'nda adölesan gebelik oranı binde 12,6- 115,6 arasındadır. Afrika Kıtası'nda ise binde 12,4-229 arasında olmakla birlikte binde 229 oran ile adölesan gebelik oranının en yüksek görüldüğü ülke Merkez Afrika Cumhuriyeti'dir. Doğu Akdeniz Bölgesi'nde binde 6-87 arasında, Batı Pasifik Bölgesi'nde binde 1,7-105,3 arasında ve Güney Doğu Asya Bölgesi'nde ise binde 0,7-113 arasında değişmektedir (Gürol ve ark., 2020).

Ülkelerarası adölesan gebelik hızlarını karşılaştırmak için genellikle 15-19 yaş arasındaki adölesan gebeliklere ait veriler kullanılmaktadır (DSÖ, 2020). Yayımlanan son rakamlar, ergenlikten erken yetişkinliğe geçiş döneminde 20 milyondan fazla kız çocuğunun gebe kaldığını göstermektedir ve her yıl yaklaşık 15-19 yaş arası 12 milyon ve 15 yaş altı yaklaşık 800.000 kız çocuğunun doğum yaptığı bildirilmektedir (DSÖ, 2020; Nkhoma ve ark., 2020).

Althabe ve ark.'nın (2015) düşük ve orta gelirli ülkelerde (Kenya, Zambiya, Hindistan, Pakistan, Guatemala ve Arjantin) yaptıkları çalışmada tüm gebelerin yaklaşık %11,9'unun 15-19 yaş arası kız çocuklarında, %0,14'ünün 15 yaş altı kız çocuklarında gerçekleştiği saptanmıştır. 15 yaşın altındaki adölesan gebelikleri yalnızca Sahra Altı Afrika ve Latin Amerika'da gözlemlenmiştir (Althabe ve ark., 2015).

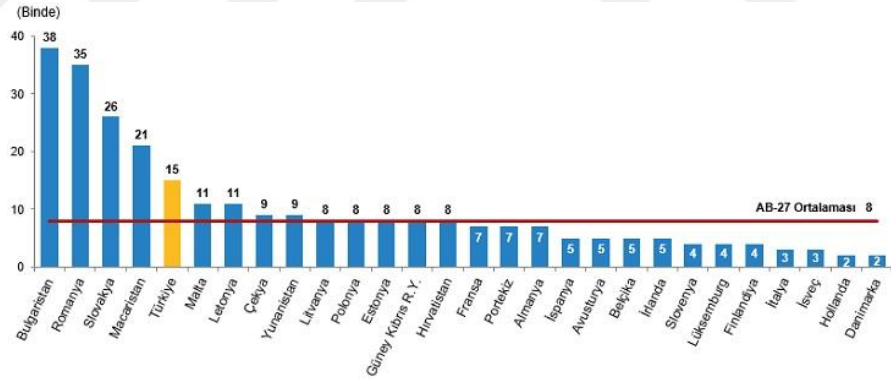
2015-2020 yılları arasında yapılan bir araştırmada adölesan doğurganlık hızı, küresel ortalaması binde 44 iken; binde 102,8 oran ile en yüksek Sahra Altı Afrika bölgesinde gözlenmiştir (UNICEF, 2015).

Ülkemizde ise adölesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49, 2018 yılında binde 31, 2020 yılında binde 15 iken; 2021 yılında binde 13'e düşmüştür. Yani, 2021 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 13 doğum düşmüştür (TÜİK, 2022).



Şekil 2. 1. Adölesan doğurganlık hızı

Avrupa Birliği'ne üye olan 27 ülkenin adölesan doğurganlık hızlarına bakıldığında 2020 yılında Bulgaristan'ın binde 38 oran ile en yüksek ülke olduğu belirlenmiştir. Adölesan dönemindeki en düşük doğurganlık hızına sahip olan ülkelerin ise binde 2 oran ile Danimarka ve Hollanda olduğu saptanmıştır. Adölesan doğurganlık hızı 2020 yılında Avrupa Birliği üyesi olan 8 ülkede ortalama binde 8 olarak kaydedilirken bu oran Türkiye' de binde 15 olarak bulunmuştur ve yapılan bu araştırma sonucu ile Türkiye, Avrupa Birliği ortalamasının üzerinde yer almıştır (Eurostat, 2020; TÜİK, 2020).



Şekil 2. 2. Avrupa Birliği üyesi 27 ülkenin adölesan doğurganlık hızı (Eurostat, 2020; TÜİK, 2020)

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından 2018 yılında yayımlanan istatistiklere göre dünya genelinde 15 yaşın altındaki evlilik oranı %5 iken 18 yaşın altında gerçekleştirilen evlilik oranı ise %21'dir (UNİCEF). Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evlilikler (ÇEZE) raporunda, 18 yaşından önce çocukluk döneminde gerçekleşen evlilikleri, çocukların birçok açıdan hazır olmaları ve rıza göstermeleri kabul

edilemeyeceğinden erken evlilik olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, büyük oranda ailelerin kararıyla gerçekleşen bu evlilikler, evlilik için olması gereken tam ve özgür irade ile karar verme mümkün olmadığından, zorla evlilik biçimlerinden biri olarak ele alınır. Yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde ise sorunun daha çok zorla evlilikler boyutu gündeme gelmektedir (TNSA, 2018). Evliliğin yaygın olduğu Türkiye’de, zaman içinde ilk evlenme yaşlarında az da olsa bir yükselme ve 18 yaş altındaki evliliklerde azalma görülmektedir. Türkiye genelinde ortalama ilk evlenme yaşı zaman içinde yavaş da olsa artmaktadır. Bu azalmaya rağmen ülkemizde de erken evlilikler adölesan döneminin en önemli sorunlarından biri olarak görülmektedir (Kaynak Malatyalı, 2014). Sadece resmi nikâh ile yapılan evlilikleri dikkate alan resmi istatistiklere göre, 2010 yılında kadınlar için 23,7 yıl olan ortalama ilk evlenme yaşı 2019 yılında 24,8 yıla yükselmiştir. Aynı süre içinde, erkeklerin ortalama ilk evlenme yaşı ise 27,0 yıldan 27,8 yıla çıkmıştır (TÜİK, 2020).

TNSA-2018 verilerine göre, toplumumuzun %16’sını adölesan yaş grubu meydana getirmekte ve bunların %4,8’inin evli olduğu belirtilmektedir. Türkiye’de evlenme yaşı 18’dir. Ebeveyn onayıyla en düşük evlenme yaşı ise 17’dir (TNSA, 2018). Türkiye’de gerçekleşen doğumların neredeyse tamamı evlilik içerisinde meydana gelmektedir. Ülkemizde adölesanların %21’i 18 yaşına kadar, %4’ü ise 15 yaşından önce evlenmektedir. TNSA 2018 bulgularına göre 15-19 yaş arası kadınların %3,5’i doğurganlık davranışı göstermekle birlikte 2013’de adölesan anne olma yüzdesi %5 iken 2018 TNSA verilerinde bu oran %4’e gerilemiştir. Verilere göre 18 yaşında olan adölesanların %4,6’sı çocuk sahibi iken, 19 yaşına geçildiğinde bu oran %16,2’ye yükselmektedir. Adölesan dönemde çocuk doğurma yüzdesi bölgesel farklılıklar göstermektedir. Adölesan annelik, kentsel yerleşim alanlarında kırsal yerleşim alanlarına göre daha azdır. Adölesan annelik güney, orta ve doğu bölgelerinde %7 iken bu oran batıda %2’dir (TNSA, 2020).

2.4. Adölesan Gebelik Nedenleri

Adölesan gebelik, hem anne hem de çocuk için yaşam boyu sağlık eşitsizliklerine katkıda bulunan bir faktördür (Moisan ve ark., 2016). Adölesan gebeliklere neden olan etmenler, ülkeler arasında hatta aynı ülke içerisindeki farklı etnik gruplar arasında bile farklılık gösterebilmektedir. Adölesan dönemde meydana gelen gebeliklerin etiyojisine bakıldığında, ilk defa menstrüasyon görülme yaşı, erken yaşta gerçekleşen cinsel

birliktelik ve sıklığı, bireylerin eğitim ve iş durumu, doğum kontrol yöntemlerinin kullanılmaması, evlilik durumu, aile yapısı, çiftlerin birbiri ile olan iletişimi, sosyo-ekonomik düzey ve kültürel yapı, sosyal destek kaynaklarının etkisi, ırk, etnik durum ve toplumsal inançlar karşımıza çıkmaktadır (Blum & Gates, 2015).

Düşük eğitim seviyesi, ailesel problemler (aile içi iletişim bozukluğu ve aile bireylerinde ruhsal sorunların olması vb.), ekonomik durumun kötü olması, suça eğilimli bireyler, madde bağımlılığı olan bireyler, ailede fiziksel ve psikolojik şiddet varlığı (cinsel istismar, anne babanın ayrılmış olması ve aile içi şiddet olması gibi) gibi birçok ailevi problemler, adölesan gebeliklerin oluşmasındaki diğer en önemli risk faktörleridir (Aysun & Orhon, 2013). Adölesan dönemde anne olan bireylerin cinselliğe daha erken yaşlarda başlamaları ve gebelikten koruyucu kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi düzeylerinin olmaması bu bireylerde gebelik sayılarının daha yüksek olmasına neden olabilmektedir. Adölesan gebeliklerde görülen diğer sorunlar ise birden fazla gebelik yaşanması, prenatal izlem ve bakım sayısındaki yetersizlik ve iki gebelik arasındaki sürenin kısa olmasıdır (Aydin, 2013).

Moghaddam ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada adölesanların en yoğun biçimde yaşadığı fiziksel ve ruhsal problemlerin; adölesan gebelik ve doğum, psikolojik rahatsızlıklar, riskli cinsel davranış ve üreme sağlığı problemleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kötü davranışlar ve alkol-madde kullanımı, yetersiz beslenme, kazalar, cinsel istismar ve şiddete yönelik davranışlar olduğunu belirtmişlerdir (Moghaddam ve ark., 2016).

Alkol veya tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız cinsel ilişki ve/veya şiddete maruz kalma, adölesan bireylerin yalnızca mevcut sağlıklarını değil, genellikle gelecek yıllardaki sağlıklarını da tehlikeye atmaktadır (Moghaddam ve ark., 2016). Yapılan araştırmalarda gelişmiş ülkelerde adölesan gebeliklerin, istenmeyen ve evlilik dışı ilişkilerde korunma yöntemlerinin yetersiz kullanımına bağlı ortaya çıktığı bulunmuştur (Jolly ve ark., 2000; Melekoğlu ve ark., 2013). Gelişmekte olan ülkelerde adölesanların, yaşlarının küçük olması ve medeni durum nedeniyle kontraseptif yöntemleri elde etmekte de bazı engellerle karşılaştıkları ve 15-19 yaş arasında 23 milyon kız çocuğunun karşılanmamış modern kontrasepsiyon ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir (Darroch ve ark., 2016).

Sağlık profesyonelleri tarafından sunulan doğum öncesi bakım, gebeliklerin izlenmesinde, olası problemlerin erken belirlenmesi ve daha ciddi komplikasyonlara yol açmadan önce müdahale edilmesi açısından oldukça önemlidir (TNSA, 2018).

Bireysel, çevresel ve yaşam koşullarına bağlı birçok faktöre bağlı olarak, adölesanların önemli bir oranı gebelik sırasında annelik hizmetlerine erişememekte veya bunları kullanamamaktadır. Türkiye’ de 2018 yılında neredeyse tüm kadınlar (%96) doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakımı, 20 yaş ve altı adölesan gebelerin %92,2’si doktordan ve %1,9’u ise hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir (TNSA, 2018).

Adölesanlarda eğitim ile gebelik ve doğurganlık arasında güçlü bir ilişki vardır. Eğitimin bu gebelikleri önemli ölçüde azalttığı ve eğitim süresi uzadıkça erken yaşta evliliklerin azaldığı bilinmektedir. Ortaokul ve liseye devam etme oranı arttıkça adölesan gebelik oranı da düşmektedir (DSÖ, 2018). TNSA-2018 raporu verilerinde ilkokul mezunu kadınların %20’sinin adölesan dönemde çocuk sahibi olduğunu belirtirken bu oran lise ve üzeri eğitim alan kadınlar arasında ise %1 olarak bulunmuştur (TNSA, 2018). Adölesanlar, eğitim ihtiyaçlarının giderilmemesi gibi risklerle karşı karşıya gelebilmektedir. Bu riskler kişiliği ve bireysel davranışı değişikliğe uğratabilen durumlardır. Adölesan annelik, kırsal alanda ve eğitim seviyesi düşük kadınlar arasında daha yüksek oranda saptanmaktadır (TNSA, 2018). Adölesan gebelik, eğitim düzeyi düşük bireylerde daha fazla görülmesinin yanında gebelik, annelerin eğitim sürecinin devam etmesine ve çalışma hayatına girmesine engel oluşturur ve genç bireylerin maddi olarak bağımlı bir duruma gelmesine sebep olur (Şolt & Yazıcı, 2015). Eğitimde sürekliliğin sağlanamaması gibi durumlarla orantılı olarak adölesan gebeliklerde artış gözlenmektedir. Eğitim seviyesinde azalma; gebelik komplikasyonları riskinde artış, yetersiz sağlık koşulları, yoksulluk oranlarının yükselmesi, doğan bebeklerin bakıma ilişkin sorunları da arttırmaktadır (Salazar-Pousada ve ark., 2010). Adölesan bir bireyin yaşadığı erken gebelik ve annelik durumu, damgalanma, aşağılanma ve okulu bırakma gibi olumsuz sosyal sonuçlara da neden olmaktadır (Yakubu & Salisu, 2018).

2.5. Adölesan Gebelik Sonuçları

Adölesanlar, bu yaş aralığındaki kadınlar arasında önde gelen küresel ölüm sebebi haline gelen gebelik ve doğum sırasında komplikasyonları yaşar (Huda ve ark., 2021). Adölesan gebeliklerde, yetersiz doğum öncesi bakım sebebiyle obstetrik komplikasyonlar ile daha sık karşılaşmaktadır (Keskinoglu ve ark., 2007). Planlanmayan adölesan

gebelikler, özellikle genç ergenlikte ciddi fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları doğurur (Melekoğlu ve ark., 2013). Anneliğe henüz hazır olmayan, kendisi de çocuk olan adölesan anne, çocuk büyütmesinin stresini taşıyamayıp bebeğini ihmal ya da istismara uğratabilir (Özer, 2006). Adölesan gebeler henüz fiziki büyümelerini tamamlayamadığı için gebelik riskli olmaktadır. Ve bu riskler hem anneye hem yenidoğana taşınır. Majör gebelik komplikasyonları; şiddetli anemi, preterm eylem, böbrek komplikasyonları, eklampsi, preeklampsi ve doğum sırasındaki komplikasyonlardır (örneğin vesiko-vajinal veya rekto-vajinal fistüller) (Barut, 2018).

Adölesan gebelerde istenmeyen gebelik, geç konulan gebelik tanısı, aile içinde şiddet görme, taciz ve tecavüz olaylarına maruz kalınması, yetersiz antenatal bakım, yetersiz beslenme, gebelikte istenmeyen davranışların görülmesi gibi faktörlerden dolayı perinatal mortalite ve morbidite riskinde beraberinde artış göstermektedir (Keskin & MF, 2018). 15-19 yaş arasındaki adölesanlar, kendilerinden yaşları daha büyük partnerlerle evlenmeye ya da cinsel ilişkiye zorlanmaktadır (DSÖ, 2012). Dünyada 15 yaş altındaki adölesanların %10'u cinsel ilişkiye zorlanmakta ve sonuç olarak adölesan gebelikler meydana gelmektedir. Adölesanlarda yaşanan bu olaylar sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıklar artarken, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler ve bunların sonucunda gelişen komplikasyonlar da giderek çoğalmaktadır (Aydin, 2013). Tüm bu yaşananlar adölesan bireylerin tıbbi işlemlerden, ailesinden ve eşinden korkmasına ya da çocuk sahibi olma baskısı gibi birçok etkenden korkmasına yol açmaktadır. Ayrıca adölesan gebelikler, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, perinatal ölüm, engellenen doğum eylemi ve maternal mortalite gibi olumsuz gebelik sonuçlarının artışı ile ilişkili bulunmuştur (Conde-Agudelo ve ark., 2005).

Prematürite ve gestasyonel yaşa göre küçük bebekler genellikle adölesan gebelerde görülen sorunlardır (Meydanlı ve ark., 2000). 2012 yılında 402 adölesan gebenin retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmada %10,9'unda preterm doğum gerçekleşmiştir (Taner ve ark., 2012). Adölesan annelerden doğan bebeklerin, düşük doğum ağırlığı ve prematüriteye bağlı, yetişkin annelerden doğan bebeklere göre aniden ölme olasılığı da daha yüksek bulunmuştur (Ventura ve ark., 2014).

Adölesan gebeliklerde en sık görülen bir diğer komplikasyonlar ise; kanama, preeklampsi, idrar yolları enfeksiyonu, sefalopelvik uyumsuzluk, fetal distres, fetal anomali, prezentasyon anomalileridir (Malabarey ve ark., 2012). Düşük doğum ağırlığı

ve infant ölümü gibi olumsuz gebelik sonuçları da adölesan gebelik ile ilişkili olarak bu kişilerde daha fazla görülmektedir (Ganchimeg ve ark., 2013). Preeklampsi, eklampsi ve ayrıca puerperal endometrit ve sistematik enfeksiyonların adölesan annelerde, yetişkinlere oranla daha yüksek saptandığı görülmüştür (DSÖ, 2013). Geç süreçte ve etkili tedavi edilmeyen adölesan gebeliklerde preeklampsi durumu, maternal mortalite oranlarını %15 arttırabilmektedir. Hafif ve orta şiddetli preeklampside, perinatal mortalite oranı %1'den %8'e yükselmekte, şiddetli preeklampside ise %15'e kadar çıkmaktadır (Gilbert ve ark., 2002).

Adölesan annelerden doğan bebeklerde preterm riski, düşük doğum ağırlığı, gebelik haftasına göre fetüsün küçük olması ve 5. dakikada düşük Apgar skoruna sahip olma olasılığı daha yüksektir (Chen ve ark., 2007). Ayyıldız ve ark.'nın (2015) yaptıkları çalışmada canlı olarak doğan 171 bebeğin doğumdaki birinci dakika Apgar skorlarının ortalaması, annesi adölesan olanlarda ortalama 7,5 puan, annesi yetişkin olanlarda 8,42 puan olarak saptanmıştır. Beşinci dakika Apgar skorlarının ortalaması, annesi adölesan olanlarda 8,24 puan iken, annesi yetişkin olanların puanı 9,09 olarak belirlenmiştir. Bebeklerin birinci ve beşinci dakika Apgar skor ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Ayyıldız ve ark., 2015).

Yapılan birçok araştırmada adölesan annelik ile depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları ve perinatal intihar arasında bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca adölesan annenin çocuklarında düşük eğitim başarısı ve daha düşük yaşam doyumu riski vardır (Wong ve ark., 2020).

Yapılan bir çalışma, en genç ergenlerde (<15 yaş) intrapartum ölü doğum riskinin 4 kattan fazla olduğunu ve 20 ila 24 yaşlarındaki kadınlara kıyasla 15 ila 19 yaşlarındaki ergenlerde %50 daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bu grupta daha yüksek intrapartum ölü doğum insidansının, genç ergen vücudunun ve kemik pelvik yapıların olgunlaşmamış olması nedeniyle omuz distosisi veya intrapartum asfiksidedeki artışa bağlı olduğu varsayılmıştır, ancak doğrudan korelasyon yapılmamıştır (Wilson ve ark., 2008).

Kötü perinatal sonuçların en yüksek riski menarştan sonraki 2 yıl içinde gerçekleşen gebeliklerde görülür. Ek olarak, hasta ne kadar gençse, risk o kadar yüksektir; bebek ölüm oranları, çok düşük doğum ağırlığı ve erken doğum, daha büyük ergenlere kıyasla 15 yaşından önceki gebeliklerde önemli ölçüde daha yüksektir (Kramer & Lancaster, 2010). Yapılan bir araştırmada, yetişkin gebelerle kıyaslandığında, genç

gebelerde daha yüksek düzeyde tütün kullanımı (%36'ya karşı %7), daha yüksek alkol ve keyif verici uyuşturucu kullanımı (%1,1'e karşı %0,2), ayrıca daha yüksek düzeyde duygusal stres, eş şiddeti ve terk edilme ve istikrarsız ve/veya güvensiz ev ortamlarına sahip olma durumu tespit edilmiştir (McCarthy ve ark., 2014).

2.6. Adölesan Gebeliklerin Önlenmesi

Adölesan bireylerin psikososyal gelişiminin tanımlanması ve bilinmesi adölesan bireyin karşılaşacağı risklerin ve sorunlarının tanımlanması ve çözümü açısından önemlidir. Önlenebilir riskler arasında doğum öncesi bakıma geç başlama, yetersiz beslenme, riskli davranışlar ve kötü madde kullanımı ile genital enfeksiyonlar sayılabilir (Soares ve ark., 2010). Adölesanlarda gebeliği teşhis eden sağlık çalışanları kötü sonuçların önlenmesinde ve anne ve fetus için bakımın optimize edilmesinde yardımcı olabilir (Leftwich & Alves, 2017). Adölesan gebeliklerin hem gebelik süresince hem de gebelikten sonra bebeğin sağlığına olumsuz katkı yapacağı düşünüldüğünde adölesan gebeliklerin önlenmesi amacı ile aileler bilgilendirilmeli ve adölesan gebeliklerin önüne geçilmesi için okullarda gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili eğitimler yapılmalıdır. Okul vb. eğitim kurumlarında çocuklara bedenini tanıma ve cinsel istismar/ihmal ile ilgili eğitimler verilmelidir. Bu konu ile ilgili afişler, posterler ya da yardım için başvurabilecekleri yerlerin isimlerinin yazıldığı panolar oluşturulmalıdır (Çınaklı & Arslantaş, 2021).

Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunmaya yönelik yöntemler, gebelik süreci, abortus, annelik rolü, bebek bakımı ve beslenmesi gibi konularda ileri yaştaki gebe kadınlara göre bilgi düzeyleri daha düşüktür ve adölesan dönemde gebe kalmanın yalnızca bireylerin kendi yaşamlarına değil aynı zamanda aileye ve doğacak bebeğe de ciddi yükleri bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı cinsellik, gebelik ve ebeveyn olma yükümlülükleri konularında bireyi bilgilendirecek eğitimlerin planlanması ve verilmesi, sorunların zamanında saptanarak bireylere destek sağlanması, çözüm yollarının aktarılması büyük bir öneme sahiptir (Demirgöz & Canbulat, 2008)

DSÖ, adölesan gebeliklerin önlenmesi için altı başlıkta çözüm önerilerini sıralamıştır (DSÖ, 2018);

- Yeterli doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın sağlanması,
- Zorlayıcı cinsel ilişkilerin azaltılması,

- Güvenli olmayan kürtağın azaltılması,
- İstenmeyen gebelik riski altındaki adölesanlar tarafından doğum kontrol yöntemlerinin ulaşımının kolaylaştırılıp kullanımının arttırılması,
- 18 yaşından önce evlilik oranlarının azaltılmasının sağlanması (%10 oranındaki bir azalmayla anne ölüm oranının %70 oranında azalacağı düşünülmektedir.),
- 20 yaşından önce gebeliğın önlenmesi için destek sağlanması ve toplumsal bir anlayış oluşturulması.

Adölesanlarda yeterli anamnez alınmaması, yaşları sebebi ile onların gebe olabileceğini düşünmeme durumu, var olan ya da olabilecek gebeliklerin önlenmesine engel olmaktadır. Adölesanların gebe kalabilme potansiyeli unutulmadan değerlendirilmesi göz önünde bulundurulmalıdır. Ebeler bu konuda büyük sorumluluk taşımaktadırlar Adölesan gebeliklerin getireceği riskli sonuçları en aza indirmek ve daha sağlıklı bir gebelik için, adölesan bireylerin ilk cinsel ilişkilerinin sonraki senelere ertelenmesi ve kontraseptif yöntemler hakkında bilgilerinin artırılıp bu yöntemlere daha kolay ulaşmalarının sağlanması gereklidir (Klein & Adolescence, 2005).

Türkiye’de de adölesanlarda gebeliği önlemek için yapılan çalışmalar mevcuttur ve buna yönelik çalışmalar üç aşamalı olarak planlanmaktadır (Aysun & Orhon, 2013).

Birincil koruma; eğitim kurumlarında adölesanlara aile planlaması ve ilişkili konuların vurgulanması, gebeliğın önlenmesi ve bu konuda eğitim verilmesi, değerler ve sorumluluklar ile hayır diyebilme hakkı üzerine bilgilendirme yapılarak eğitim verilmesini içermektedir (James ve ark., 2010). Adölesanlarda gebelik dâhil içinde bulundukları yüksek riskli cinsellik içeren davranışların önlenmesi; adölesanın kendisi, ailesi, akranları, okulu, sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet sağlayan gruplar ve çeşitli kurumları içine alan programlarla sağlanabilmektedir. Adölesanlara verilen danışmanlık hizmeti; fiziksel büyüme-gelişme, cinsel ve psikososyal gelişim, kişisel hijyen, beslenme, egzersiz, sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı, güvenli cinsel yaşam ve güvenli davranışlar konularında bilgiler içermektedir (Klein & Adolescence, 2005).

İkincil koruma; Adölesan bireylerin, doğum kontrol yöntemleri için kliniğe başvurması durumunda verilen eğitim ve hizmetleri kapsar. Bu eğitim kapsamında ebeveynlerin de dâhil olması önemlidir. Ebeveynler de çocuklarının cinsel davranışları

ve korunma kararı için rehberliğe dâhil edilebilmektedir. Ebeveynlerin rehberliği bu korumada adölesanların korkularını ve oluşabilecek olumsuz reaksiyonları azaltıp kliniklere başvurma konusunda yardımcı olabilmektedir. Bununla birlikte, bu politika özellikle evlilik öncesi cinsel ilişkinin yanlış olduğu düşüncesi ile büyümüş adölesanların meydana çıkma korkusu ve oluşabilecek olumsuz reaksiyonlar nedeniyle aile planlaması kliniklerine başvurma cesaretlerini kırabilmektedir (Davies ve ark., 2006; James ve ark., 2010; Woods ve ark., 2006)

Üçüncül koruma; Gebe olan adölesanları hedeflemekte ve adölesan gebelerin takiplerini içermektedir. Erken prenatal takipler, faydalı ve etkili olmakla birlikte anne adayına, gebelik süreci, doğum eylemi ve yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi verilme imkânı sağlamaktadır (Dalby ve ark., 2014; James ve ark., 2010; Scholl ve ark., 1994). Bu takipler esnasında bireylere sunulan eğitimler, erken prenatal bakım alma, gebelikte görülen problemler, yenidoğan bakımı ile bebek beslenmesi gibi konuları içermektedir. Adölesanların gebelik ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olması, psikolojik durumlarının değişkenlik göstermesi bu dönemde verilen prenatal bakımın önemine bir kez daha vurgu yapmaktadır. Gebelik esnasında sağlık profesyonelleri tarafından gebelik takiplerinin en az dört kez gerçekleştirilmesi DSÖ tarafından önerilmektedir (HSGM, 2018). Bu ziyaretlerin gebeliğin 16. haftası, 24-28. haftalar arası, 32. ve 36. haftalarda yapılması gereklidir. Üçüncül koruma ile adölesan gebelerin, sağlıklı bir şekilde gebelik süreci, doğum ve postpartum dönem geçirmeleri, yenidoğanın sağlık durumunun iyi olması, kendisinin ve bebeğinin bakımını gerçekleştirebilecek bilgiye sahip olmaları, bebeklerine yeterli bakım imkânlarını sağlamaları hedeflenmektedir (DSÖ, 2015).

2.7. Korku Tanımı

Gebelik ve doğum süreci, adölesan ve yetişkin birey fark etmeksizin kadın hayatında önemli bir yeri olan doğal bir fizyolojik süreç olarak değerlendirilir. Bu süreç doğal olduğu kadar gebelerde stres kaynağı olup korku ve endişelere yol açmaktadır. Korku, kişinin bilinçaltında tehlike düşüncesinin uyandırdığı duygusal bir tepkidir. Korkunun tanımı, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “gerçek veya beklenen bir tehlike ile yoğun bir acı hissi karşısında duygusal veya fiziksel değişimlerle kendini gösteren duygu” veya “bir tehlike anında veya tehlikenin gerçekleşmesi ihtimali karşısında duyulan kaygı, üzüntü” şeklinde yorumlanmıştır (TDK). Bireylerin korkması durumunda zihinlerinde ilk beliren şey; karanlık, ölüm, sevilen insanın ölümü, kaza, depresyon, sel gibi

doğal afetler, savaş, değer verdiği eşyasını kaybetme gibi görülen yaşamsal olaylardır. Bunlara bağlı olarak tüylerin diken diken olması, ürperme, bulantı, midede kramp, nabızda yükselme, göz bebeklerinde genişleme, soğuk soğuk terleme, baş ağrısı, ağızda kuruluk, kaslarda gerginlik, yutkunma güçlüğü gibi tepkiler ortaya çıkabilir. Bu fiziksel belirtilerin dışında, yerinde duramama, heyecana bağlı titreme, fenalaşma, yüzün kızarması, vücut ısısında artış hissi, halsizlik, gerginlik, gülme veya ağlama atağı, hayal kurma isteği, çok konuşma ya da hiç konuşmama, başkalarına bağımlı olma, güven duygusunu hissetme gibi davranışsal belirtiler de görülebilir (Kring ve ark., 2015; Şahin, 2017; Şahin, 2019).

Şahin (2019) yapmış olduğu bir çalışmada korkunun tanımını, anlık var olan somut bir tehlikeye karşı duygusal tepkilerde bulunma olarak tanımlamıştır. Yani korku anlık gelişen somut bir tehdit ve/veya tehlike ile ilgilidir. Ayrıca korkunun “şu anki” yönüne odaklanılması gerektiğini söylemiştir (Şahin, 2019). Köroğlu ve ark. (2006) ise çalışmalarında korkunun tanımını “hissedilen ya da gerçekleşen bir tehlikeye karşı gösterilmesi beklenen bir tepki” olarak tanımlamışlar ve bu tepkinin kişileri tehlikenin yaşanması durumunda uyardığını ve buna karşılık uygun davranışı sergilemek için harekete geçirdiğini söylemişlerdir (Köroğlu, 2006).

2.8. Doğum Korkusu Tanımı

Doğum korkusu, nullipar, primipar ve multipar kadınlarda görülen, kadını ve ailesini doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerde olumsuz etkileyen ve bu dönemlerde anne ve bebek sağlığı üzerinde ciddi birçok sağlık sorunlarına sebep olabilen, son zamanlarda oldukça yaygın olarak görülen bir emosyonel sıkıntıdır (Dencker ve ark., 2019). Gebelerin en az %5-25'inin doğum korkusu yaşadığı ifade edilmiştir (Waldenström ve ark., 2006). Literatüre bakıldığında ise dünyada doğum korkusu yaşama sıklığının %8-30 arasında değiştiği belirtilmektedir (Hildingsson ve ark., 2002). Yapılan bir başka araştırmada gebe kadınların yaklaşık %20-78'inin gebelik ve doğumla ilgili korku yaşadıkları bildirilmiştir (Hofberg & Ward, 2003). Doğum korkusu ilk kez Marce tarafından 1859 yılında ‘ağrıya aşırı odaklanma’ şeklinde tanımlanmıştır. Kadınlar kendileri açısından belirsizlik yaratan bir durum olarak ortaya çıkabilecek ağrıya çok fazla odaklanmış şekildedirler (Puşuroğlu & Hoccoğlu, 2021).

Farklı kültürlerde farklı doğum eylemlerinin gerçekleşmesi, kadınlardaki doğum korkusu algısını şekillendirir. Doğum korkusunu kadınlar üzüntü, endişe, içe kapanıklık,

depresyon ve kaygı gibi yaşadıkları olumsuz duygularla tanımlamışlardır (Sezen & Ünsalver, 2018). Wijma ve ark. (1998) doğum korkusunu doğumdan önce, doğum sırasında ve doğum sonu yaşanan korku olarak tanımlarken (Wijma ve ark., 1998) başka bir çalışmalarında doğum korkusunu, normal endişeler ve heyecandan daha şiddetli yaşanan, fobik korkuya kadar değişen, gerçekleşecek doğumla ilgili duygu ve düşüncelerin uyandırdığı kaygı olarak tanımlamışlardır (Zar ve ark., 2001). Adams ve ark. (2012) ise doğum korkusunu, vajinal doğum gerçekleşmeden önce, doğum eylemi sürecinde ve postpartum dönemde bilinmezliğin neden olduğu kaygı, endişe ve korku olarak tanımlanmıştır (Adams ve ark., 2012).

2.9. Tokofobi

Kadınların çoğu, kendi kendine yardım etme, aile desteği, sosyal çevresinden destek alma veya tıbbi yardım yoluyla doğum korkusunu bastırmaya çalışarak, korku ve endişelerle başa çıkabilmektedir. Ancak bu durum şiddetlenerek patolojik bir korku haline geldiğinde buna tokofobi denir. Bazı kadınlar bebek sahibi olmayı istemesine rağmen umutsuzca ve çaresizce doğum yapmaktan korkar ve kaçınır. Gebelikten kaçınmanın altta yatan sebepleri genellikle adölesan gebelik (primer tokofobi), travmatik bir doğum geçmişi (sekonder tokofobi) veya doğum öncesi depresyondur. Hofberg ve Brockington (2002) çalışmalarında tokofobinin, patolojik bir gebelik olduğunu ve doğumdan kaçınmaya yol açabileceğini belirtmişlerdir (Hofberg & Brockington, 2002). Tokofobi, aynı zamanda Yunanca'da maieusi (doğumevi) ve phobia (fobi) anlamına gelen kelimelerden oluşan "maieusiophobia" (doğumevi fobisi) veya "parturiphobia" (doğum fobisi) olarak da bilinir. Tokofobi kavramı ilk kez Knauer tarafından 1897 yılında tanıtılmıştır (Bhatia & Jhanjee, 2012).

İlk olarak Hofberg ve Brinckton tarafından 2000 yılında kullanılan tokofobi terimi ise Yunanca'da tokos (doğum) ve phobos (korku) anlamına gelen kelimelerden oluşmuştur. Hofberg ve Brockington (2002). 26 vakadan oluşan bir çalışma yapmışlar ve bu çalışmada tıp literatüründe ilk kez tokofobiyi hem tanımlamış hem de sınıflandırmışlardır. Bu çalışmada örneklemdaki gebelerin %31'i primer tokofobiye, %54'ü sekonder tokofobiye ve %15'i prenatal depresyona bağlı tokofobiye sahiptir. O yıllarda Hofberg ve Brockington (2002) tokofobiyi gebeliğe bağlı oluşan bir çeşit anksiyete bozukluğu ve doğum anında ölüm korkusu olarak tanımlamıştır (Hofberg & Brockington, 2002).

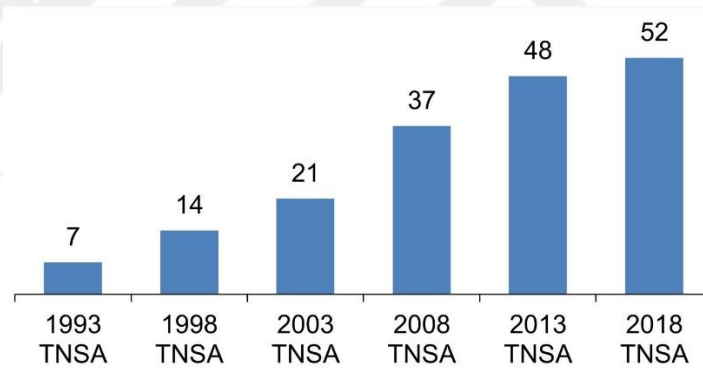
Günümüzde tokofobi ise yıllar içinde şekillenerek sadece gebeliğe bağlı olmayan gebelik öncesi, doğum anı ve doğum sonrasına bağlı olarak da gelişebilecek korku tanımlarını içermektedir. Doğuma bağlı doğum korkusu yaşayan kadınlardan bazıları kendilerinin veya bebeklerinin doğum sırasında zarar görebileceğini veya öleceğini, doğum anında kontrollerini kaybetme ve doğum anında doğumu zorlaştıracak hareketlerde bulunma gibi korkuları yaşayacağını düşünür. Bazı kadınlar ise doğum süresince vajinal muayenenin yapılma korkusu, epizyotomiye bağlı perinede yırtıkların oluşma korkusu, ıkınamayacağı ve şiddetli gelen doğum ağrılarını tolere edememe düşüncesi, doğum sırasında bebeğine forseps veya vakum uygulanma korkusu yaşamaktadır (Gökçek, 2022).

Doğum korkusu olarak bilinen tokofobi, kadınlarda ergenlik döneminden ileri yaş dönemine uzanan, önemsenmeyecek hafif düzeyden günlük işleri etkileyecek kadar şiddetli düzeyde doğum korkusuna kadar değişen emosyonel bir duygu durum bozukluğu olarak da tanımlanmaktadır (Çolak, 2020). Doğum korkusu hafif, orta ve şiddetli olmak üzere farklı düzeylerde ortaya çıkabilir. **Hafif düzeyde yaşanan bu korku** kadının rutin günlük yaşantısını etkilemez ve kadın bu korkuyu kendisi tolere edebilir. Ayrıca hafif düzeyde yaşanan doğum korkusunun gebelik ve doğum eylemi için kadını hazırlayıcı etkisi vardır. **Orta düzeyde yaşanan korku** ise kadının mental sağlığını etkilememekle birlikte günlük yaşantısını etkiler, kadın korkusunu bastırmakta ve yönetmekte tek başına yeterli olmayabilir ve desteğe ihtiyaç duyar. **Şiddetli düzeyde korku** ise kadının hem günlük yaşantısını olumsuz etkiler hem de mental sağlığını olumsuz etkileyerek sağlık sorunlarına ve komplikasyonlara yol açar (Çolak, 2020).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreçtir fakat günümüzde halen kadınlar açısından doğum korkusu ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Yaşanan doğum korkusu kadınların sezaryen ile doğumu tercih etmelerine sebep olmaktadır. Doğum anında yaşanacak ağrıyı tolere edememekten korkan kadınlar vajinal doğumdan kaçarak sezaryen endikasyonu olmadığı halde sezaryeni tercih etmektedir. Kadınların sezaryenle doğum yapma isteğinin başlıca nedenlerinden biri, bilimsel "tokofobi" adıyla bilinen, doğum süreciyle ilişkili patolojik korkudur (Kanellopoulos & Gourounti, 2022). DSÖ, sezaryen doğumu tıbbi açıdan gerekli durumlarda önermektedir. Ancak sezaryen doğum oranı için ülkelerin nüfus düzeyinde ulaşılacak net bir oran önermemiştir. DSÖ tarafından yürütülen bir araştırma, ülkelerin sezaryen hızlarında %10'a kadar olan bir artışın anne

ve yenidoğan ölümlerindeki azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak %10'un üzerindeki artışlar anne ve yenidoğan ölüm hızlarındaki düşüşle ilişkilendirilmiştir (DSÖ, 2015). Son otuz yılda sezaryen oranlarının arttığı ve şu anda %0,4 ile %65 arasında olduğu görülmüştür. Kadınların %1-20 arasında değişen önemli bir yüzdesi tıbbi endikasyon olmadan sezaryen talep etmektedir (Kanellopoulos & Gourounti, 2022).

Türkiye'de tüm doğumlardaki sezaryen oranı %52'dir. Doğumların %38'i için sezaryen kararı, doğum sancıları başlamadan önce verilirken %14'ü için doğum sancıları başladıktan sonra verilmiştir. Sezaryen ile doğum yüzdesi %64 oran ile 35-49 yaş arası kadınlarda, %33 oran ile 20 yaş altındaki kadınlara oranla 2 kat yüksektir. (TNSA 2018) Bunun sebebi ise; gerçekleşen doğum sayısının fazla olması ve ilerleyen yaşa bağlı gelişebilecek komplikasyonlardır. Anneler %54 oranla en çok ilk doğumda sezaryen olduğunu söylemişlerdir (TNSA, 2018).



Şekil 2. 3. Sezaryen ile doğum oranında değişim (1993-2018)

Yapılan bir çalışmada doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmek isteyen kadınların bu isteğinin altında yatan temel sebebin şiddetli doğum korkusu olduğu ortaya çıkmıştır (Dencker ve ark., 2019). Bülbül ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada sezaryen ile doğumu tercih eden gebelerin doğum korkusu orta düzeyde bulunmuş ve %28,6'sının doğum korkusu nedeniyle bu doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu'na göre çalışma kapsamındaki kadınların

%23,6'sının hafif; %29,4'ünün orta; %38,8'nin şiddetli düzeyde ve %8,2'sinin ise klinik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir (Bülbül ve ark., 2016).

Doğum korkusu, adölesan veya erişkin fark etmeksizin kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini gebelik öncesi, gebelik dönemi, doğum anında ve doğum sonrası dönemlerde etkileyen yaygınlaşmış bir sorundur. Çoğu kadın az da olsa doğum korkusu yaşar. Şiddetli boyuta dönüşüp fiziksel ve ruhsal açıdan kadına zarar vermediği sürece masumdur. Çünkü şiddetli doğum korkusu yaşayan kadınlar gebe kalmaktan çekinir ve doğum yapmaktan kaçınır. Bu durumda anne ve bebek sağlığını korumak, kadının sonraki gebeliklerinde doğuma bağlı daha büyük travmalar yaşamasını önlemek için tedavi gerekebilir (Bakshi ve ark., 2008).

2.9.1 Doğum Korkusunun Sınıflandırılması

Tokofobi üç ana başlıktan oluşmakta ve bu başlıklar, primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi olarak sıralanmaktadır.

2.9.1.1. Primer Tokofobi

Primer tokofobi, gebelikten önce başlayan ve doğum deneyimi olmayan kadınların yaşadığı patolojik doğum korkusudur (Kaya & Güler, 2021). Bu korku adölesan dönem veya erken erişkin dönemlerinde olan kadınlarda başlayabilmektedir. Yaşadıkları çevre ve kültür farklılığı, anneden kızına geçen olumsuz doğum anılarının aktarılması gibi durumlar, doğuma yönelik kadınların korkularını önemli derecede etkileyebilir. Bu kadınlar gebe kalmaktan korkar ve çekinirler, bu durumda birden fazla doğum kontrol yöntemlerini kullanmayı tercih ederler. Gebe kalsalar bile vajinal doğumdan kaçınıp elektif sezaryen doğumda ısrarcı olurlar hatta küretaj ile gebeliği bile sonlandırmak isteyebilirler (Yakut, 2015). Primer tokofobiyle baş edebilmek zor olduğundan gebelikten kaçınmak isteyen kadınlar bazen evlat edinmeyi tercih edebilmektedir. Primer tokofobiye, aynı zamanda geçmişte jinekolojik muayene esnasında travma yaşamak veya doğuştan meydana gelen travmatik deneyimler gibi sebepler zemin hazırlayabilmektedir (Demşar ve ark., 2018). Primer doğum korkusu çoğunlukla annelerin yaşamış oldukları olumsuz doğum öykülerini kızlarına anlatılması ile gelişir. Hofberg ve Ward (2003) çalışmasında kadınların gebeliğe yönelik oluşturdukları bakış açısının kendi anneleri ile benzer olduğunu ve doğuma yönelik korkunun nesiller boyunca aktarıldığını ortaya koymuştur. Çocuklukta veya adölesan

dönemde yaşanmış bir cinsel taciz/tecavüz gibi travma yaratan olayların yaşanması gibi durumlarda da doğum korkusu daha çok gelişir. Ayrıca çalışmasında çocukluk çağında yaşanmış cinsel taciz öyküsü olan kişilerde %12 oranında doğum korkusu geliştiğini de bildirmiştir (Hofberg & Ward, 2003).

