



**KUŞAKLARARASI TRAVMATİK DOĞUM ALGISININ
NULLİPAR GEBELERDE DOĞUM KORKUSU ve GEBELİK
STRESİNE ETKİSİ**

Şule ÖZDEMİR

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ÜNVER**

Yüksek Lisans Tezi- 2021

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KUŞAKLARARASI TRAVMATİK DOĞUM ALGISININ NULLİPAR
GEBELERDE DOĞUM KORKUSU ve GEBELİK STRESİNE ETKİSİ**

Şule ÖZDEMİR

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ÜNVER**

**Bu Araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Tarafından
TYL-2021-2516 proje kodu ile desteklenmiştir.**

**MALATYA
2021**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik ve Gebelikte Görülen Değişimler.....	4
2.1.1. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler.....	4
2.1.2. Üreme Sisteminde Yaşanan Değişimler	5
2.1.3. Kardiyovasküler Sistemde Yaşanan Değişiklikler	6
2.1.4. Üriner Sistem Değişiklikleri	6
2.1.5. Solunum Sistemi Değişiklikleri	7
2.1.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	8
2.1.7. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	8
2.1.8. Metabolik Değişiklikler	9
2.1.9. Endokrin Sistem.....	9
2.1.10. Ciltte Yaşanan Değişimler	10
2.1.11. Sinir Sistemi.....	11
2.2. Gebelikte Psikososyal Değişimler	11
2.3. Travmatik Doğum Algısı ve Travmatik Doğum Algısını Etkileyen Faktörler.....	12
2.3.1. Sosyo-Demografik Faktörler	13
2.3.2. Prepartum Döneme İlişkin Faktörler	13
2.3.3. İntrapartum Döneme İlişkin Faktörler	13
2.3.4. Postpartum Döneme İlişkin Faktörler.....	15
2.3.5. Diğer Faktörler.....	15
2.4. Travmatik Doğumun Nesiller Arası Aktarımı	15
2.5. Gebelik Stresi.....	17
2.6. Doğum Korkusu.....	19
2.6.1. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması	20
2.6.2. Doğum Korkusunun Nedenleri	21

2.6.3. Doğum Korkusunun Doğum Sürecine Etkisi	22
2.7. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı	22
3. MATERYAL VE METOT	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu-Gebe	26
3.4.2. Kişisel Tanıtım Formu-Anne	26
3.4.3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	26
3.4.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu	27
3.4.5. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği	27
3.5. Verilerin Toplanması	28
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.7. Verilerin Analizi	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönleri	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	45
EKLER.....	59
EK-1. Özgeçmiş.....	59
EK-2. Kişisel Tanıtım Formu (gebe)	60
EK-3. Kişisel Tanıtım Formu (anne)	61
EK-4. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	62
EK-5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu.....	65
EK-6. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği	70
EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	73
EK-8. Kurum İzin Yazısı	74
EK-9. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Kullanım İzni	75
EK-10. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	76
EK-11. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Kullanım İzni	77
EK-12. Bilgilendirilmiş Olur Formu	78

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında kıymetli vaktini bana ayırıp bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve üzerimde büyük emeği olan, sıkıştırmadan, sabırla ve mükemmel bir anlayışla eğitim sürecimi tamamlamama destek olan saygı değer danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Hacer Ünver'e,

Lisans eğitimimle birlikte, kadınlara dokunabildiğim her alanda ve yüksek lisans boyunca da kendisini her konuda daima rol model aldığım, tez savunmamın da jüri üyesi olarak tezime verdiği büyük katkılarından dolayı, kendisine sonsuz saygı ve sevgi duyduğum çok değerli hocam Doç. Dr. Tuba Uçar' a ve tez savunması sınavımda yer alan, destek ve katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Funda Kavak Budak'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Didem Şimşek Küçükkelepçe'ye, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra Güney'e, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca elinden geldiğince isteklerimi çevirmeyip bana destek olan sevgili lisans arkadaşım Araştırma Görevlisi Sümeyye Altıparmak'a ve katkılarından dolayı bütün İnönü ebelik ailesine,

Lisans eğitimimden itibaren daima yanımda olup hiç şikayet etmeden, desteğini, sevgisini esirgemeyen sevgili eşim Yusuf Özdemir'e,

Ve tabiki her konuda arkamda olup, yaptığım her işle gururlanıp, büyük fedakarlıkla beni destekleyen, kızım Damla Naz 'ı, değerli vaktinden çaldığım zamanı ona hissettirmeden büyüten canım annem Elif Karagülle'ye ve babam Osman Karagülle'ye, yüksek lisans eğitimim boyunca her sıkıştığım da bana bir çıkış yolu bulan kardeşim Yasin Karagülle'ye ve varlıklarının bile bana destek olarak yettiği kız kardeşim, canım abim ve sevgili eşine (ikinci kız kardeşim olur kendileri),

İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, aile hekimlerine, tezime katılmayı kabul eden tüm gebeler ve annelerine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şule ÖZDEMİR

ÖZET

Kuşaklararası Travmatik Doğum Algısının Nullipar Gebelerde Doğum Korkusu ve Gebelik Stresine Etkisi

Amaç: Araştırma nullipar gebelerde kuşaklararası travmatik doğum algısının doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve metot: Araştırma Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) Temmuz 2020-Ağustos 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini belirlenen ASM'lere kayıtlı toplam 294 nullipar gebe ve bu gebelerin anneleri oluşturmuştur (N=588). Araştırmanın örneklemini 180 gebe ve 180 anne oluşturdu (n=360). Veriler, Kişisel Tanıtım Formu, TDAÖ, GSDÖ-36 ve W-DEQ A kullanılarak elde edildi.