Tekrarlanan cinsel taciz öyküleri ve travmanın yaşanması vajinal doğumdan kaçmaya sebep olmaktadır (Di Renzo, 2003). Yapılan bir araştırmada nullipar kadınların %13'ünün doğum korkusuna bağlı gebelikten kaçındığı veya gebe kalmayı ertelediği saptanmıştır (Bakshi ve ark., 2008). Dencker ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada nullipar kadınların multiparlara göre daha yaygın bir biçimde doğum korkusu yaşadıkları ve bu korkunun daha yoğun olduğu belirlenmiştir (Dencker ve ark., 2019). Hofberg ve Ward'ın (2003) yapmış olduğu araştırmaya katılan kadınların yaklaşık olarak %78'inin gebelik ve doğumla ilgili korku yaşadığını bildirirken, gebe olmayan kadınların ise %13'ünün doğum korkusu yaşadığı için gebelik planlarını ertelemeyi veya önlemeyi düşündükleri belirtilmiştir (Hofberg & Ward, 2003).

2.9.1.2. Sekonder Tokofobi

Sekonder tokofobi, genellikle geçirilmiş travmatik bir obstetrik olaydan sonra yaşanan doğum korkusudur (Kaya & Güler, 2021). Kadınlar travmatik doğum sonrası tokofobiye bağlı şiddetli stres yaşayarak doğumdan sonra uyku problemleri ile karşılaşır ve kâbus bile görürler. Bu sebeple posttravmatik stres sendromu travmatik doğum komplikasyonlarından biridir. Buna bağlı kadınlar gebe kalmaktan patolojik düzeyde korkabilir (Körükçü, 2009).

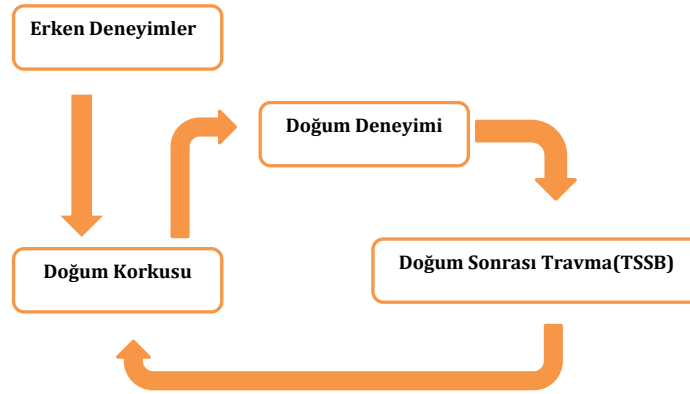
Sekonder tokofobiye neden olan en önemli faktörler yaşanmış riskli gebelik öyküsü ve olumsuz doğum tecrübeleridir. Kadının önceki doğumunda yaşadığı travmatik bir vajinal doğum eylemi ya da vajinal muayene, sonra ki doğum korkusu sıklığını da artırır. Yaşanan olumsuz etkili travmatik doğumlar anne sütünde azalmaya ve emzirme problemlerinin yaşanmasına, postravmatik stres bozukluklarının oluşmasına ve kadının yeni bir gebelikten kaçınmasına sebep olmaktadır (Størksen ve ark., 2013). Tekrarlayan abortus öyküsü, ölü fetüs, anomalili bebek doğurma gibi kadının geçmişte yaşadığı durumlar sekonder tokofobinin oluşmasına zemin hazırlar. Gao ve ark. (2015) yapmış oldukları araştırmada abortus öyküsü olan kadınların doğum korkularının, abortus öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Gao ve ark., 2015). Primipar

gebeler, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde kendini nelerin beklediğini bilmediği için kaygı yaşarken, multipar gebeler ise deneyimlenmiş travmatik bir gebeliği olduğu zaman aynı şeyleri yaşamaktan korkar ve doğumun nasıl gerçekleşeceğine yönelik endişe duyar (Yakut, 2015).

2.9.1.3. Prenatal Depresyona Bağlı Tokofobi

Prenatal dönemde görülen depresyonun bir belirtisi de tokofobi olabilir. Yapılan bir araştırmada tokofobi için ‘kaygı ve depresyon’ en önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur (Hofberg & Ward, 2003). Annede anksiyete veya depresyon gözlenmesinin tokofobi riskini 2.4 kat artırdığı belirlenirken depresyon ve anksiyetenin aynı anda bulunmasının tokofobi riskini 11 kat arttırdığı saptanmıştır (Storksen ve ark., 2012). Yüksek seviyede kaygı durumu olan kadınların daha şiddetli doğum korkusu yaşadığı ve doğumda kendi bedenlerinin kontrolünü kaybetmemek için elektif bir biçimde gerçekleştirilen sezaryeni vajinal doğuma göre daha fazla seçtikleri sonuçları elde edilmiştir (Saisto ve ark., 2001)

Prenatal depresyona bağlı olarak ortaya çıkan tokofobi, gebelik öncesi kadında herhangi bir endişe, kaygı ve korku durumları olmamasına rağmen gebelik sürecindeki duygu değişimlerine bağlı olarak oluşan depresif durumlar nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Bazı kadınlarda bu dönemde fobik doğum korkusu gelişir ve doğum eylemini gerçekleştirmek istemezler. Genellikle bu kadınlar doğum esnasında bebeğini doğuramayacağını düşünür hatta doğum eyleminin süreci tamamlansa da bebeğini kaybedeceği düşüncesine inanır (Hofberg & Brockington, 2000). Gebelik süresince yaşanan depresyon gizlenir ve tedavi edilmezse, ileriki dönemlerde bu daha fazla artarak görülebilir. Sonuç olarak anne-bebek bağlanmasında gecikme ve bebeğin ihmal edilmesi, annelik rolüne adapte olamama, aile içi sorunlar, bireyin kendine zarar verme düşüncesi, madde kullanımı ve hatta intihar eylemine kadar varan durumları ortaya çıkaracaktır (Levin & Becker, 2010).



Şekil 2. 4. Doğum korkusunun birincil ve ikincil tokofobi ile ilişkisi (Yastı, 2020).

2.10. Doğum Korkusu Yaygınlığı

Geçmişten günümüze kadar yaşattığımız bazı gelenek ve görenekler kadın hayatını etkilemiş ve doğum üzerinde farklı düşüncelerin şekillenmesine sebep olmuştur. Farklı ülkelerde farklı kültürlerle şekillenen ve her kadının algısına göre farklı düzeylerde gelişen doğum korkusu hem anne hem de yenidoğanın sağlığını etkilemektedir. Pekçok ülkede yapılan farklı araştırmalar sonucunda korkunun yaygınlığıyla ilgili farklı sonuçlar ortaya koyulmuştur. Bu farklılıkların sebebinin, kadınların sosyal yaşantısı, eğitim seviyesi, ekonomik düzeyi, kültürel çeşitlilik ve çevresel faktörlerin değişikliğinden kaynaklandığı öngörülmektedir. Yapılan araştırmalarda doğum korkusu yaygınlığı Avustralya’da %23, Amerika’da %11 ve Asya’da %25 bulunmuştur (Onchonga ve ark., 2020). İsveç’te yapılan bir çalışmada doğum korkusu yaygınlığı %5-20 arasında bulunurken (Nilsson ve ark., 2012), Danimarka’da yapılan çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayanların oranı ise yaklaşık %6-10 arasında bulunmuştur (Haines ve ark., 2011).

Kenya’da gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada ise; gebelerin %29,5’i düşük düzeyde doğum korkusu, %40,4’ü orta düzeyde doğum korkusu, %22,1’i yüksek düzeyde doğum korkusu ve %8’i şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların çoğunluğu orta derecede doğum korkusu kategorisinde yer almış ve bu gruptaki gebelerin %39,6’sı primipar, %41,5’i ise multipar gebeler olarak kaydedilmiştir. Yapılan bu çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerin oranı %8 (n=30) iken; primipar gebelerde şiddetli doğum korkusu yaşayanların oranı %13,8 (n=22)

ve multipar gebelerde şiddetli doğum korkusu yaşayanların oranı %3,7 (n=8) olarak belirtilmiştir (Onchonga ve ark., 2020). Türkiye’de 203 gebenin katıldığı ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ A) kullanılarak yapılan bir araştırmada gebelerin doğum korkusunun orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Bilge ve ark., 2022). Şahin ve ark.’nın (2009) aynı ölçekle 100 gebenin katılımı ile yaptıkları çalışmada gebelerin doğum korkusunun yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Şahin ve ark., 2009). 619 gebenin katıldığı başka çalışmada gebelerin doğum korku düzeyi dağılımı incelendiğinde; gebelerin %40,1’inin düşük düzeyde doğum korkusu yaşadığı, %56,5’inin orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı, %2,3’ünün ağır düzeyde doğum korkusu yaşadığı ve %1,1’inin ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Bakır & Demir, 2021). Güleç ve ark.’nın (2014) yaptığı çalışmada doğum korkusunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Güleç ve ark., 2014).

Adams ve ark.’nın (2012) 2206 kadının katılımı ile yaptığı çalışmada doğum korkusu orta düzeyde bulunmuş ve kadınların %7,5’inde doğum korkusu olduğu saptanmıştır (Adams ve ark., 2012). 191 gebenin katılımı ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise %75’inin düşük ve orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı, %25’inin yüksek veya çok yüksek doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Demşar ve ark., 2018). Kanellopoulos ve Gourounti (2022) yaptığı çalışmada tokofobi yaygınlığı primipar kadınlarda %7-25 ve multipar kadınlarda %7,7-16,25 arasında değerlerde bulunmuştur. Tokofobisi olan kadınların yaklaşık %7-18,6’sı herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın elektif sezaryen istemiştir (Kanellopoulos & Gourounti, 2022).

Geldi (2020) tarafından 2020 yılında 400 gebe ile gerçekleştirilen çalışmada doğum korkusu ortalaması orta düzeyde bulunmuş olup araştırmaya katılan gebelerin doğum korkusuna yönelik seviyeleri belirlendiğinde %44’ünün “düşük”, %24,7’ sinin “orta”, %22,8’inin “yüksek” ve %8,5’inin “klinik” seviyede doğum korkusunun olduğu saptanmıştır (Geldi, 2020).

2.11. Doğum Korkusu Nedenleri ve İlişkili Faktörler

Gebelik ve doğum kadının hayatında önemli bir yer tutar. Her kadın gebelik dönemini neşeli, heyecanlı ve sağlıklı bir şekilde geçirmek ister. Fakat bazı kadınlar belirsizliklere bağlı olarak endişe, kaygı ve korkuyu içinde barındırır ve bunlarla başa çıkmaya çalışır. Doğum korkusunun oluşmasında birçok faktör rol almaktadır (Dencker ve ark., 2019).

Doğum korkusunu oluşturan bu faktörler literatür taramamıza göre genel olarak biyolojik faktörler (en fazla doğum ağrısı), psikolojik faktörler (en çok anksiyete ve depresyon), sosyo-demografik faktörler (düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, sosyal destek yetersizliği) ve ikincil faktörler (geçmiş doğum deneyimi) olarak sınıflandırılmıştır (Sezen & Ünsalver, 2018).

2.11.1. Biyolojik Faktörler

Doğum Ağrısı: En çok görülen biyolojik faktörler arasında ‘doğum ağrısı’ yer almaktadır. Literatürde doğum ağrısından doğum korkusuyla ilişkilendirilen bir korku türü olarak da bahsedilmektedir. Modern kültürle birlikte kadının toplumdaki statüsü ve buna bağlı gelişen faktörler ile medyada doğum ile korku ve ağrının birlikte ifade edilmesi de doğum korkusunun temelini oluşturmaktadır (Reiger & Dempsey, 2006). Her kadının doğum ağrısı algısı farklıdır. Algıdaki bu farklılık kültürel beklentilerden kaynaklı olabilmektedir. Ağrıyı bazı kadınlar anneliğin bir parçası olarak kabul ederken, bazı kadınlar ise ağrı ile birlikte bebeğini kaydedeceğini düşünmektedir (Sani, 2015).

Ağrı eşiğinin düşük olduğunu düşünen kadınlar doğum ağrısını şiddetli yaşayacağını ve bununla baş edemeyeceğini düşünür. Geissbuehler ve Eberhard (2002) İsviçre’de 8000 gebe ile yapmış oldukları araştırmada düşük ağrı eşiğine sahip, önceki doğumda şiddetli ağrı yaşamış ve doğumunda yüksek düzeyde ağrı yaşayacağını düşünen bu kadınlarda doğum korkusunu daha yüksek bulmuştur ve araştırmada nullipar kadınların %40’ında ağrıya bağlı korku yaşandığı saptanmıştır (Geissbuehler & Eberhard, 2002).

Türkiye’de 2009 yılında 19 nullipar gebe ile yapılan bir araştırmada ise doğum korkusu olduğunu belirten gebelerde yaşanacak doğum ağrısının en yaygın doğum korkusu olduğu saptanmıştır (Serçekuş & Okumuş, 2009). Ağrıyı yaşama ve bunu tolare edememe korkusu, kadının ağrıdan kurtulmak için vajinal doğumdan kaçınıp genellikle elektif sezaryen talebinde bulunmasına sebep olmaktadır. Dursun ve ark.’nın (2011) Türkiye’de 400 gebenin katılımı ile yaptıkları bir araştırmada ise gebelerin ağrı korkusu nedeniyle %50’sinin sezaryen talebinde bulunduğu bildirilmiştir (Dursun ve ark., 2011).

Doğum ağrısı invaziv girişimlerin en aza indirgenmesi ile azaltılabilir (Guszkowska, 2014). Ağrısız doğum yöntemlerinin kullanımı son yıllarda yaygınlaşmış ve kadınlar tarafından ağrının azaltılması için tercih edilmeye başlanmıştır. Ağrısız

doğum yöntemlerinin tercih edilmesi ile birlikte doğumda memnuniyet arttırılarak, doğuma ilişkin korkuların azalması da sağlanmaktadır (Kamali ve ark., 2018).

Operasyonlu Doğum: Vakum, forseps gibi aletlerle operasyonlu (enstrümantal) doğum olacağı korkusu, epizyotomi korkusu, perinenin hasar alacağı ve sonrasında cinsel hayatın bozulacağı korkusu da diğer biyolojik faktörlerdendir. Yapılan çalışmalarda doğum sırasında oluşabilecek epizyotomi, deşüri ve yırtıklar sebebiyle perinenin hasar alması ve sonrasında cinsel hayatlarının olumsuz etkileneceğine yönelik kadınların korku yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Serçekuş & Okumuş, 2009). Doğum geçmişinde, sezaryen doğumda ve vakum, forseps gibi enstrümantal yöntemlerin kullanımının gerçekleştiği vajinal doğumda komplikasyon gelişen gebeler (Karlström ve ark., 2011) komplikasyonsuz doğum yapan gebelerden daha fazla doğum korkusu yaşamaktadır (Nieminen ve ark., 2009).

Çolak (2020) çalışmasında, vajinal doğumda uygulanan epizyotomi, oluşan laserasyonlar, müdahaleli doğum, perinide hasar oluşması ile cinsel hayatının olumsuz etkileneceği ve doğum sırasında bebeğinin bir sakatlık geçireceği düşüncesinin kadınlarda doğuma yönelik endişeye neden olduğunu belirtmiştir (Çolak, 2020). Demşar ve ark.'nın (2018) 191 gebenin katılımı ile yaptığı bir çalışmada gebelerin %1,6'sında patolojik korku meydana geldiği ve bu korkulardan en önemlisinin epizyotomi uygulanması korkusu olduğu belirtilmiştir (Demşar ve ark., 2018).

Sağlık Personelinin Davranışıyla İlgili Korku: Sağlık profesyoneline güvenmeme, profesyonelin doğumda hata yapması veya bağırması, profesyonel tarafından destek görememe ve azarlanma gibi bir durum yaşama korkusu da doğum korkusuna neden olan faktörlerdendir. Yapılan çalışmalarda kadınların sağlık personelinin hata yapmasından korktukları belirtilmiştir (Subaşı ve ark., 2013). Gebe bulunduğu, doğumunun gerçekleşeceği ortamda kendini güvende hissetmek ister. Saisto ve ark. (2001) çalışmalarında sağlık profesyoneline karşı var olan güven eksikliğini, doğum korkusunun oluşmasında önemli bir etken olarak saptamıştır (Saisto ve ark., 2001). Doğumunu yaptıracak olan doktor veya ebesi ile birlikte uyum içinde olması doğumunu kolaylaştıran bir etmendir. İlk tanıştığı kişilerden çekinmeleri son derece doğaldır. Sağlık personelleri kendilerini tanıtmalı, hastane ve doğum salonu prosedürleri ve işleyişi hakkında gebe ve yakınlarına bilgilendirme yapmalıdır. Eğitim planlanarak gebelerin mevcut yanlış bilgi ve inanışları belirlenerek doğru bilgilendirme yapılmalıdır.

Doğum ortamı gebenin psikolojisini rahatlatacak şekilde hazırlanmalıdır. İmkânlar doğrultusunda; müzik dinletisi, pilates veya doğumu kolaylaştıracak egzersizler, odanın sıcaklığı ve kokusu uygun hale getirilmelidir. Sağlık profesyoneli gebeyi rahatlatıcı şekilde bilgilendirdiğinden emin olmalıdır. (Kılıç & Gurkan, 2021).

Diğer biyolojik faktörler arasında; vajinal muayene korkusu, malformasyonlu bebek sahibi olma korkusu, kendisinin ve bebeğinin doğum sırasında zarar göreceği veya öleceği korkusu, doğum sırasında kadının kendini yetersiz görerek, beden kontrolünü kaybetme ve doğuma engel olacağı hareketlerde bulunma korkusu, bilinmeyen ortamda yalnız kalma korkusu ve doğumun nasıl olacağı hakkında bilgi sahibi olmaması gibi korkular yer almaktadır (Gökçek, A. İ., 2022).

2.11.2. Psikolojik Faktörler

Psikolojik sebepler içerisindeki en önemli faktör annenin bireysel özellikleri (bireyin genel anksiyetesi, kendisine olan düşük benlik saygısı) dir. Bireysel özellikler içerisindeki en belirleyici olan özellik ise annenin genel anksiyete düzeyidir. Genel anksiyete seviyesi yüksek, benlik algısı düşük olan anneler daha fazla tokofobi yaşamaktadır (Saisto ve ark., 2001).

Doğum korkusuna etki eden diğer psiko-sosyal faktörler; kaygı veya depresyona eğilim ve bu durumla baş etme yeteneği, bazı psikiyatrik bozukluklar, eş desteğinin olmaması, öz-yeterlilik, düşük benlik saygısı, travmatik jinekolojik muayene, çocukluk çağı istismarı ve post travmatik stres bozukluğu gibi pekçok faktör doğum korkusuna neden olabilmekte veya bireyde var olan korkunun seviyesini yükseltebilmektedir. Tüm bu stres faktörleri tokofobiye arttırarak, doğum sonu anneliğe geçiş uyumunu engelleyip, anne-bebek bağlanmasını bozabilmektedir (Johnston & Brown, 2013).

Bireysel Özellikler: Kadının bireysel özellikleri doğumdan beklentileri, beklentileri ise doğum sırasındaki deneyim ve davranışları etkilemektedir. Kadında var olan sürekli kaygı durumunun yüksek olması önemli bir doğum korkusu sebebidir (Gao ve ark., 2015). Andersson ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada, gebelerin %6,6'sında anksiyete bozukluğu, %11,6'sında duygu durum bozukluğu yaşandığı ve gebelikte herhangi bir komorbidite psikiyatrik tanı alan gebelerde ise doğum korkusu riskinin 2 kat arttığını belirtilmiştir (Andersson ve ark., 2003). Bir başka çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınların, gebelikten önce %80'inde anksiyete ve depresyon, %72'sinde cinsel

istismara maruz kalma ve %32'sinde yeme bozukluğu davranışının yaşandığı bulunmuştur (Halvorsen ve ark., 2008).

Gebelikte en çok karşılaşılan iki problem anksiyete bozukluğu ve depresyondur. Kadının anksiyete veya depresyon tanısı alması tokofobinin görülme oranını 2,4 kat arttırır iken; her ikisinin de bir arada bulunması durumunda ise bu riski 11 kat artmaktadır (Storksens ve ark., 2012). Saisto ve ark.'nın (2001) Finlandiya'da yaptığı araştırmada anksiyete, savunmasızlık, depresyon, nevrotik kişilik, düşük benlik saygısı gibi kişisel özellikler gebelik anksiyetesi ve doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan ileri analizde ise doğum korkusunun oluşmasında genel anksiyete en önemli belirleyici olarak saptanmıştır (Saisto ve ark., 2001). Ayrıca kadın, geçmiş doğum deneyimini değerlendirmek suretiyle bir sonraki doğuma yönelik korku ve anksiyete düzeyini belirlemede de rol oynar (Hofberg & Ward, 2003).

Kadın gebeliğe bağlı bedenindeki fiziksel değişimlerden psikolojik olarak etkilenebilmektedir. Kadınların vücudunda doğuma bağlı kalacak olan izler konusundaki kaygılar ise özellikle primipar gebeliğin başlarında daha önemli hale gelmektedir. Fairbrother ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada doğumda cinsel haz, cinsel çekicilik ve aktifliği kaybetme korkusunun nullipar gebelerde erken gebelik haftalarında arttığını saptamışlardır (Fairbrother ve ark., 2018). Gebelik ve doğum sonucu kadın vücudunda meydana gelen fiziksel değişikliklerle ilgili endişelerini bildiren genç kadınlar arasında aynı zamanda doğum korkusu bildirme oranında artmıştır. Gebelik ve doğumun kadın vücudu üzerindeki etkisine ilişkin endişeler gibi belirli korkuların gebelikten önce ele alınması gerekmektedir (Kanellopoulos & Gourounti, 2022).

Geçmişte Yaşanan Travmatik Olaylar: Bireyin doğuma yönelik korku hissetmesine yol açan primer nedenler arasında geçmişte yaşanan doğum tecrübesi ve daha önceki gebeliğin riskli olarak yaşanması yer almaktadır. Önceki doğumunda travmatik doğum deneyimine sahip olan bireylerin doğum korkusunu daha şiddetli yaşadıkları belirlenmiştir (Boorman ve ark., 2014). Önceki doğum deneyiminde travmatik bir doğum tecrübesine bağlı olarak doğum korkusu hisseden bireylerde doğum şeklinin sezaryen doğum eylemi olarak tercih edilmesini 5,2 kat artırmaktadır (Sydsjö ve ark., 2013). Post travmatik stres bozukluğu, çocukluk çağında cinsel ve duygusal istismara uğrama gibi durumlarda kadınların doğum korkuları artmaktadır. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın, yetişkinlikte maruz

kalınan cinsel istismardan daha fazla doğum korkusunu artırdığı ve doğuma yönelik ait komplikasyonların daha yüksek oranda görülmesine yol açtığı belirlenmiştir (Heimstad ve ark., 2006).

Doğum deneyiminin travmatik olarak gerçekleşmesi anne ve bebek, kadın ve eş arasında olumsuzluklar meydana getirdiği ve doğumdan sonra anne sütüne yönelik olarak yaşanan sorunların artmasına, bireylerin gebe kalmaktan kaçınmasına ve post-travmatik stres bozukluğuna neden olduğu bildirilmektedir. Storksen ve ark. (2013) yapmış oldukları çalışmada geçmiş doğum öyküsünde yaşanan tromboz, yüksek miktarda kan kaybı, anal sfinkterde yırtıkların meydana gelmesi, plasentada retansiyon gibi kadının bireysel olarak algılamış olduğu olumsuz olarak nitelendirilebilecek doğum deneyimin, doğum korkusu yaşama durumuyla da ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Storksen ve ark., 2013).

Ebeveyn Olmaya İlişkin Korku: Annelik rolü yeni bir sosyal rol olmakla beraber aynı zamanda annenin kaygı düzeyinin yükselmesine de neden olabilmektedir. Annede bebeğine yönelik gerçekleştireceği bakımda eksikler olabileceği düşüncesi, kendisinin yaşamındaki yeni değişiklere uyum sağlayabilme veya alışamama gibi düşüncelere sahip olması doğuma yönelik olarak korku yaşamasına sebep olabilecek nedenler içerisinde yer almaktadır (Hanna Leena Melender, 2002).

Gebe tarafından algılanan stres faktörlerinin doğum korkusu seviyesinde artışa yol açması nedeniyle gebenin doğumdan sonraki dönemde annelik rolüne uyum sağlanmasında engeller meydana gelmekte ve bu durum anne ile bebek arasında kurulacak olan bağın engellemesine yol açabilmektedir (Johnston & Brown, 2013).

2.11.3. Sosyo-Demografik Faktörler

Tokofobi riskine yol açan sosyodemografik faktörler incelendiğinde, sosyal destek sistemlerindeki yetersizlik, algılanan gelir düzeyinin düşük olması, yeterli aile desteğinin olmaması ve genç yaş olduğu saptanmıştır.

Eğitim seviyesinin düşük olması, gebeliğin plansız olarak meydana gelmesi, gelir durumunun düşüklüğü, aileden beklenen desteğin yeterli seviyede hissedilmemesi, daha önceden küretaj geçirme durumu ve gebelik sayısının doğum korkusunu daha yüksek düzeyde yaşanmasına neden olduğu belirlenmiştir. Danimarka ve İsviçre’de yapılan çalışmalarda düşük eğitim seviyesine sahip, genç yaşta anne olan, sigara içen, işsiz, sosyal

iletişiminde yetersizlik, kişisel sağlığa önem gösterilmemesi, gelir düzeyinin düşük olması, psikolojik bir sağlık problemi varlığı ve anksiyete düzeyi yüksek gebelerin doğum korkusunu daha çok yaşadıkları saptanmıştır (Waldenström ve ark., 2006).

Bazı çalışmalar genç yaşta doğum korkusunun daha şiddetli yaşandığını belirtirken, bazı çalışmalar ise ileri yaşta daha yüksek korku yaşandığını belirtmişlerdir. Literatürde adölesan gebelerde doğum korkusunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Elvander ve ark., 2013).

Aslan ve Bıyık (2020) yaptıkları çalışmada adölesan gebelerin doğum korkusu düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Aslan & Bıyık, 2020). Genç yaştaki gebeler genellikle ilk gebeliklerini yaşarlar. Çoğunluğunun nullipar olması ve doğum ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, daha fazla doğum korkusu yaşamasına neden olmaktadır. Yetişkin veya multipar gebelerin ise doğum korkusuna sebep olan faktörler farklıdır. Bu farklılıkların kadınların daha planlı yaşaması, modern dünyanın getirdiklerinden dolayı her şeyi kontrol altına almaya çalışmaları ve planlanan eylemlerinin yarıda kalacağını düşünmeleri ve yaşamlarında bölünmelere neden olabileceği gibi nedenlerden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Nieminen ve ark., 2009).

Gebelik ve doğum süreci anne ve bebek için sosyal desteğin en çok ihtiyaç duyulduğu dönemlerden biridir. Gebelikte yeterli sosyal destek sağlanması ve sağlıklı psikolojik durumun sağlanması hem anne hem de fetüsün sağlığı açısından önemlidir (Fenwick ve ark., 2009). Aile içerisinde, eşten veya arkadaş çevresinden alınan sosyal desteğin doğum deneyimi üzerine etkisine bakıldığında olumlu anlamda etki gösterdiği söylenebilir.

Doğum sırasında kadınların öncelikle annelerinden, sonrasında ise eşlerinden destek görmek istedikleri belirlenmiş olup kadınların %30,7'sinin eşinden destek almak istedikleri saptanmıştır (Timur & Hotun-Şahin, 2010). Saisto ve ark. tarafından 2001 yılında yapılan araştırmada kadınların algıladıkları sosyal destek sistemlerinin eksikliğinde artış, eş ile aile içi problem yaşıyor olmanın doğum korkusuna yol açan nedenler arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Saisto ve ark., 2001).

Yapılan bir başka araştırmada sosyal ve eş desteği yeterli düzeyde olmayan ve eşlerinden gördükleri destekten memnun olmayan kadınların doğum korkuları, sosyal destek ve eş desteği algısı yüksek olan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gao ve ark., 2015). Sağlık profesyonellerinin görevleri içerisinde gebelere sosyal destek

sistemlerini etkin olarak kullanmalarının sağlanması yer almaktadır. Böylelikle doğum korkusunun ve olumsuz sonuçların azaltılmasında daha etkin bir rol oynayabilirler. Yapılan bir çalışmada da gelir durumunu iyi olarak nitelendiren gebelerin doğum korkularının daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Güleç ve ark., 2014).

Eğitim düzeyinin, doğum korkusu ile bir ilişkisi olmadığını savunan yayınlar mevcuttur. Fakat eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak yüksek doğum korkularının görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur. Gao ve ark. (2015) ile Laursen ve ark. (2008) yaptıkları çalışmalarda, düşük eğitim seviyesinin artmış doğum korkusu ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Gao ve ark., 2015).

Torloni ve ark.'nın (2013) İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, normal doğum yapan, öğrenim düzeyi yüksek ve ileri yaşta olan kadınların %20'sinin doğum yapma olasılıkları olsa da doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Torloni ve ark., 2013).

2.11.4. İkincil Faktörler

Önceki Doğum Deneyimi: Daha önceden yaşamış oldukları doğum eyleminde bir veya daha fazla komplikasyon geçirmiş kadınların doğuma yönelik korku düzeylerinde artış meydana gelmektedir. Storksens ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada doğumda herhangi bir istenmeyen durumla karşılaşan kadınlarda doğum korkusunun 1,9 kat; iki ya da daha fazla istenmeyen durumla karşılaşan kadınlarda ise 2,9 kat arttığını belirtmişlerdir. Doğum korkusu ile önceki doğum deneyimi arasındaki ilişki incelendiğinde ise olumsuz doğum deneyiminin doğum korkusunu 4,8 kat arttırdığı bulunmuştur (Storksens ve ark., 2013).

Abortus öyküsü bulunan kadınlarda, bebeğini kaybetmiş olmanın verdiği üzüntü, mevcut gebeliklerinde doğum korkusu yaşayabilmelerine neden olmaktadır. Doğum esnasında bebeğinin zarar göreceği veya bir kez daha bebeğini kaybedebileceği düşüncesi, gebelerde anksiyete veya korkuya yol açabilmektedir. Gebelikte istenmeyen bir durum olan abortus doğum korkusunu arttıran sebeplerden birisidir. Gao ve ark.'nın (2015) yaptıkları araştırmada abortus öyküsü bulunan kadınların, abortus öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek doğum korkusu yaşadığı sonucunu saptamışlardır (Gao ve ark., 2015).

‘Parite’ sayısı kadınların doğum korkusu şiddetini etkilemektedir. Multipar veya primipar olma durumunun doğum korkusunda farklılığa yol açabildiği ve primipar olan bireylerin daha önceden gebelik deneyimine sahip multipar gebelere göre daha yüksek düzeyde korku yaşadıkları belirlenmiştir (Ternström ve ark., 2015). Nullipar kadın kendini neyin beklediğini bilmediği için korkar iken multipar kadın geçmişte yaşadığı olumsuz tecrübelerini tekrar yaşamaktan korkar. İrlanda’da O’Connell ve ark.’ları (2019) tarafından yapılan bir araştırmada da multiparlara göre nullipar kadınların yüksek doğum korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir (O’Connell ve ark., 2019). Nullipar kadınların yüksek düzeyde doğum korkusu hissetme nedenleri; vajinal doğuma yönelik bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olmaması, doğumda ne ile karşılaşacaklarını bilmemeleri ve sağlıklı bir doğum yapamayacaklarını düşünerek kendine ve bebeğine zarar vermekten korkmalarıdır. Nulliparlar ve multiparlarda doğum korkusunun önemli sebepleri arasında olumsuz doğum deneyimleri bulunmaktadır. Multipar kadınlar için önceki doğum deneyimlerine bakarak inançları ve beklentileri sonucu, sonraki doğumlarında aynı deneyimi yaşayacak olmak, doğum korkusu için güçlü bir sebeptir (Çiçek & Samiye, 2015). Şen ve ark.’nın (2015) yapmış oldukları çalışmalarında; araştırmaya katılan %24,1 kadının doğum hakkında duyuları olumsuz hikâyeler duyduğu ve %69,7’sinin de duydukları bu olumsuz hikâyelerden etkilendiği belirlenmiştir (Sen ve ark., 2015).

Kadınlarda geçmiş doğum anısı veya ‘yaşanılan taciz/tecavüz’ olayı kadının hafızasında tekrar yaşantılandığı için korku tekrarlanmaktadır. Bu kadınlarda doğum korkusu görüldüğü gibi vajinal muayene gibi müdahalelere karşı da bir korku görülebilmektedir (Lukasse, 2011).

Doğum korkusuna yol açan faktörlerden birisi de kadınlarda var olan kronik hastalıklardır (Hanna Leena Melender, 2002). Aşırı kilolu (obez) gebelerde doğum korkusu yüksek bulunmuştur (Serçekuş, 2005). Şahin ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan gebelerin, gebelik döneminde aldıkları kilolar arttıkça, doğum kokularının da arttığını bildirmişlerdir (Şahin ve ark., 2009).

2.12. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları

Kadın hayatında önemli bir yeri olan doğum aslında doğal bir olaydır. Günümüz şartlarında kadınlar tamamen doğal olan bu eylemi bilinçaltında korkulan ve müdahale gerektiren bir durummuş gibi algılamaktadır. Artık kadınlar doğum eyleminde sürecine katılan sağlık profesyonellerine tüm sorumluluklarını vermeyi tercih etmektedir. Bunun

nedeni doğum esnasında bedenlerindeki hâkimiyetlerinin kendi kontrolünden çıkacağını düşünmelerinden kaynaklanmaktadır. Bunun sonucunda müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranları giderek artmaktadır (Nieminen ve ark., 2009).

Doğum korkusu gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde yaşandığında ortaya çıkan sonuçlarda farklılık gözlenmektedir. Doğum korkusuna bağlı ortaya çıkan etkileri; doğum korkusunun gebelik dönemine olan etkisi, doğum eylemi üzerinde etkisi ve doğum sonu dönemde etkisi olarak 3 başlık altında incelenmektedir.

2.12.1. Doğum Korkusunun Gebelik Dönemine Etkisi

Doğum korkusunun şiddetli düzeyde yaşanması gebelik döneminde birçok olumsuz sonuçları ortaya çıkarır. Doğum korkusunun şiddetli düzeyde yaşanması; kadınlarda uterusu hormonal değişikliklere, kadının gebelikten kaçınmasına, obstetrik komplikasyonlara ve ağrı oluşmasına neden olur. Bebek ebeveynler tarafından çok istenmesine rağmen doğum korkusu, aile içi çatışmalar yaşanmasına ve istemli abortus ve küretaja neden olabilir. Aynı zamanda gebelik sürecindeki stres, anksiyete ve depresyon, süreci olumsuz etkilemeye başlayacaktır (Demir, 2022). Aynı zamanda preterm eylem, doğum sırasında fazla kullanılan analjezikler, acil sezaryen ve uzamış doğum eylemi yönünde risk artmaktadır (Klabbers ve ark., 2014). Annenin yaşadığı korku amniyotik mayide kortizol miktarını yükselterek fetüsün beyin gelişimini dolayısıyla sosyal beceri, bellek ve dil yeteneklerini de etkileyebilir (Scollato & Lampasona, 2013).

Gebelikleri süresince doğum korkusuna bağlı stres yaşayan gebelerde, bu strese yanıt olarak katekolamin salgısı artar. Artan katekolamin salgısı kadının daha alıngan ve daha sinirli olmasına sebep olur. Ayrıca doğum korkusunun artmasıyla birlikte ortaya çıkan sorunlarla birlikte kadınların nasıl doğum yaptığını karar vermeleri de olumsuz olarak etkilemektedir. Gebelik öncesinde veya gebelik döneminde yaşanan bu doğum korkusu kadınlarda elektif sezaryen isteğine neden olmaktadır. Çoğu kadın doğum korkusundan dolayı vajinal doğum yapmak istemediklerini belirtmişler ve isteğe bağlı sezaryen ameliyat oranlarında artış yaşanmıştır (Nieminen ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada gebelerde korku düzeyi arttıkça, gebelerin doğum şekline karar vermede daha çok kaçınan, erteleyici ve panik oldukları saptanmıştır (Bülbül ve ark., 2016). Kanellopoulos ve Gourounti (2022) çalışmalarında şiddetli doğum korkusu olan

kadınların yaklaşık %7-18,6'sının herhangi bir tıbbi endikasyon olmamasına rağmen elektif sezaryen istedikleri sonuçlarını bulmuşlardır (Kanellopoulos & Gourounti, 2022).

Hong Kong'da Pang ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada, ilk doğumu vajinal yolla gerçekleştiren kadınların %24'ü doğum korkusu yaşadıkları için ikinci doğumlarında sezaryen doğumu tercih ettikleri saptanmıştır (Pang ve ark., 2008). 1400 gebenin katılımı ile yapılan bir çalışmada 21. haftadan itibaren doğum korkusunda artış olduğu ve isteğe bağlı sezaryenlerin doğum korkusu yaşayanlarda daha fazla bulunduğu bildirilmiştir (Rouhe ve ark., 2009).

Tüm dünyada olduğu gibi sezaryen oranlarında ki yükselme ülkemizde de ciddi bir sorun teşkil eder. Ülkemizde 2016 yılında yapılan araştırmaya göre bebeklerin %54,17'si sezaryenle dünyaya gelmiştir (Sert Karaaslan & Yener, 2018). TNSA-2018 verilerine göre ise ülkemizdeki tüm doğumlarda sezaryen oranı %52'dir. Doğumların %38'i için doğum eylemi başlamadan sezaryen kararı verilirken, %14'ü için ise doğum eylemi başladıktan sonra karar verilmiştir. Planlanmış sezaryen oranlarının, planlanmamış sezaryen oranından daha yüksek olması, sezaryen doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadan yapıldığını göstermektedir (TNSA, 2018). Ergöl ve Kürtüncü (2015) tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin %47,4'ünün endikasyon olmamasına rağmen doğum eylemi korkusu hissetmeleri nedeniyle doğum yönteminin sezaryen olarak tercih ettikleri saptanmıştır (Ergöl & Kürtüncü, 2014).

Doğum korkusu gebelik döneminde bu sonuçlar dışında uykusuzluğa da yol açmaktadır. Sjögren'in (1997) çalışmasında doğum korkusu yaşayan kadınlarda uyuma güçlüğü, kâbus görme ve doğuma bağlı endişe nedeniyle dalgınlık durumu saptanmıştır. Bireyin geçmişte yaşadığı ebeveyn kaybı, fetüs ölümü, eş ile arasında yaşanan ciddi problemler ve ilişkilerinin geleceği ile ilgili faktörlerin doğum korkusu ile arasında bir bağlantısı olduğuna varılmıştır (Sjögren, 1997).

Kabakian-Khasholian ve ark. (2015) Arap ülkelerinde yaptıkları bir çalışmada kadınların doğumu 'utanç verici', 'güçsüzlük' ve 'acı çekme' olarak nitelendirdiğini, utanmalarına bağlı olarak eşlerinin doğum anında doğuma katılım sağlamalarını istememektedir (Kabakian-Khasholian ve ark., 2015).

2.12.2. Doğum Korkusunun Doğum Eylemi Üzerine Etkisi

Kadınlar doğum anında kendilerini güvende hissetmek ister ve en çok isteyeceği şey ise bebeğini kucağına sağlıklı bir şekilde alabilmektir. Doğum eylemi doğal olmasına rağmen bazı kadınlarda bu durum yerini korkuya bırakır. Doğum eylemi sırasında yaşanan korkuya bağlı birçok olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan olumsuz sonuçlar ise; korkudan dolayı azalan oksitosin seviyesine bağlı doğum eyleminin uzaması, doğum eyleminin müdahale ile gerçekleşmesi, doğum sonu kanama riskinde artış, preterm eylem, daha fazla ilaç kullanımına maruz kalma ve acil sezaryen doğum eylemi olarak görülmektedir (Saisto ve ark., 1999).

Doğum korkusu yaşayan kadınlarda doğum eylemi sırasında endişe ve kaygıya bağlı olarak katekolamin (adrenalin, noradrenalin) seviyelerinde artış gözlenir. Artan katekolamin seviyesine bağlı damarlarda vazokonstriksiyon gelişir ve uterin kasların kontraksiyonlarında düzensizlik meydana gelir. Katekolaminler uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur. Uterin damarlarda gelişen vazokonstriksiyona ve uterin kasılma düzensizliğine bağlı olarak plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına ve fetüse daha az oksijen gitmesine sebep olur. Fetüse giden kan akımının yavaşlaması ve oksijenlenmenin azalmasına bağlı fetüs strese girer ve fetal distres gelişir. Bu durumda ise anne ve bebeğe müdahale edilmesi gerekebilir (Reck ve ark., 2013).

Doğumun başlamasında ve ilerlemesinde, düzenli doğum ağrılarının oluşmasında oksitosinin rolü önemlidir. Artan strese bağlı oksitosin hormonu baskılanır ve adrenalin seviyesi artar. Artan adrenalin, oksitosin miktarında azalmaya ve doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur (Scollato & Lampasona, 2013).

Baskılanan oksitosin hormonu ise gebede indüksiyon kullanımına yol açar. İndüksiyon kullanımı ise gebede doğum ağrısını arttırabilir, fetal distrese yol açabilir ve hatta acil sezaryen ile doğumun sonlanmasına sebep olabilmektedir (Karabulutlu, 2012). Adams ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada baskılanan oksitosinden dolayı doğumun ikinci evresinin uzadığını ve uzayan eyleme bağlı gebedeki doğum korkusunun daha da şiddetlendiğini belirtmişlerdir. Korkunun şiddetlenmesi, kadın ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi zorlaştırarak, doğum yönetimini ve klinik karar vermeyi geciktirmektedir (Adams ve ark., 2012).

Şiddetli doğum korkusu, kadınlarda doğumda memnuniyeti azaltmaktadır (Rouhe ve ark., 2009). Müdahaleli vajinal doğum, preeklampsi, fetüste asfiksi, intrauterin gelişme

geriliği, doğum ağırlığının düşük olması gibi pek çok probleme yol açabilmektedir (Adams ve ark., 2012). Başka bir çalışmada yaşanan aşırı korkunun annenin kan basıncını yükselterek erken doğuma sebep olduğu bildirilmiştir (Alehagen ve ark., 2005). Ayrıca anksiyeteli gebelerde daha fazla kanama görülebilmektedir (Adams ve ark., 2012; Andersson ve ark., 2003; Scollato & Lampasona, 2013; Taşkın, 2019). Doğum korkusuna bağlı, şiddetli düzeyde anksiyete yaşayan kadınların bebeğinde doğum sonu Apgar skoru düşük olmakta veya erken çocukluk dönemindeki zihinsel ve motor becerilerinde gecikmeler görülebilmektedir (Gönenç, 2013). Yapılan bir araştırmada anksiyeteli annelerin bebeklerinde neonatal kolik görülebileceği bildirilmiştir (Bakshi ve ark., 2008).