Bulgular: Gebelerin %37.8'inin annelerinin ise %33.9'unun "orta" düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu saptandı. Gebelerin %66.7'sinin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edildi. Gebelerin ortalamaya yakın düzeyde gebelik stresi yaşadığı (66.82 ± 24.38) belirlendi. Gebelerde TDAÖ toplam puan ortalaması ile GSDÖ-36 toplam ve tüm alt boyut puan ortalaması ve TDAÖ (anne) puan ortalaması arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p<0.05$). Gebelerde TDAÖ toplam puan ortalaması ile W-DEQ A arasında ise zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$, $r=0.207$). Araştırmaya katılan gebelerin TDA'sını açıklamada annelerdeki TDA %25 oranında, W-DEQ A %4 oranında, GSDÖ-36 %34 oranında istatistiksel öneme sahip olduğu saptandı ($p<0.001$, $p<0.05$).

Sonuç: Gebelerin travmatik doğum algısını açıklamada annenin travmatik doğum algısı, gebelik stresi ve doğum korkusunun istatistiksel öneme sahip olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Algı, ebelik, gebelik, korku, nulliparite, stres, vajinal doğum

ABSTRACT

The Effect of Perception of Intergenerational Traumatic Birth on Fear of Birth and Pregnancy Stress in Nullipar Pregnants

Aim: The research was done to determine the effect of intergenerational traumatic birth perception on fear of childbirth and pregnancy stress in nullipar pregnant women.

Material and Method: The research was carried out at Family Health Centers in Malatya city center between July 2020 and August 2021. The population of the study consisted of a total of 294 nullipar pregnant women registered at the designated Family Health Centers and their mothers (N=588). The sample of the study consisted of 180 pregnant women and 180 mothers (n=360). Data were obtained by using the Self-Identification Form, TDAÖ, GSDÖ-36, and W-DEQ A.

Results: 37.8% of the pregnant women and 33.9% of their mothers were found they had "medium" perception of traumatic birth. 66.7% of pregnant women were found they have clinical fear of childbirth. It was determined that pregnant women experienced pregnancy stress at a level close to the average (66.82 ± 24.38). It was observed that there was a moderately positive and significant relationship between the total mean score of the TDAÖ in Pregnants and the mean score of the GSDÖ-36 total and all sub-dimensions, and the TDAÖ (mother) score ($p < 0.05$). It was determined that there was a weakly positive and significant relationship between the mean total score of the TDAÖ in Pregnants and the W-DEQ A. ($p < 0.05$, $r = 0.207$). It was determined that in explaining the TDAÖ of the pregnant women who participated in the study, the TDAÖ in mothers was 25%, W-DEQ A was 4%, and the GSDÖ-36 had a statistical significance of 34%.

Conclusion: It was seen that the mother's of pregnant perception of traumatic birth, pregnancy stress and fear of childbirth had statistical significance in explaining the traumatic birth perception of the pregnant women.

Keywords: Perception, midwifery, pregnancy, fear, nulliparity, stress, vaginal birth

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders -Five
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Follicle-Stimulating Hormon
GSDÖ-36	: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği
IVF	: In Vitro Fertilization
LH	: Luteinizan Hormon
OECD	: Organisation For Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü)
TDAÖ	: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WDEQ A	: Wijma Doğum Deneyimi Beklentisi Ölçeği A Versiyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Gebelerin ve Annelerinin Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri	33
Şekil 4.2. W-DEQ A'ya Göre Gebelerin Doğum Korkusu Düzeyleri	33



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.2. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 4.3. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4.4. Katılımcıların TDAÖ, W-DEQ A ve GSDÖ-36 Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	34
Tablo 4.5. Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Annelerdeki Travmatik Doğum Algısı ve Gebelerdeki Stres, Doğum Korkusuyla İlişkisi	36
Tablo 4.6. Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Annelerindeki Travmatik Doğum Algısı, Gebelerde Gebelik Stresi ve Doğum Korkusuna İlişkin Regresyon Sonuçları	37