2.12.3. Doğum Korkusunun Doğum Sonu Dönemde Etkisi

Komplikasyonsuz bir doğum deneyimi doğum sonu dönemde annenin memnuniyet düzeyinin yüksek olmasına, doğuma dair olumlu düşüncelerinin oluşmasına ve doğum sonu anne bebek bağlanmasında olumlu etkilerin gelişmesine zemin hazırlar. Fakat doğumda yaşanan şiddetli doğum korkusu tüm bu olumlu olayların yaşanmasının önüne geçerek anne bebek bağlanmasının başlayamamasına, bireyin travma sonrasında stres bozukluğu yaşamasına ve postpartum depresyona neden olabilmektedir (Klabbers ve ark., 2018; Scollato & Lampasona, 2013).

Yaşanan bu doğum korkusu antenatal ve postnatal depresyonla birlikte, postpartum süreçte de yoğun bir şekilde artmış duygu durum bozulmaları ile karşı karşıya kalınmasına yol açarak (Karabulutlu, 2012), anne-bebek bağlanmasını zayıflatıp, laktasyon dönemini olumsuz etkileyerek emzirmeyi geciktirmektedir (Fenwick ve ark., 2015). Ayrıca iki gebelik arasındaki zamanın uzamasına, doğum şeklinin vajinal değil sezaryen olarak tercih edilmesinde ve bu tercihlerin artmasına da neden olmaktadır (Fenwick ve ark., 2015).Yenidoğanlarda, doğum ağırlığının düşük olması, davranışsal ve aynı zamanda emosyonel sorunların yaşanmasına sebep olmaktadır (Adams ve ark., 2012).

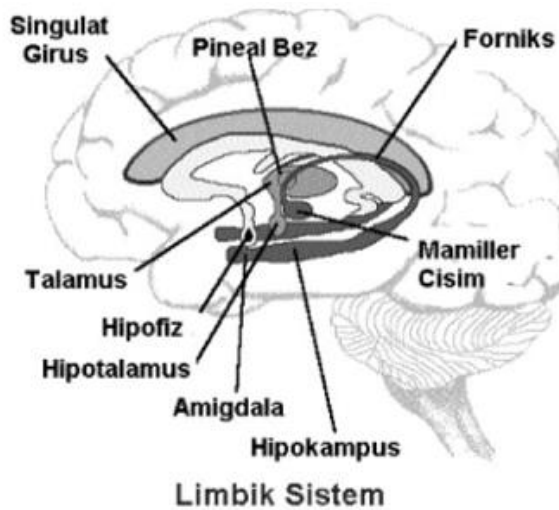
2.13. Doğum Korkusunun Fizyolojik Etkisi

Korku; her insanda yaşanan ortak, doğal ve evrensel bir duygu durumudur. Korku, insancıl bir duygudur dolayısıyla her insanın korkması doğaldır. Kişinin duygu ve düşüncelerinin günlük yaşamını olumsuz ölçüde etkilemesine izin vermediği süreçte yaşanan korku tehlikeli değildir (Köknel, 1990). Korku normal ve farklı bir tepki olarak

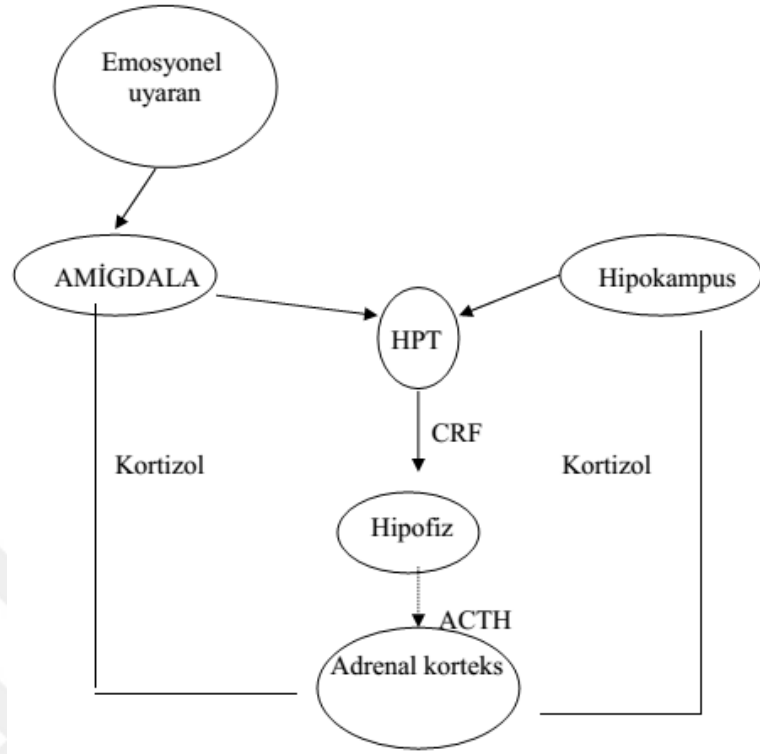
kabul edilmesinin yanı sıra bireyin korunmasında da öneme sahiptir. Korku, diğer tüm duygularda olduğu gibi hem zihinsel hem de fiziksel unsurları içerir (Scollato & Lampasona, 2013).

Hem kaygı hem de korku hisseden bireylerde sempatik sistem devreye girer ve fizyolojik süreçlerde hızlı değişimler meydana gelir. Doğumda yaşanan korkunun fizyolojik süreçlere olan etkisini Ina May Gaskin şu şekilde açıklamıştır: “Bebeğin geçişini kolaylaştırmak için yol açmakla görevli ‘büzücü kaslar’ rahmin ağız kısmını sarar ve doğum anında gevşer. Bu büzücü kaslar beden ve zihnin işbirliği ile çalışır. Zihinde kaygı, endişe ve korku gibi duygu durumlarda büzücü kaslar kasılır. Uterusun ağzında bulunan kasların gevşeyerek, bebek geçişi için yol açması beklenirken, korku ile birlikte bu kaslar kasılarak bebeğin geçişini zorlaştırır ve doğum güçleşebilir” (Gaskin, 2016).

Endişe, kaygı ve korku gibi duyguların oluşumu ve ifadesi hipotalamus ve limbik sistem ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Limbik sistem; seratonin, noradrenalin ve Gamma-aminobutirik asit (GABA) reseptörleri bakımından zengindir. Limbik sistem; hipokampus, amigdala ve septal çekirdekler gibi derin yapıları tanımlamak için kullanılır (Ganong, 2002). Limbik sistemin yapısında bulunan amigdala, korkunun öğrenilmesinde temel rol oynar ve amigdala çekirdekleri korku uyandıran anıların kodlanmasını sağlar (Marieb, 1995).



Şekil 2. 5. Limbik sistemin yapıları (Uzbay, 2002)



Şekil 2. 6. Amigdala ve hipokampus arasındaki stres yolu (Körükçü, 2009)

Korkunun oluşmasını sağlayan diğer ikinci önemli beyin bölgesi ise, ‘prefrontal korteks’tir. Prefrontal korteks tehlike durumunu değerlendirerek, öğrenilmemiş korku davranışları için önemli bir rol oynamakla beraber bireyin öğrenilmiş olan davranışlarından uzak kalmak, kendisini korumak ve kaçmak gibi eylemlerin gösterilebilmesini de sağlar (Serçekuş, 2011).

Hipotalamus korku sürecinde rol oynayan diğer bir yapıdır ve korku ile ilgili sinyaller aldığında Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH) salgılar. Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH), hipofiz bezden Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) salınmasını gerçekleştirir. Artan ACTH, adrenal korteksi uyarak kortizol hormonun salınmasına neden olur. Kortizol, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vücudun savunma mekanizmasını çalıştırır. Hem kaygı hem de korku hisseden bireylerde sempatik sistem devreye girer, sinir sistemi etkin hale geldiğinde fizyolojik süreçlerde hızlı değişimler meydana gelir. Vücutta bir takım değişiklikler gözlenmeye başlar ve solunum sayısı artar, gözler dilate olur, kalp atım hızı artar, mide-barsak hareketleri hızlanır,

tükürük salgısı azalır, ağız kurur, adrenalin artar, kana glukagon hormonu salgılanır, kanda şeker miktarı artar, iç organlara giden kan miktarında azalma görülür ve çizgili kaslara yönelir, kanda pıhtılaşma artar, kaslar yay gibi gerilir, tüyler diken diken olur. Vazokonstrüksiyon meydana gelerek büyük damarlar kasılır ve organlara giden kan miktarı azalır. Tüm beden tehlike ile uğraşmaya başlar (Marieb, 1995; Şahin, 2019).

Doğum korkusu doğuma kadar tedavi edilemez ise; doğumdan önce ya da doğum eylemi başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sinir sistemi devreye girerek uterusu hormonal seviyede değişikliklere neden olur ve stres hormonları salgılamaya başlar. Hormonal değişikliklere bağlı uterus soluk, sert ve kansız bir görünüm alırken, sempatik uyarının ortadan kalkması ile uterus pembe, kanlanması normal, elastik bir yapıya döner (Bülbül ve ark., 2016). Doğum eylemi esnasındaki korku, stres ve anksiyete gerginlik ile birlikte katekolamin sentezlenmesini ve bireylerde ağrı şiddetinin artmasını etkilemektedir. Bu sebeple de obstetride görülebilecek komplikasyonların gelişmesini etkiler. Doğumdan önceki dönemde bireyin yaşamış olduğu korkular, doğum eylemi esnasında kaygı ve bununla birlikte ağrı hissedilmesine, doğum yönteminin acil bir biçimde sezaryen olarak gerçekleştirilmesine, doğum sonu dönemde ise yüksek düzeyde duygu durumunda bozukluklar yaşama riskine neden olmaktadır (Kitapçıoğlu ve ark., 2008).

Strese bağlı artan katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) uterusu ve plasentaya giden kan akımını azaltır. Bireyin bedeninde herhangi bir tehlike durumu algılandığında hayati organlara giden kan miktarında artış meydana gelmesine karşın diğer organlara gönderilen kan miktarında ise azalma meydana gelmektedir. Uterus ise meydana gelen savunma sisteminin dışında kalmakta ve uterusu arterlerde daralma sonucunda bu organa ulaşan kan miktarıyla beraber oksijen seviyesinde de azalmaya neden olmaktadır. Kan ve oksijen uterus kaslarının çalışması için oldukça önemlidir. Aynı zamanda, oksitosin hormonu baskılanır ve adrenalin seviyesinde artış olur. Buna bağlı olarak uterusu kontraksiyonların etkinliğinde azalma, kontraksiyonların doğum eylemini sürdürebilecek şekilde düzenli gerçekleşmemesi gibi durumlar oluşmasına bağlı olarak eylem süresinde uzama yaşanmasına ve bireyin daha yüksek düzeyde ağrı hissetmesine neden olmaktadır (Taşkın, 2019).

Savunma sisteminin dışında kalan uterusu yeterli miktarda kan ve oksijenin gitmemesi ile uterusu oksijen miktarında azalma olur, serviks gerginleşir ve sertleşir.

Böylece doğum eyleminin uzamasına sebep olur. Uterusa oksijenin az gitmesi ile fetüse de oksijen az gitmiş olur ve bu durum müdahale gerektirebilir (Mongan, 2016).

Yaşanılan doğum korkusuna bağlı uterus kaslarında normal çalışma dengesi bozulabilmektedir. Korkudan dolayı, uterusun vertikal kasları (uzun), sirküler kasları (daireesel) yukarı çekmek ister (daireesel kasların yukarıya doğru çekilmesiyle serviks açılır) fakat sirküler kaslar buna direnç gösterir. Bu durumda serviks gergin ve kapalıdır. Vertikal ve sirküler kaslar birbirine zıt çalışarak doğumda ağrıyı oluşturur. Dick-Read bu döngüyü yazmış olduğu “Ağrısız Doğum” isimli kitabında korku-gerginlik-ağrı siklusu olarak tanımlamıştır (Dick-Read, 2004).

Ağrı artışına neden olan bir diğer faktör ise endorfindir. Anksiyete ve korku yaşamak vücutta endorfin salınımının baskılanmasına ve ağrının daha şiddetli hissedilmesine neden olmaktadır (Aktaş & Pasinlioğlu, 2016). Artan korkuyla birlikte endorfin, doğum eyleminin uzamasına, kan basınç seviyesinde artış meydana gelmesine ve toksemiye yol açabilmektedir. Korku ayrıca, uterustaki arteriyel kan basıncının yükselmesine, doğum sonrasında yenidoğanın 1. ve 5. dakikalardaki APGAR skorunun düşük olmasına ve doğum eyleminin süresinde meydana gelen uzamaya bağlı olarak asfiksi tablosunun görülmesine neden olmaktadır (Sen ve ark., 2015). Doğum korkusunun şiddetli yaşanması vücutta katekolamin düzeyini arttırarak, kontraksiyonları baskılar, doğum süresinin uzamasına yol açar ve doğum boyunca enstrümantal girişimleri arttırır (Ryding ve ark., 1998). Yapılan bir araştırma incelendiğinde doğuma yönelik olarak korkusu olmayan bireylerde doğum eylem süresinin, olanlara göre daha kısa olduğunu bildirmişlerdi (Adams ve ark., 2012). Alehagen ve ark. (2005) ise yaptıkları çalışmada doğum sırasında yaşanan korkunun, doğumun birinci ve ikinci fazlarında analjezi kullanımında artışa neden olduğunu bildirmişlerdir (Alehagen ve ark., 2005).

2.14. Doğum Korkusunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Gebelik döneminde doğum korkusunu belirlemeye yönelik ölçekler kullanılmaktadır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu, Beck Anksiyete Ölçeği, Doğum Tutum Ölçeği (Childbirth Attitudes Questionnaire) ve Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Birth Scale)’ dir.

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu: Klaas ve Barbro Wijma’nın (1998) geliştirdiği bu ölçek, gebelerin yaşadıkları doğum sancılarını ve doğum sırasında hissedebileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. W-DEQ A

ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliği Hikmet Öznur Körükçü ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmış ve ölçek 28-40. haftalar arasındaki gebelere uygulanmaktadır. W-DEQ A ölçeği 33 maddeden oluşmakta ve 0-5 arası puanlanmaktadır. Altılı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek içerisindeki **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı ifadeler ters bir şekilde yapılandırılmış ve 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Gebelerden, 0-5 rakamları arasında kendisine uygun olan bir sayıyı ifade etmesi istenmektedir. 96'sı primipar ve 100'u multipar olan toplam 196 gebe ile W-DEQ A orijinal geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Eski sezaryen öyküsü olan multipar kadınlar örneklem grubuna dâhil edilmemiştir; çünkü W-DEQ A sezaryen ile doğumda yaşanan korkuyu ölçmek için geliştirilen bir ölçek özelliğinde değildir. W-DEQ A puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı ≥ 85) (Wijma ve ark., 1998). W-DEQ A ölçeğinden alınan puanların yüksek çıkması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu belirtmektedir. Minimum puan '0' ve maksimum puan ise '165'tir. Ölçeğin yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya dâhil ettiğimiz gebelerin 3. trimester dönemde olması, W-DEQ A ölçeğinin 28-40. haftalar arasındaki gebelere uygulanabileceğinin önerilmesi ve benzer çalışmalarda önerilen gebelik haftasında W-DEQ A ölçeğinin daha sık kullanılması bu ölçeği seçmemize neden olmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği: 1988 yılında, Beck ve arkadaşları tarafından yaşanan anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek, 21 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Beck ve ark., 1988). Beck ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bireyler tarafından uygulanışı kolay ve bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri bir ölçektir. Alt Boyut 1: Subjektif Kaygı; 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19. sorular subjektif kaygıyı ölçmeyi amaçlayan 13 maddeden oluşmaktadır. Alt Boyut 2: Somatik semptom; 2, 3, 6, 12, 13, 18, 20, 21. sorular somatik semptomları ölçmeyi amaçlayan 8 maddeden oluşmaktadır. BAÖ dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her madde için "hiç, hafif derecede, orta

derecede ve ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilerek işaretlenmesi istenmektedir. Verilen cevaplar, 0 ile 3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmekte ve puan aralığı ise 0-63’tür. Ölçek sorularına “hiç” cevabını verenler 0 puan, “hafif düzeyde, pek etkilemedi” cevabını verenler 1 puan, “orta düzeyde, hoş değildi ama katlanabildim” cevabını verenler 2 puan, “ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım” cevabını verenler ise 3 puan almışlardır. Ölçekten alınan toplam puan bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. “0-7” puan minimal düzeyde, “8-15” puan hafif düzeyde, “16-25” puan orta düzeyde, “26-63” puan şiddetli düzeyde anksiyete yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin yapılan güvenirlik analizinde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,93, olarak saptanmıştır (Ulusoy ve ark., 1998).

Doğum Tutum Ölçeği (Childbirth Attitudes Questionnaire): N.K. Lowe (2000) tarafından doğum korkusunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. (Lowe, 2000). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2014 yılında Dönmez ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek, primipar gebelerde, gebeliği yüksek risk taşımayan ve 28-40. haftalar arasındaki gebelerde kullanılmaktadır. Ölçek 16 maddeden oluşmakta ve dördümlü Likert tipi şeklindedir. “1=Hiç kaygı yok; korkunun hiç olmaması, 2=Düşük kaygı; korku denecek kadar yeterli değil, 3=Orta kaygı; size sıkıntı veren, ama iyi olma hissinizi etkileyecek kadar olan ve 4=Yüksek kaygı; size çok endişe veren ve iyi olma hissinizi etkileyen” şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 16 ve en yüksek puan ise 64’ tür. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça paralel olarak doğum korkusunun şiddeti de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,82 olarak saptanmıştır (Dönmez ve ark., 2014).

Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Birth Scale): Haines ve ark. (2011) tarafından gebe ve eşlerinde var olan doğum korkusunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Haines ve ark., 2011). Kaya ve Güler tarafından 2021 yılında ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Kaya & Güler, 2021). 10 cm lik iki çizgi üzerinde derecelendirilen ölçekte, ankete katılan bireylerin “Yaklaşan doğum hakkında şu an nasıl hissediyorsunuz?” sorusuna yanıt olarak duygularını (a) ‘sakin ve endişeli’, (b) ‘korku yok ve şiddetli korku’ seçeneklerini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçeğin kesme noktası 50 puan olarak belirlenmekte ve doğum korkusu yaşayan bireylerin 50 ve üzeri puan aldıkları belirtilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,92 olarak tespit edilmiştir.

Doğum Ağrısı ile Baş Etme Skalası (DABS): Robert ve arkadaşları (2010) tarafından tasarlanmıştır ve doğumla baş etme algoritmasına temellendirilerek Horn ve D'Angelo (2017) tarafından geliştirilmiştir (Horn & D'Angelo, 2017; Roberts ve ark., 2010).

DABS'ın dili İngilizce olup 5 içerikten (yüz, davranış, psikososyal özellik, ses çıkarma (objektif) ve sözlü ifadeler (subjektif) oluşmaktadır. Her içerik doğum salonunda görevli olan sağlık personelleri tarafından 0 (sıfır) ve 2 (iki) puan arasında skorlanarak değerlendirilir. 0 (sıfır) puan doğum ağrısı ile “yeterli baş etmeyi” ve 10 puan “hiç baş edememeyi” belirtmektedir. Skaladan elde edilen sonuçlar ile doğum ağrısı bununla baş etmenin değerlendirilmesinde kullanılabilecek çok yönlü hem objektif hem de subjektif veriler elde edilir. Kolay uygulanabilir bir araçtır. Skaladaki içeriklerin değerlendirilmesi, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin özellikle de doğumda birebir aktif olan ebelerin destekleyici doğum stratejilerinden hangilerini kullanacaklarına karar vermelerine de yardımcı olmaktadır (Roberts ve ark., 2010).

Vizual Analog Skala (VAS): Bu ölçek genellikle doğum anında gebelerin doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılır. Doğum korkusuna yönelik çalışmalarda da kullanımı önerilmekte ve uygulanmaktadır (Rouhe ve ark., 2009). VAS ilk olarak Mary Hayes ve Donald Patterson tarafından 1921 yılında, patronların işçilerini değerlendirebilmeleri için tasarlanmış bir ölçektir. Daha sonra birçok araştırmacı tarafından dikey ve yatay formatta, değişik amaç ve boyutlarda geliştirilerek kullanılmıştır. VAS'ı ilk kez 1969 yılında Zealley ve Aitken'in ruhsal durumlarını kendi kendilerine derecelendirilerek uyguladıkları bildirilmektedir. VAS, 1983 yılında ise Price ve arkadaşları tarafından kadınlarda özellikle doğum korkusunu saptamak amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Dr. Patricia Hollen ve arkadaşları VAS'ı 1995 yılında tekrar geliştirmiştir (Çiçek & Samiye, 2015). Ölçek, iki ucu farklı isimlendirilmiş 10 cm uzunluğunda bir çizgiden oluşmaktadır. Ağrı ile duygu-durumu durumları değerlendirmek için ve nicel olarak ölçülemeyen bazı değerlerin sayısal değere dönüştürülmesinde kullanılmaktadır. VAS'ta ağrı şiddeti 0 ile 10 puanları arasında derecelendirilmektedir. “Ağrının olmaması” 0 puan ve “ağrının çok şiddetli hissedilmesi” 10 puan olarak derecelendirilmektedir. Ölçekte ağrı şiddetinin “3 puandan az olması” hafif ağrı, “3-6 puan arasında olması” orta şiddette ağrı, “6 puandan fazla olması” şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir (Akbaş ve ark., 2021). Görsel Kıyaslama Ölçeğinde

“0cm=Ağrı yok,0.5cm-3.0 cm=Hafif ağrı, 3.5 cm-6.5cm=Orta ağrı, 7.0cm-10.0cm=Şiddetli ağrı” olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye’de doğum ağrısının değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisi VAS’tır. Bu ölçek tekrar tekrar kullanılabilen, kolaylık sağlayan, etkili ve minimum ölçüm aracı gerektiren bir yöntemdir (Yıldırım, 2005). VAS’ın gebeliğin erken dönemlerinde dahi etkili bir ölçüm aracı olması ve basit oluşu kullanımda kolaylık sağlamaktadır. VAS, hem gebelikte hem de doğumda gebelerin korkularını belirlemek için kolaylıkla kullanılabilir. VAS ölçeğinin doğum korkusunu belirleme oranının %98,3 olduğu saptanmıştır (Çiçek & Samiye, 2015).

Ancak kullanım açısından her ne kadar kolaylık sağlasa da VAS ile doğum ağrısının tam olarak değerlendirilemediği düşünülmektedir. Doğum ağrısının değerlendirilebilmesi için daha fazla parametrenin bulunduğu ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından doğum ağrısının değerlendirilmesinde bu metodun yetersiz kaldığı bildirilmekte ve doğum yapan kadınların ağrılarını derecelendirirken kafa karışıklığı yaşadıkları belirtilmektedir (Gulliver ve ark., 2008; Salomonsson ve ark., 2013). Böylelikle doğum ağrısının değerlendirilmesinde kullanmak için daha objektif ölçüm araçlarına ihtiyaç olduğu ortaya çıkmaktadır.

Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği; 2016 yılında Stoll ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Uçar ve Taşhan (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek, kadın ve erkek olarak iki çeşittir. Genç kadın ve erkeklerde doğum korkusunun sık görülen sebeplerinden olan doğum ağrısı, doğum eyleminde kontrol kaybı ve doğumla baş edememe, komplikasyonlar ve geri dönüşümü olmayan fiziksel hasarlar boyutlarını içermektedir. Bu ölçekler Kadın Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği (KGÖ-DKÖ) ve Erkek Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği (EGÖ-DKÖ)’ dir. Ölçeklerin her biri 10 maddeden oluşan 6’lı Likert tiptedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 10 ve en yüksek puan ise 60’tır. Tersine puanlaması olmayan bu ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe, yüksek düzeyde korku yaşandığı görülmektedir. Stoll ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık kat sayısını ayrı ayrı değerlendirilmiş ve kadınlar için bu değer 0,81 bulunurken; erkekler için 0,89 olarak bulunduğu belirtilmiştir. Uçar ve Taşhan (2018) araştırmasında KGÖ-DKÖ’nun Cronbach Alfa iç tutarlık kat

sayısının 0,89, EGÖ- DKÖ'nun Cronbach Alfa iç tutarlık kat sayısının 0,84 olduğunu belirlemiştir (Stoll ve ark., 2016; Uçar & Taşhan, 2018).

2.15. Kaygı Tanımı

Kaygı, yaşamı tehdit edici olarak algılanan, kişilerin zaman zaman bazı ayrıntıları deneyimlediği ve çeşitli ortak belirtilerin görüldüğü rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (Sertbaş & Bahar, 2004). Herhangi bir tehlikeye karşı sürekli tedirginlik hali ya da akıl dışı bir korku yaşama durumu olarak ta ortaya çıkabilir. Kaygının korkudan farkı, nesnesinin olmamasıdır; korkunun nesnesi bir kişi veya olaydır, kaygının nesnesi ise belirsizdir (Budak, 2000).

Kaygı yaşayan bir kişi, olumsuz ve stresli sonuçlar bekleyen bir ruh hali durumundadır. Kaygı hafif ve normalse, genellikle olumludur. Çünkü kişilerin kaygıyı hiç yaşamaması, motivasyonunu düşürebilir. Ancak, aşırı korku yalnızca kişiyi duygusal olarak yok etmekle kalmaz, aynı zamanda etrafındakileri de olumsuz etkileyebilir (Özdemir ve ark., 2019).

Adölesan gebeler, gebeliğin getireceği birçok psiko-sosyal, fiziksel ve bilişsel değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, gebelik ve doğum olayı adölesanlarda, erişkin kadınlardan daha riskli ve bilinmez bir eylem olacağı için adölesanın kaygı durumunun daha da artmasına neden olur (Bulut, 1996).

2.15.1 Kaygı Türleri

Kaygı, kavramsal olarak açık bilinçli durum ve gizli bilinçdışı durum olarak 1975 yılında Kettle ve Scheier tarafından ikiye ayrılmıştır (Cattell & Scheier, 1975). Sonradan bu kavramlar durumluk ve süreklilik kaygısına karşılık gelen “genel kaygı” ve “durumsal kaygı” olarak değişerek, zamanla durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasındaki fark daha da netleşmiştir. Genel kaygı, psikologlar tarafından sürekli kaygı ve durumluk kaygı olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Sürekli kaygı "birçok durumda kaygılı tepki verme eğilimi" iken; durumluk kaygısı "belirli bir durumda hissedilen kaygı" dır (Biggs & Telfer, 1993; Mikulincer ve ark., 1990)

2.15.1.1 Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, olaydan olaya değişebilir. Bu kaygının oluşma hızı, şiddeti, sürekli olmayışı kişinin psikolojik tepkileri olarak tanımlanabilir (Özgüven, 1994). Durumluk kaygı, kaygı eğilimindeki bireysel farklılıkları yansıtır (Spielberger, 1983).

Sürekli kaygı sübjektif bir özellik iken; durumluk kaygı duygusal içeriğe dayalı geçici bir durumdur.

Doğum korkusu, çocuk sahibi olma veya günlük hayattaki olaylara bağlı olarak ortaya çıkan durumlar durumluk kaygıya örnek olabilir (Cruise ve ark., 1985).

2.15.1.2 Sürekli Kaygı

Objektif standartlara göre nötr olan bir durumun kişi tarafından tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılanması ile ortaya çıkan bir rahatsız edici bir durum yaşama ya da mutsuzluk duygusudur (Ari, 1993).

Sürekli kaygı olaydan olaya ve kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Ayrıca bir kişilik özelliği olarak da kendini gösterir. Sürekli kaygısı yüksek olan bireyler, kaygı yaşamayan normal bireylere göre stres veya kaygı oluşturabilecek olayları doğrudan tehdit olarak algılamalarının yanında yoğunluğunu daha şiddetli yaşamaktadırlar (Özgüven, 1994).

Literatür incelendiğinde gebelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ilgili çalışmaların olduğu tespit edilmiştir (Börü., 2016; Dönmez, Yeniel ve Kavlak., 2014; Karabulut., 2014; Özdamar ve ark., 2014; Yüksel., 2014).

2.16. Kaygının Nedenleri

Gebelik dönemi, kadınların doğum korkusu ve kaygıyı en yüksek yaşadıkları dönemlerden birisidir. Gebelik ve doğum eylemi ile ilgili kaygıyı adölesan gebeler, yetişkin gebelerden daha fazla yaşamaktadır (Deliktas & Kukulu, 2019). Gebelik ve doğumla ilgili korku ve kaygı kadının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme uyumunu etkilemektedir. Erken adölesan dönemdeki bireylerde kaygı düzeylerinin adölesan döneminin sonlarında yaşayan bireylere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Buldum ve Emül, 2021).

Dış etkenlere göre çok güçlü olan, zamanla azalmadan artan ve genellikle kişinin günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen kaygı, patolojik olarak değerlendirilmelidir. Bu tür kaygı kişinin normal yaşamını olumsuz etkiler, günlük aktivitelerini, ilişkilerini ve işlevselliğini bozar (Sağlık Bakanlığı, 2012). Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, sigara ve alkol tüketimi, gebelik döneminde çalışmıyor olmak, obstetrik öykü (toplam gebelik sayısı, istenmeyen gebelik durumu,

yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı ve ölü doğum) gibi faktörler gebelikte anksiyete oluşumunu tetiklemektedir (Arslan ve ark. 2011).

Kaygı belirtileri ve bulguları ruhsal (endişe, gerginlik, huzursuzluk vb.), bedensel (terleme, hızlı solunum, baş ağrısı, ishal vb.), bilişsel (odaklanma problemi, dikkat dağınıklığı vb.) ve davranışsal (koordinasyonda güçlük, huzursuzluk, donakalma vb.) olarak sınıflandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Adölesan gebelerde doğum eylemi ile ilgili bilinmezlik korkusu, doğum sırasında ağrı yaşama korkusu, gebelik ve bebek bakımının ekonomik sonuçlarına ait korkular, geçmiş doğum, kürtaj vb. deneyimlerinden kaynaklanan korkular, fiziki özelliklerinin değişimine bağlı korku, annelik rolünü benimseyememe korkusu, eğitimini yarıda bırakma korkusu, yalnız kalma korkusu kaygıya neden olan psişik faktörlerdir (Çucu, 2001).

2.17. Kaygının Sonuçları

Önemli derecede stres, depresyon veya anksiyete yaşayan gebeler, olumsuz perinatal sonuçlar açısından yüksek risk altındadır (Yuen ve ark., 2022). Gebelik sırasındaki kaygı, prematüre, düşük doğum ağırlığı ve fetal büyüme kısıtlılığına yol açmaktadır (Garthus-Niegel ve ark., 2020).

Uzayan doğum eylemi, polihidroamniyoz ve sezaryen ile doğum bebeklerde kısa dönem içerisinde görülebilen kaygının yol açtığı istenmeyen faktörlerdir. İleri dönemlerde ise çocuklarda saldırganlık, dikkat dağınıklığı, hiperaktiflik, davranış bozukluğu ve kaygıyı beraberinde getiren psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir (Glover, 2011).

Kişinin olayı ve sorunu anlaması, başa çıkma mekanizmaları ve destekleyici kişilerin kalitesi ve ulaşılabilirliği, kaygı ile ilgili sorunların çözümünde önemlidir (Bahar, 2006).

Adölesan bireylerin yeterli fiziksel ve duygusal gelişimlerini sağlayamamaları, gebelik ve doğumla ilgili kaygılarını etkili bir şekilde yönetmeyi çok daha hassas ve önemli bir konu haline getirmektedir (Asnong ve ark., 2018). Gebelerin gebelik ve doğumla ilgili kaygılarının sorulması ve doğum sonrasında onlara destek olabilecek, uygun yönlendirmeleri yapabilecek kişilerin varlığının sorgulanması gebeliğe uyumun iyileştirilmesine yönelik önemli girişimlerden biridir (Öçal & Saruhan, 2023).

Adölesan kadınların henüz fiziksel ve ruhsal açıdan tam olarak gelişmemiş olmaları nedeniyle gebelik ve doğuma bağlı kaygılarını etkili bir şekilde kontrol altına almak daha hassas ve önemli bir konu haline gelmektedir. Adölesanlar, gebelikten ve doğumdan yetişkinlere göre daha fazla kaygılanırlar (Asnong C.ve ark., 2018).

Hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bazı davranışlar, kaygı ve depresyon belirtilerine benzer olup, doktor ya da sağlık profesyonelleri tarafından gözden kaçabilmektedir. Gebelik döneminde kaygının erken tespit edilmesi ve bu duruma müdahale etmek, annelerin ve bebeklerin sağlığı açısından önemlidir (Özdamar ve ark., 2014).

2.18. Kaygının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Gebelikte kullanılan kaygı ölçekleri şunlardır;

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) Formu: kişilerin belirli bir zaman içerisinde ve belirli bir koşulda kendilerini nasıl hissettiklerini belirler. Spielberger (1964) tarafından geliştirilmiştir. Öner ve Le Comte (1983) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 20 maddeden oluşmaktadır. 0-19 puanlar arası 'Anksiyete yok', 20-39 puanlar arası 'Hafif Anksiyete', 40-59 puanlar arası 'Orta Düzeyde Anksiyete', 60-79 puanlar arası 'Ağır Düzeyde Anksiyete', 80 ve üzeri puan değeri ise 'Panik' olarak değerlendirilir. Ölçekten de elde edilen puanlar 20 - 80 arasında değişmektedir (Öner & LeCompte, 1998).

Cronbach Alfa iç tutarlılığı katsayısı gerçekleştirilen güvenirlik analizlerinin sonucunda 0,94 belirtilmiştir (Bacanlı ve ark., 2009).

Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Formu: kişilerin genellikle kendisini nasıl hissettiğini belirler. Spielberger (1964) tarafından geliştirilmiştir. Öner ve Le Comte (1983) tarafından Türkçe ye uyarlanmıştır. 20 maddeden oluşmaktadır 0-19 puanlar arası 'Anksiyete yok', 20-39 puanlar arası 'Hafif Anksiyete', 40-59 puanlar arası 'Orta Düzeyde Anksiyete', 60-79 puanlar arası 'Ağır Düzeyde Anksiyete', 80 ve üzeri puan değeri ise 'Panik' olarak değerlendirilir. Ölçekten de elde edilen puanlar 20 - 80 arasında değişmektedir (Öner & Le Comte, 1983).

Cronbach Alfa iç tutarlılığı katsayısı gerçekleştirilen güvenirlik analizlerinin sonucunda 0,96 olarak belirtilmiştir (Bacanlı, H. Ve ark., 2009).

Beck Anksiyete Ölçeği: Beck ve ark. (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ulusoy ve ark. (1998) tarafından ise Türkçe geçerlilik ve güvenirliği gerçekleştirilmiştir. Bireyde

meydana gelen anksiyetenin ortaya çıkardığı belirtilerin sıklık durumunu değerlendirilmektedir. Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Verilen cevaplar, 0 ile 3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmekte ve puan aralığı ise 0-63'tür. Ölçeğin yapılan güvenirlik analizinde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır (Ulusoy ve ark., 1998).

Cambridge Kaygı Ölçeği: Green ve ark. (2003) tarafından gebelik ve doğacak bebekle ilgili genel kaygıların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. (Green ve ark. 2003). Altılı Likert tipindedir. Yiğit Günay (2013) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır Gebeliğin 16., 22. ve 35. haftalarında ve doğum sonu altıncı haftada uygulanmakta ve 17 maddeden oluşan ölçekte, gebelik haftalarına göre uygun olan bir-iki madde eklenmiş veya haftaya uygun olmayan bir-iki madde çıkarılmıştır. 35. haftada 11 maddeden oluşan ek bir form daha uygulanmaktadır. Her bir madde kendi içinde değerlendirilmektedir. Ölçekten toplam puan alınmamakta ve gebelik haftasına göre bağımsız olarak uygulanabilmektedir (Yiğit Günay, 2013).

Gebelikte doğuma ilişkin artan stres ve anksiyete, gebede bazı emosyonel, davranışsal ve fiziksel değişimlere neden olabilir. Gebe huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk, ağlama ya da taşikardi nöbetleri, yeme ve fiziksel aktivitelerde değişim yaşayabilir. Bazı gebelerde gebelikten hoşlanmama, hatta paranoid düşünceler ortaya çıkabilir (Bakshi ve ark., 2008).

2.19. Adölesan Gebeliklerde Doğum Korkusu ve Kaygı ile Baş Etmede Sağlık Ekibi Üyeleri ve Ebelerin Rolü

Farklı sebeplerle ortaya çıkan ve farklı düzeylerde gelişen doğum korkusu, şiddetli düzeye ulaştığında doğum eylemini zorlaştırarak, anne ve bebekte doğuma bağlı oluşabilecek komplikasyonlara zemin hazırlar. Bu durumu önlemek, anne ve bebek sağlığını en üst refah düzeyinde tutarak daha sağlıklı bir doğum eylemi gerçekleştirmek, doğum korkusunu ortadan tamamen kaldırmak veya en az düzeye indirmek için doğum öncesi dönemde ve doğum hizmetleri veren sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarının, doğum korkusunu sebepleri ve sonuçlarıyla erken fark ederek ve zamanında müdahale ile gerekli önlemleri alması gelecek topluma sağlıklı bireyler kazandırmak açısından önemlidir (Uçar, T., & Taşhan, S. T., 2018).

Doğum korkusu ile baş edebilme yöntemlerinin amacı, kadının gebeliğini kabullenip doğum eylemini gerçekleştirebileceğine inanmasını ve yeteneklerinin farkına varmasını sağlamaktır. Bilinmezlik duygusunun doğum korkusunun yaşanmasına yol açması nedeniyle bilinmezlik duygusunun azaltılıp, bireyin bilgi düzeyinin düşük olduğu konularda bilgilendirilmeler yapılarak doğuma yönelik olumlu duygular geliştirebmesini sağlamaktır (Yakut, 2015).

Doğum korkusunun hafifletilebilmesi için kadınların doğum eyleminde meydana gelen kontraksiyonların şiddetinin hafifleyeceğine inanmaları ve bu kontraksiyonlar ile nasıl baş edebileceklerini bilmeleri önem taşımaktadır (Saisto & Halmesmaki, 2003).

Doğum korkusundan kaynaklı oluşabilecek durumları en aza indirmek için öncelikle gebedeki korku değerlendirilmeli ve uygun alternatif tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Gebe ve yakınlarına doğum eylemi hakkında açıklayıcı, korkusunu yenmeye yönelik bilgi verilmeli, hastanın güveni sağlanmalı, gebenin korkusunu ebe ile paylaşarak azaltması sağlanmalıdır. Onchonga ve ark. (2020) Kenya’da doğum korkusu yaygınlığı üzerine yapmış oldukları araştırmada düzenli gebelik kontrolüne giden hamile kadınların korku düzeyinin, gebelik kontrollerine düzenli gitmeyen kadınlara oranla %42 daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmadan anlaşıldığı üzere düzenli gebelik kontrollerine gitmek ve bilgilendirilmek gebelerdeki korku ve kaygıyı azaltmada etkili olmaktadır (Onchonga ve ark., 2020). Korku ve kaygının değerlendirilmesi ile buna sebep olan faktörlerin belirlenmesi, korku ve kaygıyı azaltmak için geliştirilecek olan stratejiler için önemlidir (Sheen & Slade, 2018). Bununla birlikte doğum eylemine yönelik korkunun erken dönemde fark edilmesi kadınların korku ile başa çıkması ve bunun için yardım almasında kolaylık sağlamaktadır (Handelzalts ve ark., 2017).

Kadınların doğuma yönelik olarak yaşadıkları pek çok problem ebe desteği ile aşılabilmektedir (Lopukhova & Kashshapova, 2015). Bireylerin yaşadıkları doğum korkusunun ve kaygının aşılabilmesinde ebelerin büyük sorumlulukları bulunmakla beraber en etkili ebelik yaklaşımı ise kadınlara verilen etkili danışmanlık hizmeti olarak belirtilmektedir. Uluslararası Ebeler Federasyonunu (ICM) da etkili danışmanlık hizmetinin sunulmasının ebelerin sorumlulukları içerisinde yer aldığını ve ebelik bakımının dört temel ilkesinden birisi olduğunu vurgulamaktadır (ICMC, 2017). Bunlara ilaveten literatür incelendiğinde kadınlara sunulan destekleyici bakım hizmetlerinin ve etkili danışmanlık hizmetlerinin doğum korkusunun azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir

(Isbir & Serçekus, 2017). Bu sebeple doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde primer rol alan ebelerin, bakım verdikleri veya takiplerini yaptıkları her kadının doğum korkusunu sorgulayarak bu doğrultuda danışmanlık rollerini aktifleşmeleri gerekmektedir. Verilen danışmanlık hizmeti neticesinde doğum korkusu ve kaygının yol açabileceği olumsuz sonuçlarda iyileşmeler meydana gelmektedir (Isbir & Serçekus, 2017).

Doğum korkusunu azaltma ve yönetmede alternatif yöntemler arasında; Bradley metodu, Lamaze metodu, evde ve suda doğum, doğuma hazırlık sınıfları, nefes alma teknikleri, hidroterapi, hipnoz, doula desteği, bütüncül hemşirelik/ebelik bakımı ve desteği, bilişsel ve davranışsal terapiler, bireysel danışmanlık, sanat terapisi, hidroterapi, motivasyonel görüşme ve psiko-eğitim gibi birçok yaklaşımın kullanıldığı bilinmektedir (McKinney, 2006; Mete ve ark., 2017).

Doğum Öncesi Eğitim: Gebelikte daha önceden yaşanmış olumsuz olaylara karşı kadınların aynı olayı tekrar yaşayacaklarına şartlanmaları ve korkuları gidermede sağlık profesyonelinin desteği ve doğum öncesi verilecek prenatal eğitim programları oldukça önem taşımaktadır (Güleç ve ark., 2014). Gebeler için düzenlenen bu tür destek programları, gebelerin olumsuz yöndeki bu düşünceleri değiştirip doğum sürecine hazır hale gelmelerine yardımcı olur (Subaşı ve ark., 2013). Doğum korkusu yaşayan kadınlar için doğum öncesi yapılan bilgilendirme ve eğitimler, doğum eylemine yönelik olarak algılanan anksiyete, doğum şeklinin sezaryen olarak tercih edilmemesine ve bireyin doğumla ilgili gerekli bilgileri alarak eyleme hazır hale gelmesinde önem taşımaktadır. Birçok yerde verilen doğum öncesi eğitim, gebelik, doğum ve ebeveynlik için çiftlerin hazırlanmasında önemli bir etmendir (Uçar, T. & Gölbaşı, Z., 2015).

Gebelik döneminde kadınlar, doğum eylemi ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirmeli ve doğuma psikolojik olarak hazırlanmalıdır. Yapılan bir araştırmada, gebelerin doğum bilgilerine erişiminin, doğum korkusu olasılığını azalttığı bildirilmiştir (Kanellopoulos & Gourounti, 2022).

Subaşı ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada doğumdan önceki süreçte gebelere verilen eğitimin, gebeler 3.trimestere ulaştıklarında eyleme yönelik daha az olumsuz düşünceye sahip olmalarında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Subaşı ve ark., 2013). Yüksek düzeyde doğum korkusu bildiren genç kadınların sezaryeni tercih etme olasılığı yaklaşık dört kat daha fazladır (Kanellopoulos & Gourounti, 2022). Yaşanılan doğum

korkusuna bağılı olarak sezaryen doğum için gerekli bir endikasyon olmamasına rağmen kadınların doğum şekli olarak sezaryen doğumu tercih etmeleri durumunda, doğuma ilişkin oluşabilecek risk faktörleri ve komplikasyonları hakkında bilgilendirme yapılmalı ve normal doğum için cesaretlendirilmelidir. Doğal doğumun, sezaryen doğuma göre daha iyi olumlar sonuçlar ortaya çıkardığı gerçekçi bir şekilde açıklanmalıdır. Anne ve baba adayları bireylerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemleri en güzel şekilde geçirmeleri ve doğru karar vermelerini sağlayan doğuma hazırlık eğitimlerinde çiftlere, alternatif doğum yöntemleri konusunda farkındalık sağlanmalı, bilinçlendirilmeli ve eğitim verilmelidir (Coşar & Demirci, 2012).

Mete ve ark.'nın (2017) yaptıkları çalışmada doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerde, doğuma hazır olma durumlarında eğitim öncesine göre artış gözlemlendiği, ancak doğum korkuları üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır (Mete ve ark., 2017).

Akın ve ark.'nın (2018) Aydın ilindeki bir devlet hastanesinin doğum öncesi eğitim sınıfına katılan 121 gebe ile yaptığı çalışmada, gebe bilgilendirme sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi kötü gebelerin doğum öncesi bakıma ve eğitime daha fazla gereksinimi olduğu da saptanmıştır (Akın ve ark., 2018).

Bilişsel Davranış Terapi Yöntemi: Bilişsel davranışçı terapi ile kısa sürede, derin analiz ve belirli bir semptomla odaklanma yöntemi ile tedaviye olumlu sonuç alınabilir. Bilişsel Davranış Terapisinin sıklıkla tercih edilmesinde, terapi süresinin kısa olması, çözüme odaklanması ve etkili bir yöntem olması yer almaktadır (Saisto ve ark., 2006). Ayrıca doğum korkusuna yönelik psikoterapi ile tedavi yönteminde doğum eylemine yönelik oluşan korku, endişe, kaygı gibi hisler kontrol altında tutularak olumlu sonuçlar alınabilir (Bhatia & Jhanjee, 2012). Gebeler ile gerçekleştirilen bireysel tedavilerin sonuçlarına odaklanıldığında, bireylerin kaygı seviyelerinde düşüş, vajinal doğumun tercih edilmesinde artış ve görülebilecek komplikasyonlarının oranlarında azalma olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ebeler tarafından primipar gebelere verilen bireysel danışmanlık programı sonucunda gebelerde doğum korkusunun azaldığı belirlenmiştir (Andaroon ve ark., 2017). İnternet tabanlı Bilişsel Davranış Terapi Yöntemi doğum korkusu yaşayan nullipar kadınlara uygulandığı bir çalışmada, doğum korkusunun önemli ölçüde azaldığı ve Bilişsel Davranış Terapi Yöntemi'nin gebelik

sırasında şiddetli doğum korkusunu tedavi ettiği bildirilmiştir (Nieminen ve ark., 2016). Uçar'ın (2013), altı oturumdan oluşan ve üç hafta sürdüğü bilinen bilişsel davranışçı tekniklere dayalı eğitim programının sonucunda korku yaşayan gebelerde doğum korkusunun azaldığını bildirmiştir (Uçar, 2013).

Lamaze Felsefesi: Fransız bir doktor olan Lamaze, Ivan Pavlov'un koşullanma teorisinden yola çıkmış ve bulduğu sonuçlarla doğumdaki ağrının da şartlanmış bir tepki olduğunu belirtmiştir. Doğum sürecinin doğal olduğu algısını kabul ettirmek ve bu algıyı olumlu yönde değiştirmek üzerine oluşturulmuş ve doğal doğum yapma hakkını ele alan bir felsefedir. Kadının doğumunun ağrısız geçeceğine şartlandırılarak daha uysal, kontrolü kendisinde olduğu, gevşeme ve ıkmama egzersizlerinin de barındıran bir eğitim modelidir. Bu süreçte eşlerde dâhil edilir. Lamaze felsefesine göre, kadın doğum eyleminde ağrı ve korkuya karşı şartlı cevabı durdurabilir ve yerine olumlu düşünceler koyabilir. Bu felsefe doğum algısını olumlu yönde değiştirerek, gereksiz tıbbi girişimler olmaksızın doğumun kendi kendine başlamasını esas alır (Demirsoy & Aksu, 2015). Coşar ve Demirci (2012), yaptıkları çalışmada Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum süreci döneminde destek verilen kadınların kontrol grubuna göre doğum süreçlerinin daha iyi geçtiğini ve doğum algısının daha olumlu olduğunu bildirmişlerdir (Coşar & Demirci, 2012).

Kısaca Lamaze felsefesinin temelini; gerek duyulmayan tıbbi girişimler yerine doğumun doğal bir akış içerisinde kendi kendine başlamasına izin verildiği, gebenin doğumu kendi seçtiği bir pozisyonda yapabildiği, hareket kısıtlamasının olmadığı, sosyal desteklerinin karşılandığı, doğum sonrasında ten tene temas ve anne/bebek bağlanmasının sağlandığı durumlar oluşturmaktadır (Lothian, 2008).

Bradley Modeli: Jinekolog Robert A. Bradley tarafından geliştirilen bir modeldir. Bradley Doğum eyleminin bütünüyle doğal bir süreç olduğunu belirtir. Gebeye hiçbir şekilde dış etkenli müdahalenin yapılmaması gerektiğini savunur. Gebeye uygulanan her bir işlemin bebeğe ya da anneye zarar verebileceği düşüncesi hâkimdir. Gebe uygun bir doğum ortamında, sessiz ve yalnız bulunmalı, sadece doğuma odaklanmalı, özellikle eşler gebeyi bu süreçte sadece desteklemelidir. Bu esnada eş aslında bir doğum koçu gibi görev üstlenmekte ayrıca eğitime de dâhil edilmektedir. Doğum sürecinde annenin yanında bulunarak, eşin anneye destekte bulunması önemli bir etkidir (Ertem & Sevil, 2010).

Hipnoz (Hypnobirthing): Hipno-doğum, bir doğum tekniğinden ziyade daha çok kadını fiziksel ve psiko-sosyal olarak doğum eylemini gerçekleştirmeye hazırlayan bir doğum felsefesidir. Hedef ağrıyı azaltmak değil, olumlu düşünmeye odaklanmanın sağlanmasıdır. Hipno-doğum kadının bilinçaltında tuttuğu korkuların uzaklaştırıldığı bir yöntemdir. Gebelerin doğum ağrısına yol açan doğum korkularından arınması ve içinde var olan doğum yapma güdülerini orataya çıkarılması için derin gevşeme ve hipnoz yöntemi kullanılır. Bu metotta bahsedilen hipnoz, bir uyku durumu değil, tam aksine bilinçli bir derin gevşeme, derin bir uyanıklık halidir (Mongan, 2016).

Hipno-doğum korkularının ve doğuma yönelik olumsuz duyguların ortaya çıkarılarak yok edilmesini sağlar (Serçekuş, 2011). Bu yöntem esnasında annenin pozitif düşünmesi ve doğum eyleminin güzel gerçekleşeceğine dair kendisini hipnotize etmesi ve bebeğine odaklanarak ağrısını unutmaya yer almaktadır (Swencionis ve ark., 2012).

Psiko-Eğitim: 2020 yılında yapılmış olan bir sistematik derleme ve metaanaliz çalışması bireylere verilen psikoeğitimin doğum şeklinde sezaryen tercih edilmesini azalttığı ve aynı zamanda doğum korku seviyesinde düşmeye yol açtığı belirlenmiştir.

Doğum korkusunun ve sezaryen ile doğum oranının psiko-eğitim ile azaltıldığı bildirilmiştir (Boz & Akgün, 2020). Toohill ve ark. (2015) doğum korkusu yaşayan gebelerde, doğum korkusunun azaltılması ve doğumda öz yeterliliğin artırılmasında telefon ile uygulanan psiko-eğitim programının etkili olduğunu belirtmişlerdir (Toohill ve ark., 2015)

Sosyal Destek: Gebelerin yeterli eğitim ve danışmanlıklarla desteklenerek, hem kendisinin hem ailesinin sosyal destek yönünden bilinçlendirilmesi ve algıladıkları sosyal desteğin yükseltilmesi, adölesan kadının yaşadığı doğum korkusunun azaltılmasında etkili olacaktır. Sosyal destek sisteminin sağlık profesyonelleri (ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı), eş, komşular, arkadaşlar ve akrabalar oluşturmaktadır (Özbey, 2012). Sosyal destek sisteminin yeterli olması doğum öncesi stresi azaltmakta etkilidir. Doğum korkusu yaşayan bazı gebeler eşlerinden, annelerinden, kız kardeşlerinden veya diğer aile üyelerinden destek ararken, bazıları ise destek için arkadaşlarından ve meslektaşlarından yardım isterler (Melender, 2002). Eş, aile veya yakın çevre tarafından gebelere sağlanan sosyal destek, gebeleri bilişsel ve ruhsal olarak rahatlatır. Sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanma olanağına sahip gebeler, stres kaynakları ve kaygı ile daha kolay baş etmektedir. Ayrıca sağlanan sosyal destek gebelerin, annelik rolüne

geçişini de kolaylaştırır (Elsenbruch ve ark., 2007). Sjögren ve Thomassen (1997), şiddetli doğum korkusu olan kadınlara verilen desteğin, psikososyal endikasyonlar için sezaryen doğum oranlarında %50 azalma ile sonuçlandığını göstermişti (Sjögren & Thomassen, 1997).

Anne ve yenidoğan için sosyal desteğin en çok ihtiyaç duyulduğu zamanlar gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerdir. Gebelikte anneye sağlanan yeterli sosyal ve psikolojik destek hem gebe hem de fetal sağlık açısından önemlidir (Fenwick ve ark., 2009). Sosyal destek maddi ve manevi birçok alanda sağlanabilir. Sosyal destek doğum korkusunu azaltmada etkilidir. Güleç ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada gelirinin giderinden fazla olduğunu belirten gebelerin doğum korkularının daha düşük olduğu bulunmuştur (Güleç ve ark., 2014). Saisto ve ark.'nın (2001) yayımlamış oldukları derlemede ise sosyal destek yetersizliği ile düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip gebelerde doğum korkusunun arttığını belirtmişlerdir (Saisto ve ark., 2001).

Gebelik ve doğum sonu dönemlerde eş, aile ve yakın çevrenin sağladığı sosyal destek doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu kadar bu süreçte sağlık hizmeti veren personelin sağladığı destek te çok önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan araştırmalarda sağlık hizmetlerinde çalışan personel tarafından gebelere verilen psikolojik destek ile gebelerde daha fazla öz yeterlilik duygusu geliştiği, memnuniyetlerinin arttığı ve doğum korkularının azaldığı belirtilmiştir (Şahin ve ark., 2009).

Farmakoterapi: Tokofobinin klinik tedavisi, gebenin yaşam kalitesini ve bebek ile olan bağıını olumsuz etkilediği ve doğum şekli ile ilgili kararını etkilediği durumlarda gereklidir (Kanellopoulos & Gourounti, 2022). Farmakoterapi anksiyete, depresyon veya altta yatan psikiyatrik bozukluğu tedavi etmek için kullanılmaktadır (Hofberg & Brockington, 2002). Bhatia & Jhanjee (2012) majör depresif bozukluğu olan tokofobi tanısı konulan bir gebe olgusunda tedavi yöntemi olarak farmakoterapi yöntemini kullanmıştır. Yaklaşık 2 hafta süreyle günde bir kez 20 mg fluoksetin ve 0,5 mg gece klonazepam ve haftada bir danışmanlık (psiko eğitim dâhil) başlanan hastalarda henüz herhangi bir iyileşme olmadığı gözlemlenmiştir. Fluoksetin dozu günde 40 mg'a yükseltilmiş ve bir sonraki 4 hafta boyunca depresyon semptomlarıyla birlikte morbid gebelik korkusunda azalma gözlenmiştir. Sonuç olarak majör depresif bozukluğu ile birlikte tokofobisi olan gebe fluoksetin tedavisine yanıt vermiştir. Farmakoterapi

yönteminin dışında modern obstetrikte gebelikle ilgili korkuların yönetimi için önleyici programlarda uygulanmalıdır (Bhatia & Jhanjee, 2012).

Haptoterapi: Gebelerde doğum korkusu ile birlikte yaşanan kaygı ve anksiyetenin oluşturduğu etkileri azaltmak, aynı zamanda maternal-paternal bağlanmayı güçlendirmek için kullanılan, güvenli bir dokunma yöntemidir (Klabbers ve ark., 2014). Frans Veldman tarafından 1950’li yıllarda bulunmuştur. Hollanda’da bir meslek olarak tanınmış ve 1993 yılında bu meslek Haptoterapistler Derneği tarafından resmi bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir (Arslan ve ark., 2019).

Haptoterapi tedavi yönteminin bir parçası olarak kullanılan egzersizler, bireyin gebeliğine, algılanan gücüne ve bedenine ilişkin algısını değiştirmeyi, gebelik ve doğuma karşı olumlu bir tutum geliştirmeyi ve kendi duygusal ve açılma yeteneklerine ilişkin farkındalığını artırmayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda, kadının bilinçaltı düşüncelerini şekillendirmesini sağlar, bu da vajinal doğum yapma yeteneğine olan güvenini güçlendirir ve kendine olan güvenini artırır (Klabbers ve ark., 2014). Haptoterapi sayesinde anne adayları yaklaşan doğuma daha iyi hazırlanabiliyor ve bu da doğum öncesi kaygıyı azaltmada olumlu bir etki yaratıyor (Klabbers ve ark., 2014).

Haptoterapinin bir diğer amacı da kişinin gebe bir kadının duygularını tanıma ve deneyimleme becerisine ilişkin anlayışını ve farkındalığını değiştirmektir. Anne adayları sorunları, endişeleri ve korkularıyla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olacak bir anlayış kazanacaklardır. Başka bir ifade ile gebeler bilinçli olarak bu duyguları açıp kapatmayı öğrenirler. Haptoterapi yöntemi ile doğum korkusunu azaltmak amacıyla yapılan bir çalışmada haptoterapinin uygulandığı gruptaki gebelerin doğum korkularında azalma yaşandığı ve gebeliğin 20-36. haftaları arasında, birer saatlik sekiz seansta uygulanan haptoterapi uygulamasının doğum korkusunu azaltmada internet tabanlı psiko-eğitimden ve standart bakımdan daha etkili olduğu saptanmıştır (Klabbers ve ark., 2019).

Fiziksel Egzersiz: Fiziksel egzersizin gebelerde doğum korkusu ile baş etmede etkili olup olmadığı literatür de tartışılmaktadır. Sürekli kaygı ve doğum korkusunu, fiziksel egzersizin azaltabileceği düşünülmektedir (Serçekuş, P., 2011).

Gebenin doğum eylemi sırasında ağrı ile başetmede kullanılan gevşeme tekniklerini bilmesi ve nefesini kontrol etme yeteğinin olması, doğum ağrısını kontrol etmesine katkı sağlar. Doğum korkusu böylelikle azalır. Guszowska (2014) çalışmasında gebe hazırlık sınıflarına devam eden kadınlarda doğum korkusunun

azalmadığını belirtirken; yine gebeler için hazırlanan egzersiz programlarının gebelerde doğum korkusunu azalttığını tespit etmiştir (Guszkowska, 2014).

Sanat Terapisi: Sezen ve Ünsalver (2018) tarafından yapılmış olan araştırma incelendiğinde doğum korkusu hisseden kadınlara gruplar halinde 6 seans boyunca uygulanan sanat terapisinin, doğum korkusunu anlamlı düzeyde azalttığı bildirilerken buna ilaveten doğum eyleminde müdahalelerin de azaldığı ve sezaryen doğum oranlarında azalma, vajinal doğum oranlarında ise artış meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır (Sezen & Ünsalver, 2018).

Aurora Klinikleri: Doğum korkusu olan kadınların tespitinin yapılarak korkuya bağlı gelişen rahatsızlıklarını tedavi etmek ve onlara ihtiyaçları doğrultusunda desteği sunmak için İsviçre’de kurulmuştur. Bu kliniklerde multidisipliner bir çalışma grubu yer almakta ve klinikte ebeler, sosyal görevli, psikiyatrist, kadın doğum uzmanı ve psikologlar görev almaktadır (Waldenström ve ark., 2006).

Gebeler, ebe veya doktorları tarafından takiplerinin yapıldığı antenatal kliniklerde gebelik süreci boyunca 3 veya 4 kez bu kliniklere gelmeleri için yönlendirilir. Klinikte problemin varlığı saptandıktan sonra, probleme yönelik olarak düzenlenen eğitimler gerçekleştirilmekte, doğum planının kararı verilmekte ve doğumda oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bireylere bilgilendirmelerde bulunmaktadır (Ryding ve ark., 2003).

Waldenström ve arkadaşları tarafından 2006 yılında 106 kişi ile yaptıkları çalışma sonucunda, Aurora kliniğinde verilen bakım hizmetleri sonrasında kadınların doğum korkusunda azalma ve korku seviyelerinin daha kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır (Waldenström ve ark., 2006). Mohlander ve Ryding tarafından 2013 yılında yapılmış olan çalışmada ise Aurora Kliniklerinde görev yapan ekibin kadınlara verdikleri destek doğrultusunda, destek görenlerin süreçten memnun kaldıkları ve doğum şekli olarak sezaryen doğumu vajinal doğuma göre daha az tercih ettikleri belirlenmiştir (Mohlander & Ryding, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel (01 Eylül 2018-31 Kasım 2018) olarak planlanan bu çalışma, adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni, Yeri ve Veri Toplama

Araştırma, Çorum il merkezine bağlı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebeleri kapsayacak şekilde 01 Eylül 2018-31 Kasım 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden 15-19 yaş arasındaki adölesan gebeler çalışmanın birinci grubunu, 20-35 yaş arasındaki yetişkin gebeler ise ikinci grubunu oluşturmaktadır. Gebelere araştırmanın amacı anlatılmış ve araştırma hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra yazılı onamları alınmıştır. Görüşme, gebelerin duygularını rahat aktarabildikleri, stres kaynaklarının olmadığı bir ortamda sağlanmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formunun doldurulması ortalama 5-10 dakika, Beck Anksiyete Ölçeğinin doldurulması ortalama 5-10 dakika ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin doldurulması ortalama 10-15 dakika olmak üzere toplam 25-35 dakika içinde yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Formların doldurulması sırasında herhangi bir sorun yaşanmamıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem sayısını belirlemek amacıyla güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Araştırmanın örnekleminde yer alacak gebelerin sayısının belirlenmesinde, evreni bilinmeyen örnekleme yöntemine göre, incelediğimiz literatür taramasında daha önce yapılmış çalışmalardan faydalanılarak, güç analizi ile gücünün belirlenmesinde %80 değerini geçmesi için; %5 yanılma payı ve %4,5 etki büyüklüğü ile çalışma grubundan 62 ve kontrol grubundan 62 kişi olmak üzere toplamda 124 gebenin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik onayı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09.08.2018 tarih ve 18-KAEK-140 kayıt numaralı 83116987-404/ sayılı karar ile onaylanmış olup etik açıdan uygun görülmüştür (EK-4). Araştırmanın yürütülmesi için Çorum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden de gerekli kurum izni alınmıştır. Çorum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu'nun 27.09.2018 tarihli 23418205-799-E.679/77492303 sayılı kararı ile alınan kurum izni doğrultusunda araştırmaya başlanmıştır (EK-5). Katılımcılara araştırmanın amacı ve kişisel bilgilerinin gizli kalacağı yazılı olarak açıklanmış, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Bununla birlikte katılımcılara, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanmış ve veri toplama formlarını yanıtlayarak teslim etmeleri halinde sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Okur-yazar olmak,
- 15-19 yaş arasında adölesan gebe olmak,
- 20-35 yaş arasında yetişkin gebe olmak,
- 3.trimesterde yer almak,
- Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne klinik muayene için gelmiş olmak,
- Çalışmaya katılmaya engel olacak bir hastalık bulundurmamak ve iletişime açık olmak,

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- 15 yaş altı ve 35 yaş üstü gebe olmak,
- Okur-yazar olmamak
- Acil obstetrik durumda olmak
- Eski C/S öyküsü olmak

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler “Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek1), “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu” (Ek2) ve “Beck Anksiyete Ölçeği” (Ek3)” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.5.1. Değerlendirme Parametreleri

3.5.1.1. Olguların fiziksel özellikleri: Çalışmaya katılım sağlayan olguların fiziksel özellikleri olarak yaşları (yıl) ve gebelik öncesi ve çalışmanın yapıldığı tarihteki vücut ağırlıkları (kg) kaydedilmiştir.

3.5.1.2. Sosyodemografik özellikler: Olguların eğitim durumları ilkokul, ortaokul, lise, ön lisans, lisans olarak kaydedilmiştir. Sosyal güvenceye sahip olma durumu ve çalışma durumları ise “evet” veya “hayır” şeklinde kaydedilmiştir. Aile tipi “çekirdek” veya “geniş”; ekonomik durumları ise; “gelirim giderimi karşılıyor”, “gelirim giderimden fazla” veya “gelirim giderimden az” şeklinde kaydedilmiştir.

3.5.1.3. Kronik hastalık durumu: Sürekli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık varlığının olup olmadığı şeklinde sorgulanarak “evet” veya “hayır” olarak kaydedilmiştir.

3.5.1.4. Gebeliğe bağlı hastalık varlığı: Gebelerin, gebelik döneminde ortaya çıkan hastalık (gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, tiroid hormon bozukluğu, varis v.b.) durumları sorgulanarak “evet” veya “hayır” olarak kaydedilmiştir.

3.5.1.5. Kontrasepsiyon: Gebelere, gebelik öncesi dönemde cinsel ilişki sırasında korunup korunmadıkları sorulmuş olup “evet” veya “hayır” şeklinde kaydedilmiştir.

3.5.1.6. Obstetrik hikâye: Gebelerin içinde bulundukları gebelik haftası, evlenme yaşı (yıl) ve ilk gebelik yaşı (yıl) kaydedilmiştir. Olgular yaşayan çocuk, ölü doğum, düşük ve küretaj sayıları ile parite öyküsü açısından sorgulanmıştır. Gebelik döneminde doktor kontrollerine düzenli gitme ve gebeliğin planlı olması durumu sorgulanarak “evet” veya “hayır” olarak kaydedilmiştir. Gebelerin, kendisinin ve eşinin bebeğin doğmasını istemesi durumu sorgulanarak “her ikisi de istiyor”, “eşi istiyor kendi istemiyor”, “kendi istiyor eşi istemiyor” veya “her ikisi de istemiyor” olarak kaydedilmiştir.

3.5.1.7. Eş desteği: Şimdiki gebelikte eş desteği (duygusal/fiziksel) varlığı “evet” veya “hayır” şeklinde kaydedilmiştir.

3.5.1.8. Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgi Alma Durumu: Gebelerin gebelik süreci ve doğuma yönelik bilgi alma durumları “evet” veya “hayır” şeklinde kaydedilmiştir. Gebelik ve doğuma yönelik bilgi alan gebelere bu bilgileri nereden

aldıkları sorulmuş ve cevaplar “sağlık personeli”, “kitap”, “kurs” ve “internet” şeklinde kaydedilmiştir.

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

Klaas ve Barbro Wijma’ nın geliştirdiği bu ölçek, gebelerin yaşadıkları doğum sancılarını ve doğum sırasında hissedebileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Adölesan ve yetişkin gebelere, bu çalışma için tanıtıcı bilgi formuna ek olarak, gebelerin doğum korkularını ölçmek amacıyla “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu” formu kullanılmıştır. W-DEQ A ölçeğinin Türkçe’ ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Hikmet Öznur Körükçü ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmış ve ölçek 28-40. haftalar arasındaki gebelere uygulanmaktadır. W-DEQ A ölçeği 33 maddeden oluşmakta ve 0-5 arası puanlanmaktadır. Altılı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek içerisindeki **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı ifadeler ters bir şekilde yapılandırılmış ve 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Gebelerden, 0-5 rakamları arasında kendisine uygun olan bir sayıyı ifade etmesi istenmektedir (Körükçü ve ark., 2012).

96’sı primipar ve 100’ü multipar olan toplam 196 gebe ile W-DEQ A orijinal geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Eski sezaryen öyküsü olan multipar kadınlar örneklem grubuna dâhil edilmemiştir; çünkü W-DEQ A sezaryen ile doğumda yaşanan korkuyu ölçmek için geliştirilen bir ölçek özelliğinde değildir (Körükçü ve ark., 2012).

W-DEQ A puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı ≥ 85) (Wijma ve ark., 1998).

W-DEQ A ölçeğinden alınan puanların yüksek çıkması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu belirtmektedir. Minimum puan ‘0’ ve maksimum puan ise ‘165’ tir. Ölçeğin yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir (Körükçü ve ark., 2012).

Bizim çalışmamızda doğum deneyimi ölçeğinin güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Cronbach Alfa =0,85).

Şu zamana kadar yapılmış benzer çalışmalar içerisinde, sağlık profesyonelleri tarafından doğum ağrısının değerlendirilmesinde az parametrelili ölçeklerin yetersiz kaldığı ve doğum yapan kadınların ağrılarını derecelendirirken kafa karışıklığı yaşadıkları bildirilmiştir. Çalışmamızda, doğum ağrısının doğru olarak değerlendirilebilmesi için daha fazla parametrenin bulunduğu bu ölçeği tercih ettik. Çalışmamızı iki farklı grup üzerinde yapıyor olmamız, aynı zamanda araştırmaya dâhil ettiğimiz gebelerin 3. trimester dönemde olması, eski C/S olmama şartı ve yapılan çalışmalardaki güvenilirliği dolayısıyla bu ölçeği kullanmayı tercih ettik.

3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Gebelerin kaygı durumlarını belirlemek amacıyla araştırmamızda “Beck Anksiyete Ölçeği” uygulanmıştır.

1988 yılında, Beck ve ark. (1988) tarafından yaşanan anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek, 21 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Beck ve ark., 1988). Beck ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bireyler tarafından uygulanışı kolay ve bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri bir ölçektir. Alt Boyut 1: Subjektif Kaygı; 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19. sorular subjektif kaygıyı ölçmeyi amaçlayan 13 maddeden oluşmaktadır. Alt Boyut 2: Somatik semptom; 2, 3, 6, 12, 13, 18, 20, 21. sorular somatik semptomları ölçmeyi amaçlayan 8 maddeden oluşmaktadır. BAÖ dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her madde için “hiç, hafif derecede, orta derecede ve ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilerek işaretlenmesi istenmektedir. Verilen cevaplar, 0 ile 3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmekte ve puan aralığı ise 0-63’tür. Ölçek sorularına “hiç” cevabını verenler 0 puan, “hafif düzeyde, pek etkilemedi” cevabını verenler 1 puan, “orta düzeyde, hoş değildi ama katlanabildim” cevabını verenler 2 puan, “ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım” cevabını verenler ise 3 puan almışlardır. Ölçekten alınan toplam puan bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. “0-7” puan minimal düzeyde, “8-15” puan hafif düzeyde, “16-25” puan orta düzeyde, “26-63” puan şiddetli düzeyde anksiyete yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin yapılan güvenirlik analizinde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır (Ulusoy ve ark., 1998).

Bu araştırmada BAÖ güvenirliği Cronbach Alfa=0,89 olarak yüksek bulunmuştur.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 yazılım programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin özelliklerinin dağılımı ki-kare analizi ile test edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. ‘p’ değerleri 0,05’den küçük olarak hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) Değerleri normal dağılımı incelenmiş ve Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) Değerleri Normal Dağılımı

	Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanı	Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı
Kurtosis	-0,236	1,032
Skewness	0,241	1,481

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri ve ölçek düzeyleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Gruplar arasındaki korelasyon ilişkisi

($r:0.00-0.30$) zayıf, ($r:0.31-0.49$) orta, ($r:0.50-0.69$) güçlü, ($r:0.70-0.100$) çok güçlü ilişki şeklinde yorumlanmıştır (Tavsancil, 2002).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu” ve “Beck Anksiyete Ölçeği” puan değerleri oluşturmaktadır.

3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Gebelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumu, aile tipi, algılanan gelir durumu, sürekli ilaç kullanılmasını gerektiren bir hastalık durumu, gebeliğin istenme durumu, gebelikte eş desteği ve gebelik süresince alınan destek varlığı, doğum öncesi eğitim alma durumu, ilk evlilik ve gebelik yaşı, gebelikteki vücut ağırlığı, gebelik öncesi kontrasepsiyon kullanma durumu, gebelik haftası, geçmiş gebelik öyküsü, gebelikte düzenli kontrole gitme durumu ve gebeliğe bağlı gelişen hastalık durumları oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamız, sadece Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen, okuma yazması olan, araştırmamıza gönüllü olarak katılım sağlayan 124 gebe ile sınırlı olup, yüz yüze konuşma yöntemi ile gebelerle görüşülerek çalışma sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Tez çalışmasının bu bölümünde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özellikleri, Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi (W-DEQ A) Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçekleri'nden aldıkları puanların, yaş gruplarına göre karşılaştırmasına ilişkin elde edilen bulguların, açıklama ve yorumlamaları yapılmıştır.

4.1. Olguların Fiziksel Özellikleri ile İlgili Bulgular

Araştırmaya dâhil edilen tüm gebelerin yaş ortalaması 21,78 yıldır (15-35 yıl). Adölesan gebelerin yaş aralığı 15-19 yıl olup, yaş ortalamaları 18,16±1,06 yıldır. Yetişkin gebelerin yaş aralığı ise 20-35 yıl olup, yaş ortalamaları 25,40±3,90 olarak tespit edilmiştir.

Adölesan gebelerin gestasyon zamanı 33,13±5,43 hafta ve yetişkin gebelerin gestasyon zamanı 35,36±3,11 hafta olarak tespit edilmiştir (t:-2,803; p=0,006). Adölesan ve yetişkin gebelerin gestasyon zamanının ortalaması ise 33,92±5,91 hafta (28-40) olarak saptanmıştır.

Gruplara ait fiziksel özellikler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Gebelerin Fiziksel Özellikleri

Gruplar	Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Yaş (yıl)	18,16	1,06	25,40	3,90	-14,103	0,000
Gebelik öncesi vücut ağırlığı (kg)	55,36	10,68	61,39	13,05	-2,817	0,006
Gebelikteki vücut ağırlığı (kg)	65,38	10,49	74,13	13,15	-4,099	0,000
Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t: Bağımsız gruplar t-testi						

Adölesan ve yetişkin gebelerin yaş ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05) (Tablo 4.1).

Adölesan gebe grubunda 15 yaşında “2” olgu ve 19 yaşında “31” olgu yer almaktadır. 16 yaşında “3” olgu, 17 yaşında “9” olgu, 18 yaşında “17” olgu ve 20 yaşında “8” olgu bulunmaktadır (Tablo 4.1).

Yetişkin gebe grubunda 26 yaşında “9” olgu, 34 yaşında “1” olgu, 21-28-29-31 yaşında “2” olgu, 33 yaşında “3” olgu, 32 yaşında “4” olgu, 24 yaşında “5” olgu ve 22-23-25-27 yaşında 6 olgu bulunmaktadır (Tablo 4.1).

Adölesan ve yetişkin gebeler incelenen fiziksel özellikler açısından farklı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.1).

4.2. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Adölesan ve yetişkin gebelerin eğitim durumları, aile tipi, ekonomik durumları, sosyal güvenceleri ve çalışma durumlarına ait bilgiler Tablo 4.2’de sunulmuştur. Gebelerin eğitim durumlarına baktığımızda çoğunun ilköğretimi tamamladığı görülmektedir. Gebelerin büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olduğu ve çok azının çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		Toplam		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Eğitim Durumu	İlkokul	7	11,3	5	8,1	12	9,7	37,193	0,000
	Ortaokul	29	46,8	9	14,5	38	30,6		
	Lise	26	41,9	22	35,5	48	38,7		
	Ön Lisans	0	0,0	10	16,1	10	8,1		
	Lisans	0	0,0	16	25,8	16	12,9		
Çalışma Durumu	Evet	6	9,7	14	22,6	20	16,1	3,815	0,043
	Hayır	56	90,3	48	77,4	104	83,9		
Aile Tipi	Çekirdek	44	71,0	53	85,5	97	78,2	3,835	0,040
	Geniş	18	29,0	9	14,5	27	21,8		
Sosyal Güvence	Evet	53	85,5	56	90,3	109	87,9	0,683	0,292
	Hayır	9	14,5	6	9,7	15	12,1		
Ekonomik Durum	Gelirim Giderimi Karşılıyor	39	62,9	49	79,0	88	71,0	8,396	0,015
	Gelirim Giderimden Fazla	3	4,8	6	9,7	9	7,3		
	Gelirim Giderimden Az	20	32,3	7	11,3	27	21,8		

χ^2 : Ki-kare testi

Adölesan grupta yer alan gebelerin evlenme yaşı $17,29 \pm 1,11$ yıl, yetişkin gruptaki gebelerin evlenme yaşı ise $22,55 \pm 3,42$ yıl olarak belirlenmiştir. Evlenme yaşı açısından gruplar arasında fark bulunmaktadır ($t: -11,504$; $p: 0,00$).

Gruplar arasında ilk gebelik yaşı açısından da farklılık saptanmış olup bu değer adölesan gebelerde $18,00 \pm 1,12$ yıl iken yetişkin gebe grubunda $24,56 \pm 3,83$ yıl olarak hesaplanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.2’de gösterildiği üzere;

Gebelerin eğitim durumu değerlendirildiğinde adölesan gebelerde ortaokul mezunlarının oranı yüksek bulunurken, yetişkin gebelerde ise ön lisans ve lisans mezunlarının oranı daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çalışma durumu analizi sonucunda çalışanların oranı yetişkin gebe grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Gebelerin aile tipi değerlendirildiğinde çekirdek aileye sahip olanların oranı yetişkin gebe grubunda yüksektir. Gebelerin sosyal güvence durumlarına ait bulgular incelendiğinde, grupların sosyal güvence açısından benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$).

Gebelerin ekonomik durumlarının ait veriler analiz edildiğinde, yetişkin grubundaki gebelerin ekonomik durumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

4.3. Olguların Obstetrik Öyküleri ile İlgili Bulgular

Adölesan ve yetişkin gebelerin obstetrik öykülerine ait sonuçlar Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Gebelerin Obstetrik Öykülerine Ait Bulgular

Obstetrik Özellikler		Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		Toplam		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	60	96,8	55	88,7	115	92,7	3,217	0,200
	1	1	1,6	5	8,1	6	4,8		
	2	1	1,6	2	3,2	3	2,4		
Ölü Doğum Sayısı	0	62	100,0	60	96,8	122	98,4	2,033	0,248
	1	0	0,0	2	3,2	2	1,6		
Düşük Sayısı	0	45	72,6	53	85,5	98	79,0	10,520	0,005
	1	16	25,8	4	6,5	20	16,1		
	2 ve üzeri	1	1,6	5	8,1	6	4,8		
Kürtaj Sayısı	0	56	90,3	60	96,8	116	93,5	2,138	0,136
	1	6	9,7	2	3,2	8	6,5		
Düzenli Kontrole Gitme Durumu	Evet	58	93,5	62	100,0	120	96,8	4,133	0,059
	Hayır	4	6,5	0	0,0	4	3,2		
Gebeliğe Bağlı Hastalık Varlığı	Evet	5	8,1	7	11,3	12	9,7	0,369	0,381
	Hayır	57	91,9	55	88,7	112	90,3		
Gebeliğin Planlı Olması	Evet	36	58,1	52	83,9	88	71,0	10,020	0,001
	Hayır	26	41,9	10	16,1	36	29,0		
Gebelik Öncesi Kontrasepsiyon Kullanımı	Evet	19	30,6	11	17,7	30	24,2	2,814	0,071
	Hayır	43	69,4	51	82,3	94	75,8		

 χ^2 : Ki-kare testi

Her iki gruptaki gebelerin önceki gebeliklerine ait obstetrik öyküleri incelendiğinde sadece düşük sayısı ve gebeliğin planlı olma durumu açısından gruplar arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Adölesan ve yetişkin gebelerin çoğunluğu primipar gebe olmakla birlikte önceki doğumlarını (sırasıyla %3,2 ve %11,3) vajinal yolla gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir ($\chi^2 = 1,033$; $p > 0,05$) (Tablo 4.3).

Gebelerin, sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı, eş desteği durumu ve doğum öncesine yönelik bilgi alma durumları ile bu bilginin kaynağına yönelik bulgular Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Gebelerin Sürekli İlaç Kullanımı Gerektiren Kronik Hastalık Varlığı, Eş Desteği, Doğum Öncesi Bilgi Alma Durumları ile Bu Bilginin Kaynağına İlişkin Bulgular

		Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		Toplam		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Sürekli İlaç Kullanımı Gerektiren Kronik Hastalık Varlığı	Evet	2	3,2	4	6,5	6	4,8	0,701	0,340
	Hayır	60	96,8	58	93,5	118	95,2		
	Her İkisi de İstiyor	57	91,9	62	100,0	119	96,0		
Anne ve Eşinin Bebeği İsteme Durumu	Eşi İstiyor Kendi İstemiyor	3	4,8	0	0,0	3	2,4	5,210	0,157
	Kendi İstiyor Eşi İstemiyor	1	1,6	0	0,0	1	0,8		
	Her İkisi de İstemiyor	1	1,6	0	0,0	1	0,8		
Şimdiki Gebelikte Eş Desteği Varlığı	Evet	57	91,9	58	93,5	115	92,7	0,120	0,500
	Hayır	5	8,1	4	6,5	9	7,3		
Doğum Öncesi Bilgi Alma Durumu	Evet	16	25,8	19	30,6	35	28,2	0,358	0,345
	Hayır	46	74,2	43	69,4	89	71,8		
Doğum Öncesi Bilginin Nerden Alındığı	Sağlık Personeli	6	37,5	7	36,8	13	37,1	2,773	0,428
	Kitap	3	18,8	7	36,8	10	28,6		
	Kurs	6	37,5	3	15,8	9	25,7		
	İnternet	1	6,2	2	10,5	3	8,6		

x²: Ki-kare testi

Her iki grupta da çok az sayıda gebenin ilaç kullanmayı gerektirecek bir hastalığa sahip olduğu ve bu açıdan grupların benzer olduğu (p>0,05) belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Yetişkin gruptaki gebelerin tamamında gebelik hem kadın hem de eşi tarafından istenen bir durumken, adölesan grupta bu sayı 57'dir. Bununla birlikte, gruplar arasında, gebeliğin istenme durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Adölesan ve yetişkin gebelerin eş desteği açısından benzer olduğu ve çoğunlukla eş desteğine sahip oldukları kaydedilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Adölesan ve yetişkin grubundaki gebelerin çoğunun gebelik öncesinde gebelik, doğum ve doğum sonrasına yönelik eğitim almadıkları ($p>0,05$), eğitim alanların ise bu eğitimleri adölesan grubunda sağlık personellerinden ve gebelik kurslarından aldıkları görülürken; yetişkin grubundakilerin çoğunlukla sağlık personellerinden ve kitaplardan aldıkları belirlenmiştir. Eğitimin kaynağı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

4.4. Olguların Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puan Ortalaması

Adölesan ve yetişkin olmak üzere toplam 124 gebeye uygulanan Wijma-A Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının toplam ortalaması $49,88 \pm 22,53$ (Min=5; Maks=109) bulunmuştur. Bu sonuca göre gebelerin orta düzeyde doğum korkusuna sahip oldukları saptanmıştır.

4.5. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanları

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği toplam puanları gruplara göre analiz edilmiş ve sonuç Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanları

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği	Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Toplam Puan	50,72	21,33	49,03	23,82	0,417	0,677
Ort: Ortalama	SS: Standart Sapma		t: Bağımsız gruplar t-testi			

Wijma-A Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanı açısından gruplar incelendiğinde, her iki gruptaki gebelerin orta düzeyde doğum korkusuna sahip oldukları ve W-DEQ A toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$)(Tablo 4.5).

4.6. Olguların Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Doğum Korkusu Derecesinin Dağılımı

Adölesan ve yetişkin gruptaki gebeler içerisinde düşük, orta, ağır ve klinik düzeyde doğum korkusuna sahip olan gebe sayıları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Doğum Korkusu Derecesinin Dağılımı

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçek Puanına Göre Derecelendirme	Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Düşük	16	25,8	21	33,9	37	29,8	2,817	0,421
Orta	34	54,8	27	43,5	61	49,2		
Ağır	10	16,1	9	14,5	19	15,3		
Klinik Düzeyde	2	3,2	5	8,1	7	5,6		

χ^2 : Ki-kare testi

Her iki gruptaki gebelerin çoğunun orta düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu, düşük düzeyde ve klinik düzeyde doğum korkusu yaşayan gebe sayısının yetişkin grubunda daha fazla olduğu görülmekle birlikte, doğum korkusu düzeyleri açısından yaş grupları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.6).

4.7. Olguların Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanlarının Ortalaması

Her iki gruptaki gebelerin (n=124) Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı $10,61 \pm 8,01$ (Min=0; Maks=41) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre gebelerin “hafif düzeyde” kaygıya sahip oldukları görülmektedir.

4.8. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları

Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları gruplara göre analiz edilmiş ve sonuç Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanları

Beck Anksiyete Ölçeği	Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Toplam Puan	10,90	8,82	10,31	7,17	0,414	0,680

t: Bağımsız gruplar t-testi

Beck Anksiyete Ölçeği puanları incelendiğinde, adölesan ve yetişkin grubundaki gebelerin hafif düzeyde kaygıya sahip oldukları ve gruplar arasında kaygı puanları açısından fark olmadığı ($p>0,05$) söylenebilir (Tablo 4.7).

4.9. Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Anksiyete Derecesinin Gebeler Arasındaki Dağılımı

Adölesan ve yetişkin grupta yer alan gebelerin Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlara göre anksiyete dereceleri Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Anksiyete Derecesinin Gebeler Arasındaki Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Puanına Göre Derecelendirme	Adölesan (n=62)		Yetişkin (n=62)		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Belirti Yok	33	53,2	25	40,3	58	46,8	4,527	0,210
Hafif	16	25,8	22	35,5	38	30,6		
Orta	8	12,9	13	21,0	21	16,9		
Şiddetli	5	8,1	2	3,2	7	5,6		

 χ^2 : Ki-kare testi

Adölesan gebelerin %53,2 ve yetişkin gebelerin %40,3’ünde anksiyete bulgusu saptanmamıştır. Adölesan gebelerin %25,8 ve yetişkin gebelerin %35,5’inde hafif düzeyde anksiyete bulgusu saptanmıştır. Adölesan gebelerin %12,9’u ve yetişkin gebelerin %21’inde orta düzeyde anksiyete; adölesan gebelerin %8,1’i ve yetişkin gebelerin %3,2’sinde şiddetli düzeyde anksiyete belirlenmiştir (Tablo 4.8).

4.10. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının gebelerin fiziksel özellikleri ile evlendiği yaş, ilk gebelik yaşı ve gebelik haftası gibi bazı sosyo-demografik ve obstetrik veriler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan analizin sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Gebelerin Bazı Özellikler ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=124)

		W-DEQ A	BAÖ
		Toplam Puanı	Toplam Puanı
Yaş (yıl)	r	-0,038	-0,119
	p	0,671	0,188
Evlendiği Yaş (yıl)	r	0,054	-0,021
	p	0,548	0,816
İlk Gebelik Yaşı (yıl)	r	-0,037	-0,096
	p	0,683	0,289
Gebelik Öncesi Vücut Ağırlığı (kg)	r	-0,042	-0,127
	p	0,645	0,159
Gebelikteki Vücut Ağırlığı (kg)	r	-0,094	-0,122
	p	0,297	0,178
Gebelik Haftası	r	-0,017	-0,084
	p	0,849	0,354

r: Pearson Korelasyon Analizi

Yukardaki tabloda incelenen parametreler ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.9).