1. GİRİŞ

Gebelik anatomik, fizyolojik ve psikolojik birçok değişimler ile kadının doğum eylemine ve annelik rolüne hazırlandığı bir dönemdir (1, 2). Gebeler, doğum ve doğum sonu süreçle birlikte sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek birçok durumla karşı karşıya kalabilmektedir. Gebenin karşılaştığı bu olumsuz deneyimler kimi zaman gebe üzerinde travmatik etkiler bırakabilmektedir (3). Travmatik etkiler gebelik sürecinde yaşanan olumsuz olaylardan kaynaklanabildiği gibi doğum sürecinde yaşanan olumsuz deneyimlerle de şiddeti artarak travmatik doğum algısına yol açabilmektedir (4).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders -5, DSM-V) travmatik olayı “kişinin, ölüm, ciddi şekilde yaralanma ya da tehdit içeren olay (ları) yaşaması, tanık olması, kendi ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit sonucu, korku, çaresizlikten yoğun bir duygusal tepki yaşaması” olarak tanımlamaktadır (5). Çeşitli nedenlerle gebelerin doğum eylemi boyunca hareket özgürlüğünün kısıtlanması, epizyotomi uygulamasının rutin olarak yapılması, indüksiyon oranlarının artması ve doğumların genellikle yatay pozisyonlarda yaptırılması gibi durumlardan kaynaklı doğumun travmatik olarak algılamasına neden olmaktadır (6). Aynı zamanda bu algı, kişilik özelliklerinden, daha önce yaşanan doğum deneyiminden ve toplumun kültürel değerlerinden de etkilenmektedir (7).

Doğum deneyimlerini ve buna bağlı olumsuz psikolojik tepkileri tanımlamak için travmatik doğum kavramı kullanılmaktadır (8). Travmatik doğum yaşayan kadınlarda, gebelik ve doğum anında oluşabilecek komplikasyonlara neden olabilecek anksiyete bozuklukları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gibi mental sağlık problemleri de eklenebilmektedir (9). Doğumun travmatik olarak gerçekleşmesi durumunda hem kadın hem de ailesi üzerinde önemli etkiler bırakabilmekte ve tedavi edilmediği takdirde, etkileri yıllarca sürebilmektedir (10). Bununla birlikte, geçmişte yaşanan deneyimlerin gelecekte yaşanacak olan doğum deneyimini etkileyeceği, dolayısıyla yaşanan olumsuzlukların doğum eylemini travmatik bir deneyim haline dönüştüreceği belirtilmektedir (11-13). Bununla birlikte olayların travmatik olarak yaşanması hem travmayı geçiren kişiyi hem de çevresindeki kişileri etkilemekle kalmayıp gelecek nesilleride etkileyebileceği belirtilmektedir (14-16). Figley, C.R. bu

durumu tanımlamak için "ikincil travma" (17), "empatik travma" (15) "travmanın aktarımı" (18) gibi kavramları kullanmaktadır. Travmatik deneyimlerin bireyden bireye ve nesilden nesile nasıl aktarılabileceği bu kavramlar ile açıklanmaktadır. (14, 18-21). Travmanın nesiller arası aktarılması teorisine göre, bir aile üyesinin deneyimlediği travmatik yaşantıların etkileri daha sonra doğan diğer aile üyelerinde de görülebilmektedir (22). Bu durum, travmanın doğrudan travmaya maruz kalan kişilerle birlikte sonraki nesiller açısından da risk oluşturması anlamına gelmektedir (21). Yapılan bir çalışma özellikle epigenetik (DNA' nın kalıtsal, kimyasal değişimi) mekanizma ile travmatik olayların etkilerinin gelecek nesillere aktarıldığını göstermektedir (23). Yamagata ve arkadaşları tarafından ebeveynler ve çocukları ile yapılan ve duygu durum bozukluklarının nesiller arası aktarımın araştırıldığı çalışmada depresyon, kaygı ve korku gibi duygu durum bozukluklarının kadınlara özgü (anne-kız aktarımı) nesiller arası aktarımının olabileceği gösterilmiştir (24).

Travmatik doğumun değerlendirilmesinde korkunun önemli bir psikolojik tanı ölçütü olduğu bildirilmektedir (25). Gebeler doğum eyleminden çok çeşitli ve farklı düzeylerde korku duymaktadır (26). Gebelik döneminde görülen doğum korkusu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler ile daha önceki doğum deneyimlerinden etkilenmektedir (27, 28). Gebelerde bu korkuya neden olan etkenin araştırılarak belirlenmesinin doğum korkusunun aşılmasında çok önemli bir aşama olduğu belirtilmektedir (29). Yapılan çalışmalarda gebelerin daha önce yaşadıkları olumsuz doğum deneyimlerinin (perineal yırtıklar, müdahaleli doğum eylemi, doğum sırasında bebeğin zarar görmesi, sağlık personelinin olumsuz davranışlarına maruz kalma gibi) doğum korkusuna yol açtığı belirlenmiştir (30-32). Gebenin doğumda yaşadığı korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesinde, son doğumuna ilişkin değerlendirmenin önemli rol oynadığı belirtilmektedir (33). Yapılan bir çalışmada gebelik anksiyetesi doğum korkusu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hem depresyon hem anksiyete yaşayan kadınlarda doğum korkusu 11 kat, her iki durumdan yalnızca birini yaşayan kadınlarda ise 2.4 kat daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (34). Doğum korkusuna neden olan biyolojik faktörlere bakıldığında ise en önemli faktörün doğum ağrısı olduğu bilinmektedir (30). Doğumda yaşanan bu ağrı kadının stres düzeyini artırarak kaygı ve korku yaşamasına sebep olabilmektedir (35).