4.11. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Puanlarının Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının sosyo-demografik ve obstetrik öykü özelliklerine göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analizin sonuçları sırasıyla Tablo 4.10 ve Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.10. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (n=124)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	W-DEQ A Toplam Puanı	Beck Anksiyete Toplam Puanı
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
İlkokul	12	44,750±23,050	7,917±4,502
Ortaokul	38	52,895±20,416	11,921±10,231
Lise	48	48,021±23,806	10,542±6,559
Önlisans	10	62,400±17,154	14,100±8,825
Lisans	16	44,313±24,491	7,500±6,512
F		1,444	1,713
p		0,224	0,152
Çalışma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	20	48,800±24,880	11,900±9,662
Hayır	104	50,087±22,175	10,356±7,677
t		-0,233	0,789
p		0,816	0,432
Aile Tipi		Ort ± SS	Ort ± SS
Çekirdek	97	49,505±23,840	10,505±8,380
Geniş	27	51,222±17,337	10,963±6,613
t		-0,349	-0,262
p		0,728	0,794
Sosyal Güvence		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	109	50,413±23,257	10,578±8,296
Hayır	15	46,000±16,401	10,800±5,672
t		0,710	-0,100
p		0,479	0,920
Ekonomik Durum		Ort ± SS	Ort ± SS
Geliri Giderine Eşit / Daha Fazla	97	46,412±20,598	9,959±6,663
Gelirim Giderimden Az	27	62,333±25,080	12,926±11,496
t		-3,383	-1,717
p		0,001	0,209

F: Anova Testi; Post Hoc:Tukey, LSD t: Bağımsız Gruplar t-testi

Tablo 4.11. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Obstetrik Öykülere Göre Farklılaşma Durumu (n=124)

Obstetrik Öyküleri	n	W-DEQ A Toplam Puanı	Beck Anksiyete Toplam Puanı
Gebeliğin Planlı Olması		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	88	49,614±22,519	10,000±7,469
Hayır	36	50,528±22,867	12,083±9,132
t		-0,204	-1,319
p		0,838	0,190
Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	35	44,771±20,614	9,000±6,907
Hayır	89	51,888±23,041	11,236±8,350
t		-1,593	-1,405
p		0,114	0,131
Kontrasepsiyon Kullanımı		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	30	45,033±24,611	7,767±4,967
Hayır	94	51,426±21,738	11,511±8,582
t		-1,358	-2,267
p		0,177	0,004
Düşük Sayısı		Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	98	49,010±21,761	10,388±7,309
Var	26	53,154±25,418	11,423±10,354
t		-0,833	-0,585
p		0,407	0,560
Gebeliğe Bağlı Hastalık Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	12	53,750±20,645	12,750±8,226
Hayır	112	49,464±22,770	10,375±7,985
t		0,625	0,976
p		0,533	0,331

t: Bağımsız Gruplar t-testi

Yapılan analiz sonucunda sosyo-demografik faktörlerden gelir durumunun Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanı üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Adölesan ve yetişkin gruptaki gebelerden “gelirim gideri karşılıyor” ve “gelirim giderimden fazla” şeklinde yanıtlayanların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği toplam puanları (46,41), “gelirim giderimden az” şeklinde yanıtlayanların Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puanlarından (62,33) daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

İncelen parametreler içerisinde gebelik öncesi kontrasepsiyon kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı arasında ilişki saptanmış olup kontrasepsiyon kullanan

gebelerin kullanmayanlara kıyasla daha düşük kaygı puanına sahip olduğu görülmektedir ($p<0,05$)(Tablo 4.11).

Gebelerin, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puanları ile Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvence, gebeliğin planlı olması, doğum öncesi eğitim alma durumu, kontrasepsiyon kullanımı, düşük sayısı ve gebeliğe bağlı hastalık varlığı açısından anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)(Tablo 4.11).

4.12. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki ilişki (n=124)

		Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanı
Beck Anksiyete Ölçeği	r	0,357
Toplam Puanı	p	0,000

r: Pearson Koralasyon Katsayısı

Çalışmamızda gebelerin, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde (sırasıyla $r=0,357$ $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Gebelerde kaygı düzeyi arttıkça doğum korkusunun arttığı görülmektedir (Tablo 4.12).

4.13. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Adölesan ve yetişkin gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki ilişki

			Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanı	Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı
Adölesan Gebeler	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanı	r	1	0,435
		p		0,000
	Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı	r	0,435	1
		p	0,000	
Yetişkin Gebeler	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Toplam Puanı	r	1	0,278
		p		0,029
	Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı	r	0,278	1
		p	0,029	

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Adölesan ve yetişkin gebeler arasında Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları açısından pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Adölesan ve yetişkin gebelerde kaygı düzeyi arttıkça doğum korkusunun arttığı görülmektedir(Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeylerini belirlemek ve bu gruplar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmaya yaş ortalamaları $18,16 \pm 1,05$ yıl olan 62 adölesan gebe ve yaş ortalamaları $25,40 \pm 3,90$ yıl olan 62 yetişkin gebe olmak üzere toplam 124 gebe alınmıştır. Çalışmanın sonunda gruplar arasında fiziksel özellikler, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durum, gebeliğin planlı olma durumu ve düşük sayısı açısından farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gruplar Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanı açısından incelendiğinde, her iki gruptaki gebelerin orta düzeyde doğum korkusuna sahip oldukları ve W-DEQ A puanları (sırasıyla $50,73 \pm 21,33$ ve $49,03 \pm 23,82$) arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Gruplar Beck Anksiyete Ölçeği puanı açısından incelendiğinde, adölesan ve yetişkin gebelerin hafif düzeyde kaygıya sahip oldukları ve benzer BAÖ puanlarına sahip oldukları (sırasıyla $10,90 \pm 8,82$ ve $10,31 \pm 7,17$) tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

5.1. Fiziksel Özellikler

5.1.1. Yaş

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin yaş ortalamaları sırasıyla $18,16 \pm 1,05$ yıl ve $25,40 \pm 3,90$ yıldır. Çalışmamızdaki tüm gebelerin yaş ortalaması ise 21,78 yıldır. Adölesan gebe grubunun yaş aralığının 15-19 yıl arasında ve yetişkin gebe grubunun yaş aralığının 20-35 yıl arasında olması sebebi ile literatürde sıklıkla belirtilen yaş aralıklarına uyduğu söylenebilir (Aydin, 2013).

Literatürde gebenin yaşı ile doğum korkusu arasındaki ilişkiye dikkat çeken ve doğum korkusunun adölesan gebelerde yetişkin gebelere kıyasla daha fazla olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Anderson, 2010; Anderson & Gill, 2014; Bilge ve ark., 2022; Buldum & Emül, 2021; Deliktaş ve ark., 2015).

Laursen ve ark. (2008) Danimarka'da 20 yaş ve altındaki adölesan gebeler ile yaptıkları çalışmada gebelerin şiddetli doğum korkusu yaşadıklarını saptamışlardır (Laursen ve ark., 2008).

Anderson (2010) yapmış olduğu çalışmada adölesanların %30,4'ünün yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığını ortaya koymuştur (Anderson, 2010). Benzer şekilde

Anderson ve Gill (2014) adölesan gebelerde yüksek düzeyde doğum korkusu tespit etmişlerdir (Anderson & Gill, 2014).

Yetişkin gebeler ile ilgili yapılan çalışmalarda artan yaşa bağlı olarak gebelerde yaşanan doğum korkusu ve anksiyetenin azaldığı bildirilmiştir (Birge, 2023; Fairbrother ve ark., 2018; Gün, 2018; James ve ark., 2012). Gün (2018) çalışmasında 20 yaş ve altında olan gebelerin W-DEQ A puan ortalamasını $63,58 \pm 22,30$; 21-30 yaş grubundaki gebelerin W-DEQ A puan ortalamasını $56,04 \pm 20,73$ ve 31 yaş ve üzerindeki gebelerin W-DEQ A puan ortalamasını $50,73 \pm 19,77$ bulmuştur (Gün, 2018). Yaş arttıkça gebelerin W-DEQ A puanlarının düştüğü görülmektedir.

Bazı çalışmalar genç yaşta doğum korkusunun daha şiddetli yaşandığını belirtirken, bazı çalışmalar ise ileri yaşta daha yüksek korku yaşandığını belirtmişlerdir. Oğurlu (2020) çalışmasında gebelerin yaşı arttıkça yaşanan doğum korkusunun arttığını saptamıştır (Oğurlu, 2020).

Literatürde bizim çalışmamızın sonucunu destekleyen, gebelerin yaşı ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Abdollahpour & Khosravi, 2018; Akhlaghi, 2012; Geldi, 2020; Kaya, 2020; Nieminen ve ark., 2009; Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Akhlaghi (2012) gebeliğin son trimestirinde yer alan, yaş ortalaması $22,54 \pm 3,7$ yıl olan, 16-36 yaş aralığındaki 100 primipar gebede, depresyon, kaygı, benlik saygısı, evlilik doyumu, demografik faktörler ve adölesan annelik komplikasyonları ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında gebelerin yaşı ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Akhlaghi, 2012).

Abdollahpour ve Khosravi (2018) İran'da 18 ve 45 yaş arası, 20-34. gebelik haftaları arasında yer alan 245 gebenin dâhil edildiği gebelerde ruhsal zekâ ile mutluluk ve doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında gebelerin yaşları ve doğum korkusu arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamışlardır (Abdollahpour & Khosravi, 2018).

Phunyammalee ve ark. (2019) 28-36. gebelik haftaları arasında bulunan gebelerin yaşadıkları doğum korkusu yaygınlığını ve olası ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 305 gebenin dahil edildiği çalışmada gebelerin yaşları (sırasıyla <20 yıl, 20-34 yıl, ≥ 35 yıl) ile W-DEQ A puanı (sırasıyla $52,4 \pm 19,2$, $52,2 \pm 14,1$, $50,8 \pm 14,4$) arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (Phunyammalee ve ark., 2019).

Geldi (2020), 18-45 yaş aralığında bulunan 3. Trimestırda yer alan 400 gebenin katılım sağladığı gebelikte stres ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında gebelerin yaşlarının, yaşadıkları doğum korkusuna bir etkisi olmadığını tespit etmiştir (Geldi, 2020).

Kaya (2020), 18 yaş ve üzeri, son trimestırda yer alan 485 gebenin yaşadıkları doğum korkusu ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, gebelerin yaşı ve doğum korkusu arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir (Kaya, 2020).

Yaylaoğlu ve Zengin (2023), yaş ortalamaları $29,66 \pm 5,64$ yıl olan 339 gebenin dâhil olduğu spiritüel iyi oluş ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, gebelerin yaşı ile W-DEQ A puanları arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamışlardır (Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Genç yaştaki gebelerin, genellikle ilk gebelikleri olması, doğum ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması (Elvander ve ark., 2013; Laursen ve ark., 2008) gibi sebeplerin yanı sıra adölesanların doğum sürecinin kontrolü için gereken fiziksel ve emosyonel olgunluğa sahip olmaması dolayısıyla daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (Buldum & Emül, 2021). Yetişkin veya multipar gebelerde ise doğum korkusuna sebep olan faktörler arasında kadınların daha planlı yaşaması, modern dünyanın getirdiklerinden dolayı her şeyi kontrol altına almaya çalışmaları ve planlanan eylemlerinin yarıda kalacağını ve yaşamlarında bölünmelere neden olabileceği düşüncesi yer almaktadır (Elvander ve ark., 2013; Laursen ve ark., 2008).

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmakla beraber bu farklılığın W-DEQ A puanına yansımadağı söylenebilir. Bu sonuç grupların yaş ortalamalarının; istatistiksel açıdan farklı olmakla beraber; birbirine yakın olması sebebi ile ortaya çıkmış olabilir. Bununla birlikte toplam 124 gebenin yaşları ile W-DEQ A puanı arasında bakılan korelasyon analizi sonucunda da yaş ile W-DEQ A puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda yer alan adölesan ve yetişkin gebelerin literatürdeki sonuçlara benzer şekilde orta düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu görülmekle birlikte, yaş ve doğum korkusu ilişkisi açısından elde ettiğimiz sonuç, adölesan gebelerde doğum korkusunun yetişkin gebelere kıyasla daha yüksek görüldüğünü ortaya koyan çalışmaların çoğunun sonuçlarından farklıdır.

Kaygı

Literatürde gebenin anksiyete ya da depresyon varlığının tokofobi riskini arttırdığı belirtilmektedir (Storksens ve ark., 2012). Anksiyetesi yüksek olan kadınların daha şiddetli doğum korkusu yaşadığı ve ayrıca yüksek anksiyetesi olan kadınların doğumda kendi bedenlerinin kontrolünü kaybetmemek ve elde tutmak için elektif sezaryeni daha çok tercih ettikleri belirtilmektedir (Saisto ve ark., 2001).

Da Costa ve ark. (1999) yaptıkları çalışmada gebelik yaşı ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiş ve artan gebelik yaşının kaygı düzeyini artırdığını saptamışlardır (Da Costa ve ark., 1999). Tekgöz ve ark. (2009) da çalışmalarında anne yaşı arttıkça anksiyete düzeyinin arttığını belirtmişlerdir ((Da Costa ve ark., 1999; Tekgöz ve ark., 2009).

Andersson ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada, gebelerin %6,6'sında anksiyete bozukluğu, %11,6'sında duygu durum bozukluğu yaşandığını ve gebelikte herhangi bir komorbidite psikiyatrik tanı alan gebelerde ise doğum korkusu riskinin 2 kat arttığını belirtmiştir (Andersson ve ark., 2003). Bir başka çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınların, gebelikten önce %80'inde anksiyete ve depresyon, %72'sinde cinsel istismara maruz kalma ve %32'sinde yeme bozukluğu davranışının yaşandığı bulunmuştur (Halvorsen ve ark., 2008).

Kara ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada anksiyetenin, adölesan gebelerde önemli sağlık sorunlarını beraberinde getirdiği gözlenmiştir (Kara ve ark., 2017).

Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, ev kadını olma, gebelik sırasında çalışmama, sigara kullanımı, toplam gebelik sayısı, istenmeyen gebelik, yaşayan çocuk sayısı, düşükle sonuçlanan gebelikler ve ölü doğum gibi faktörlerin gebelikte anksiyete oluşumuna neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Arslan ve ark., 2011; Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Gebelikte yaşanan kaygının sebep ve sonuçlarına yönelik pek çok çalışma bulunmakla birlikte kaygı düzeyini adölesan ve yetişkin gebelerde karşılaştıran çalışma sayısı azdır.

Ekin (2023) adölesan ve yetişkin gebelerin doğum algılarını karşılaştırmış olduğu yüksek lisans tezi sonucunda adölesan gebelerin doğum algısına yönelik kaygı, korku, endişe, travmatik duygu ve düşüncelerinin yetişkin gebelere göre daha kuvvetli olduğu belirlenmiştir (Ekin, 2023).

Arslan ve ark.'nın (2011) gebelik anksiyete ve depresyonunda rol oynayan risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında yaşları 15 ile 36 yaş ve üstü arasında değişen toplam 452 gebe yer almıştır. Çalışmanın sonucunda incelenen sosyo-demografik özelliklerden eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, ölü doğum, düşük ve toplam gebelik sayısı gibi sosyo-demografik özellikler ile gebelikte anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptanmış olup yaş risk faktörleri arasında belirtilmemiştir (Arslan ve ark., 2011).

Literatürü incelediğimizde anne yaşı arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Birge, 2023). Bizim çalışmamızla paralel şekilde anne yaşının anksiyete düzeyini etkilemediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Dağlar & Nur, 2014; Kaya Zaman ve ark., 2018; Pepe & Ege, 2019; Üst ve ark., 2013).

Dağlar ve Nur (2014), yaş ortalaması $27,4 \pm 5,7$ yıl ve BAÖ puan ortalaması $19,2 \pm 10,1$ olan 227 gebenin stresle başa çıkma tarzları ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında gebelerin yaşlarıyla kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Dağlar & Nur, 2014).

Zaman ve ark. (2018), 15-49 yaş arası doğurganlık çağındaki olan 50 gebe ve gebe olmayan 50 kadın ile anksiyete ve depresyon seviyelerini tartışarak sosyodemografik özelliklerindeki korelasyonları incelediği çalışmasında yaşanan kaygı düzeyi ile yaş arasında bir ilişki bulunmamıştır (Kaya Zaman ve ark., 2018).

Üst ve ark. (2013) 130 gebenin katılım sağladığı, gebelerin doğum eylemindeki anksiyete düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek için yaptığı çalışmasında yaş ile kaygı düzeyi arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Üst ve ark., 2013).

Bizim çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin hafif düzeyde kaygıya sahip olduğu ve yaşın gruplar arasında kaygı düzeyi açısından fark yaratmadığı ve ayrıca toplam 124 gebenin yaşları ile yapılan korelasyon analizi sonucunda yaş ile kaygı düzeyi arasında ilişki olmadığı görülmektedir.

5.1.2. Gebelik Öncesi Vücut Ağırlığı ve Gebelikteki Vücut Ağırlığı

Çalışmamızda, adölesan ve yetişkin gebeler arasında gebelikten önceki vücut ağırlığı (sırasıyla $55,36 \pm 10,69$ kg ve $61,39 \pm 13,05$ kg) ve gebelikteki vücut ağırlığı (sırasıyla $65,37 \pm 10,49$ kg ve $74,13 \pm 13,15$ kg) açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Bizim çalışmamızda gebelik öncesi vücut ağırlığı ve gebelikteki vücut ağırlığı açısından

her iki grup değerlendirildiklerinde, yetişkin olanların gebelikteki vücut ağırlığı ortalaması ve gebelikten önceki vücut ağırlığı ortalaması, adölesan gebelere göre yüksek bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde gebelikte kilo alımının doğum korkusunu arttırdığını, kaygı ve anksiyete yaşanmasına sebep olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Serçekuş, 2005) Şahin ve ark. (2009) yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılan gebelerin, gebelik döneminde aldıkları kilolar arttıkça, doğum korkularının da arttığını bildirmişlerdir (Şahin ve ark., 2009). Şahin (2015) gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörleri incelediği yüksek lisans çalışmasında, gebelikte aşırı kilo alma sorunu olan gebelerde orta düzeyde anksiyete görüldüğünü saptamıştır (Şahin, 2015).

Bizim çalışmamızda W-DEQ A toplam puanı ve BAÖ toplam puanı ile gebelerin, gebelikten önceki vücut ağırlığı ve mevcut vücut ağırlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte yapılan bazı çalışmalarda ise gebelikte kilo alımının doğum korkusu, kaygı ve depresyon ile arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir (Geldi, 2020; Turhan, 2018).

Geldi (2020), 18-45 yaş aralığında bulunan 3. trimestırda yer alan 400 gebenin katılım sağladığı gebelikte stres ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında gebelikte alınan kilo ile yaşadıkları doğum korkusu arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Geldi, 2020).

Turhan (2018) 37-42.haftalar arasında bulunan miadındaki 360 gebede kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisini incelediği yüksek lisans tez çalışmasında, çalışmaya katılan gebelerin kaygı ve depresyon durumlarının kilo alımı üzerinde etkili olmadığını saptamıştır (Turhan, 2018).

Adölesanlarda; gebelik öncesi düşük kiloya sahip olma, gebelikte kilo artışının yavaş olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, sigara ve alkol kullanımı, anemi, ilk gebelik ve yetersiz prenatal bakım gibi yüksek risk taşıyan bu faktörlerin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Chahande ve ark., 2002). Gebe gruplarındaki olguların içinde bulundukları gebelik haftaları ve adölesan gebelerin kemik ve kas kütlelerinin yetişkinlere göre farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulduğunda, vücut ağırlığı ile ilgili farklılık beklenen bir durumdur. Her ne kadar gebelik öncesi ve içinde bulundukları gebelik haftasındaki vücut ağırlıkları açısından farklılık saptanmış olsa da,

çalışmamızda gebenin vücut ağırlığının doğum korkusunu ve gebenin kaygı düzeyini etkilemediği görülmüştür.

5.2. Sosyodemografik Özellikler

5.2.1. Evlenme Yaşı ve İlk Gebelik Yaşı

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebeler arasında evlenme yaşı (sırasıyla 17,29 yıl ve 22,55 yıl) ve ilk gebelik yaşı (sırasıyla 18,00 yıl ve 24,56 yıl) açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmekle birlikte; gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanlarının evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı ile ilişkisi görülmemiştir.

Buldum ve Emül (2021), adölesan gebelerin algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları doğum korkusu arasındaki ilişkiyi belirlediği çalışmasında, adölesan gebelerin %73'nün ilk gebeliği olduğunu belirtmiş ve adölesan gebelerin ilk gebelik yaşı ortalamasını $17,9 \pm 1,1$ yıl olarak saptamıştır (Buldum & Emül, 2021).

Akbulut (2019), 15-19 yaşlar arası 119 adölesan gebe ve 20-24 yaş arası 121 genç erişkin gebe olmak üzere toplam 240 kadının dâhil edildiği; adölesan gebelerde doğum korkusu ve sosyal destek düzeyinin postpartum depresyona etkisini araştırdığı çalışmasında adölesan gebelerin ilk gebelik yaşını $17,81 \pm 1,08$ yıl ve genç erişkin gebelerin ilk gebelik yaşını $20,26 \pm 2,31$ yıl olarak tespit etmiştir (Akbulut, 2019). Bu çalışmalarda saptanan gebelerin yaş ortalamaları ile bizim çalışmamızda saptanan yaş ortalamaları benzerlik göstermektedir.

Gebelik yaşının, doğum korkusunu arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Huang ve ark. (2021) Çin'de yaş aralığı 18-42 yıl (yaş ortalaması $28,7 \pm 3,8$) olan 646 gebenin katıldığı, gebelerde doğum korkusuna neden olan faktörler ve doğum korkusu yaygınlığını belirlemek amacıyla yapıları çalışmada gebelik yaşının artıkça doğum korkusunun arttığını bildirmişlerdir (Huang ve ark., 2021).

Gao ve ark. (2015), doğum korkusunu incelemek amacıyla 18 yaş ve üstü 353 gebe ile yaptıkları çalışmalarında, adölesan gebelerde gebelik yaşının küçük olmasına bağlı doğum korkularının yüksek olduğunu belirtmiştir (Gao ve ark., 2015).

Erkaya ve ark. (2017) gebelerin, gebelik yaşı, eğitim düzeyi, doğum öncesi eğitim alma durumu ve eş dışında sosyal destek alma durumları ile anksiyete düzeyi arasında ilişki olduğunu ve gebelerde kaygı arttıkça doğum korkusunun arttığını bildirmiştir (Erkaya ve ark., 2017).

Birge (2023) çalışmasında, gebelik yaşının artmasıyla anksiyete düzeyinin de arttığını tespit etmiştir (Birge, 2023).

Literatürde evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşının gebelikte yaşanan doğum korkusu düzeyini etilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Nieminen ve ark., 2009; Keklikçi, 2018; Birge, 2023).

Nieminen ve ark. (2009), 16-44 yaş aralığında 1606 gebenin dahil edildiği doğum korkusunu incelemek ve faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelik yaşının doğum korkusuna bir etkisi olmadığını bildirmişlerdir (Nieminen ve ark., 2009).

Keklikçi (2018) 18-34 yaşlar arasında 277 gebenin katılımının sağlandığı gebelerde doğum korkusu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile çalışmasında gebelerin evlenme yaşının doğum korkusu üzerinde bir etkisi olmadığını belirtmiştir (Keklikçi, 2018).

Birge (2023) çalışmasında gebelik yaşı ile doğum korkusu arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (Birge, 2023).

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz veriler literatürdeki bu çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermekte olup, gebelerin evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı ile yaşadıkları kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda adölesan gebelerin evlendikten çok kısa bir süre sonra (ort <1 yıl) gebe kaldıkları görülürken yetişkin gruptaki gebelerin evlendikten ortalama iki yıl sonra gebe kaldıkları saptanmıştır. Bu sonuç, adölesan ve yetişkin gebe gruplarında, gebeliğe hazır olma durumu açısından farklılık olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

5.2.2. Eğitim Durumu

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumu değerlendirildiğinde adölesan gebelerin %11,3'ünün ilkokul mezunu, %46,8'inin ortaokul mezunu, %41,9'unun lise mezunu; yetişkin gebelerin %8,1'inin ilkokul mezunu, %14,5'inin ortaokul mezunu, %35,5'inin lise mezunu, %16,1'inin önlisans mezunu ve %22,6'sının lisans mezunu olduğu

saptanmıştır. Adölesan gebelerde ortaokul mezunlarının oranı yüksek bulunurken, yetişkin gebelerde ise ön lisans ve lisans mezunlarının oranı daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim, önemli bir sosyodemografik göstergedir. Daha iyi bir eğitim düzeyinin adölesan gebelikleri önlemesi veya gerçekleşen adölesan gebeliğin daha sağlıklı geçirilmesi ve daha iyi yaşam koşullarını beraberinde getirmesi beklenen bir durumdur. Annenin yaşı ve eğitim durumu, uzun zamandır kadının doğum değerlendirmesini etkileyen faktörler olarak kabul edilmektedir (Anderson & Gill, 2014).

Adölesanlar, eğitim ihtiyaçlarının giderilmemesi gibi risklerle karşı karşıya gelebilmektedir. Bu riskler kişiliği ve bireysel davranışı değişikliğe uğratabilen durumlardır. Eğitimde devamlılığı sağlayan adölesanların gebe kalma riskinin daha düşük olduğu ve adölesan gebeliğin bir yaşam tercihi olmadığı ifade edilmiştir (Sámano ve ark., 2017). Adölesan annelik, kırsal alanda ve eğitim seviyesi düşük kadınlar arasında daha yüksek oranda saptanmaktadır (TNSA, 2018). Adölesan gebelikler, eğitim düzeyi düşük bireylerde daha fazla görülmesinin yanında annelerin eğitim sürecinin devam etmesine ve çalışma hayatına girmesine engel oluşturur ve genç bireylerin maddi olarak bağımlı bir duruma gelmesine sebep olur (Şolt & Yazıcı, 2015).

Literatürdeki bazı çalışmalar incelendiğinde adölesan gebelerin yetişkin gebelere göre daha düşük eğitim seviyesinde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Buldum & Emül, 2021; Gün, 2018; Işık, 2021; Kaya, 2020; Yıldırım, 2022).

Yetişkin gebelerle karşılaştırıldığında, adölesan gebelerin daha düşük eğitim seviyesi, daha az istihdam olanakları, daha zayıf ruh sağlığı, daha az sosyal destek ve daha yüksek madde bağımlılığına sahip olma olasılıkları yüksek bulunmuştur (Wong ve ark., 2020).

Boran ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada 18 yaş altı adölesanların eğitim hayatını terk etmesi sonucunda eğitim düzeyinde düşüş yaşanması, adölesan gebelik oranlarında artış, anne ve yenidoğanda mortalite ve morbiditede artış ve yoksulluk yaşanması gibi durumların ortaya çıktığını belirtmişlerdir (Boran ve ark., 2013).

Seçkin ve ark. (2016) tarafından 14-19 yaş arası adölesan yaşta doğum yapan 300 hasta ile 20-35 yaşları arasında doğum yapan 320 hastadan oluşan kontrol grubu arasında demografik özellikler ve maternal-fetal sonuçlar açısından fark olup olmadığının

araştırıldığı çalışmada eğitimsiz olma ve düşük eğitim düzeyi oranı adölesan grubunda daha fazla bulunmuştur (Seçkin ve ark., 2016).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Adölesan gebelerin çoğunlukla ilk gebeliklerinin olması ve düşük eğitim seviyesine sahip olmalarına rağmen bazı çalışmaların aksine bizim çalışmamızda eğitim durumu gebelerin korku düzeyini arttıran bir faktör olarak görülmemektedir.

Literatürde doğum korkusu ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik farklı sonuçlar yer almaktadır.

Akhlaghi (2012), Abdollahpour ve Khosravi (2018), Mortazavi ve Agah (2018), Khwepeya ve ark. (2018) ve Storksen ve ark. (2015) eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığını bildirirken; eğitim seviyesi düşük olanlarda yüksek doğum korkusuna işaret eden araştırmacılar da mevcuttur (Abdollahpour & Khosravi, 2018; Akhlaghi, 2012; Bulut & Pasinlioğlu, 2022; Geldi, 2020; Kaya, 2020; Keklikçi, 2018; Khwepeya ve ark., 2018; Mortazavi & Agah, 2018; Nieminen ve ark., 2009; Saisto & Halmesmäki, 2003; Størksen ve ark., 2015; Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Bu çalışmalardan farklı olarak eğitim seviyesi arttıkça doğum korkusunun arttığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Abdollahpour & Khosravi, 2018; Bilge ve ark., 2022; Birge, 2023; Størksen ve ark., 2015).

Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyini genel olarak incelediğimizde adölesan gebelerde eğitim düzeyi yetişkin gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Adölesan gebeler ve yetişkin gebelerin eğitim seviyesindeki farklılık sebebi, adölesanların içinde bulunduğu yaş aralığı (15-19 yıl) ve yetişkin gebelerden daha erken yaşta evlenmeye (ilk evlenme yaşı ort. 17,29 yıl) bağlı olarak eğitimlerini yarıda bırakmaları veya terk etmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Gebelerin eğitimlerini yarıda bırakmaları ve çalışma hayatına katılamaması, gebeleri ekonomik açıdan bağımlı hale getirmektedir. Çalışmamızda da gelir düzeyi düşük olan adölesan gebelerin doğum korku düzeyinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu farklılığa rağmen her iki grupta doğum korkusu açısından benzerlik mevcuttur.

Kaygı

Literatürde eğitim durumu ve doğum korkusu ilişkisine yönelik çalışma sonuçlarında olduğu gibi, eğitim durumu ve kaygı düzeyi ilişkisine yönelik olarak da farklı sonuçlar yer almaktadır.

Eğitim düzeyi arttıkça gebelerin, gebelikte yaşadıkları anksiyete düzeyinin arttığını bildiren çalışmalar bulunduğu gibi (Arslan ve ark., 2011; Şahin & Kılıçarslan, 2010); gebelerde eğitim seviyesi azaldıkça, anksiyete düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Onrat, 2018; Ravid ve ark., 2018).

Bizim çalışmamızla benzer sonuçlara sahip çalışma örnekleri de bulunmaktadır (Birge, 2023; Gelenbe Öztürk, 2017; Kaya Zaman ve ark., 2018).

Birge'nin (2023) 18 yaş ve üzeri, 3. trimestırda yer alan 393 gebenin katılım sağladığı, gebelerde doğum korkusunun depresyon üzerindeki etkisinde anksiyetenin aracılık rolünün belirlenmesinin amaçlandığı çalışmasında eğitim seviyesi ile kaygı düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiştir (Birge, 2023).

Gelenbe Öztürk (2017), 18 yaş ve üzeri 215 gebenin dâhil edildiği, gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasını etkileyen psikososyal faktörler ile gebelerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin depresyon seviyelerine etki edip etmediğini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin eğitim seviyesi ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Gelenbe Öztürk, 2017).

Bizim çalışmamızda adölesan gebelerin eğitim düzeyi, yetişkin gebelere göre daha az seviyede olmakla birlikte; her iki gruptaki gebelerin eğitim düzeyi ile sahip oldukları kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

5.2.3. Çalışma Durumu

Gebelerin çalışma durumu incelendiğinde adölesan gebelerin %9,7'sinin ve yetişkin gebelerin %22,62'sinin çalışmakta olduğu saptanmıştır. Çalışanların oranı yetişkin gebe grubunda daha yüksektir. Çalışma durumu açısından olgular arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Okuma yazma bilmeme, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, işsizlik ve sosyal destek eksikliği, gebelikte kadınlarda görülen orta ve yüksek düzeyde kaygı ile ilişkili faktörler arasındadır (Khwepeya ve ark., 2018). Literatür incelendiğinde herhangi bir işte çalışan gebelerin, doğum korkusu düzeylerinde artış olduğunu bildiren çalışmalar bulunurken (Toohill ve ark. (2015)); herhangi bir işte çalışmayan gebelerde de doğum korkusunun arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Gürsoy, 2023; Khwepeya ve ark., 2018; Striebich ve ark., 2018; Şahin, 2009; Toohill ve ark., 2015).

Bizim çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin çalışma durumu ile yaşadıkları doğum korkusu açısından anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızı destekleyen benzer sonuçları bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Şahin ve ark. (2009) gebelerin doğum korkularını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyi, ekonomik ve çalışma durumları ile doğum korkusu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Şahin ve ark., 2009).

Geldi (2020), Oğurlu (2020) ve Birge (2023) çalışmalarında gebelerin çalışma durumu ile doğum korkuları arasında bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir (Birge, 2023; Geldi, 2020; Oğurlu, 2020).

Işık (2021) adolesan gebelerin (bilgi alan 62 gebe, bilgi almayan 62 gebe) doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunu değerlendirdiği araştırmada, bilgi alan gebelerin %10,6'sının ve bilgi almayan gebelerin %13,6'sının çalıştığını tespit etmiş ve gruplar arasında çalışma durumu ile gebelerin doğum korkusu açısından anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Işık, 2021).

Kaygı

Bizim çalışmamızda, her iki gruptaki gebelerin çalışma durumu ile kaygı düzeyleri arasında bir ilişki görülmediği saptanmıştır.

Onrat (2018), çalışmayan gebelerin anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirirken; Zaman ve ark. (2018) da, çalışan gebelerin anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğunu bildirmiştir (Onrat, 2018; Zaman ve ark., 2018).

Çalışmamızın sonucunu destekleyen farklı çalışmalar mevcuttur (Birge, 2023; Daştan ve ark., 2015; Pepe & Ege, 2019; Üst ve ark., 2013).

Gözüyeşil ve ark. (2008) yaptıkları çalışmalarında gebelikte çalışıyor olma durumunun anksiyete puanını etkilemediğini saptamışlardır (Gözüyeşil ve ark., 2008).

Her ne kadar gruplar arasında çalışan gebe sayısı/oranı açısından anlamlı fark tespit edilmiş olsa da, yetişkin gebe grubunda da çalışan kişi sayısının çok yüksek olmadığı söylenebilir. Adolesanların yaş aralığı (15-19 yıl) göz önünde bulundurulduğunda çalışma hayatında aktif olmamaları da beklenen bir durumdur. Yetişkin grubundaki gebelerin yaklaşık %42'si üniversite mezunu olup yaş ortalamaları 25,40 yıldır. Bununla birlikte yetişkin gebelerin sadece %22'si çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonucun, mezuniyet sonrası istihdam ile ilgili sıkıntılardan kaynaklanabileceği gibi kişilerin tercihinin bağlı olabileceği düşünülmektedir.

5.2.4. Aile Tipi

Literatür incelediğinde çekirdek aile tipine sahip gebelerde doğum korkusunun daha fazla yaşandığını bildiren çalışmalar mevcuttur.

Merve Lazoğlu (2014) tarafından doğum korkusunun derecesine göre gebelerin öz-yeterlilik algısının karşılaştırıldığı çalışmada, doğum korkusu düşük olan gebelerin %63,6'sının ve doğum korkusu yüksek olan gebelerin %56,4'ünün çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır (Lazoğlu, 2014). Bu sonuç, çekirdek tipi ailede yaşayan gebelerin aldığı sosyal desteğin azlığı ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin aile tipi ile doğum korkusu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde yaptığımız çalışmayı destekleyen araştırmalar olduğu görülmektedir (Akbulut, 2019; Arslantaş ve ark., 2020; Birge, 2023; Keklikçi, 2018; Phunyammalee ve ark., 2019).

Akbulut (2019), 15-19 yaşlar arası 119 adölesan gebe ve 20-24 yaş arası 121 genç erişkin gebe olmak üzere toplam 240 gebenin bulunduğu, adölesan gebelerin antenatal dönemde yaşadığı doğum korkusu ve sahip olduğu sosyal destek düzeyinin postpartum dönemde depresif belirtilere etkisini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin sahip olduğu aile tipi ile yaşadıkları kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Akbulut, 2019).

Phunyammalee ve ark. (2019) 28-36. gebelik haftalarında bulunan gebelerin yaşadıkları doğum korkusu yaygınlığını ve olası ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 305 gebenin dahil edildiği çalışmada aile tipinin gebelerde kaygı düzeyine etkisi olmadığını bildirmiştir (Phunyammalee ve ark., 2019).

Yalçınsoy (2019) gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemlerini belirlemek ve değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin %79'unun çekirdek tipi aileye sahip olduğunu belirtmiştir (Yalçınsoy, 2019).

Işık (2021) adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunu değerlendirdiği çalışmasında doğum hakkında bilgi alan adölesan gebelerin %66,7'sinin ve bilgi almayan adölesan gebelerin %56,1'nin çekirdek aile tipine sahip olduğunu saptamıştır (Işık, 2021).

Yalçınsoy (2019) ve Işık (2021) yaptıkları çalışmada, aile tipi ve W-DEQ A toplam puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.

Geniş aile tipine sahip gebelerin daha yüksek doğum korkusu yaşadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Gürsoy, 2023).

Çalışmamızda gebelerin aile tipi ile kaygı düzeylerinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı şekilde Birge (2023) çalışmasında anksiyete düzeyinin aile tipi ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (Birge, 2023).

Çalışmamızda, adölesan ve yetişkin gebeler arasında çekirdek aile tipi (sırasıyla %71,0 ve %85,5) ve geniş aile tipi (sırasıyla %29,0 ve %14,5) açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gebelerin farklı aile tipi yapılarına sahip olmakla beraber benzer düzeyde doğum korkusuna ve kaygıya sahip oldukları tespit edilmiştir.

5.2.5. Sosyal Güvence

Çalışmamızda, adölesan ve yetişkin gebeler arasında sosyal güvence durumu (sırasıyla %85,5 ve %90,3) açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Adölesan gebelerin çalışma durumları ve yaşları göz önünde bulundurulduğunda, gebelerin eşleri üzerinden sosyal güvenceden faydalandıkları düşünülebilir. Adölesan ve yetişkin gebelerin sosyal güvence durumları ile yaşadıkları doğum korkusu arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Literatür incelendiğinde çalışmamızla benzer sonuçlar elde eden araştırmalar mevcuttur (Bulut & Pasinlioğlu, 2022; Işık, 2021; Okayer Özer, 2023).

Bulut & Pasinlioğlu (2022), 18-35 yaş arası (%75,7'sinin 25 yaşından küçük olduğu) 321 primipar gebede trimesterlere göre doğum korkusu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelerin sosyal güvence durumları ile yaşadıkları doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Bulut & Pasinlioğlu, 2022).

Işık (2021), 19 yaş altı 132 adölesan gebenin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunu değerlendirdiği çalışmasında adölesan gebelerin sosyal güvence durumları ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Işık, 2021).

Okayer Özer (2023), 18-35 yaş arası 3. trimesterde yer alan 312 gebenin doğum korkusu ve travmatik doğum algısı düzeyleri ile doğum tercihleri, bu tercihlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin sahip olduğu sosyal güvence durumları ile yaşadıkları doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Okayer Özer, 2023).

Gebelerin sosyal güvence durumlarının doğum korkusu ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Yaylaoğlu ve Zengin (2023), çalışmalarında sağlık güvencesi olmayan gebelerin daha yüksek doğum korkusu yaşadığını saptamışlardır (Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Bizim çalışmamızda her iki grupta yer alan gebelerin yüksek oranda sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Gebelerin sağlık güvencesine sahip olması, sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylık sağlamaktadır. Bu durumun gebelerin yaşayacakları doğum korkusu ve kaygı durumları üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir. Her iki gruptaki gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ve kaygı düzeyinin benzerliği, benzer oranda sosyal güvenceye sahip olmaları ile açıklanabilir.

5.2.6. Ekonomik Durum

Çalışmamızda gebelerin gelir durumları incelendiğinde adölesan gebelerin %32,3'ünün ve yetişkin gebelerin %11,3'ünün “gelirim giderimden az” şeklinde beyanda bulunduğu tespit edilmiştir. “Gelirim giderimden az” cevabını verenlerin oranının adölesanlarda yüksek olduğu ve yetişkin gebelerin ekonomik durumunun daha iyi olduğu saptanmıştır.

Adölesan gebelerin yaş ve çalışma durumu göz önünde bulundurulduğunda, yetişkin gebelerden daha az gelire sahip olması beklenen bir sonuç olabilir.

Çalışmamızda ekonomik durum, gebelerin doğum korku düzeyini etkileyen bir faktör olarak saptanmıştır. “Gelirim giderimden daha az” olarak cevap veren gebelerin doğum korkusu düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızı destekleyecek şekilde literatürde de benzer sonuçlar yer almaktadır. Saisto ve Halmesmaki (2003), Mortazavi ve Aga (2018), Keklikçi (2018), Kaya (2020) ve Bulut ve Pasinlioğlu (2022) çalışmalarında, gelir durumu kötü olan gebelerin doğum korkusu düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Bulut & Pasinlioğlu, 2022; Kaya, 2020; Keklikçi, 2018; Mortazavi & Agah, 2018; Saisto & Halmesmaki, 2003).

Mortazavi ve Agah (2018) 525 gebenin katıldığı, W-DEQ A puanı $67,6 \pm 23,5$ bulunan İran'da yaptıkları doğum korkusunu ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmasında gelir düzeyi düşük olan gebelerin doğum korkusu yüksek bildirilmiştir (Mortazavi & Agah, 2018).

Kaya (2020), 18 yaş ve üzeri son trimestırda yer alan 475 gebenin yaşadıkları doğum korkusu ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada geliri kötü olan gebelerin W-DEQ A puan ortalamasının geliri orta ve iyi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Kaya, 2020).

Bulut & Pasinlioğlu (2022), 18-35 yaş arası, 321 primipar gebenin dâhil edildiği trimesterlere göre doğum korkusu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gelir durumları kötü olan gebelerin daha yüksek doğum korkusu yaşadıklarını bildirilmişlerdir (Bulut & Pasinlioğlu, 2022).

Danimarka ve İsveç’de yapılan çalışmalarda düşük eğitim seviyesine sahip, genç yaşta anne olan, sigara içen, işsiz, kişisel sağlığına dikkat etmeyen, sosyal iletişim kaybı olan, düşük gelir düzeyine sahip, yüksek oranda anksiyete ve psikolojik bir rahatsızlığa sahip olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir (Waldenström ve ark., 2006). Avustralya’da yapılan bir çalışmada, düşük eğitilmiş ve düşük gelirli gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı ve bu sebeple sezaryeni tercih ettiği bildirilmiştir (Lilliecreutz ve ark., 2021).

Gelir durumunun daha iyi olduğunu belirten gebelerin doğum korkusu düzeyinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar mevcut olduğu gibi (Güleç ve ark., 2014), gelir durumu iyi düzeyde olmasına rağmen yüksek doğum korkusu yaşayanların olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Beiranvand ve ark., 2017). Bunların dışında, gelir durumunun doğum korkusuna etki etmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Birge, 2023; Gürsoy, 2023; Okayer Özer, 2023; Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Kaygı

Çalışmamızda, gebelerin gelir durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızı destekleyen literatür sonuçları da bulunmaktadır (Birge, 2023).

Birge (2023) 18 yaş ve üzeri, 3. trimestırda yer alan 393 gebenin katılım sağladığı, gebelerde doğum korkusunun depresyon üzerindeki etkisinde anksiyetenin aracılık rolünün belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada gebelerin ekonomik durumları ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Birge ve ark., 2022; Birge, 2023).

Düşük gelir durumunun, sosyoekonomik açıdan daha düşük statüye sahip olma olasılığını artırdığı söylenebilir. Bununla birlikte çalışmamızdaki gebelerin genel kaygı

durumlarının gelir durumu dışında başka pek çok faktörden etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Ancak gebelerin ekonomik koşullarının yetersizliği, gebelerin gebelik ve doğum süreçlerindeki seçeneklerini (doğumun yapılacağı hastane, doğumu gerçekleştirecek sağlık profesyonelleri, anestezi seçimi, v.s.) etkileyerek doğum korkusunun artmasına sebep olmuş olabilir.

5.3. Obstetrik Özellikler

5.3.1. Gebelik Haftası

Çalışmamızda, adölesan ve yetişkin gebelerin gebelik haftası ortalaması $33,92 \pm 5,91$ hafta (28-40) olarak tespit edilmiştir. Adölesan ve yetişkin gebeler arasında gebelik haftası ortalaması (sırasıyla $33,130 \pm 5,425$ hafta ve $35,350 \pm 3,111$ hafta) açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda bu farklılığa rağmen adölesan ve yetişkin gebelerin doğum korkusu ve gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Literatürde, gebelik haftasının adölesan ve yetişkin gebelerde kaygı ve doğum korkusunu arttırdığını bildiren çalışmaların yanında; doğum korkusuna etki etmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. İstenmeyen bir şekilde doğum eyleminin uzamasının ve zorlaşmasının sebepleri altında gebeliğin 28-40.haftalar arasında beklenen doğum korkusunun daha yoğun yaşanması yer almaktadır (Størksen ve ark., 2015).

Aslan ve Bıyık (2020) çalışmalarında, kadınların gebelik haftası arttıkça doğum ağrıları, doğum eylemi ve doğumda bebeğe zarar gelme konusundaki endişelerinin de arttığını bildirmişlerdir (Aslan & Bıyık, 2020).

Erbil (2022) gebelerde öz-merhamet ve doğum korkusu ilişkisini incelediği çalışmada doğum korkusu ile gebelik haftası arasında korelasyon olmadığını belirtmiştir (Erbil, 2022).

Şen ve ark. (2015) 28-40. haftalar arasındaki gebelerin %62,5'nin doğum korkusu yaşadıklarını saptamışlardır. Tüm bu farklı sonuçların doğum korkusunun çok faktörlü bir kavram olmasından kaynaklanıyor olabileceğini bildirmişlerdir. (Sen ve ark., 2015).

Huang ve ark. (2021) gebelik haftası arttıkça, gebelerin yaşadıkları doğum korkusunun da arttığını saptamışlardır (Huang ve ark., 2021).

Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekleyen bazı araştırmaların olduğu görülmektedir. Nieminen ve ark. (2009); Topaloğlu, (2019) ile Çıtak ve ark. (2021) çalışmalarında doğum korkusu ile gebelik haftası arasında bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (Çıtak Bilgin ve ark., 2021; Nieminen ve ark., 2009; Topaloğlu, 2019).

Nieminen ve ark. (2009), 16-44 yaş arasında 1606 gebe ile gebelerde doğum korkusuna yol açan faktörleri belirlemek ve gebelerin doğum korkusunu incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelik haftası ile doğum korkusu arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Nieminen ve ark., 2009).

Topaloğlu (2019), 21-38 yaş arası 120 gebenin dâhil olduğu, primipar ve multipar gebelerde akut batın ameliyatı geçirmiş olmanın ve ameliyatın üzerinden geçen sürenin gebelik ve doğum korkusuna olan etkisini araştırdığı çalışmasında gebelerin içinde bulunduğu gebelik haftasının doğum korkusuna etkisi olmadığını saptamıştır (Topaloğlu, 2019).

Çıtak ve ark. (2021) son trimesterde yer alan, 624 nullipar ve multipar gebelerin dâhil olduğu, gebelerin doğum korkusunun psikososyal belirleyicilerini saptamayı amaçladığı çalışmasında doğum korkusu ile gebelik haftası arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Çıtak ve ark. (2021) aynı zamanda yapmış oldukları çalışmada sürekli kaygı ile doğum korkusu arasında pozitif korelasyon saptamıştır. Kaygı düzeyi yüksek olan kadınların doğum korkularının da yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Çıtak Bilgin ve ark., 2021).

Işık (2021) adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunun değerlendirildiği ve 132 gebenin (bilgi alan 62 gebe, bilgi almayan 62 gebe) dâhil edildiği çalışmasında adölesan gebelerin gebelik haftası ortalaması bilgi alanlarda 34,81 hafta, bilgi almayanlarda 33,89 hafta olduğunu saptamıştır (Işık, 2021). Bu çalışmalarda, W-DEQ A toplam puanları ile gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelik haftası açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmakla birlikte, çalışmamızın kesitsel bir çalışma olduğu ve her iki grubun da üçüncü trimesterde olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ortalama 2 hafta olan bu farklılığın göz ardı edilebileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda da W-DEQ A toplam puanı ve BAÖ puanı ile gebelik haftaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Elde ettiğimiz veriler ile diğer çalışmaların benzerlik gösterdiği söylenebilir.

5.3.2. Yaşayan Çocuk Sayısı

Çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin çoğunlukla ilk gebeliği olduğu tespit edilmiştir. Adölesan ve yetişin gebeler arasında yaşayan bir çocuğu (sırasıyla %1,6 ve %8,1) ve yaşayan iki çocuğu (sırasıyla %1,6 ve %3,2) olan gebe sayısı açısından fark olmadığı tespit edilmiştir.

Literatürde, yaşayan çocuk sayısının mevcut gebelikteki doğum korkusuna olan etkisine yönelik çalışma sonuçları yetersizdir. Multipar gebelerin geçmiş doğum öyküsü ve gelecek beklentisi sebebi ile doğum korkusu sahibi olduğu, doğum geçmişi olmayan nullipar gebelerin ise bu sefer de bilinmeyen bir acı veya ağır beklentisi sebebiyle kaygı taşıdıkları bildirilmiştir (Puşuroğlu, 2021). Yapılan bir çalışmada da primipar gebelerin, doğum anı ve doğum sonrası sürece yönelik bilinmezlik sebebi ile kaygı yaşadığı, multipar gebelerin ise yeni bir doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceğine yönelik endişe taşıdığı gösterilmiştir (Yakut, 2015). Okayer Özer' in (2023) çalışmasında primipar ve multipar gebeler arasında doğum korkusu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Okayer Özer, 2023).

Öznas (2019) daha önce gebelik yaşayan kadınlarda, yaşayan çocuk sayısını 1-2 olarak cevaplandıran gebelerin oranını %43,6 olarak saptamıştır. Bu gebelerin doğum korkusu puanları (sırasıyla 68,043 ve 69,909) arasında bir farklılık saptanmamış olup, yaşayan çocuk sayısına hiç yok, 3 ve 4 cevabını veren gebelerin doğum korkusu puanları (sırasıyla 78,667, 92,286 ve 92,000) daha yüksek saptanmıştır (Öznas, 2019).

Kural (2021) 18-49 yaş aralığındaki 400 gebe ile eş desteğinin, gebelik ve doğum korkusuna olan etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin %28,2'sinin ilk gebeliklerinin olduğunu; %30,2'sinin yaşayan bir (1) ve %19,2'sinin yaşayan iki (2) çocuğu olduğunu tespit etmiştir (Kural, 2021).

Demir (2023) gebelerde doğum korkusu ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin, yaşayan çocuk sayısı ortanca değerini 1,0 (0,0-4,0) bulmuş olup, gebelerin %48,5'inin hiç çocuğu olmadığını saptamıştır (Demir, 2023).

Kural (2021) ve Demir' in (2023) araştırmalarında yaşayan çocuğa sahip gebelerin oranı verilmekle birlikte bu parametre ile doğum korkusu arasındaki ilişkiye bakılmadığı görülmektedir (Demir, 2023; Kural, 2021).

Çalışmamızın sonuçlarının, yaşayan çocuk sayısı açısından diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Adölesanların yaş aralığı (15-19 yıl) göz önünde bulundurulduğunda ilk kez gebe olan adölesanların oranının daha fazla olması beklenen bir durumdur. Yaşayan çocuk sayısı ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi daha sağlıklı tartışabilmek için daha fazla sayıda multipar gebenin yer aldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.3.3. Ölü Doğum Sayısı

Çalışmamızda adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin ölü doğum oranı incelendiğinde adölesan gebelerin ölü doğum öyküsünün olmadığı; yetişkin gebelerde ise %3,2'sinin en az bir ölü doğum öyküsü olduğu saptanmıştır. Yetişkin gebe grubundaki iki olguda bir kez ölü doğum öyküsü tespit edilmiş olmakla birlikte bu parametre açısından gruplar arasında fark yoktur.

Buldum ve Emül (2021) adölesan gebelerin algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, adölesan gebelerin %1'nin ölü doğum öyküsüne sahip olduğunu belirtmiştir (Buldum & Emül, 2021).

Kural, (2021) eş desteğinin, gebelik ve doğum korkusuna olan etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin ölü doğum oranını %1,5 olarak saptamıştır (Kural, 2021).

Köse ve Pasinlioğlu (2015), gebelerin, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgilenmelerini sağlayarak bu dönemlere ilişkin endişelerinin azaltılması amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında ölü doğum oranı %2 olarak saptanmıştır (Köse & Pasinlioğlu, 2015).

Yukarıdaki çalışmalarda ölü doğum öyküsüne sahip gebelerin sayısı ile ilgili bilgi yer almakla beraber, bu parametrenin doğum korkusu ve kaygı düzeyine olan etkisine yönelik bilgiye rastlanılmamıştır.

Öznas (2019), gebelerde doğum korkusunu etkileyen bilişsel faktörleri incelediği çalışmasında ölüm doğum öyküsü olan gebelerin oranını %1,9 olarak saptamış ve bu gebelerin doğum korkusu düzeyini ölü doğum öyküsü olmayan gebeler ile benzer bulmuştur (Öznas, 2019).

Kaya (2020), gebelerde doğum korkusu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, gebelerin ölü doğum öyküsü ile yaşadıkları doğum korkusu düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını tespit etmiştir (Kaya, 2020).

Çalışmamızda ölü doğum öyküsü bulunan gebe sayısının az olması sebebi ile bu parametrenin doğum korkusu ve kaygı düzeyi ile ilişkisine yönelik analiz yapılamamıştır. Sağlıklı bir yorum için ölü doğum öyküsüne sahip gebe sayısının daha fazla olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.3.4. Düşük ve Kürtaj

Çalışmamızda, gebelerin obstetri öyküsü incelendiğinde adölesan gebelerin %25,8'inde “1” ve %1,6'sında “2 ve üzeri” düşük öyküsü olduğu; yetişkin olanların %6,5'inde “1” ve %8,1'inde “2 ve üzeri” düşük öyküsü olduğu saptanmıştır. Düşük öyküsü olan gebelerin oranı adölesan gebelerin grubunda daha yüksek bulunmuş ve her iki gruptaki gebelerde toplam düşük oranı %20,9 olarak saptanmıştır. Düşük sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında farklılık görülmesine rağmen, tüm gebelerde düşük sayısı ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiştir.

Her iki gruptaki gebelerin kürtaj sayıları sorgulandığında ise adölesan gebelerin %90,3'ü ve yetişkin gebelerin %96,8'i kürtaj olmadığını belirtmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Abortus öyküsü bulunan kadınlarda, bebeğini kaybetmiş olmanın verdiği üzüntü, mevcut gebeliklerinde doğum korkusu yaşamalarına yol açmaktadır (Sydsjö ve ark., 2013). Doğum sırasında bebeğine zarar geleceği ve tekrar bebeğini kaybedeceği düşüncesi, gebelerin endişe ve kaygı duymasına sebep olmaktadır. Gebelikte istenmeyen bir durum olan abortus, doğum korkusunu arttıran sebeplerden birisidir. Tekrarlayan abortus öyküsü, ölü fetüs, anomalili bebek doğurma gibi kadının geçmişte yaşadığı durumlar sekonder tokofobinin oluşmasına zemin hazırlar (Gao ve ark., 2015).

Literatürde adölesan ve yetişkin gebelerdeki düşük ve kürtaj sayılarına yönelik farklı sonuçların yer aldığı görülmektedir.

Seçkin ve ark. (2016) tarafından 14-19 yaş arası adölesan yaşta doğum yapan 300 gebe ile 20-35 yaşları arasında doğum yapan 320 gebenin demografik özellikler ve

maternal-fetal sonuçlar açısından farklı olup olmadığının araştırıldığı çalışmalarında düşük sayısı adölesan gebelik grubunda daha düşük bulunmuştur (Seçkin ve ark., 2016).

Bazı çalışmalarda ise adölesan ve yetişkin gebeler arasında kürtaj açısından farklılık görülmediği tespit edilmiştir (Buldum & Emül, 2021; Dilmen ve ark., 2022; Işık, 2021).

Literatür incelendiğinde önceki gebeliklerinde geçirilmiş düşük ve kürtaj öyküsü bulunan kadınların mevcut gebeliklerinde yaşanan doğum korkusunun daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Gao ve ark., 2015).

Birge (2023) çalışmasında hiç düşük yapmamış ($46,89 \pm 21$) gebelerin doğum korkusunun iki defa düşük yapmış ($31,87 \pm 23$) gebelerden anlamlı şekilde yüksek olduğunu saptamıştır (Birge, 2023).

Çalışmamızda gebelerin düşük sayısının doğum korkusu düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir. Bizim çalışma sonucumuzu destekleyen nitelikte, düşük ve kürtaj öyküsünün doğum korkusuna etkisi olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Kaya, 2020; Kizilkaya, 2020; Öznas, 2019; Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Arslantaş ve ark. (2020) son trimesterde yer alan 163 gebede doğum korkusunu etkileyen faktörleri ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelerin daha önceki gebeliklerinde düşük öyküsü olmasının, doğum korkusunu etkilemediğini bildirmişlerdir (Arslantaş ve ark., 2020).

Keklikçi (2018) 18 ve 34 yaşları arasında yer alan 277 gebenin dâhil olduğu, gebelerin doğum korkusu ve doğum korkusunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında düşük hikâyesi ile doğum korkusu genel puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Keklikçi, 2018).

Öznas (2019) 18-35 yaş arası, eski c/s öyküsü olmayan, son trimesterde yer alan 103 kişinin katılım sağladığı gebelerde doğum korkusu ile sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeyleri arasındaki ilişki, sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin doğum korkusuna olan etkisinde parite aracılığının etkisini araştırdığı çalışmasında gebelerin düşük yapma durumu ile doğum korkusu arasında bir ilişki saptamamıştır (Öznas, 2019).

Kaya (2020), 18 yaş ve üzerinde, 3. trimesterde yer alan 475 gebenin yaşadıkları doğum korkusu ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada

gebelerin düşük sayısı ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (Kaya, 2020).

Kızılkaya (2020), 15-49 yaş arası (ort. 26.9 ± 5.9 yıl), sezaryen ile doğum öyküsü olmayan, 199 gebenin dahil edildiği, gebelerin doğum beklentisi ve doğum yöntemi tercihlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini incelediği kesitsel tanımlayıcı çalışmasında gebelerin düşük ve kürtaj öyküsü ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir (Kızılkaya, 2020).

Benzer olarak gebelerin anksiyete düzeyleri ile düşük sayıları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekleyen verilere rastanılmıştır (Birge, 2023; Keklikçi, 2018; Kızılkaya, 2020).

Yaylaoğlu ve Zengin (2023), 18 ile 45 yaş arasında (ort. $29,66 \pm 5,64$) 339 gebenin yer aldığı, gebelerde doğum korkusu ve spiritüel iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında gebelerin düşük ve kürtaj öyküsünün, yaşanan doğum korkusu ve kaygı düzeyi ile bir ilişkisi olmadığını bildirmişlerdir (Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Birge (2023) 18 yaş ve üzeri, 28-42. gebelik haftaları arasında yer alan, 393 gebenin dâhil olduğu, gebelerde doğum korkusunun depresyon üzerindeki etkisinde anksiyetenin aracılık rolünün belirlenmesinin amaçlandığı çalışmasında gebelerin düşük sayısı ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (Birge, 2023).

Çalışmamızda adölesan gebelerde düşük oranının yetişkin gebelerden fazla olmasının altında yatan sebepler arasında adölesan gebelerin yüksek riskli grup içerisinde yer alması, kemik yapısı ile genital ve hormonal gelişmenin henüz tamamlanmamış olması, düşük gelir durumu ve düşük eğitim düzeyi gibi faktörlerin yer aldığı söylenebilir. Bununla birlikte düşük öyküsüne sahip olmanın çalışmamızdaki gebelerde doğum korkusunu ve kaygı düzeyini etkilemediği görülmektedir. Ancak çalışmamızdaki gebeler düşük sayısı açısından sorgulanmış, geçirilen düşüklerin hangi haftada ve ne şekilde (spontan, medikal müdahale sonucu, ağrı eşliğinde v.b.) meydana geldiği açısından sorgulanmamıştır. Bu sebeple düşük ve kürtaj öyküsünün doğum korkusu ve kaygı düzeyine olan etkilerini daha sağlıklı yorumlayabilmek için düşük ve kürtaj öyküsüne sahip daha fazla sayıda gebenin daha ayrıntılı sorgulandığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.3.5. Parite Durumu

Çalışmamızda adölesan gebelerin %96,8'inin ve yetişkin gebelerin ise %88,7'sinin daha önce hiç doğum yapmadığı görülmektedir. Bu açıdan gruplarımız benzerlik göstermektedir.

Literatürde önceki doğum şekli ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçlarına bakıldığında vajinal doğum yapacak olmanın, gebelerde doğum korkusunun en önemli nedenlerinden biri olduğu söylenebilir (Yağmur & Çubuk, 2017). Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin çoğunluğu primipar gebe olmakla birlikte önceki doğumlarını (sırasıyla %3,2 ve %11,3) vajinal yolla gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Gebelerin önceki doğum şekli ile yaşadıkları doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Türkiye'de gebelerin %47,4'ü herhangi bir tıbbi gerekçe olmadan, sadece doğum korkusundan dolayı sezaryen ile doğumu tercih etmektedir (Ergöl & Kürtüncü, 2014). Doğum korkusu kadının gebelikten kaçınmasına ve abortus oranında artışa sebep olmaktadır (Wijma, 2003). Son yıllarda sezaryen doğum oranlarındaki artışın altında vajinal doğum korkusunun yattığı belirtilmektedir (Yağmur & Çubuk, 2017).

Yapılan bir çalışmada doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmek isteyen kadınların bu isteğinin altında yatan temel sebebin, şiddetli doğum korkusu olduğu ortaya çıkmıştır (Dencker ve ark., 2019).

Bülbül ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada sezaryen ile doğumu tercih eden gebelerin doğum korkusu orta düzeyde bulunmuş ve %28,6'sının doğum korkusu nedeniyle bu doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir (Bülbül ve ark., 2016).

Torloni ve ark.'nın (2013) İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, normal doğum yapan, öğrenim düzeyi yüksek ve ileri yaşta olan kadınların %20'sinin doğum yapma olasılıkları olsa da doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Torloni ve ark., 2013).

Literatür incelendiğinde önceki doğum şeklinin, doğum korkusunu etkilemediğini gösteren çalışma örnekleri görülebilir (İlska ve ark., 2021; Öznas, 2019; Størksen ve ark., 2013; Waldenström ve ark., 2006; Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Öznas (2019) çalışmasında önceki doğum şekli vajinal doğum olan gebelerin doğum korkusu puanını 73,58 olarak saptarken, gruplar arasında yaşadıkları doğum korkusu açısından bir fark saptamamıştır (Öznas, 2019).

Gökalp (2021) kız ve erkek toplamda 1008 üniversite öğrencisinin katılım sağladığı genç yetişkin bireylerin gebelik öncesi doğum korkusunu incelediği çalışmasında daha önceden normal doğuma tanık olanlarda doğum korku puanını $36,87 \pm 10,77$ olarak saptamıştır. Bu çalışmaya katılan bireylerin, yakın çevresindeki kadınların doğum şekline şahit olma deneyimlerinin gebelik öncesi doğum korkusu ölçek puan ortalamasını etkilediği ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık alanı dışında öğrenim gören öğrencilerin ve ileride doğum şekli olarak sezaryeni tercih edeceğini belirtenlerin doğum korku puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Gökalp, 2021).

Vatansever ve Okumuş (2013) ise gebelerin doğum korkusunun, doğum şekli ile ilgili alınacak olan kararı etkilediğini bildirmişlerdir (Vatansever & Okumuş, 2013).

Doğum yapmış kadınlarla, hiç doğum yapmamış kadınlar karşılaştırıldığında, hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazla doğum korkusunun görüldüğünü ve düzeyinin şiddetli olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Hildingsson ve ark., 2011).

Multipar gebelerin geçmiş doğum öyküsü ve gelecek beklentisi sebebi ile doğum korkusu sahibi olduğu, doğum geçmişi olmayan nullipar gebelerin ise bu sefer de bilinmeyen bir acı veya ağrı beklentisi sebebiyle kaygı taşıdıkları bildirilmiştir (Puşuroğlu, 2021). Yapılan bir çalışmada da primipar gebelerin, doğum anı ve doğum sonrası sürece yönelik bilinmezlik sebebi ile kaygı yaşadığı, multipar gebelerin ise yeni bir doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceğine yönelik endişe taşıdığı gösterilmiştir (Yakut, 2015).

Çalışmamızda yer alan gebelerin büyük çoğunluğunun daha önce doğum yapmamış olması sebebiyle parite durumu ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi sağlıklı bir şekilde analiz etmek mümkün olmamıştır. Bu sebeple adölesan ve yetişkin gruplarda vajinal doğum yapmış daha fazla sayıda multipar gebeyi içeren çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.3.6. Düzenli Kontrole Gitme Durumu

Çalışmamızda gebelerin düzenli doktor kontrolüne gitme durumları sorgulandığında adölesan gebelerin %93,5'inin ve yetişkin gebelerin tamamının düzenli olarak kontrollere gittiği saptanmıştır. Düzenli tıbbi takip açısından gruplar benzer bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Gebelikte alınan antenatal bakım gebeliğin sağlıklı bir şekilde geçirilmesini sağlarken bakım alamayan adölesan gebeler bu konuda daha yüksek risk altındadırlar (Sagalova ve ark., 2021). Adölesan gebelerin sosyoekonomik ve kültürel açıdan daha dezavantajlı olması sebebiyle bu bireylerde prenatal bakım hizmetleri aksamaktadır (Tilghman & Lovette, 2008). Çetin ve ark. (2005) Malatya’da yaptıkları çalışmada adölesan annelerin %50’sinin yeterli antenatal bakım almadığını ve yetersiz antenatal bakımın düşük sosyoekonomik seviye ve kırsal yerleşim ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (Çetin ve ark., 2005).

Literatür incelendiğinde kontrollere düzenli gitmeyen gebelerin doğum korkusunun daha yüksek yaşandığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Kaya, 2020; Onchonga ve ark., 2020).

Kenya’da doğum korkusu yaygınlığı üzerine yapılan araştırmada düzenli gebelik kontrolüne giden gebelerin korku düzeyinin, gebelik kontrollerine düzenli gitmeyen gebelere oranla %42 daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmadan anlaşıldığı üzere düzenli gebelik kontrollerine gitmek ve bilgilendirilmek gebelerdeki korkuyu azaltmada etkili olmaktadır (Onchonga ve ark., 2020).

Keklikçi (2018) çalışmasında gebelerin, gebelik sürecinde doktora muayene olma sıklığını sorgulamış ve 1-5 kez ile 6-10 kez muayene olan gebeler arasında doğum korkusu açısından bir fark saptamamıştır. 11 ve üzerinde daha fazla muayene olan gebelerin ise diğer gebelere göre doğum korkusunu daha fazla yaşadığı saptanmıştır (Keklikçi, 2018).

Öznas (2019) çalışmasında düzenli olarak kontrollere gitmeyen (62,833) gebeler ile gebelik takiplerini hastanede (89,000) ve aile hekimliğinde (70,911) gerçekleştiren gebeler arasında doğum korkusu puanları açısından anlamlı farklılık tespit etmiştir (Öznas, 2019).

Arslantaş ve ark. (2020) son trimesterde yer alan 163 gebede doğum korkusunu etkileyen faktörleri ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelikte düzenli olarak bir sağlık kuruluşuna giden gebeler ile gitmeyen gebelerin doğum korkusu puanları benzer bulunmuştur (Arslantaş ve ark., 2020).

Çalışmamızda her iki grupta yer alan gebelerin düzenli sağlık kontrollerine gittiği tespit edilmiş olup, düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen gebe sayısının çok az olması

sebebi ile sağlık kontrolüne gitme durumu ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki analiz edilememiştir.

5.3.7. Gebeliğe Bağlı Hastalık Varlığı

Çalışmamızda gebelerin, gebeliklerine bağlı bir hastalığın ortaya çıkıp çıkmadığı sorgulandığında adölesan gebelerin %8,1'inde ve yetişkin gebelerin %11,3'ünde hastalık varlığı saptanmıştır. Gruplar arasında bu açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamızda, gebelikte ortaya çıkan hastalık varlığı ile gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır.

Herhangi bir sağlık sorunu bulunmasa dahi gebeliğin az ya da çok endişe veren bir durum olduğu ve son trimestire doğru, bu endişe ve korkuda artış olabileceği söylenmektedir (Okumus & Sahin, 2017). Gebelik sürecinde tıbbi sorun (gestasyonel diyabet) yaşayan kadınlarda doğum korkusunun daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (Güleç ve ark., 2014).

Keklikçi (2018) ilk kez doğum yapan gebelerde doğum korkusu ve etkileyen faktörleri belirlediği çalışmasında, kadınların %51,6'sının son gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadığını saptamıştır. Gebelikleri boyunca sağlık sorunu yaşamayan ve sağlık sorunu olarak erken doğum tehdidi yaşayan kadınların korku düzeyleri arasında fark olmadığını, fakat aşırı mide bulantısı yaşayan kadınların diğer gruplara göre daha az doğum korkusu yaşadığını tespit etmiştir (Keklikçi, 2018).

Şentürk İzmir (2019), hastanede takip amaçlı yatan 400 riskli gebe ve sağlıklı 400 gebenin dâhil edildiği ve gebelerin prenatal bağlanma ve doğum korkusu yaşama durumlarının değerlendirildiği yüksek lisans tez çalışması sonucunda riskli gebe grubunda doğum korkusu düzeyini anlamlı şekilde daha yüksek bulmuşlardır (Şentürk İzmir, 2019).

Kırmızıgül ve ark.'nın (2022) riskli gebelerin doğum korkusu, emzirme-öz yeterlilik ve emzirme başarılarını inceledikleri çalışmalarında perinatoloji servisinde yatan 326 riskli gebe dâhil edilmiş ve sonuç olarak doğum korkusu ölçeği ile belirlenen doğum korkusu düzeyini riskli gebelerde yüksek bulmuşlardır (Kırmızıgül ve ark.).

Literatürdeki çalışmaların çoğunlukla gebelikte ortaya çıkan sağlık sorunlarının doğum korkusunu artırdığı yönünde sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Bununla birlikte konu ile ilgili literatür incelendiğinde, riskli gruptaki gebelerin bir kısmının takip

veya tedavi amaçlı hastanede yattığı, bu sebeple doğum korkusu ve kaygılarının daha yüksek tespit edildiği söylenebilir. Bizim çalışmamızda yer alan gebelerin yaşlarının 15-35 yıl arasında olması ve sahip oldukları tıbbi sorunlara rağmen takip ve tedavi amaçlı hastanede yatmış olmamaları, gebelerin doğum korkularının tıbbi durumlarından etkilenmediği şeklinde yorumlanabilir.

5.3.8. Gebeliğin Planlı Olması

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin, gebeliklerinin planlı olması durumu sorgulandığında (sırasıyla %58,1 ve %83,9) aralarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Bülbül ve ark.'nın (2016) 85 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %88,2'sinde mevcut gebeliğin planlı ve istenen bir gebelik olduğu saptanmıştır. Çalışmada gebelerin doğum korkusu puan ortalaması $48,7 \pm 19,3$ olarak bulunmuş ve orta düzeyde korku yaşadıkları belirlenmiştir (Bülbül ve ark., 2016).

Buldum ve Emül (2021) çalışmalarında adölesan gebelerin %95'inin gebeliklerinin planlı olduğunu ve gebelerin orta düzeyde (W-DEQ A puanı= $52,87 \pm 30,47$) doğum korkusu yaşadığını tespit etmiştir (Buldum & Emül, 2021).

Dencker ve ark. (2019) çalışmalarında, gebeliği planlı olmayan gebelerde doğum korkusunun yüksek düzeyde yaşanabileceğini belirtmişlerdir (Dencker ve ark., 2019).

İlska ve ark. (2021) 18 yaş ve üzeri (ort: 29,94 yıl) 359 gebenin katılım sağladığı, gebeliğin üçüncü trimesterinde obstetrik ve psikolojik faktörler ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlı yaptıkları çalışmada planlanmamış gebelikleri olan kadınların yaşadıkları doğum korkusu puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Gebenin, gebeliğini istenmeyen bir durum olarak karşılaması, bu durumun anne olmak için kendisini hazırlıksız ya da yetersiz hissetmesiyle ilişkilendirilebilir. İlska ve ark.'nın (2021) çalışmasında gebelerin W-DEQ A doğum korkusu puanı 62,41 (orta düzeyde) olarak saptanmıştır (İlska ve ark., 2021).

Söğüt ve İnkaya (2022) 18 yaş ve üzeri son trimesterde yer alan 101 gestasyonel diyabetli gebenin katıldığı, gestasyonel diyabetli gebelerde prenatal bağlanma ve doğuma karşı tutumun belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında gebeliğin planlı olması durumunun doğum korkusu ile ilişkisi olmadığını tespit etmişlerdir (Söğüt & İnkaya, 2022).

Abdollahpour ve Khosravi (2018) İran'da 18 ve 45 yaş arası, 20-34. gebelik haftaları arasında yer alan 245 gebenin dâhil edildiği gebelerde ruhsal zekâ ile mutluluk ve doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, gebelerin gebeliğin planlı olması durumu ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Abdollahpour & Khosravi, 2018).

Birge (2023), 18 yaş ve üzeri, 3. trimestirde yer alan 393 gebenin katılım sağladığı, gebelerde doğum korkusunun depresyon üzerindeki etkisinde anksiyetenin aracılık rolünün etkisini incelediği çalışmada mevcut gebeliği planlı olan gebelerin doğum korkusunun, planlı olmayan gebelerden daha yüksek yaşandığını bulmuş; kaygı düzeyinin ise gebeliğin planlı olması ile bir ilişkisi olmadığını bildirmiştir (Birge, 2023).

Akbulut'un (2019) çalışmasında adölesan gebelerin %69,75'i ve genç erişkin gebelerin %76,03'ü gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmişlerdir. Adölesan gebelerin gebeliğinin planlı olması durumu ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. (Akbulut, 2019).

Gebeliğin planlı olması durumunun adölesan ve yetişkin gebelerde kaygı ve doğum korkusu üzerindeki etkilerine yönelik literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır.

Bizim çalışmamızda gruplar, gebeliğin planlı olma durumu açısından farklı olmakla birlikte, bu parametre ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Adölesan gebelerin gebeliklerinin yetişkin gebelere kıyasla plansız gerçekleştiği görülmektedir. Gebelik planlı olmasa bile gebe kalındıktan sonra adölesanların anne olma isteklerinin, doğum korkusunun şiddetini baskılamış olacağı düşünülebilir. Bu durumun bebeğini isteme durumu açısından da gruplar arasında fark olmadığı sonucu ile desteklenmektedir.

5.3.9. Gebelik Öncesi Kontrasepsiyon Kullanımı

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebeler kontrasepsiyon kullanımı açısından benzer bulunmuştur (sırasıyla %30,6 ve %17,7).

Literatürde kontrasepsiyon kullanımı ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelen çalışma sayısı yeterli değildir.

Dilmen ve ark.'nın (2022) 128 gebenin katılımı ile adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumlarının ve kullandıkları kontraseptif yöntemlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada adölesan gebelerin %30,5'inin gebelik öncesinde gebeliği

önleyici yöntem kullandıkları belirlenmiştir. En yaygın olarak kullanılan doğum kontrol yönteminin %64,1 oranla geri çekme olduğu belirtilmekle birlikte çalışmalarında doğum korkusu incelenen parametreler arasında yer almamaktadır (Dilmen ve ark., 2022).

Çalışmamızda kontrasepsiyon kullanımı ve gebeliğin planlı olması ile ilgili veriler incelendiğinde yetişkin gebelerin daha az kontrasepsiyon kullanma durumunun bu grupta gebeliği planlı olan gebe sayısı ile uyumlu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte kontrasepsiyon kullanımı ve doğum korkusu düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiştir.

Kontrasepsiyon kullanımı ile kaygı düzeyleri arasında ilişki saptanmış olup; kontrasepsiyon kullanımı az olan adolesan gebelerde kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur. Adolesan gebelerin gelir durumunun düşük olması gebelikten kaçınma amaçlı kontrasepsiyon kullanım oranının yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Bununla birlikte, adolesan gebeler gebeliği planlamamış olsalar bile, gebelik meydana geldikten sonraki süreçte farklı faktörlerin adolesan geberde doğum korkusunun, yetişkin gebelerdekine benzer düzeyde görülmesine sebep olmuş olabilir.

5.4. Gebelikte Sürekli İlaç Kullanımı Gerektiren Kronik Hastalık Varlığı

Çalışmamızda adolesan ve yetişkin gebelerin, gebelikte sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık varlığı sorgulandığında adolesanların %3,2'sinde ve yetişkin gebelerin %6,5'inde kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında bu kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

Şahin ve ark. (2009) gebelerin doğum korkularını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yaptıkları çalışmada kronik hastalığa sahip olma durumu ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (Şahin ve ark., 2009).

Kızılkaya (2020) 15-49 yaş arası, sezaryen ile doğum öyküsü olmayan, 199 gebenin katılım sağladığı, gebelerin doğum beklentisi ve doğum yöntemi tercihlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini incelediği çalışmasında gebelerin sürekli ilaç kullanma durumunun gebelerde kaygı düzeyine etkisi olmadığı ancak doğum korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kızılkaya, 2020).

Topaloğlu (2019) akut batın ameliyatı geçirmiş olan primipar ve multipar gebelerdeki doğum korkusunu incelediği çalışmasında gebelerin kronik hastalık varlıkları ile doğum korkusu puanları arasında bir ilişki saptamamıştır (Topaloğlu, 2019).

Melender'in (2002) Finlandiya'da 20 gebe ile gebelik ve doğumla ilgili kaygının nedenlerini belirlemek ve kaygıdan etkilenen gebelerin başa çıkma stratejilerinin tanımlanması amacıyla yaptığı çalışmasında kronik hastalığın gebelerde doğum korkusuna yol açtığı saptanmıştır (Melender, 2002).

Lazoğlu'nun (2014) doğum korkusu derecesine göre gebelerin öz-yeterlilik algılarının karşılaştırıldığı çalışmasında şimdiki gebeliğinde kronik hastalık sorunu yaşayanların oranı doğum korkusu düşük gebelerde %27,3 ve doğum korkusu yüksek gebelerde %19,6 olarak tespit edilmiştir (Lazoğlu, 2014).

Çalışmamızda düzenli ilaç kullanımını gerektirecek kronik hastalığa sahip gebe sayısı çok düşük olup bu hastalıkların da doğum korkusu ve kaygı düzeyinde etkisi olmadığı görülmüştür. Bu konuda daha sağlıklı bir yorum yapabilmek için kronik rahatsızlığı olan gebelerin sayısının daha fazla olduğu çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.5. Mevcut Gebelikte Eş Desteği Varlığı ile Anne ve Eşinin Bebeği İsteme Durumu

Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin eş desteği açısından benzer olduğu (sırasıyla %91,9 ve %93,5) ve çoğunlukla eş desteğine sahip oldukları saptanmıştır.

Gebelerin ve eşlerinin bebeği isteme durumuna bakıldığında ise, çalışmamızda her iki grupta da çoğunlukla eşlerin her ikisinin de gebeliği istediği (adölesan gebeler %91,9 ve yetişkin gebeler %100,0) ve grupların bu açıdan benzer olduğu görülmektedir.

Gebelik ve doğum süreci anne ve bebek için sosyal desteğin en çok ihtiyaç duyulduğu dönemlerden biridir. Gebelikte yeterli sosyal destek sağlanması ve sağlıklı psikolojik durum, hem anne hem de fetüsün sağlığı açısından önemlidir (Fenwick ve ark., 2009). Eş, arkadaş, aile ve çevreden alınan sosyal desteğin doğum deneyimi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu ve doğum sırasında kadınların eşlerinin kendilerine destek olmalarını tercih etme isteği yüzdesi %30,7 ile anne desteği tercihinden sonra ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır (Timur & Hotun-Şahin, 2010). Gebelerin sosyal destek kaynaklarının artırılması ile doğum korkusunun azaltılabileceği düşünülmektedir (Güleç ve ark., 2014). Gebelik döneminde alınan eş desteğinin, geçirilen gebeliğin olumlu şekilde algılanması için önemli bir faktör olduğu bilinmekle birlikte eş desteğinin olumsuz sağlık problemlerini ve kaygıyı azaltmada etkisi oldukça fazladır (Rini ve ark., 2006).

Lübnan ve Suriye'deki kadınlar, sosyal destek olarak, doğum ve çocuk bakımı konusunda deneyimli, ihtiyaçlarını öngörebilen, destekleyici ve duygusal açıdan güçlü olarak tanımladıkları, doğum sırasında kendilerine destek olabilecek birilerini tercih etmektedirler (Kabakian-Khasholian ve ark., 2015).

Gebelik döneminde yeterli sosyal destek alamayan gebelerde düşük eğitim düzeyi, gelir seviyesinin azlığı, işsizlik gibi durumlar sık görülmekle birlikte bu şartlar gebenin sağlık hizmetlerine ulaşmasını engellemektedir (Graham ve ark., 2016). Sosyal desteğin gebe kadınları duygusal ve bilişsel açıdan rahatlattığı, stres ve kaygıyla daha iyi baş etmelerine yardımcı olduğu, anneliğe geçişi kolaylaştırdığı, gebelerin algıladığı sosyal destek sistemlerinin gebelikteki depresyonla yakından ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Çalık & Aktaş, 2011).

Literatürde genel olarak yeterli sosyal destek sistemlerinin gebelerdeki doğum korkusunun azaltılmasında etkili olduğu ve sosyal destek yetersizliğinin gebelerde doğum korkusuna yol açtığını bildiren çalışmalar olduğu görülmektedir (Çıtak Bilgin ve ark., 2021; Fisher ve ark., 2006; Gao ve ark., 2015; Gözüyeşil ve ark., 2008; Güleç ve ark., 2014; Huang ve ark., 2021; Keklikçi, 2018; Lowe, 2000; Lukasse, 2011; Molgora ve ark., 2018; Mortazavi & Agah, 2018; Öznas, 2019; Saisto ve ark., 2001).

Saisto ve ark. (2001) 278 gebe ve eşlerinin katıldığı, vajinal doğum korkusu olan gebe ve eşlerinin kişisel özellikleri ile sosyoekonomik durumlarını incelediği çalışmasında sosyal destek yetersizliği ve eş ile sorun yaşıyor olmanın doğum korkusuna neden olduğunu saptamıştır (Saisto ve ark., 2001).

Khwepeye ve ark. (2018) Malavi'de 150 gebe ve 153 lohusa kadının katıldığı gebe ve lohusa kadınlar arasında doğum korkusu ve ilişkili faktörleri incelediği araştırmalarında, düşük sosyal destek düzeyleri ve kadınlar arasında yüksek düzeyde doğum korkusunu önemli ölçüde ilişkili bulmuşlardır (Khwepeye ve ark., 2018). Sosyal destek, gebelik ve doğum sonu dönemde kadınlar için oldukça önemli bir faktör olmakla birlikte sosyal destek arttıkça kadınların doğum korkularının azaldığı saptanmıştır (Khwepeye ve ark., 2018).

Arslantaş ve ark. (2020) 3.trimesterde yer alan gebeler ile yaptıkları çalışmada eşlerinden psikolojik olarak destek almayan gebelerin yaşadıkları doğum korkusunun daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Arslantaş ve ark., 2020).

Kaya (2020) çalışmasında, eşleriyle olan ilişkisini iyi olarak değerlendiren gebelerin oranını %88,6 saptamıştır. Eşleriyle olan ilişkisini orta olarak değerlendiren gebelerin doğum korkusunun, eşyle arası iyi olan gebelerden yüksek olduğunu bulmuştur. Aynı zamanda Kaya (2020), istenmeyen gebeliği olanların doğum korkusu puanlarının, istenen gebeliği olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğunu tespit etmiştir (Kaya, 2020).

Kural (2021) çalışmasında, eşlerin her ikisinin bebeği isteme durumunu sorguladığında %89,2'sinin bu bebeği istediği saptanırken; gebelerin %10,8'inin ise eşlerden en az birinin bu gebelikten doğacak bebeği istemediği tespit edilmiştir (Kural, 2021).

Kızılkaya (2020) doğum beklentisi ve doğum yöntemi tercihlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini belirlemeye yönelik 199 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %95'inin eşinden duygusal veya fiziksel olarak destek aldığını saptamıştır. Kızılkaya (2020) eş desteği alan gebelerin, bu desteği yeterince alamayan gebelere göre anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu ve W-DEQ A puanının ise anlamlı düzeyde farklılaşmadığını da tespit etmiştir (Kızılkaya, 2020).

Işık'ın (2021) çalışmasında ise gebelere eşlerinden aldıkları destek sorulduğunda, bilgi alan adölesan gebelerin %60,6'sı ve bilgi almayan adölesan gebelerin ise %45,5'inin her zamankine göre daha iyi eş desteği aldıkları ve gebelerin W-DEQ A toplam puanı arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Işık, 2021).

Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü üzere literatürde gebenin sahip olduğu sosyal desteğin (eş, anne, arkadaş v.s.) doğum korkusu ve gebenin kaygı düzeyini azaltıcı yönde etkisi olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda adölesan ve yetişkin gebelerin büyük kısmının eş desteğine sahip olduğu ve eşlerin her ikisinin de bebeği isteme oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eş desteğine sahip olmayan ve bebeği istemeyen gebe sayısının az olması sebebi ile bu parametlerin doğum korkusu ve kaygı düzeyi ile olan ilişkisine bakılamamıştır.

5.6. Gebelik ve Doğum ile İlgili Bilgi Alma Durumu ve Bu Bilginin Kaynağı

Çalışmamızda, adölesan ve yetişkin grubundaki gebelerin çoğunun gebelik ve doğuma yönelik bilgi almadıkları (sırasıyla %74,2 ve %69,4), bilgi alanların ise bu bilgileri adölesan grubunda sağlık personellerinden (%37,5) ve gebelik kurslarından (%37,5) aldıkları görülürken; yetişkin grubundakilerin çoğunlukla sağlık

personellerinden (%36,8) ve kitaplardan (%36,8) aldıkları belirlenmiştir. Alınan bilginin kaynağı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin, gebelik ve doğuma yönelik bilgi alma durumu ile doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Gebelik süresince kadının destek almaya ihtiyacı olduğu gibi bu desteğin sağlık personeli tarafından gebeye güven şeklinde verilmesi, kadın için önemli bir destek kaynağıdır (Karaçam & Akyüz, 2011; Sjögren, 1997). Sağlık profesyonelleri, gebelerin sosyal destek kaynaklarını daha etkin bir şekilde kullanmalarını sağlamalıdır. Böylelikle doğum korkusunun ve olumsuz sonuçların azaltılmasında daha etkin bir rol oynayabilirler.