Gebelikte ve doğumda yaşanan kaygı ve korku kadınlarda doğum şekli tercihini de etkileyecektir. Gözükara ve Eroğlu'nun yaptıkları çalışmada sezaryen doğum isteme

nedenleri arasında en fazla (%71.1) doğum ve doğum ağrısından dolayı yaşanan korku olduğu belirlenmiştir (36). Ülkemizin uluslararası sezaryen ile doğumlarda %54.9 ile birinci sırada yer alması önemli bir sağlık sorununu ortaya koymuştur. İsteğe bağlı sezaryen oranının azaltılmasına ve vajinal doğumun desteklenmesine yönelik girişimler büyük önem kazanmıştır (28, 37). Nitekim İsveç'te yapılan bir çalışmada önceki doğum deneyimi travmatik olan gebelerde, sezaryen doğum oranının 5.2 kat arttığı görülmüştür (38). Bu girişimlerden doğum korkusunu ve travmatik doğum deneyimlerini azaltmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Literatür de birçok çalışma doğum korkusuna neden olan faktörleri belirlemeye çalışmıştır (39-41). Bununla birlikte önceki nesillerle bağlantı kurarak doğum korkusunun ve travmatik doğum algısının kuşaktan kuşağa aktarıldığına odaklanan çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle araştırmada kuşaklararası travmatik doğum algısının nullipar gebelerde doğum korkusu ve gebelik stresine olan etkisi değerlendirildi.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kuşaklararası travmatik doğum algısının nullipar gebelerde doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Gebelerdeki travmatik algı düzeyi nedir?
2. Gebelerin annelerindeki travmatik algı düzeyi nedir?
3. Gebelerin doğum korkusu düzeyi nedir?
4. Gebelerdeki travmatik doğum algısı ile annelerindeki travmatik doğum algısı arasındaki ilişki nedir?
5. Gebelerdeki travmatik doğum algısı ile doğum korkusu arasındaki ilişki nedir?
6. Gebelerdeki travmatik doğum algısı ile gebelik stresi arasındaki ilişki nedir?
7. Gebelerin annelerindeki travmatik doğum algısının gebelerin travmatik doğum algısına olan etkisi nedir?
8. Gebelerdeki travmatik doğum algısının doğum korkusuna etkisi nedir?
9. Gebelerdeki travmatik doğum algısının gebelik stresine etkisi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Gebelikte Görülen Değişimler

Gebelik, fertilizasyon sonucu oluşan fetüs ve eklerinin gelişim sürecidir. Bu gelişim süreci kadının son menstrüasyonun ilk gününden başlayarak 280 gün/10 gebelik ayı ya da 40 hafta (obstetrik 40, embriyolojik 38 hafta) olarak tanımlanmıştır (1). Doğurganlık kadın bedeni için fizyolojik bir olaydır. Fakat fizyolojik bir süreç olan gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk taşıyabilmektedir (2). Gebelik ve doğum kadın açısından her ne kadar doğal bir süreç gibi görülse de bu geçiş dönemleri hem gebe için hem de yakın çevresi için biyo-psiko-sosyal uyum gerektiren, zıt duyguların birlikte yaşandığı bir süreçtir (42). Gebe, büyüyüp gelişmekte olan fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak için gebelik sırasında önemli anatomik ve fizyolojik değişikliklere uğrar. Bu değişiklikler gebe kaldıktan sonra başlar ve vücuttaki her organ sistemini etkiler (43).

Gebelik döllenme ile başlayıp doğuma kadar süren üç döneme ayrılır. Gelişimsel bir süreç olan gebelikte bu dönemlere trimester adı verilir ve bu üç ayrı trimesterde birbirinden farklı birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklik yaşanır (44).

2.1.1. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler

Gebe, vücudunda büyüyen fetüsün ihtiyaçlarını karşılayabilmek, vücudun iç dengesini sağlamak ve sürdürmek, fetüsü doğum eylemine ve puerperal döneme hazırlamak için fizyolojik, psikolojik, anatomik ve biyokimyasal farklılıklar yaşamaktadır (2, 45). Fertilizasyonla başlayan bu değişimlerin amacı çoğunlukla fetüsün ve plasantanın oluşturduğu uyarılara cevap oluşturmaktır (46). Bu değişikliklere sebep olan faktörler; hormonlar, büyüme faktörleri, sitokinler, boyutları artan fetüs ve uterusun yaptığı mekanik basınçtır. Karmaşık olmayan bir gebelik yaşayan çoğu kadın için, bu değişiklikler doğum ile laktasyondan hemen sonra minimum etkilerle düzelir. Gebelik sürecinde hormonların da etkisiyle birçok sistemde fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler meydana gelir. Değişikliklerin olduğu sistemler:

- Üreme sistemi
- Renal ve üriner sistem
- Solunum sistemi

- Kardiyovasküler sistem
- Gastrointestinal sistem
- Kas iskelet sistemi
- Endokrin sistem
- Sinir sistemi ve cilttir (43, 47, 48).

2.1.2. Üreme Sisteminde Yaşanan Değişimler

Uterus: Gebelik öncesinde ağırlığı 50-70 gr, boyu 7-9 cm antefleksiyon pozisyonunda kaslı ve yarı solid bir iç üreme organıdır. Gebelik boyunca uterusun değişiminden östrojen ve progesteron hormonu sorumludur. Ancak bu değişime neden olan bir diğer faktörde fetüs ve ekleridir (2, 45).

Östrojen ve progesteronun düzenli ve yoğun salınımı ile endometriumda gebeliğin devamını sağlamak için gerekli olan hipertrofi ve hiperplazi görülür. Bunun sonucunda uterusun ağırlığı 800-1200 grama, boyu 32 cm'ye kadar çıkabilmektedir. Artan progesteron salınımı nedeniyle uterusu özellikle isthmus bölümünde yumuşama gözlenmektedir. Bu yumuşamaya hegar belirtisi adı verilmektedir (2, 45, 46).

Overler: Gebelik boyunca düzenli olarak yüksek miktarda salgılanan östrojen ve progesteron luteinize edici hormon (LH) ve folikülü stimüle eden hormon (FSH) salınımı üzerine negatif etki ederek overlerdeki ovulasyon sürecini baskılamakta ve yeni folikül oluşumu bir süreliğine durmaktadır (2, 45, 46).

Serviks: Gebelikte artan progesteron ve östrojen hormonuna bağlı olarak servikste kanlanma miktarının artması, servikal glandların hipertrofisi ve hiperplazisi sonucu serviks koyu mavi bir renk almaktadır. Fertilizasyondan hemen sonra progesteron hormonu servikal glandlardan salgılanan salgının vizkositesini artırarak servikal kanalı tıkayan mukus tıkaç oluşturmaktadır (2, 45, 46).

Vajina: Progesteron ve östrojen salınımı ile vajinaya olan kan akımı artmakta ve vajina servikste olduğu gibi mavi renk almaktadır. Bu durum "chadwick's işareti" olarak adlandırılmaktadır. Vajinadaki hiperplazi buradaki hücrelerin glikojen miktarını da artırmaktadır. Artmış glikojen miktarı lactobacillus acidophilusların laktik asit üretimini olumlu yönde etkileyerek vajina pH'sını asidik olacak şekilde 3.5-6 arasına

getirmektedir. Asidik hale gelen vajene patojen mikroorganizmaların yerleşmesi zorlaşmaktadır. Böylece vajina patojenler için direnç kazanmaktadır (2, 45, 46).

Vulva: Damarlanmanın artması ile uterusun mekanik baskısı vulva varisleri için hazırlayıcı faktör oluşturmaktadır. Konektif doku ödem ve artmış vaskülarizasyon ile yumuşayarak daha esnek hale gelmektedir (2, 45).

Meme dokusu: Gebelik boyunca östrojen ve progesteronun etkisi ile meme dokusunda hem biçimsel hem de yapısal değişiklikler meydana gelmektedir. Gebeliğin ilk belirtilerinden biri de meme dokusunda dolgunluk hissi ve hassasiyettir. İkinci trimesterde östrojen ve progesteron kendini daha fazla göstermekte ve vaskülarizasyona hız kazandırarak meme dokusuna olan kan akımını artırmaktadır. Bu artışa bağlı olarak bazı gebelerde gebeliğin ilk aylarında kolostrum sekresyonu görülebilmektedir (2, 45, 46).

Gebelikte yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimler cinsel fonksiyonları ve cinsel tatmini de etkilemektedir. Hem iç hem de dış üreme organlarındaki artmış vaskülarizasyona sekonder oluşan pelvik konjesyon cinsel uyarılmayı ve orgazmik periyodu artırmaktadır (2).

2.1.3. Kardiyovasküler Sistemde Yaşanan Değişiklikler

Gebelikte artan kalp yükü ile kalpte fizyolojik olarak genişleme ve miyokardiyal kontraktilitede artma görülmektedir. Uterusun hacminin artması diyaframı yükselterek kalbin pozisyonunun yukarıya ve biraz sola olmak üzere yer değiştirmesine sebep olmaktadır. Kardiyak kapasite 70-80 ml artmaktadır (49).

Gebelikte vücut sıvılarının artmasına bağlı olarak kan volümü de artış gösterir. Bu haftalarda kardiyak out-putta da artış görülür (50).

Gebeliğin ilk altı ayında kan basıncı genellikle normal değerde iken kalan aylarda artış görülebilir. Diastolik basınç 10-15 mm/hg düşebilir iken sistolik basınç fazla değişmez. Sırtüstü pozisyonda diğer pozisyonlara göre kan basıncı daha düşüktür (51).