Eğitim eksikliği, yetersiz sosyal destek, eş ve diğer aile üyeleri ile yaşanan sorunlar, gebelik ve doğum sonu dönemde gebeleri etkileyen önemli faktörlerdendir. Bu dönemlerde gebeler sağlık personelleri tarafından dikkatle izlenmelidir. Bu dönemlerde adolesan gebelere sağlanan sosyal destek hem gebelik hem doğum sonu süreçte anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkileyecektir (Cremonese ve ark., 2017).

Işık (2021), mevcut gebeliklerinde doğumla ilgili bilgi alan gebelerin yaşadıkları doğum korkusunun doğumla ilgili bilgi almayan gebelerden daha düşük olduğunu saptamıştır (Işık, 2021).

Subaşı ve ark. (2013) ile Kızılırmak ve Başer (2016) çalışmalarında doğum öncesi gebelere verilen eğitimin, son trimesterde gebelerde yaşanan doğum korkusunun ve doğumla ilgili olumsuz düşüncelerin azalmasında etkili olduğunu saptamıştır (Kızılırmak & Başer, 2016; Subaşı ve ark., 2013).

Mamuk & Nİ (2010) çalışmalarında, gebelerin doğumun aşamaları hakkında yeterince bilgilendirilmemesinin kaygıyı arttırabileceği ve bunun da doğumda daha fazla ağrı yaşanmasına sebep olabileceğini bildirmişlerdir (Mamuk & Nİ, 2010).

(Kanellopoulos & Gourounti, 2022) çalışmalarında, gebelerin doğum ile ilgili bilgilere erişiminin, doğum korkusu olasılığını azalttığını bildirmişlerdir (Kanellopoulos & Gourounti, 2022).

Yaylaoğlu ve Zengin (2022) gebelerde doğum korkusu ve spiritüel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, gebelerin %56,9'unun doğum eylemi konusunda eğitim almadığı ve eğitim alanların %52,1'nin ise internetten eğitim aldığı belirlenmiştir. Doğum hakkında eğitim alamayan gebelerin ise eğitim alan gebelere göre

yaşadıkları doğum korkusunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yaylaoğlu & Zengin, 2023).

Yıldırım (2022) gebelikte yaşanan doğum korkusunun depresyon ve anksiyete ile ilişkisini belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, gebelerin %39,9'unun doğum öncesi eğitim aldığı saptanmıştır. Doğum öncesi eğitim alan gebelerin doğum korkusu puanı, eğitim alamayan gebelerden daha düşük bulunmuştur (Yıldırım, 2022).

Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızla benzer sonuçları bildiren çalışmalar mevcuttur (Bulut & Pasinlioğlu, 2022; Kizilkaya, 2020; Okayer Özer, 2023; Öznas, 2019).

Öznas'ın (2019) çalışmasında gebelerin %30,10'unun doğum öncesi eğitim aldıkları ve çoğunlukla sağlık personellerinden (%29,10) aldıkları saptanmıştır. Doğum öncesi eğitim alma durumuna göre gebeler arasında yaşadıkları doğum korkusu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Öznas, 2019).

Bulut ve Pasinlioğlu (2022) primipar gebelerde doğum korkusunu belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada gebelerin %52'sinin doğum eylemi hakkında bilgi aldığını ve %51,5'inin doğum eylemi hakkında bilgiyi arkadaşlardan/ komşudan aldığını bildirmiş ve doğum eylemine ilişkin bilgi alma durumu ile gebelerin yaşadıkları doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Oranlara bakıldığında gebelerin neredeyse yarısının doğum ile ilgili bilgilere erişemediğini de söyleyebiliriz (Bulut & Pasinlioğlu, 2022).

Okayer Özer (2023) gebelerin doğum korkusu, travmatik doğum algısı düzeyleri ile doğum şekli tercihlerinin belirlenmesi ve bu unsurların birbiriyle ilişkisini incelediği çalışmada gebelerin %82,7'sinin doğum öncesi eğitim almadıkları saptanmıştır. Gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumları ile yaşadıkları doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Okayer Özer, 2023).

Eğitim düzeyi düşük olan adölesan gebelerin doğum korkusunun eğitim düzeyi yüksek olan yetişkin gebelere göre daha yüksek yaşanması beklenirken, çalışmamızda böyle bir bulgu elde edilmemiştir. Adölesan ve yetişkin gebelerin, gebelik ve doğuma yönelik bilgi alma durumuna göre yaşadıkları doğum korkusu ve kaygı düzeyi benzerlik göstermektedir. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte bilgiye ulaşım imkânlarının artması ve gebelerin her dönemde karşılaştıkları olumsuz olaylarla nasıl baş

edeceği konusunda internet vb. kaynaklardan gerekli bilgiye rahatça ulaşabilmesi doğum korkularının benzerliğinin sebebi olabilir.

5.7. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği

Tüm dünyada gebelerin yaklaşık %8-30'unun doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Hildingsson ve ark., 2017). Doğum korkusu yaşanma prevalansına yönelik farklı farklı çalışmalar bulunmaktadır. İsveç'te %10, Norveç'te %7,5, Kanada'da %9,1 oranlarında doğum korkusu görüldüğü bildirilmektedir (Çolak, 2020). Hofberg ve Ward (2003) çalışmalarında gebelerin yaklaşık %20-78'inin doğum korkusu yaşadığını saptamışlardır (Hofberg & Ward, 2003).

Literatürde genç yaşta doğum korkusunun daha şiddetli yaşandığını belirten çalışmalar bulunmakla birlikte; ileri yaşta daha yüksek doğum korkusu yaşandığını birdiren çalışmalar da görülmektedir.

Genç yaştaki gebeler, genellikle ilk gebelikleri olması, doğum ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması gibi sebeplerden dolayı daha fazla doğum korkusu yaşarlar. Yetişkin veya multipar gebelerde doğum korkusuna sebep olan faktörler ise; kadınların daha planlı yaşaması, modern dünyanın getirdiklerinden dolayı her şeyi kontrol altına almaya çalışmaları ve planlanan eylemlerinin yarıda kalacağını ve yaşamlarında bölünmelere neden olabileceği düşüncesidir. Buna rağmen literatürde genellikle adölesan gebelerde doğum korkusunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Elvander ve ark., 2013; Laursen ve ark., 2008).

Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum korkusu düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla araştırmamızda kullanılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği (W-DEQ A) toplam puanının 49,87 olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında puan ortalaması adölesan olan gebelerde 50,72 ve yetişkin olan gebelerde 49,03' tür. Bu değer, gebelerin genel olarak orta düzeyde doğum korkusu yaşadığını göstermektedir. Gruplar, doğum korkusu düzeyleri ile W-DEQ A puanı toplam puanları sonuçları açısından ise benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda adölesan olan gebelerin %25,8'i ve yetişkin olan gebelerin %33,9'u düşük derecede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Adölesan olan gebelerin %54,8'inin, yetişkin olan gebelerin %44,5'inin orta derecede doğum korkusu yaşadığı; adölesan olan gebelerin %16,1'inin, yetişkin olan gebelerin %14,5'inin ağır derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Klinik düzeyde yaşanan doğum korkusu

incelendiğinde ise; adölesan olan gebelerin %3,2'sinin ve yetişkin olan gebelerin %8,1'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Adölesan gebelerin, yetişkin gebeler ile benzer düzeyde düşük, orta, ağır ve klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanırken; gebelerin yaş grubunda doğum beklentisine göre anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Klinik Düzeyde Doğum Korkusu Saptanan Çalışmalar

Poikkeus ve ark.'nın (2006) yaptıkları bir çalışmada her beş kadından birinde orta derecede doğum korkusu saptanmış olup, kadınların %6-13'ünün ise daha ciddi doğum korkusu yaşadığı ve bu korkusu ile baş edemediği belirlenmiştir (Poikkeus ve ark., 2006).

Akbulut (2019) çalışmasında adölesan gebelerin %32,8'nin ve genç erişkin gebelerin %36,4'nün şiddetli derecede doğum korkusu; adölesan gebelerin %34,5'nin ve genç erişkin gebelerin %23,1'nin klinik derecede doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (Akbulut, 2019).

Adams ve ark. (2012) çalışmalarında %7,5'inin şiddetli düzeyde doğum korkusu; Fenwick ve ark. (2013) çalışmalarında gebelerin %10-39'unun şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (Adams ve ark., 2012).

Bilgiç (2019) gebelerin, %13,9'unun klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığını saptamıştır (Bilgiç, 2019). Fisher ve ark. (2006) gebelerin %20'sinin orta düzeyde; %15'inin ise şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığını bildirmektedir (Fisher ve ark., 2006).

Mete ve ark. (2017) araştırmalarında şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan gebelerin oranını %2-13 olarak bildirilmiştir (Mete ve ark., 2017).

Bülbül ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada kadınların %8,2'sinin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda yetişkin olan gebelerin % 8,1'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşaması, Bülbül ve ark. (2016) ile Adams ve ark.'nın (2012) çalışması ile benzer sonucu göstermektedir (Adams ve ark., 2012; Bülbül ve ark., 2016).

Yüksek Düzeyde Doğum Korkusu Saptanan Çalışmalar

Öztürk (2014), travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinde hemşirelik desteğinin etkisini araştırdığı çalışmasında travay başında gebelere uyguladığı W-DEQ A ölçeğinden elde ettiği veriler ile puan ortalamasını $78,16 \pm 31,61$ olarak bulmuştur (Öztürk, 2014).

Körükçü ve ark.'nın (2017) sağlıklı gebelerde psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada elde edilen bulgularda W-DEQ A toplam puanın $79,95 \pm 17,33$ olduğu bulunmuştur (Körükçü ve ark., 2017).

Barut (2018) çalışmalarında W-DEQ A puanını 73,31; Şahin ve arkadaşları (2019) ise çalışmalarında W-DEQ A puanını 74,28 olarak bulmuştur (Barut, 2018).

Bülbül ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada kadınların %38,8'inin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Bülbül ve ark., 2016).

Poikkeus ve ark.'nın (2006) yaptıkları bir çalışmada kadınların % 6-13'ünün ciddi doğum korkusu yaşadığı ve bu korku ile baş edemediği saptanmıştır (Poikkeus ve ark., 2006).

Kjaergaard ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmalarda ise gebelerin %10'unun şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (Kjærgaard ve ark., 2008; Poikkeus ve ark., 2006).

Bilgiç'in (2019) yaptığı çalışmada gebelerin %36,4'ünün orta düzeyde ve %19,8'inin yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Bilgiç, 2019).

Akbulut (2019) çalışmasında W-DEQ A toplam puan ortalamasını adölesan gebelerde $71,21 \pm 23,36$ ve genç erişkinlerde $67,36 \pm 23,46$ olarak tespit etmiştir (Akbulut, 2019).

Işık'ın (2021) yaptığı araştırmada elde edilen bulgularda W-DEQ A toplam puanı ise 78,56'dır (Işık, 2021).

Bu çalışmalarda gebelerin yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Bu durumun; örneklem sayıları, sosyo-kültürel değişkenler, gebelerin doğum eylemini farklı değerlendirmeleri, gebelerin doğuma hazırlıklarının yeterli olmaması, gebelere korkularıyla baş etmede herhangi bir girişimde bulunulmadığı, doğumdan beklentilerinin farklı olması, bazı anketlerin travayda uygulanması sebebiyle

ağrı, stres ve kaygı içindeki gebelerin korku düzeylerinin yüksek olması gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Orta Düzeyde Doğum Korkusu Saptanan Çalışmalar

Gün (2018) çalışmasında 20 yaş ve altında olan gebelerin WDEQ- A puan ortalaması $63,58 \pm 22,30$ (orta düzey); 21-30 yaş grubundaki gebelerin W-DEQ A puan ortalaması $56,04 \pm 20,73$ (orta düzey) ve 31 yaş ve üzerindeki gebelerin W-DEQ A puan ortalaması $50,73 \pm 19,77$ (orta düzey) bulunmuştur (Gün, 2018).

Buldum ve Emül (2021) çalışmasında adölesan gebelerin W-DEQ A puan ortalamasının $52,87 \pm 30,47$ (orta) olduğunu bildirmiştir (Buldum & Emül, 2021).

İlska ve ark. (2021) Polonya’da yaptıkları çalışmada gebelerin doğum korkularını orta düzeyde saptamıştır (İlska ve ark., 2021).

Huang ve ark. (2021), Çin’de 646 gebenin katılım sağladığı çalışmada doğum korkusu yaşayan gebe oranı %67,1 olarak bulunmuştur. Bu gebelerin %45,4’ünün orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Huang ve ark., 2021).

Hall ve ark.’nın (2009) Kanada’da yaptıkları çalışmada W-DEQ A puan ortalaması $52,87 \pm 19,66$; Adams ve ark.’nın (2012) Norveç’te yaptıkları çalışmada W-DEQ A puan ortalaması $56,66 \pm 19,49$ olarak saptanmıştır. Gebelerin yaşadıkları korku orta düzeydedir (Adams ve ark., 2012; Hall ve ark., 2009).

Güleç ve ark.’nın (2013) 214 gebeyle yaptıkları araştırmada W-DEQ A puan ortalamaları $46,4 \pm 31,2$ olarak bulunmuştur (Güleç ve ark., 2014).

Poikkeus ve ark. (2006) her beş kadından birinin orta derecede doğum korkusu yaşadığını bildirmiştir (Poikkeus ve ark., 2006).

Toohill ve ark.’nın (2015) Avusturalya’da ki çalışmasında W-DEQ A puanı 49,50 (Toohill ve ark., 2015); Lazooğlu ve ark.’nın (2014) çalışmasında W-DEQ A puanı $61,88 \pm 13,35$ olarak saptanmıştır (Lazooğlu, 2014).

Bülbül ve ark.’nın (2016) doğuma hazırlık kursuna katılmak için başvuran 85 gebenin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının belirlenmesi amacı ile yaptıkları çalışmada W-DEQ A doğum korkusu puan ortalaması $48,7 \pm 19,3$ bulunmuştur. Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu orta düzeydedir (Bülbül ve ark., 2016).

Sezen ve Ünsalver (2018) yaptıkları çalışmada gebelerin orta düzeyde (W-DEQ A=49,20) doğum korkusu yaşadıklarını tespit etmişlerdir (Sezen & Ünsalver, 2018).

Buldum ve Emül (2021) çalışmasında adölesan gebelerin W-DEQ A puanı ortalamasını $52,87 \pm 30,47$; Çapık ve Durmaz (2018) 301 gebe kadın ile yapmış oldukları çalışmada ise W-DEQ A puanını 61.09 ± 16.25 olarak bulmuştur (Buldum & Emül, 2021; Çapık & Durmaz, 2018).

Klabbers ve ark. (2018) çalışmalarında gebelerin %20-26'sının orta düzeyde doğum korkusu yaşadığını saptamıştır (Klabbers ve ark., 2018).

Çapık ve Durmaz'ın (2018) yapmış oldukları çalışmada kadınların %57,8'nin orta derecede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Çapık & Durmaz, 2018).

Yalçınsoy (2019) çalışmasında gebelerin W-DEQ A puan ortalamasını $46,55 \pm 20,46$ olarak (Yalçınsoy, 2019); Bilgiç (2019) ise gebelerde doğum korkusunun psikolojik ve spiritüel iyilik hali ile ilişkisini araştırmak amacı ile yaptığı çalışmasında gebelerin W-DEQ A puan ortalamasını 54.22 ± 26.65 olarak bulmuşlardır (Bilgiç, 2019).

Kaya'nın (2020) gebelerde doğum korkusu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında W-DEQ A puan ortalaması $59,45 \pm 23,81$ olarak bulunmuştur (Kaya, 2020).

Birge (2023) gebelerde doğum korkusunun depresyon üzerindeki etkisinde anksiyetenin aracılık rolünün belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada W-DEQ A puan ortalamasını $45,37 \pm 21,5$ olarak saptamıştır (Birge, 2023).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; yukardaki çalışmalarda da gösterildiği üzere; gebelerin sıklıkla orta ve ağır düzeyde doğum korkusu yaşadığı görülmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen verilerin sonuçları, bizim çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Düşük Düzeyde Doğum Korkusu Saptanan Çalışmalar

Akbulut'un (2019) çalışmasında adölesan ve genç erişkin gebelerin %10,7'sinin düşük derecede doğum korkusu; adölesan gebelerin %21,8'nin ve genç erişkin gebelerin % 29,8'nin orta derecede doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Akbulut, 2019).

Kaya'nın (2020) çalışmasında gebelerin korku derecesinin dağılımı incelendiğinde %47,2'sinin düşük doğum korkusu, %38,7'si orta derecede doğum

korkusu ve %14,1'inin ise yüksek derecede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Kaya, 2020).

Birge (2023) yaptığı çalışmada gebelerin %38,7'sinin düşük düzeyde, %43,8'inin orta düzeyde, %14'ünün ağır derecede ve %3,6'sının klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığını saptanmıştır (Birge, 2023).

Boz ve Akgün (2020) çalışmalarında gebelerin %20-50'sinin hafif düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını saptamıştır (Boz & Akgün, 2020).

Kenya'da gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada ise; gebelerin %29,5'inin düşük düzeyde doğum korkusu, %40,4'ünün orta düzeyde doğum korkusu, %22,1'inin yüksek düzeyde doğum korkusu ve %8'inin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların çoğunluğu orta derecede doğum korkusu kategorisinde yer almış ve bu gruptaki gebelerin %39,6'sı primipar, %41,5'i ise multipar gebeler olarak kaydedilmiştir. Yapılan bu çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerin oranı %8 (n=30) iken; primipar gebelerde şiddetli doğum korkusu yaşayanların oranı %13,8 (n=22) ve multipar gebelerde şiddetli doğum korkusu yaşayanların oranı %3,7 (n=8) olarak belirtilmiştir (Onchonga ve ark., 2020).

Bizim çalışmamızda W-DEQ A puan ortalamasının adölesan gebe grubunda daha yüksek olması beklenirken orta düzeyde bulunması ve yetişkin gebelerle benzer puan ortalamasına sahip olmaları oldukça şaşırtıcıdır. Bu durumun, geç adölesan döneme tekabül eden yaş grubunun adölesan gebe grubunu oluşturmasından, yetişkin gebe grubundaki gebelerin yaş ortalamalarının adölesan grubun yaş ortalamasına yakın olması ve her iki grubun risk algılarının benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.8. Beck Anksiyete Ölçeği

Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum korkusu düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla araştırmada gebelere uygulanan bir diğer ölçek olan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanlarının toplam ortalaması 10,60 olarak saptanmıştır. BAÖ toplam puan ortalaması adölesan olan gebelerde 10,90 ve yetişkin olan gebelerde 10,30'dur. Gruplar, anksiyete düzeyleri açısından benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda adölesan gebelerin ve yetişkin gebelerin anksiyete belirtilerini değerlendirdiğimizde adölesan gebelerin %53,2'sinde ve yetişkin gebelerin %40,3'ünde anksiyete bulgusuna rastlanmamıştır. Adölesan gebelerin %25,8'inde ve yetişkin

gebelerin %35,5'inde hafif düzeyde; adölesan gebelerin %12,9'unda ve yetişkin gebelerin %21'inde orta düzeyde anksiyete saptanmıştır. Adölesan gebelerin %8,1'inde ve yetişkin gebelerin %3,2'sinde şiddetli düzeyde anksiyete saptanmıştır. Gebelerin BAÖ toplam puan ortalaması $10,61 \pm 8,01$ 'dır.

Prenatal dönemde görülen depresyonun bir belirtisi de tokofobi olabilir. Yapılan bir araştırmada tokofobi için 'kaygı ve depresyon' en önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur (Hofberg & Ward, 2003). Gebelikte en sık anksiyete bozukluğu ve depresyon gözlenmektedir. Annede anksiyete ya da depresyon varlığı tokofobi riskini 2.4 kat artırırken hem anksiyete hem de depresyon varlığı bu riski 11 kat artırmaktadır (Storksens ve ark., 2012).

Saisto ve ark.'nın (2001) Finlandiya'da yaptığı araştırmada anksiyete, savunmasızlık, depresyon, nevroitik kişilik, düşük benlik saygısı gibi kişisel özellikler gebelik anksiyetesi ve doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan ileri analizde ise doğum korkusunun oluşmasında genel anksiyete en önemli belirleyici olarak saptanmıştır (Saisto ve ark., 2001). Anksiyetesi yüksek ve kaygı durumu fazla olan kadınların daha şiddetli doğum korkusu yaşadığı ve ayrıca yüksek anksiyetesi olan kadınların doğumda kendi bedenlerinin kontrolünü kaybetmemek ve elde tutmak için elektif sezaryeni daha çok tercih ettikleri sonuçları elde edilmiştir (Saisto ve ark., 2001).

Andersson ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada, gebelerin %6,6'sında anksiyete bozukluğu, %11,6'sında duygu durum bozukluğu yaşandığı ve gebelikte herhangi bir komorbidite psikiyatrik tanı alan gebelerde ise doğum korkusu riskinin 2 kat arttığını belirtmiştir (Andersson ve ark., 2003).

Halvorsen ve ark. (2008) çalışmalarında doğum korkusu yaşayan kadınların, gebelikten önce %80'inde anksiyete ve depresyon, %72'sinde cinsel istismara maruz kalma ve %32'sinde yeme bozukluğu davranışının yaşandığı bulunmuştur (Halvorsen ve ark., 2008).

Şahin'in (2015) çalışmasında gebelerin %12,5'inin hafif düzeyde, %46,9'unun orta düzeyde, %40,6'sının şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği saptanmıştır. Gebelerin BAÖ toplam puan ortalaması $24,46 \pm 8,18$ 'dir (Şahin, 2015).

Kızılkaya'nın (2020) çalışmasında 18-25 yaş aralığında olan gebelerin BAÖ puan ortalamasını $19,1 \pm 10,06$; 26-35 yaş grubundaki gebelerin BAÖ puan ortalamasını $15,6 \pm 8,4$ ve 36-49 yaş arasındaki gebelerin BAÖ puan ortalamasını $20,6 \pm 8,7$ olarak

bulmuştur. Orta yaştaki gebelerin, daha genç veya daha yaşlı olan gebelere göre daha az anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Kizilkaya, 2020).

Birge'nin (2023) gebelerde doğum korkusunun depresyon üzerindeki etkisinde anksiyetenin aracılık rolünü belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında gebelerin BAÖ puan ortalaması $5,57 \pm 3,5$ olarak bulunmuştur. 393 gebenin katılımı ile yapılan çalışmada gebelerin %77,4'ünde anksiyete belirtisi olmadığı saptanmıştır. Gebelerin %21,4'ünde hafif düzeyde anksiyete ve %1,3'ünde orta düzeyde anksiyete saptanmıştır (Birge, 2023).

Literatür incelendiğinde doğum korkusu ve kaygı düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildiren çalışmalar görülmektedir (Dağlar & Nur, 2014; Laursen ve ark., 2008; Salomonsson ve ark., 2013; Spice ve ark., 2009; Størksen ve ark., 2015).

Yıldırım (2022) gebelikte yaşanan doğum korkusunun depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada BAÖ skoru $17,50 \pm 8,18$ olarak bulunmuştur. Çalışmasında gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin artıkça, doğum korkusu düzeylerinin de arttığını saptamıştır (Yıldırım, 2022).

Yukarıdaki çalışmalarda da belirtildiği üzere gebelerde daha çok hafif ve orta düzeyde anksiyeteye rastlanıldığı ve anksiyetenin şiddeti ile orantılı olarak doğum korkusu ve depresyon ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da literatürdeki çalışmaların çoğunun sonuçlarına benzer şekilde gebelerde hafif düzeyde anksiyete tespit edilmiş olup anksiyete düzeyleri açısından adölesan ve yetişkin gebeler arasında fark görülmemiştir. Bu durumun, her ne kadar istatistiksel olarak yaş açısından anlamlı farklılık tespit edilmiş olsa da, her iki gruptaki gebelerin genç olmaları ve buna bağlı olarak kronik hastalığa sahip gebe sayısının çok az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızın sonucunda ayrıca literatürde de belirtildiği gibi kaygı düzeyi ile doğum korkusu arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeylerini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada ulaşılan sonuçlar ve öneriler aşağıda özetlenmiştir:

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler fiziksel özellikleri olarak incelenen “yaş, gebelik öncesi vücut ağırlığı ve gebelikteki vücut ağırlığı” değerleri açısından anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler sosyodemografik parametrelerden “sosyal güvence” açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler sosyodemografik parametrelerden “eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi ve ekonomik durum” açısından farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler obstetrik öykü özelliklerinden “evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik haftası, düşük sayısı ve gebeliğin planlı olması” açısından farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler obstetrik öykü özelliklerinden “yaşayan çocuk sayısı, ölüm doğum sayısı, kürtaj, doğum şekli, düzenli kontrole gitme durumu, gebeliğe bağlı hastalık varlığı ve kontrasepsiyon kullanımı” açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler “sürekli ilaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı” açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler “kendisinin ve eşinin bebeği istemesi” ile “şimdiki gebelikte eş desteği varlığı” durumu açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

- Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler “doğum öncesi eğitim alma durumu” ve “doğum öncesi eğitimin nereden alındığı” parametreleri açısından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

- Adölesan ve yetişkin olmak üzere gebelere uygulanan Wijma-A Doğum Beklentisi/ Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının toplam ortalaması $49,88\pm 22,53$ olarak bulunmuştur.

- W-DEQ A toplam puan ortalaması adölesan gebelerde $50,73 \pm 21,33$ ve yetişkin gebelerde $49,03 \pm 23,82$ olup gebelerin orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmış ve W-DEQ A toplam puanları açısından gruplar benzer bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Adölesan gebelerin %25,8'i düşük derecede doğum korkusu, %54,8'i orta derecede doğum korkusu, %16,1'i ağır derecede doğum korkusu ve %3,2'si klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Yetişkin gebelerin ise %33,9'u düşük derecede doğum korkusu, %44,5'i orta derecede doğum korkusu, %14,5'inin ağır derecede doğum korkusu ve %8,1'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler yaşadıkları düşük, orta, ağır ve klinik düzeyde doğum korkusu açısından benzer bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Adölesan ve yetişkin gebelere uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanlarının toplam ortalaması $10,61 \pm 8,01$ olarak saptanmıştır. Gebelerin hafif düzeyde anksiyeteye sahip olduğu belirlenmiştir.

- BAÖ toplam puan ortalaması adölesan gebelerde $10,90 \pm 8,82$ ve yetişkin gebelerde $10,31 \pm 7,17$ olarak saptanmış ve gebeler BAÖ toplam puanları açısından benzer bulunmuştur ($p > 0,05$).

- Adölesan gebelerin %53,2'sinde anksiyete bulgusu tespit edilmemiştir. Adölesan gebelerin %25,8'inde hafif düzeyde, %12,9'unda orta düzeyde ve %8,1'inde şiddetli düzeyde anksiyete saptanmıştır. Yetişkin gebelerin ise % 40,3'ünde anksiyete bulgusu saptanmamış olup, %35,5'inde hafif düzeyde, %21'inde orta düzeyde ve %3,2'sinde şiddetli düzeyde anksiyete belirlenmiştir.

- Araştırmamızda saptanan doğum korkusu düzeyinin, literatürde konu ile ilgili yapılmış olan çalışmaların büyük kısmı ile uyumlu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte bizim çalışma sonuçlarımızın literatürdeki bazı çalışmalarda verilen ortalamalardan düşük veya yüksek olduğu görülmektedir.

- Doğum korkusu düzeyine yönelik sonuçlara benzer şekilde, araştırmamızda saptanan kaygı düzeyinin, literatürde konu ile ilgili yapılmış olan çalışmaların büyük kısmı ile uyumlu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte bizim çalışma sonuçlarımızın literatürdeki bazı çalışmalarda verilen ortalamalardan düşük veya yüksek olduğu görülmektedir.

Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeylerini karşılaştırdığımız çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara yönelik değerlendirmelerimiz şu şekildedir;

- Adölesan gebelerin yaş ortalaması $18,16 \pm 1,06$ yıl, yetişkin gebelerin yaş ortalaması $25,40 \pm 3,90$ yıl ve tüm gebelerin yaş ortalaması 21,78 yıl olarak saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda gebelerin yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmekte olup bu durumun her iki yaş grubundaki gebelerin yaşadıkları korku düzeyinin benzer olmasına neden olduğu düşünülmektedir.
- Her iki gruptaki gebelerin çoğunlukla ilk gebeliklerini yaşıyor olması sebebi ile geçmiş doğum deneyimlerinin olmaması ve ilk doğum tecrübesini yaşayacak olmaları açısından doğum korkuları benzer bulunmuş olabilir.
- Gebelerin, geleneksel toplum yapısı içerisinde olması sebebi ile lohusa dönemine göre genellikle daha çok gebelik döneminde aileleri tarafından destekleniyor olması gebelerin orta düzeyde doğum korkusu yaşamasına sebep olmuş olabilir.
- Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz Çorum ilinin kozmopolit yapıda olmaması ve çalışmamıza benzer sosyo-demografik yapıda olan (aile, gelenek-görenek, kültürel yaklaşımlar v.s.) gebelerin dâhil edilmesi sebebi ile doğum korkularının ve kaygı düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir.
- İçinde bulunduğumuz zaman itibari ile teknoloji çağında bulunuyor olmamız sebebiyle adölesan gebelerin gebelik, doğum, doğumun evreleri, lohusalık dönemi ve bebek bakımı ile ilgili merak ettikleri konularda bilgiye ulaşım imkânının olmasının, doğum ile ilgili korkularını yenmelerinde yardımcı olduğu düşünülmektedir.
- Çalışmamızın sonucuna baktığımızda adölesan gebelerin neredeyse tamamı (%93,5) ve yetişkin gebelerin tümünün gebeliğin takibi için düzenli olarak kontrollere gittiği görülmüş olup, günümüzde sağlık hizmetlerinde kalitenin artması, gebelerin sağlık profesyonellerine ve

sağlık kurumlarına rahatlıkla ulaşabilmesi sebebiyle çalışmamızdaki gebelerin doğum korkusu ve kaygı düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir.

- Her ne kadar sosyodemografik özellikler ve bazı obstetrik özellikler (gebeliğin planlı olması) açısından adolesan ve yetişkin gebeler arasında belirgin farklılıklar tespit edilmiş olsa da gebe kalındıktan sonra belirmeye başlayan annelik içgüdüsünün adolesan gebelerin doğum korku düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz:

- Adolesan gebeler ile yetişkin gebelerin orta düzeyde doğum korkusu yaşadıkları göz önüne alınarak, doğum korkusunun azaltılmasına yönelik prenatal eğitimler verilmesi gerekmektedir. Bu amaçla doğuma hazırlık sınıflarının sayısı arttırılmalıdır. Doğum korkusunun azaltılmasında eş desteği varlığı durumu göz önüne alınarak gebe ve eşlerin eğitime birlikte katılmaları sağlanmalıdır.
- Kurumsal, toplumsal ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapılarak adolesan gebelikler hakkında eğitim, konferans vb. düzenlenmelidir. Bu amaçla adolesan bireylerin eğitimlerine devam etmeleri sağlanmalı ve istenmeyen adolesan gebelikler önlenmelidir.
- Gebelik döneminde yaşanan doğum korkusu düzeyinin düşürülmesi için gebelik takibi için sağlık kuruluşlarına başvuran gebelere gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi akışının sağlanacağı eğitimler düzenlenmelidir. Etkili iletişim teknikleri kullanılarak ebe/hemşireler tarafından gebelerin öğrenmek istedikleri konular belirlenmeli ve eğitimlerin bu konuda yapılması sağlanmalıdır.
- Vajinal doğumun desteklenmesi ve ağrı yönetimi hakkında adolesan ve yetişkin gebelerin bilgilendirilmesiyle sezaryen doğumdan kaçınılması sağlanmalıdır. Endikasyon durumlarına göre doktor tarafından vajinal veya sezaryen doğum önerilen gebelere her iki doğum şekli hakkında

gerekli bilgi, ebe/hemşire ve doktor tarafından verilerek doğum korkularının en aza indirilmesi sağlanmalıdır.

- Cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri adölesan bireyler arasında yaygınlaştırılmalı ve oluşabilecek adölesan gebelik komplikasyonlarından adölesanlar korunmalıdır.
- Doğum şeklinin doğum korkusu üzerindeki etkisini daha net ortaya koyabilmek adına sezaryen ile doğumunu gerçekleştirecek kişilere de uygulanabilen ölçekler kullanılabilir.
- Daha geniş örnekleme adölesan gebeler ile ileri yaş (30 yaş ve üstü) gebeler ile çalışma tekrarlanabilir.
- Çalışmamız Çorum ilinde yapılmış olup, bu çalışmaya benzer çalışmalar, farklı sosyodemografik özelliklere sahip gebelerin bulunduğu kozmopolit yapıdaki illerde (metropol, büyükşehir v.s.) tekrarlanabilir.

KAYNAKLAR

- Abdollahpour, S., & Khosravi, A., 2018. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian pregnant women. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(1), 45-50.
- Adams, G., 2000. Adolescent development: The essential readings. (No Title).
- Adams, 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 & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
- Akbaş, E., & Yiğitoğlu, G., 2021. Adölesan Dönemde Psikososyal Sorunlar. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18(43), 7277-7299.
- Akbaş, P.Şat, S. Ö.Mine, İ., & Yaman, Ş., 2021. Doğum Ağrısı ile Baş Etme Skalası'nın Türkçe Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 235-241.
- Akbulut, Ş., 2019. Adölesan gebelerde doğum korkusu ve sosyal destek düzeyinin postpartum depresyona etkisi.
- Akhlaghi, F., 2012. Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 14(54), 31-122.
- Akın, B.Yeşil, Y.Yücel, U., & Boyacı, B., 2018. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sciences*, 13(2), 11-20.
- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T., 2016. Ebenin Empatik İletişim Becerisinin Doğum Eylemine Ve Doğum Sonrası Döneme Etkisi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 19.
- Alehagen, S.Wijma, B.Lundberg, U., & Wijma, K., 2005. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 153-165.
- Althabe, F.Moore, J. L.Gibbons, L.Berrueta, M.Goudar, S. S.Chomba, E., . . . Pasha, O., 2015. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive health*, 12 1-9.
- Altun, E., 2003. Adölesan gebelere verilen planlı eğitimin benlik saygısı ve bebeği algılaması üzerine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi*, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Sevim Savaşer).
- Andaroon, N.Kordi, M.Kimiaei, S. A., & Esmaeily, H., 2017. The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *Journal of education and health promotion*, 6.
- Anderson, C., 2010. Impact of traumatic birth experience on Latina adolescent mothers. *Issues in mental health nursing*, 31(11), 700-707.
- Anderson, C. A., & Gill, M., 2014. Childbirth related fears and psychological birth trauma in younger and older age adolescents. *Applied Nursing Research*, 27(4), 242-248.
- Andersson, L.Sundström-Poromaa, I.Bixo, M.Wulff, M.Bondestam, K., & Åström, M., 2003. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of

- pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1), 148-154.
- Ari, F. D. 1993. İstenen ve istenmeyen gebeliklerde gebe kadının kişilik özellikleri ve anksiyete düzeyi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*
- Arslan, B.Arslan, A.Kara, S.Öngel, K., & Mungan, M. T., 2011. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.
- Arslan, B. N.Özberk, H., & Yağcan, H., 2019. Gebelikte Haptoterapi Kullanımı 3. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitim Kongresi 167-170.
- Arslantaş, H.Çoban, A.Dereboy, F.Sarı, E.Şahbaz, M., & Kurnaz, D., 2020. Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 239-250.
- Aslan, M. M., & Bıyık, İ., 2020. Doğum korkusunun gebelik haftası ve sayısı ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(3), 494-499.
- Asnong, C.Fellmeth, G.Plugge, E.Wai, N. S.Pimanpanarak, M.Paw, M. K., . . . McGready, R., 2018. Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. *Reproductive health*, 15 1-13.
- Aydin, D., 2013. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 16(4), 250-254.
- Aysun, K., & Orhon, F. Ş., 2013. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 19-23.
- Ayyıldız, T.Topan, A.Öztürk, Ö., & Kulakçı, H., 2015. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 61-66.
- Bacanlı, H.İlhan, T., & Aslan, S., 2009. Beş faktör kuramına dayalı bir kişilik ölçeğinin geliştirilmesi: sıfatlara dayalı kişilik testi (SDKT). *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 261-279.
- Bahar, A., 2006. Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 9(4), 45-53.
- Bakır, N., & Demir, C., 2021. A Quantitative Study on Pregnancy Fears and Coping Methods of Pregnant Women. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 204-212.
- Bakshi, R.Mehta, A., & Sharma, B., 2008. Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10(1), 9-11.
- Barut, M. U., 2018. Adölesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(3), 283-290.
- Beck, A. T.Epstein, N.Brown, G., & Steer, R. A., 1988. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beiranvand, S. P.Moghadam, Z. B.Salsali, M.Majd, H. A.Birjandi, M., & Khalesi, Z. B., 2017. Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study. *Shiraz E-Medical Journal*, 18(11).
- Bhatia, M. S., & Jhanjee, A., 2012. Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial psychiatry journal*, 21(2), 158-159.

- Biggs, J. B., & Telfer, R., 1993. The process of learning. (No Title).
- Bilge, Ç.Dönmez, S.Olgaç, Z., & Pirinççi, F., 2022. Gebelikte doğum korkusu ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimlerinde Değer, 12(2), 330-335.
- Bilgiç, G. 2019. Gebelerde doğum korkusunun psikolojik ve spiritüel iyilik hali ile ilişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Birge, H. 2023. Gebelerde Doğum Korkusunun Depresyon Üzerindeki Etkisinde Anksiyetenin Aracılık Rolü Yüksek Lisans Tezi Kafkas Üniversitesi
- Blum, R. W., & Gates, W. H. 2015. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy United Nations Population Fund (UNFPA).
- Bolarinwa, O. A.Tessema, Z. T.Frimpong, J. B.Babalola, T. O.Ahinkorah, B. O., & Seidu, A.-A., 2022. Spatial distribution and factors associated with adolescent pregnancy in Nigeria: a multi-level analysis. Archives of Public Health, 80(1), 43.
- Boorman, R. J.Devilly, G. J.Gamble, J.Creedy, D. K., & Fenwick, J., 2014. Childbirth and criteria for traumatic events. Midwifery, 30(2), 255-261.
- Boran, P.Gokcay, E.Devecioglu, E., & Eren, T., 2013. Child brides. Marmara Medical Journal, 26(2).
- Boz, İ., & Akgün, M., 2020. Doğum Korkusu Yönetiminde İnsan Bakım Kuramı'na Temelli Psikoeğitim Programı ve Ön Uygulama Sonuçları•. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17 180-186.
- Budak, S. (2000). Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- Buldu, A., & Emül, T. G., 2021. The fear of childbirth and social support in adolescent pregnancy. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34(6), 839-846.
- Bulut, I. 1996. Genç anne ve çocuk istismarıBizim Büro.
- Bulut, S.Gürkan, A., & Sevil, Ü., 2008. Adölesan Gebelikler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 13(13), 37-44.
- Bulut, S., & Pasinlioğlu, T., 2022. Primipar gebelerde trimesterlere göre doğum korkusu düzeylerinin belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 23-29.
- Bülbül, T.Betül, Ö.Çopur, A., & Kayacık, F., 2016. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 25(3), 126-130.
- CANSIM, 2018. Live births, by age group and marital status of mother, Canada, place of residence of mother, annual. Statistics Canada.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H., 1975. The Nature of Anxiety. Springer
- Chahande, M.Jadhao, A.Wadhva, S., & Ughade, S., 2002. Study Of Some Epidemiological Factors In Teenage Pregnancy-Hospital Based Case Comparison Study. Indian Journal of Community Medicine, 27(3), 106.
- Chen, X.-K.Wen, S. W.Fleming, N.Demissie, K.Rhoads, G. G., & Walker, M., 2007. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. International journal of epidemiology, 36(2), 368-373.
- Civelek, E. (2019). Adölesan dönemi ve özkıyım girişimi, TC Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi: 1.
- Conde-Agudelo, A.Belizán, J. M., & Lammers, C., 2005. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192(2), 342-349.

- Coşar, F., & Demirci, N., 2012. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1).
- Cremonese, L. Wilhelm, L. A. Prates, L. A. Paula, C. C. d. Sehnem, G. D., & Ressel, L. B., 2017. Social support from the perspective of postpartum adolescents. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20170088.
- Cruise, R. J. Cash, R. W., & Bolton, D. L., 1985. Development and validation of an instrument to measure statistical anxiety. *American Statistical Association Proceedings of the Section on Statistical Education*.
- Çalık, K. Y., & Aktaş, S., 2011. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Çapık, A., & Durmaz, H., 2018. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 455-463.
- Çetin, F. Güneş, G. Karaoğlu, L., & Üstün, Y., 2005. Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Ve Emzirmeye Başlama Durumları Ve Etkileyen Faktörler+. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 12(4), 247-252.
- Çiçek, Ö., & Samiye, M., 2015. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 263-268.
- Çınaklı, Ş., & Arslantaş, H., 2021. Adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, postpartum depresyon ve maternal bağlanma. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 789-800.
- Çıtak Bilgin, N. Coşkun, H. Coşkuner Potur, D. İbar Aydın, E., & Uca, E., 2021. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(2), 123-131.
- Çolak, G. V., 2020. . Az bilinen bir konu 'tokofobi': bir olgu sunumu. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(2), 56-60.
- Çucu, N., 2001. Adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye.
- Çuhadaroglu, F., 2006. Ergenlikte psikososyal gelişim. I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi, 28.
- Da Costa, D. Larouche, J. Dritsa, M., & Brender, W., 1999. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 609-621.
- Dağlar, G., & Nur, N., 2014. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36(4), 429-441.
- Dalby, J. Hayon, R., & Carlson, J., 2014. Adolescent pregnancy and contraception. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 41(3), 607-629.
- Darroch, J. E. Woog, V. Bankole, A., & Ashford, L. S., 2016. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents.
- Daştan, N. B. Deniz, N., & Şahin, B., 2015. Kars' ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(2).
- Davies, S. L. DiClemente, R. J. Wingood, G. M. Person, S. D. Dix, E. S. Harrington, K., . . . Oh, K., 2006. Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent

- girls: findings from a prospective study. *Journal of adolescent health*, 39(1), 43-49.
- Deliktas, A., & Kukulu, K., 2019. Pregnant women in Turkey experience severe fear of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(5), 501-511.
- Deliktas, A.Körükçü, O., & Kukulu, K., 2015. Farklı gruplarda annelik deneyimi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(4), 274-283.
- Demir, E. 2023. Gebelerde doğum korkusu ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki
- Demir, R., 2022. Doğum Korkusu Tedavisinde İnovatif Bir Müdahale Yöntemi: Haptoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(3), 316-321.
- Demirgöz, M., & Canbulat, N., 2008. Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28 947-952.
- Demirsoy, G., & Aksu, H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 36–45.
- Demšar, K.Svetina, M.Verdenik, I.Tul, N.Blickstein, I., & Velikonja, V. G., 2018. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of perinatal medicine*, 46(2), 151-154.
- Dencker, A.Nilsson, C.Begley, C.Jangsten, E.Mollberg, M.Patel, H., . . . Sparud-Lundin, C., 2019. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.
- Di Renzo, G. C., 2003. Tocophobia: a new indication for cesarean delivery? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13(4), 217-217.
- Dick-Read, G. 2004. *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth* Pinter & Martin Publishers.
- Dilmen, S.Kocaöz, S., & KIZILIRMAK, A., 2022. Adölesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(1), 16-24.
- Dönmez, S.Dağ, H.Çelik, N.Yeniçel, A., & Kavlak, O., 2014. Doğum tutum ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *TURKIYE KLINIKLERI JINEKOLOJİ OBSTETRİK*, 24(4).
- DSÖ 1998. *Dünya Sağlık Örgütü*, The second decade: improving adolescent health and development WHO.
- DSÖ, 2012. *Dünya Sağlık Örgütü*, Early marriages, adolescent and young pregnancies. Geneva: WHO 1-4.
- DSÖ 2013. *Dünya Sağlık Örgütü*, Publication World Health Statistics World Health Organization.
- DSÖ, 2014. *Dünya Sağlık Örgütü*, Adolescence: A Period Needing Special Attention Available from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing->.
- DSÖ, 2015. *Dünya Sağlık Örgütü*, Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Geneva: WHO.
- DSÖ, 2018. *Dünya Sağlık Örgütü*, Adolescent pregnancy.
- DSÖ, 2020. *Dünya Sağlık Örgütü*, Adolescent health.
- DSÖ, 2020. *Dünya Sağlık Örgütü*, Adolescents: health risks and solutions. 2017. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en.
- DSÖ, 2020. *Dünya Sağlık Örgütü*, World health statistics 2020.