2.1.4. Üriner Sistem Değişiklikleri

Gebelikte üriner sistemde anatomik ve fizyolojik değişikliklerin meydana gelme sebepleri arasında büyüyen uterus, kardiyak output ve renal kan akımındaki artış ile

hormonal değişiklikler gösterilmektedir (52). Gebelik süresince böbrek boyutlarında yaklaşık 1-1,5 cm artış meydana gelir. Pelvis ve üreterlerde postpartum 6-12 haftaya kadar devam edebilen belirgin dilatasyon vardır. Gevşemiş olan toplayıcı sistem 200-300 ml idrar tutabilir (53, 54). Gebelikte mesane mukozası hiperemik ve ödemli görünümündedir. Hormonların etkisi ile artan mesane kapasitesi, büyüyen ve genişleyen uterusun mesanenin pozisyonuna etki etmesi ile kapasitesini azaltarak düzleştirmektedir (53). Uterus boyutlarının artmasına bağlı olarak karın içi basıncı yükselmekte ve pelvik taban kasları gerilmektedir. Tüm bunlara bağlı olarak gebeliğin sonlarına doğru pelvik tabana olan basınç artmaktadır. Bu durum da gebelik haftası ilerledikçe üretranın anatomik pozisyonunun değişmesi ile stres üriner inkontinans görölme sıklığını arttırmaktadır (54).

Gebelikte üriner sistem enfeksiyonuna yatkınlık fazladır. Bunun sebebi progesteron ve relaksin hormonlarının peristaltizmi azaltıcı ve düz kaslar üzerine gevşetici etkisinin üriner sistemde dilatasyona ve bunun sonucunda staza neden olmasıdır. Aynı zamanda gebeliğe bağlı anatomik değişikliklerde bu yatkınlığı arttırmaktadır (54-56). İlk trimesterde renal kan akımının %30 artması, ikinci trimester başında ise %50 oranında artması idrar, su ve elektrolit kaybına neden olmaktadır. Glukozüri idrarda en sık saptanan patolojidir. Tübüler geri emilimin azalmasından ötürü izlenebilir, ancak glikozüri ve proteinüri fizyolojik nedenlerden dolayı olabileceği gibi patolojik nedenlerden dolayı da olabilir. Bu nedenle gebeler mutlaka gestasyonel diyabet ve preeklamsi açısından değerlendirilmelidir (2, 45).

2.1.5. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelik döneminde solunum sisteminde damarlanma artmakta ve üst solunum yollarında ödem oluşmaktadır. Bu durumun sebebi yükselen progesteron düzeyidir. Gebeliğin ilk haftalarından itibaren solunum hacmi (tidal volüm) artarak %30-50 oranına kadar ulaşmaktadır. Dakikadaki ventilasyon hızı önemli düzeyde (%30-50) artarken solunum hızında herhangi bir değişiklik gözlenmemektedir. Ayrıca fetüs boyutlarının artışı ile karın içi basıncı artmakta buna bağlı olarak da diyafram 4-5 cm yukarı doğru yer değiştirmektedir (45, 46). Bu durum fonksiyonel rezidüel kapasitenin ve toplam akciğer kapasitesinin %10-20 oranında azalmasına neden olmaktadır (57-59).

Gebelik sürecinde maternal alanda meydana gelen değişimler ile fetüsün büyüme ve gelişmesi vücudun oksijene olan ihtiyacını arttıran temel faktörlerdir (2, 45, 46).

Oksijen tüketimi gebelik sürecinde yaklaşık %15-20 oranında artmaktadır (2, 46). Gebelikte burun mukozası östrojenden büyük ölçüde etkilenmektedir. Burun kan volümünün artmasından dolayı tıkanık, kanamaya neden olabilecek şekilde ödemli görünümde ve hafif hiperemiktir (49, 50, 51). Yine östrojene bağlı olarak özellikle ağız, burun, farenks ve larenkste vaskülarizasyonda artış olmaktadır. Bu nedenle gebeler gebeliğin ilk döneminde başlayan ve giderek artan hiperemi, hipersekresyon ve konjesyon yaşamaktadır. Bunun sonucunda gebelerin ağız solunumunu tercih etmelerine neden olacak epistaksis, kulakta konjesyon ve ses tonunda değişiklik yaşanmaktadır (2, 45).

2.1.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Mekanik, hormonal, dolaşımsal ve psikososyal nedenlerle gebelikte, zaman zaman gebelerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek düzeylere de çıkabilen kas iskelet sistemi ağrıları görülebilmektedir (62). Kas iskelet sisteminde meydana gelen değişimlerden sorumlu ve pelvis eklemleri ile bağ dokularında yumuşama ve gevşemeye neden olan östrojen ve relaksin hormonlarıdır. Boyutları artan uterusun öne doğru oluşturduğu ağırlıktan kaynaklı lordoz artışı görülmektedir. Boynun öne doğru fleksiyonu ve omuzların aşağı doğru hareketi mevcuttur. Hormonların etkisiyle bazı eklemlerde mobilitenin arttığı gözlenmektedir. Pelvik eklemlerde symphysis pubis, sakroiliak eklem ve koksiksde ağrı hissedilebilmektedir (62). Uterusun hacminin ve ağırlığının artmasıyla birlikte su retansiyonu brakial plexus ve median sinirlere baskı yaparak ellerde uyuşukluğa neden olabilmektedir. Aynı zamanda ağrı, karıncalanma ve bacaklarda kramp görülebilmektedir (44, 60, 61).

Bel ağrısı ilk trimesterde de ortaya çıkabilmektedir. Fakat en sık gebeliğin 5-7. aylarında görülmektedir. Genel olarak bel ağrısı sıklığı gebelikte %80 civarındadır. Bu ağrılar gebelikten önceki bel ağrısı varlığı, gebenin yaşı, parite sayısı, fiziksel aktivite ve beden kitle indeksi (BKİ) gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir ve gebeliğin sonucu olan bu durum çoğu zaman gebenin yaşam kalitesini etkilemektedir (62).

2.1.7. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelikte gastrointestinal sistemde bazı şikayetlere neden olabilecek değişiklikler meydana gelir. Gebelikte motiliteyi azaltan durumlar büyüyen uterusun çevre organlara bası yapması ve progesteronun gevşetici etkisidir. Kalın barsak düz kaslarında meydana gelen gevşeme sonucu gebelikte gastrointestinal motilitede ve

defekasyon sıklığında azalma yaşanmaktadır. Tükürük salgısının artması, bulantı ve kusma, midede ve barsaklarda gaz oluşumu, reflü, iştah durumunda artma ya da azalma olması bu şikayetlerden bazılarıdır (47, 49, 59). En çok karşılaşılan durum olan bulantı, kusma sıklıkla ilk üç ay da ortaya çıkmaktadır ve 6-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir (50). Konstipasyonun, ilk trimesterde %22, ikinci trimesterde %39 ve üçüncü trimesterde %72 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Hemoroid gebelikte oldukça sık görülmektedir ve büyük oranda konstipasyon ve büyümüş uterus altında bulunan venlerdeki basınç artışından kaynaklanmaktadır (51).

2.1.8. Metabolik Değişiklikler

Gebelikte bazal metabolizma hızı %20 oranında artış göstermektedir (1, 64). Gebeliğin son trimesterinde uterusun boyutlarında ve meme kitlesinde artış olması, fetüsün ve plasantanın büyümesi, amniyotik sıvının artması, kan hacminde ve damar dışı ile hücre dışı sıvı miktarında artış meydana gelmesi kilo alımına neden olmaktadır. Gebelikte alınması gereken ekstra 300 kkal/gündür. Bu durum gebelik sürecini 10-12 kg lık artış ile bitirmek demektir. Yetersiz alınan kilo anne karnında fetüsün gelişmemesine neden olurken, kilonun fazla alınması ise preeklampsiye, eylemin zor geçmesine ve kanama riskinin artmasına neden olabilmektedir (1, 48, 65, 66). Gebelikte su tutulumu da artmaktadır. Bu artış kimyasal değişikliklerin gerçekleşmesi için gerekli olan fizyolojik bir olaydır (43). İlk trimesterde bulantının sık yaşanmasına bağlı olarak yetersiz beslenmeyle birlikte hipoglisemiye yatkınlık artmakta ve yağların kullanımı hızlanmaktadır (65). Ayrıca gebelikte anne glukozu fetüs tarafından sürekli çekilmekte, bu durum annenin enerji için yağlarını kullanmasına neden olmakta ve ketozise olan eğilimini arttırmaktadır. Yağ asitlerinin oksidasyonundaki artma sonucu karaciğerde hızlandırılmış ketogenezis ortaya çıkmakta ve bu durum da gebelikte ketonemia gelişmesine sebep olmaktadır. Ketonemia gelişen annenin kanında, keton cisimleri artmakta ve bu cisimlerin fetüse geçmesiyle, fetüsün sinir gelişimi olumsuz etkilenmektedir (1, 66).

2.1.9. Endokrin Sistem

Anne ve fetüs için endokrin fizyolojisi, gebelik boyunca sürekli olarak değişmektedir. Geçici bir bez olan plasentadaki maternal-fetal birimin gelişimi ile kısmen açıklanmış birçok endokrin olay görülmektedir. Hem anne hem de fetüs, bu duruma birçok mekanizma ile uyum sağlamaya çalışmaktadır. Endokrin bezlerin çoğu,

gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren hormonal üretime başladığından dolayı gebeliğin ilk trimesterinde fetüsün endokrin işlevi tamamen anneye bağlı olarak gerçekleşmektedir (67).

Gebelikteki değişimlerin çoğu doğum sonunda eski haline dönmektedir. Bu değişimlerden biri de tiroid bezinde meydana gelen hormonal değişimlerdir (64,68). Tiroid dengesi, fetüsün normal gelişimi için vazgeçilmezdir. İlk trimesterde human koryonik gonadotropin (Hcg), tiroid fonksiyonunu arttırmakta ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) seviyesini düşürmektedir (69).

Gebelerde, plasenta ve fetus tarafından iyot kullanımının artmasına bağlı olarak böbrek glomerular filtrasyon hızı artar (66, 68, 70). Gebelerin %0,2-1 oranında hipertiroidi, %2'sinde hipotiroidi görülmektedir (47).