- DSÖ 2021. Dünya Sağlık Örgütü, Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women World Health Organization.
- DSÖ, 2023. Dünya Sağlık Örgütü, Adolescent health.
- Dursun, P.Yanik, F. B.Zeyneloglu, H. B.Baser, E.Kuscu, E., & Ayhan, A., 2011. Why women request cesarean section without medical indication? The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 24(9), 1133-1137.
- Ekin, H. 2023. Adölesan Ve Yetişkin Gebelerin Doğum Algıları, Marmara Üniversitesi (Turkey)
- Ekwo, E. E., & Moawad, A., 2000. Maternal age and preterm births in a black population. Paediatric and perinatal epidemiology, 14(2), 145-151.
- Elsenbruch, S.Benson, S.Rücke, M.Rose, M.Dudenhause, J.Pincus-Knackstedt, M. K., . . . Arck, P. C., 2007. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Human Reproduction, 22(3), 869-877.
- Elvander, C.Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H., 2013. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. Birth, 40(4), 289-296.
- Erbil, N., 2022. Relationship of self-compassion and fear of childbirth among pregnant women. International Journal of Caring Sciences, 15(1), 255-262.
- Ercan, O., 2008. ADOLESANIN FİZİKSEL GELİŞİMİ. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı, 63 13-18.
- Ergöl, Ş., & Kürtüncü, M., 2014. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(3), 26-34.
- Erkaya, R.Karabulutlu, Ö., & Çalık, K. Y., 2017. Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 237 1045-1052.
- Ertem, G., & Sevil, Ü., 2010. Doğum Ağrısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi, 8(2), 117-123.
- Eurostat, 2020. Avrupa Birliği İstatistik Ofisi Veri Tabanı.
- Fairbrother, N.Thordarson, D. S., & Stoll, K., 2018. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. Journal of reproductive and infant psychology, 36(1), 15-29.
- Fenwick, J.Gamble, J.Nathan, E.Bayes, S., & Hauck, Y., 2009. Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. Journal of Clinical Nursing, 18(5), 667-677.
- Fenwick, J.Toohill, J.Creedy, D. K.Smith, J., & Gamble, J., 2015. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. Midwifery, 31(1), 239-246.
- Finlay, J. E.Özaltın, E., & Canning, D., 2011. The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low-and middle-income countries. BMJ open, 1(2), e000226.

- Fisher, C.Hauck, Y., & Fenwick, J., 2006. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social science & medicine*, 63(1), 64-75.
- Ganchimeg, T.Mori, R.Ota, E.Koyanagi, A.Gilmour, S.Shibuya, K., . . . Vogel, J., 2013. Maternal and perinatal outcomes among nulliparous adolescents in low-and middle-income countries: a multi-country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(13), 1622-1630.
- Ganong, W., 2002. *Tıbbi Fizyoloji*. Çeviren Ateş N, 20. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitapevi 248-252.
- Gao, L.-l.Liu, X. J.Fu, B. L., & Xie, W., 2015. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, 31(9), 865-870.
- Garrison, R. C., & Uğur, Ö., 1983. Ergenliğin anlamı ve tarihsel gelişimi. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 16(1), 87-97.
- Garthus-Niegel, S.Horsch, A.von Soest, T.Haga, S. M.Drozd, F.Ayers, S., & Eberhard-Gran, M., 2020. Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Archives of women's mental health*, 23 547-555.
- Gaskin, I. M., 2016. *İna May'ın Doğuma Hazırlık Rehberi*. Sinek Sekiz Yayınevi.
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J., 2002. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235.
- Geldi, B. N. 2020. *Gebe Kadınlarda Stres ve doğum korkusu ilişkisi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Gelenbe Öztürk, E. A. 2017. *Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin ve kişilerin psikolojik dayanıklılığının etkileri*, Yüksek lisans Tezi), İstanbul
- Gilbert, E. S.Harmon, J. S., & Taşkın, L. 2002. *Yüksek riskli gebelik ve doğum*Palme Yayıncılık.
- Glover, V., 2011. Annual research review: prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356-367.
- Gökalp, F., 2021. *Genç yetişkin bireylerin doğum korkusunun incelenmesi* Manisa Celal Bayar Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Ebelik Ana Bilim Dalı.
- Gökçek, A. İ., 2022. Önemli bir sorun: Doğum korkusu ve ebelik bakımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 93-104.
- Gönenç, İ. M., 2013. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressürün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi.
- Gözüyeşil, E.Şirin, A., & Çetinkaya, Ş., 2008. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 40-62.
- Graham, M.Uesugi, K., & Olson, C., 2016. Barriers to weight-related health behaviours: a qualitative comparison of the socioecological conditions between pregnant and post-partum low-income women. *Matern Child Nutr*, 12(2), 349-361.

- Gulliver, B. G.Fisher, J., & Roberts, L., 2008. A new way to assess pain in laboring women: replacing the rating scale with a “coping” algorithm. *Nursing for Women's Health*, 12(5), 404-408.
- Guszkowska, M., 2014. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2), 176-189.
- Güleç, D.Öztürk, R.Sevil, Ü., & Kazandı, M., 2014. Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 36-41.
- Gün, E. Ö. 2018. Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: karşılaştırmalı bir çalışma, Necmettin Erbakan University (Turkey)
- Gürol, A.Ejder Apay, S., & Sönmez, T., 2020. Effects of the labour fear on the prenatal attachment and determination of the affecting factors. *Archives of health science and research (Online)*, 7(2), 137-145.
- Gürsoy, B. 2023. Primipar gebelerde doğum korkusunun prenatal bağlanma ve doğum öz yeterlilik algısı ile ilişkisi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Haines, H.Pallant, J. F.Karlström, A., & Hildingsson, I., 2011. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560-567.
- Hall, W. A.Hauck, Y. L.Carty, E. M.Hutton, E. K.Fenwick, J., & Stoll, K., 2009. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 567-576.
- Halvorsen, L.Nerum, H.Øian, P., & Sørli, T., 2008. Is there an association between psychological stress and request for caesarian section? *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 128(12), 1388-1391.
- Handelzalts, J. E.Fisher, S.Sadan, O., & Goldzweig, G., 2017. Object relations, unconscious defences and fear of childbirth, as reflected in maternal-request caesarean section. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(1), 91-102.
- Hanna Leena Melender, R., 2002. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Heimstad, R.Dahloe, R.Laache, I.Skogvoll, E., & Schei, B., 2006. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(4), 435-440.
- Hildingsson, I.Haines, H.Karlström, A., & Nystedt, A., 2017. Presence and process of fear of birth during pregnancy—Findings from a longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(5), e242-e247.
- Hildingsson, I.Nilsson, C.Karlström, A., & Lundgren, I., 2011. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543.
- Hildingsson, I.Rådestad, I.Rubertsson, C., & Waldenström, U., 2002. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(6), 618-623.
- Hofberg, K., & Brockington, I., 2000. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85.
- Hofberg, K., & Brockington, I., 2002. Tokophobia: A morbid dread of childbirth. *European Psychiatry*, 17(S1), 153s-153s.
- Hofberg, K., & Ward, M. R., 2003. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*, 79(935), 505-510.

- Hofberg, K., & Ward, M. R., 2004. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric–psychiatric interface. *Clinical obstetrics and gynecology*, 47(3), 527-534.
- Horn, G., & D’Angelo, D., 2017. Does the coping assessment for laboring moms (CALM) scale enhance perception of nursing presence? *Nursing for Women's Health*, 21(5), 360-371.
- HSGM, 2018. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- Huang, J.Huang, J.Li, Y., & Liao, B., 2021. The prevalence and predictors of fear of childbirth among pregnant Chinese women: a hierarchical regression analysis. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 21 1-10.
- Huda, M. M.O’Flaherty, M.Finlay, J. E., & Al Mamun, A., 2021. Time trends and sociodemographic inequalities in the prevalence of adolescent motherhood in 74 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(1), 26-36.
- ICMC, 2017. International definition of the midwife. .
- Iliska, M.Brandt-Salmeri, A.Kołodziej-Zaleska, A.Banaś, E.Gelner, H., & Cnota, W., 2021. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific Reports*, 11(1), 4397.
- Isbir, G. G., & Serçekus, P., 2017. The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research*, 25(2), 112-119.
- Işık, M. 2021. Adölesan gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesiyle doğum korkusunun değerlendirilmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- James, D. K.Steer, P. J.Weiner, C. P., & Gonik, B. 2010. High risk pregnancy e-book: Management options-expert consultElsevier Health Sciences.
- James, S.Van Rooyen, D., & Juanita Strümpher, D., 2012. Experiences of teenage pregnancy among Xhosa families. *Midwifery*, 28(2), 190-197.
- Johnston, R., & Brown, A., 2013. Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*, 29(11), 1244-1250.
- Jolly, M. C.Sebire, N.Harris, J.Robinson, S., & Regan, L., 2000. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstetrics & Gynecology*, 96(6), 962-966.
- Kabakian-Khasholian, T.El-Nemer, A., & Bashour, H., 2015. Halk eğitiminde iş arkadaşı ile ilgili algılamalar üç Arap ülkesindeki hastaneler. *Int J Gynaecol Obstet*, 129 223-226.
- Kamali, A.Akbari, S.Norouzi, A., & Shokrpour, M., 2018. Comparison stage of vaginal delivery in painless labor with epidural & spinal analgesia. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 9 82-86.
- Kanellopoulos, D., & Gourounti, K., 2022. Tocophobia and women's desire for a caesarean section: a systematic review. *Maedica*, 17(1), 186.
- Kara, T.Doğan, K.Alyanak, B., & Akaltun, İ., 2017. An evaluation of sociodemographic characteristics and pregnancy-related psychological problems in pregnant adolescents. *Ankara Medical Journal*, 17(3), 151-159.
- Kara, T.Doğan, K.Alyanak, B., & Akaltun, İ., 2017. Gebe Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Gebelikle İlgili Ruhsal Sorunların Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(3), 151-159.

- Karabulutlu, Ö., 2012. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218.
- Karaçam, Z., & Akyüz, E., 2011. Supportive care in labor and the rol of midwife/nurse. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 45-53.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I., 2011. Behind the myth—few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27(5), 620-627.
- Kaya, A. 2020. Gebelerde Doğum Korkusu ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi Konya Üniversitesi
- Kaya, N., & Güler, H., 2021. Türk toplumunda doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 69-75.
- Kaya Zaman, F., Özkan, N., & Toprak, D., 2018. Gebelikte depresyon ve anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*.
- Kaynak Malatyalı, M., 2014. Türkiye’de ‘çocuk gelin’ sorunu. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 2(03), 27-38.
- Keklikçi, S. 2018. Primiparlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi
- Keskin, U., & MF, K., 2018. Adolesan dönemi ve gebelikler. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(5), 33-38.
- Keskinoglu, P., Bilgic, N., Picakciefe, M., Giray, H., Karakus, N., & Gunay, T., 2007. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(1), 19-24.
- Khwepeya, M., Lee, G. T., Chen, S.-R., & Kuo, S.-Y., 2018. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 18 1-10.
- Kıdak, L., 2008. Ergen sağlığı yönetimi: ulusların gelecekleri ile ilgili umutlarının anahtarı. *Sosyal Bilimler*, 6(1), 62-80.
- Kılıç, A., & Gurkan, O. C., 2021. Gebelik, Doğum Ve Doğum Sonrası Dönemde Müzik Terapinin Kanıt Temelli Kullanımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 47-60.
- Kırmızıgül, E. I., Şahin, S., Yılmaz, S. T., & Şahin, D., Riskli gebelerin doğum korkusu, emzirme özyeterlilik ve emzirme başarılarının belirlenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(3), 410-425.
- Kitapçıoğlu, G., Yanıkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D., 2008. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması.
- Kızılrırmak, A., & Başer, M., 2016. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29 19-24.
- Kızılkaya, M., 2020. Gebelerde doğum beklentisi ve doğum yöntemi tercih nedenlerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi.
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A. K., & Alehagen, S., 2008. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of reproductive and infant psychology*, 26(4), 340-350.
- Klabbers, G. A., Paarlberg, K. M., & Vingerhoets, A., 2018. Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3(1), 1-7.
- Klabbers, G. A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H., & Vingerhoets, A. J., 2014. Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter

- randomized controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine*, 14 1-10.
- Klabbers, G. A. Wijma, K. Paarlberg, K. M. Emons, W. H., & Vingerhoets, A. J., 2019. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 38-47.
- Klein, J. D., & Adolescence, C. o., 2005. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116(1), 281-286.
- Köknel, Ö., 1990. *Tabular-takıntılar-saplantılar*. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köroğlu, E. 2006. *Kaygılarımız korkularımız* HYB Yayıncılık.
- Körükçü, Ö. Deliktaş, A. Aydın, R., & Kabukcuoğlu, K., 2017. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7(4), 159-165.
- Körükçü, H. Ö., 2009. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği A versiyonunun gerçeklik ve güvenilirlik çalışması.
- Körükçü, O. Kukul, K., & Firat, M., 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.
- Köse, S., & Pasinlioğlu, T., 2015. Gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisi. *JACS Dergisi*, 2 49-63.
- Kramer, K. L., & Lancaster, J. B., 2010. Teen motherhood in cross-cultural perspective. *Annals of human biology*, 37(5), 613-628.
- Kring, A. M. Johnson, S. Davison, G., & Neale, J., 2015. *Anormal psikoloji*. Muzaffer Şahin (Çev. Ed.), Ankara: Nobel.
- Kural, B. 2021. Doğum öncesi dönemde eş desteğinin gebelik ve doğum korkusuna olan etkisi, Yüksek lisans tezi). Ulusal tez merkezi. 681392
- Laursen, M. Hedegaard, M., & Johansen, C., 2008. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 354-360.
- Lazoğlu, M. 2014. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması
- Leftwich, H. K., & Alves, M. V. O., 2017. Adolescent pregnancy. *Pediatric Clinics*, 64(2), 381-388.
- Levin, B. L., & Becker, M. A. 2010. *A public health perspective of women's mental health* Springer.
- Lilliecreutz, C. Josefsson, A. Mohammed, H. Josefsson, A., & Sydsjö, G., 2021. Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden—A case-control study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 100(6), 1068-1074.
- Lopukhova, O. G., & Kashshapova, E. V., 2015. Fear of childbirth in pregnant women: External and internal factors. *Psychology in Russia*, 8(4), 114.
- Lothian, J., 2008. Promoting, protecting, and supporting normal birth. *Journal of Perinatal Education*, 13(2).
- Lowe, N. K., 2000. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-224.
- Lukasse, M., 2011. Childhood abuse: pregnancy and childbirth.

- Malabarey, O. T.Balayla, J.Klam, S. L.Shrim, A., & Abenhaim, H. A., 2012. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(2), 98-102.
- Malary, M.Moosazadeh, M.Amerian, M.Sabetghadam, S., & Keramat, A., 2022. Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Different Pregnancy Trimesters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 32(2), 98-108.
- Mamuk, R., & Nİ, D., 2010. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
- Marieb, E., 1995. *Human Anatomy and Physiology*. California: The Benjamin Cummings Publishing Company 474-475.
- McCarthy, F. P.O'Brien, U., & Kenny, L. C., 2014. The management of teenage pregnancy. *bmj*, 349.
- McKay, A., 2012. Trends in Canadian national and provincial/territorial teen pregnancy rates: 2001-2010. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 21(3/4), 161.
- McKinney, D., 2006. A Qualitative Study of the Bradley Method of Childbirth Education. *International Journal of Childbirth Education*, 21(3).
- Melekoğlu, R.Evrüke, C.Kafadar, T.MISIRLIOĞLU, S.Büyükkurt, S., & Özgünen, F. T., 2013. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology*, 10(4).
- Melender, H.-L., 2002. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256-263.
- Mete, S.Çiçek, Ö.Aluş Tokat, M.Çamlıbel, M., & Uludağ, E., 2017. Doğuma Hazırlık Sınırlarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(3).
- Mete, S.Çiçek, Ö., & Uludağ, E., 2016. Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 101-104.
- Meydanlı, M. M.Çalışkan, E.Ecemiş, T.Arller, S.Dölen, İ., & Haberal, A., 2000. Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 10(2), 98-103.
- Mikulincer, M.Kedem, P., & Paz, D., 1990. Anxiety and categorization—1. The structure and boundaries of mental categories. *Personality and individual differences*, 11(8), 805-814.
- Moghaddam, H. T.Bahreini, A.Abbasi, M. A.Fazli, F., & Saeidi, M., 2016. Adolescence Health: the needs, problems and attention. *Int J Pediatr*, 4(2), 1423-1438.
- Mohlander, M., & Ryding, E. L., 2013. Counseling can help women with fear of childbirth. A visit to the Aurora Center in Stockholm assessed by questionnaire survey. *Lakartidningen*, 110(12), 618-620.
- Moisan, C.Baril, C.Muckle, G., & Belanger, R. E., 2016. Teen pregnancy in Inuit communities—gaps still needed to be filled. *International journal of circumpolar health*, 75(1), 31790.
- Molgora, S.Fenaroli, V.Prino, L. E.Rollè, L.Sechi, C.Trovato, A., . . . Lucarelli, L., 2018. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth*, 31(2), 117-123.
- Mongan, M. 2016. *HypnoBirthing: the Mongan method*Souvenir Press Limited.

- Mortazavi, F., & Agah, J., 2018. Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman medical journal*, 33(6), 497.
- Naim, M., & Bhutto, E., 2000. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *Journal-Pakistan Medical Association*, 50(1), 38-43.
- Napso, T.Yong, H. E.Lopez-Tello, J., & Sferruzzi-Perri, A. N., 2018. The role of placental hormones in mediating maternal adaptations to support pregnancy and lactation. *Frontiers in Physiology*, 9 1091.
- Nieminen, K.Andersson, G.Wijma, B.Ryding, E.-L., & Wijma, K., 2016. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(2), 37-43.
- Nieminen, K.Stephansson, O., & Ryding, E. L., 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813.
- Nilsson, C.Lundgren, I.Karlström, A., & Hildingsson, I., 2012. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114-121.
- Nkhoma, D. E.Lin, C.-P.Katengeza, H. L.Soko, C. J.Estinfort, W.Wang, Y.-C., . . . Iqbal, U., 2020. Girls' empowerment and adolescent pregnancy: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1664.
- O'Connell, M. A.Leahy Warren, P.Kenny, L. C.O'Neill, S. M., & Khashan, A. S., 2019. The prevalence and risk factors of fear of childbirth among pregnant women: A cross-sectional study in Ireland. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 98(8), 1014-1023.
- Ogbole-Nwasor, E. O., & Adaji, S. E., 2014. Between pain and pleasure: Pregnant women's knowledge and preferences for pain relief in labor, a pilot study from Zaria, Northern Nigeria. *Saudi journal of anaesthesia*, 8(Suppl 1), S20-S24.
- Oğurlu, M. 2020. Gebelerde eş şiddetinin doğum korkusuna etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Okayer Özer, B., 2023. Gebelerin doğum korkusu ve travmatik doğum algıları ile doğum tercihlerinin incelenmesi. Mersin Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- Okayer Özer, B., 2023. Gebelerin doğum korkusu ve travmatik doğum algıları ile doğum tercihlerinin incelenmesi. ersin Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- Okumus, F., & Sahin, N., 2017. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *Northern clinics of Istanbul*, 4(3), 247.
- Onchonga, D.MoghaddamHosseini, V.Keraka, M., & Várnagy, Á., 2020. Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24 100510.
- Oner, S.Yapici, G.Kurt, A. O.Sasmaz, T., & Bugdayci, R., 2012. The sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. *Asian Pacific journal of reproduction*, 1(2), 135-141.
- Onrat, T. 2018. Gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir

- Öçal, S. E., & Saruhan, A., 2023. Adölesan Gebelerin Gebelik ve Anneliğe Uyumları. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8(1), 61-68.
- Öner, N., & LeCompte, W. A. 1998. Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri: el kitabıBoğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- Özbey, S., 2012. An Investigationon Couples' Perceived Social Support in Terms of Some Certain Characteristics of The Family. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(1), 167-181.
- Özdamar, Ö.Yılmaz, O.Beyca, H., & Muhcu, M., 2014. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar (Common psychiatric disorders in pregnancy and postpartum period). Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45(2), 71-77.
- Özdemir, N.Yalçın, S., & Kariptaş, E., 2019. Demografik Özellikler Ve Sigara İçme Durumu Açısından Gebelerin Doğum Öncesi Ve Sonrası Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 34-45.
- Özer, G., 2006. Adölesan Gebelerin Yaşam Kalite-lerini İncelemesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yük-sekokulu Mezuniyet Tezi, İzmir.
- Özgüven, T., 1994. Psikolojik Testler. Ankara: Yeni Doğuş Matbaası.
- Öznas, S. 2019. Gebelerde doğum korkusunu etkileyen bilişsel faktörlerin incelenmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi
- Öztürk, T. 2014. Travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinde hemşirelik desteğinin etkisi, Marmara Üniversitesi (Turkey)
- Pang, M. W.Leung, T. N.Lau, T. K., & Hang Chung, T. K., 2008. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. Birth, 35(2), 121-128.
- Parlaz, E. A.Tekgöl, N.Karademirci, E., & Öngel, K., 2012. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. Turkish Family Physician, 3(2), 10-16.
- Pepe, M., & Ege, E., 2019. Erken gebelik dönemi bulantı kusmanın anksiyete düzeyine etkisi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 5(1), 22-40.
- Phunyammalee, M.Buayaem, T., & Boriboonhirunsarn, D., 2019. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39(6), 763-767.
- Poikkeus, P.Saisto, T.Unkila-Kallio, L.Punamaki, R. L.Repokari, L.Vilksa, S., . . . Tulppala, M., 2006. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. Obstetrics & Gynecology, 108(1), 70-76.
- Puşuroğlu, M., 2021. Tokofobi. Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi, 2(3), 34-38.
- Puşuroğlu, M., & Hocaoglu, Ç., 2021. Tokofobi. Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi 2(2).
- Ravid, E.Salzer, L.Arnon, L.Eisner, M.Wiznitzer, A.Weller, A., . . . Hadar, E., 2018. Is there an association between maternal anxiety propensity and pregnancy outcomes? BMC Pregnancy and Childbirth, 18 1-6.
- Reck, C.Zimmer, K.Dubber, S.Zipser, B.Schlehe, B., & Gawlik, S., 2013. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. Archives of women's mental health, 16 363-369.
- Reiger, K., & Dempsey, R., 2006. Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. Health sociology review, 15(4), 364-373.

- Reiner, R. C.Olsen, H. E.Ikeda, C. T.Echko, M. M.Ballestreros, K. E.Manguerra, H., . . . Smith, A., 2019. Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017: findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2017 study. *JAMA pediatrics*, 173(6), e190337-e190337.
- Rini, C.Schetter, C. D.Hobel, C. J.Glynn, L. M., & Sandman, C. A., 2006. Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13(2), 207-229.
- Roberts, L.Gulliver, B.Fisher, J., & Cloyes, K. G., 2010. The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 107-116.
- Rouhe, H.Salmela Aro, K.Halmesmäki, E., & Saisto, T., 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73.
- Rowbottom, S. 2007. Giving girls today & tomorrow: breaking the cycle of adolescent pregnancyUnited Nations Population Fund.
- Ryding, E.Wijma, B.Wijma, K., & Rydhström, H., 1998. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Ryding, E. L.Persson, A.Onell, C., & Kvist, L., 2003. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10-17.
- Sagalova, V.Le Dain, A.-S.Bärnighausen, T.Zagre, N. M., & Vollmer, S., 2021. Does early childbearing affect utilization of antenatal care services and infant birth weight: Evidence from West and Central African Region. *Journal of Global Health*, 11.
- Sağlık Bakanlığı, T., 2012. Birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri. Ankara: Sağlık.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E., 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Saisto, T.Salmela-Aro, K.Nurmi, J.-E., & Halmesmäki, E., 2001. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Saisto, T.Toivanen, R.Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E., 2006. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315-1319.
- Saisto, T.Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E., 1999. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5 Part 1), 679-682.
- Salazar-Pousada, D.Arroyo, D.Hidalgo, L.Pérez-Lopez, F. R., & Chedraui, P., 2010. Depressive symptoms and resilience among pregnant adolescents: a case-control study. *Obstetrics and gynecology international*, 2010.
- Salomonsson, B.Berterö, C., & Alehagen, S., 2013. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(2), 191-202.
- Sámano, R.Martínez-Rojano, H.Robichaux, D.Rodríguez-Ventura, A. L.Sánchez-Jiménez, B.de la Luz Hoyuela, M., . . . Segovia, S., 2017. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 17 1-16.

- Sani, R. M., 2015. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 2.
- Scholl, T. O.Hediger, M. L., & Belsky, D. H., 1994. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. Journal of adolescent health, 15(6), 444-456.
- Scollato, A., & Lampasona, R., 2013. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 1(1).
- Seçkin, K. D.Yücel, B.Karlı, M. F.Özdemir, Ç.Toğrul, C.Çelik, E., . . . Yıldırım, G., 2016. Adölesan doğumların demografik özellikleri ve maternal-fetal sonuçları: İstanbul'da referans bir hastanede gerçekleştirilen olgu-kontrol çalışması.
- Sen, E.Dal, N. A.Dağ, H., & Senveli, S., 2015. The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. Nursing Practice Today, 2(1), 25-33.
- Serçekuş, P., 2005. Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.
- Serçekuş, P., 2011. Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.
- Serçekuş, P., & Okumuş, H., 2009. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery, 25(2), 155-162.
- Sert Karaaslan, Y., & Yener, D., 2018. Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranı Türkiye'de 2017. Anadolu Ajansı Haberi.(Erişim Tarihi: 30/05/2017) Erişim adresi: <http://aa.com.tr/tr/gunun-basliklari/dunyadaen-yukse-sezaryen-orani-turkiyede/763733>.
- Sertbaş, G., & Bahar, A., 2004. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 5 39-44.
- Sezen, C., & Ünsalver, B. Ö., 2018. Doğum Korkusu Ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Gözden Geçirme Ve Pilot Çalışma. The Journal of Neurobehavioral Sciences, 5(1), 29-36.
- Sheen, K., & Slade, P., 2018. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing, 27(13-14), 2523-2535.
- Sjögren, B., 1997. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 18(4), 266-272.
- Sjögren, B., & Thomassen, P., 1997. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 76(10), 948-952.
- Soares, N. N.Mattar, R.Camano, L., & Torloni, M. R., 2010. Iron deficiency anemia and iron stores in adult and adolescent women in pregnancy. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 89(3), 343-349.
- Söğüt, Ö., & İnkaya, B., 2022. Gestasyonel diyabetli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi ve doğuma karşı tutumun incelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu, 7(1), 70-81.
- Spice, K.Jones, S. L.Hadjistavropoulos, H. D.Kowalyk, K., & Stewart, S. H., 2009. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30(3), 168-174.
- Spielberger, C. D., 1983. State-trait anxiety inventory for adults.

- Stoll, K.Hauck, Y.Downe, S.Edmonds, J.Gross, M. M.Malott, A., . . . Hall, W. A., 2016. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8 49-54.
- Storksen, H. T.Eberhard-Gran, M.GARTHUS-NIEGEL, S., & Eskild, A., 2012. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237-242.
- Størksen, H. T.Garthus-Niegel, S.Adams, S. S.Vangen, S., & Eberhard-Gran, M., 2015. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 15 1-10.
- Størksen, H. T.Garthus-Niegel, S.Vangen, S., & Eberhard-Gran, M., 2013. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324.
- Striebich, S.Mattern, E., & Ayerle, G. M., 2018. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia—A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61 97-115.
- Subaşı, B.Özcan, H.Pekçetin, S.Göker, B.Tunç, S., & Budak, B., 2013. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167.
- Swencionis, C.Rendell, S. L.Dolce, K.Massry, S., & Mongan, M., 2012. Outcomes of hypnobirthing. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 27(2), 120.
- Sydsjö, G.Angerbjörn, L.Palmquist, S.Bladh, M.Sydsjö, A., & Josefsson, A., 2013. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 92(2), 210-214.
- Şahin, E. M., & Kılıçarslan, S., 2010. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Balkan Medical Journal*, 2010(2), 51-58.
- Şahin, M., 2017. Davranışın Biyolojik Temelleri, Psikolojiye Giriş, Hamit Coşkun, Nilüfer Ş. Özabacı (Editörler), İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Şahin, M., 2019. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şahin, N., 2009. Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 93-98.
- Şahin, N.Hüsniye, D., & Dişsiz, M., 2009. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.
- Şahin, P. 2015. Gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü ...
- Şentürk İzmir, M. K. 2019. Riskli gebelerin prenatal bağlanma ve doğum korkusu yaşama durumlarının değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Şirin, F. 2016. Adölesan yaşta doğum yapan kadınların gebelik doğum ve doğum sonu döneme ilişkin özellikleri, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Şolt, A., & Yazıcı, S., 2015. Adölesan Gebelikler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 241-249.
- TACESE, Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
- Taner, C. E.Kırmızı, D.İriş, A., & Başoğlu, Ö., 2012. Adölesan gebeliklerin sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi*, 27(1), 6-10.
- Taşkın, L. 2019. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğiAkademisyen Kitabevi.
- Tavsancil, E., 2002. Measurement of attitudes and data analysis with SPSS. Nobel yayinlari, Ankara, Turkey.

- Tekgöz, İ.Sunay, D.Çaylan, A., & Kısa, C., 2009. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3).
- Ternström, E.Hildingsson, I.Haines, H., & Rubertsson, C., 2015. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-450.
- Tilghman, J., & Lovette, A., 2008. Prenatal care: The adolescent's perspective. *The Journal of Perinatal Education*, 17(2), 50-53.
- Timur, S., & Hotun-Şahin, N., 2010. Women's Social Support Preferences and Experiences During Labor. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing/Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1).
- TNSA, 2018. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Veri Analizi raporu.
- TNSA (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). TC Sağlık Bakanlığı, Yayın No: NEEHÜ. 19.01., 2018.
- TNSA, 2019. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
- TNSA, 2020. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Veri Analizi raporu.
- Toohill, J.Creedy, D. K.Gamble, J., & Fenwick, J., 2015. A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice—An Australian perspective. *Women and Birth*, 28(4), 310-316.
- Topaloğlu, S. 2019. Akut batın ameliyatı geçirmiş primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu, Marmara Üniversitesi (Turkey)
- Torloni, M. R.Betrán, A. P.Montilla, P.Scolaro, E.Seuc, A.Mazzoni, A., . . . Merialdi, M., 2013. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 13 1-8.
- Tunç, S.Kılıç, S.Tülü, İ. A.Devran, A.Akın, F., & Mollamahmutoğlu, L., 2008. 10-24 Yaş Arasındaki Adölesan Kızların Kişisel, Ruhsal, Sosyokültürel ve Politik Özelliklerinin İncelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3), 23-38.
- Turhan, N. 2018. Miadındaki Gebelerde Kaygı Ve Depresyonun Kilo Alımı İle İlişkisi
- TÜİK, 2018. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri.
- TÜİK, 2020. Turkish Statistical Institute database.
- TÜİK, 2022. Turkish Statistical Institute database.
- TÜİK, 2023. Turkish Statistical Institute database.
- Uçar, E. 2013. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği B versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Uçar, T., & Taşhan, S. T., 2018. Gebelik öncesi doğum korkusu ölçeğinin Türkçe uyarlaması: kadın ve erkeklerde geçerlik ve güvenirlik çalışması.
- Ulusoy, M.Sahin, N. H., & Erkmen, H., 1998. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163.
- UNFPA, N. D., 2020. Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Araştırması Raporu. Ankara: Damla Yayıncılık(s 5).
- UNICEF, 2015. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice.
- UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund. Child marriage.
- Uzbay, İ. T., 2002. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.

- Uzun, A. K., & Şimşek Orhon, F., 2013. Adolesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 66(1), 19-23.
- Üst, Z.Pasinlioğlu, T., & Özkan, H., 2013. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi, 16(2), 110-115.
- Vatansever, Z., & Okumuş, H., 2013. The study of decision making about the delivery type of pregnant women. DEUHYO ED, 6(2), 82-87.
- Ventura, S. J.Hamilton, B. E., & Matthews, T., 2014. National and state patterns of teen births in the United States, 1940-2013. National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 63(4), 1-34.
- Waldenström, U.Hildingsson, I., & Ryding, E.-L., 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113(6), 638-646.
- Walsh, L. V. 2001. Midwifery: community-based care during the childbearing yearSaunders.
- Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'?, Taylor & Francis. 24: 141-143.
- Wijma, K.Wijma, B., & Zar, M., 1998. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 19(2), 84-97.
- Wilson, R. E.Alio, A. P.Kirby, R. S., & Salihu, H. M., 2008. Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. Archives of gynecology and obstetrics, 278 231-236.
- Wong, S. P.Twynstra, J.Gilliland, J. A.Cook, J. L., & Seabrook, J. A., 2020. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a Canadian sample. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 33(2), 153-159.
- Woods, J. L.Shew, M. L.Tu, W.Ofner, S.Ott, M. A., & Fortenberry, J. D., 2006. Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users. Journal of adolescent health, 39(3), 381-387.
- Yağmur, Y., & Çubuk, M. M., 2017. Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. Annals of Health Sciences Research, 6(1), 7-11.
- Yakubu, I., & Salisu, W. J., 2018. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. Reproductive health, 15 1-11.
- Yakut, E. Y. 2015. Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Yalçınsoy, H. 2019. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Yastı, E. 2020. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde Gebelik Öncesi Doğum Korkusunun Belirlenmesi, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)
- Yaylaoğlu, Ö., & Zengin, N., 2023. Gebelerde Doğum Korkusu ve Spiritüel İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 8(1).
- Yiğit Günay, E. 2013. Gebelerde kaygı düzeyi:Cambridge Kaygı Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Yıldırım, A. 2022. Gebelikte yaşanan doğum korkusunun depresyon ve anksiyete ile ilişkisi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

- Yıldırım, G., 2005. Doğum eyleminde uygulanan ıkınma tekniğinin anne ve fetüs üzerindeki etkileri. İstanbul Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Yuen, W. S.Lo, H. C.Wong, W. N., & Ngai, F. W., 2022. The effectiveness of psychoeducation interventions on prenatal attachment: A systematic review. *Midwifery*, 104 103184.
- Zaman, F. K.Özkan, N., & Toprak, D., 2018. Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Artarmı? *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 20-25.
- Zar, M.Wijma, K., & Wijma, B., 2001. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.



EKLER**EK-1 TANITICI BİLGİ FORMU**

Bu çalışma, adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Anketi cevaplamanız yaklaşık 10 dakika sürecektir. Tüm soruları yanıtlamanız araştırmam için önemlidir. Araştırmanın uygulanması için gerekli izinler alınmıştır. Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK

Araştırmacı Melek KAYIR

**TANITICI BİLGİ FORMU ADÖLESAN GEBELER İLE YETİŞKİN GEBELERİN
DOĞUM KORKUSU DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Anket No:.....

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİLER

1-Yaşınız?.....

2-Eğitim durumunuz?

()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Ön lisans ()Lisans ()Yüksek Lisans ()Doktora

3-Çalışma durumunuz?

()Evet ()Hayır

4-Mesleğiniz?.....

5-Aile Tipiniz?

()Çekirdek ()Geniş

6-Sosyal Güvenceniz Var Mı?

()Evet ()Hayır

7-Ekonomik durumunuz?

()Gelirim Giderimi Karşılıyor

()Gelirim Giderimden Fazla

()Gelirim Giderimden Az

8-Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Kronik Bir Hastalığınız Var Mı?

()Evet ()Hayır

9-Gebeliğiniz planlı mı oluştu?

()Evet ()Hayır

10-Siz ve eşiniz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?

() Her ikimizde istiyoruz.
 ()Eşim istiyor; ama ben istemiyorum.
 () Ben istiyorum; ama eşim istemiyor.
 ()Her ikimizde istemiyoruz.

11- Eşiniz, şimdiki gebeliğiniz süresince ve sonrasında size bu dönemlerde duygusal veya fiziksel destek oldu mu?

()Evet ()Hayır

12-Şimdiki gebeliğinizde gebelik ve doğuma yönelik bilgi aldınız mı?

()Evet ()Hayır

(Cevabınız evet ise bir sonraki soruyu yanıtlayınız.)

13- Bu bilgiyi nereden aldınız?

()Sağlık personelinin
 ()Gebe eğitim kitaplarından
 ()Gebe eğitim kursundan
 ()İnternette
 ()Çevremdeki arkadaş ve yakınlarımdan
 ()Diğer.....

OBSTETRİK BİLGİLER

1-Evlenme yaşıınız?

....

2-İlk gebelik yaşıınız?

....

3-Gebelik öncesi vücut ağırlığınız?

....

4-Şuan ki vücut ağırlığınız

....

5- Gebelikten önce kontrasepsiyon kullandınız mı ?

()Evet ()Hayır

6-Gebelik haftanız?.....

7-Geçmiş gebelik öyküsü

a-)Yaşayan çocuk sayısı....

b-)Ölü doğum....

c-)Abortus(düşük).....

d-)Kürtaj....

8-Parite durumu ?

a-)Vajinal doğum...

b-)Primar gebelik durumu...

9-Gebelik boyunca doktor kontrollerinize düzenli olarak gittiniz mi?

()Evet ()Hayır

10-Gebelik süresince, gebeliğe bağlı oluşan bir hastalık (tansiyon, şeker, v.s.) ortaya çıktı mı?

()Evet ()Hayır

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Aşırı panik

Hiç
panik değil

20	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Aşırı
ümitsizlik

Ümitsizlik yok

21	<u>0</u>	1	2	3	4	5
----	----------	---	---	---	---	---

Aşırı çocuğa
kavuşma isteği

Hiç
çocuğa kavuşma isteği yok

22	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
----	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Aşırı
öz güvenli

Öz güveni
yok

23 0 1 2 3 4 5

Son derece
güvenli

Kendine
güvensiz

24	<u>0</u>	1	2	3	4	5
----	----------	---	---	---	---	---

Aşırı
ağrılı

Hiç
ağrı yok

IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
----	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Son derece kötü
bir şekilde davranacağım

Kötü bir
şekilde davranmayacağım

26	<u>0</u>	1	2	3	4	5
----	----------	---	---	---	---	---

Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim

**Bedenimin bütün kontrolü
sağlamasına izin vermeyeceğim**

27	<u>0</u>	1	2	3	4	5
----	----------	---	---	---	---	---

Kontrolümü tamamen kaybedeceğim

Kontrolümü
kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
keyif verici keyif verici değil

[illegible]

30		<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
	Tamamen olması gerektiği gibi							Hiç olması gerektiği gibi değil

[illegible]

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

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK 3 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ve endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	HİÇ	HAFİF DÜZEYDE Beni pek etkilemedi	ORTA DÜZEYDE Hoş değildi ama katlanabildim	CİDDİ DÜZEYDE Dayanmakta çok zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma var mı?				
2. Sıcak ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				

14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 4 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 404
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 07.08.2018
Toplantı No : 2018/10
Proje No : 18-KAEK-140

09.08.2018

Sayın, Prof.Dr. Funda DEMİRTÜRK

Etik Kurulumuzun 07.08.2018 tarihli toplantısında görüşülen 18-KAEK-140 kayıt numaralı **“Adölesan Gebeler ile Yetişkin Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerinin Karşılaştırılması”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğretim Üyesi Yalçın ÖNDER

Başkan V.

EK 5 KURUM ONAYI



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÇORUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇORUM EĞİTİM



Sayı : 23418205/
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı

Sayın: Melek GÖKSU
(Sungurlu Devlet Hastanesi Doğumhane Birimi Kat:2)
SUNGURLU/ÇORUM

İlgi: 15.08.2018 tarihli başvurunuz.

İlgi tarihli başvuruza istinaden; sorumlu araştırmacılığını yapacağınız “Adölesan Gebeler İle Yetişkin Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerinin Karşılaştırılması” isimli çalışmanın, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkında alınan Müdürlük Makamının 27.09.2018 tarih ve 23418205-799-E.679/77492303 sayılı Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı, Ön İzin Formu, Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkanlığının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren “Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkındaki Yönergenin 7. Maddesinde “Çalışma, ön izin alınmasına müteakip destekleyici tarafından sağlık tesisinden alınacak hizmetleri değerlendirmek üzere “Araştırma/Proje Bütçe Formu” ve ekleri ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna gönderilir. Eğer sağlık tesisinden alınacak hizmet yoksa çalışma Kuruma bilgi amaçlı gönderilir denilmekte olup, ilgili madde doğrultusunda işlem yapılması, destekleyici veya bilimsel çalışmayı yapan kişiler tarafından kurumla yapılan yazışmalardan tarafımıza bilgi verilmesi, çalışmanın başlayış ve bitiş tarihlerinin Başkanlığımıza bildirilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. İhsan DEMİRBAŞ
Başkan

EKLER:

- 1- Onay (1 Sayfa)
- 2- Ön İzin Formu (1 Sayfa)
- 3-Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (3 Sayfa)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fd2aed28-e9fd-40b3-bac9-8a6e22b1f23f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 23418205/
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

T.C. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde görev yapan Öğretim Üyesi Prof. Dr. Funda DEMİRTÜRK'nun koordinatörlüğünü, Ebe Melek GÖKSU'nun da sorumlu araştırmacılığını üstleneceği "Adölesan Gebeler İle Yetişkin Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerinin Karşılaştırılması" isimli çalışmanın, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine, klinik muayene veya servise yatışı yapılmış 3. Trimestir dönemdeki gebelere ölçek ve anket çalışmasının uygulanabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkındaki Ebe Melek GÖKSU'nun 15.08.2018 tarihli dilekçesi ve başvuru formları Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında; yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi ve Ar-Ge Birimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Komisyon Başkanı
Dr. İhsan DEMİRBAŞ
Başkan

Üye
Dr. Ali Faruk SÖNMEZ
Başkan Yardımcısı

Üye
Kürşat CAYGIN
Uzman

O L U R
.../09/2018

Uzm. Dr. Ömer SOBACI
İl Sağlık Müdürü

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dd627bfd-7cd2-4df5-8cef-5947425fa18f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.