Gebelikte östrojen hormonunun etkisiyle serum prolaktin düzeyinin yaklaşık 10 kat artmasına neden olacak şekilde hipofiz bezi hacminde %136'ya varan artış görülmektedir. İlk trimesterde hipofizden salgılanan FSH, LH seviyelerinde ve hipotalamus tarafından salgılanan gonadotropin releasing hormon (GnRH) salgısında azalma görülebilmektedir. Doğumu takiben üç hafta içerisinde FSH normal düzeyine dönerken, LH'nin bu dönüşümü daha fazla zaman almaktadır (64). Gebelikte total kortizol düzeyinde artma mevcuttur. Adrenokortikotropik hormon düzeyi gebeliğin başından itibaren yükselmekte iken, üçüncü trimesterde azalmakta ve buna bağlı olarak anjiotensin artmaktadır. Plazma aldesteron düzeyi gebelik öncesi dönemin 5-8 katına çıkarak, total testosteron düzeyinde artış görülmektedir. Fetüsün ihtiyacı olan kalsiyumu sağlayan paratroid hormon konsantrasyonunda artış görülmektedir (43, 48, 64).

2.1.10. Ciltte Yaşanan Değişimler

Gebelikte yaşanan cilt değişikliklerinin bir kısmı maternal alan ile ilgiliyken, bir kısmı ise fetüs tarafından üretilen hormonlar ile ilgilidir. Deriye olan kan akımının artması gibi faktörler de derinin fizyolojik yapısını değiştirmektedir (2, 45, 46, 71). Genellikle oluşan cilt değişimleri; pigmentler, bağ dokular, vasküler yapılar, tırnaklar ve glandlarda ortaya çıkmaktadır (71).

En sık rastlanılan cilt sorunları hiperpigmentasyon, melazma/kloazma/gebelik maskesi, linea nigra, hirsutizm, stria gravidarum/stria distensa, spider anjiom, palmar eritem, diazis rekti ve postpartum effluviumdur (2, 45, 46). Bu sorunlar genellikle gebelikle değişen hormonal denge ile ilgilidir. Hormonal dengenin değişmesi ve

vaskülarizasyonun artması sonucu arteriollerin çevreye doğru genişlemesi ve cilt yüzeyinde görünür hale gelmesi sonucu spider anjiom ortaya çıkar (2, 45, 46). Fetüs ve eklerinin büyümesine bağlı olarak karın kaslarında gerilme sonucu stria gravidarum oluşabilir. Aynı zamanda büyüyen uterusun gerilimine karşı koyamayan karın kaslarında diazis rekti de görülebilir (46).

2.1.11. Sinir Sistemi

Gebelik döneminde büyüyen uterusun pelvik bölgedeki sinirlere baskı yapması nedeni ile organlardaki hislerde değişim olabilir. El bileğinde ödem oluşması nedeni ile median sinire yapılan baskı el uyuşması olarak bilinen karpal tünel sendromuna yol açmaktadır (48).

2.2. Gebelikte Psikososyal Değişimler

Gebelik döneminde fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve sosyal değişiklikler de yaşanmaktadır (72).

Oluşabilecek sorunlara karşı alınabilecek en büyük önlemin kadının destek mekanizmalarını harekete geçirmektir (73, 74). Gebelikte saptanan sorunlara yönelik önlem alınmamasının depresyon ve anksiyete ile sonuçlanacağı bildirilmektedir (73). Desteğe duyulan ihtiyacın ileri yaşa sahip olanlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda, çalışmayanlarda ve gebeliği istemeyenlerde artış gösterdiği belirtilmektedir (74). Gebelik döneminde; kadının hormonal değişikliklerin etkisi ile mutluluk, öfke, iğrenme, kaygı, korku ve depresyon gibi büyük ruhsal değişiklikler yaşadığı bilinmektedir (75). Kadının yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağlamaya çalıştığı ilk trimesterin ilk haftalarında belirsizlik ve ambivalan duygular etkili olmaktadır (76). Bazı gebeler de bebeklerini kaybetme korkusunun baskın olduğu ilk aylarda gebeliğin getirdiği birçok fiziksel rahatsızlık mevcut olabilmektedir. Bu rahatsızlıklar içinde en çok bulantı ve kusmadan yakınmaktadır (76, 77).

İkinci trimesterde gebe artık fetüsü hissetmeye başlamış ve uterusun da büyümesi ile beden imajında olumlu etkiler oluşmaya başlamıştır. Bu dönem de kadın gebeliği benimsemiştir. Bulantı-kusma, yorgunluk gibi şikayetleri de azalmıştır. Anne adayını artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimsemeye başlamıştır (76).

Üçüncü trimesterde fiziksel şikâyetler uterusun büyümesi ve fetüsün baskısına bağlı olarak tekrar ortaya çıkabilir. Her ne kadar fizyolojik değişimlerden dolayı hareketler kısıtlansada anneler daha doğmamış çocukları için kaygılanmakta ve korumacı davranmaktadır (78). Bu trimesterde gebe kadınlar daha hassas bir hale gelmektedir. Duygusal bağımlılık ve destek arayışlarında görülen artışla birlikte, doğum korkusunda da artış görülerek obstetrik komplikasyonların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (76, 79).

Gebelere verilecek olan danışmanlığın iyi olması gebenin kararlarına saygı duyularak destek verilmesi, bu dönemde yaşanacak olan psikolojik sorunlara karşı alınabilecek en iyi önlemdir (80).

2.3. Travmatik Doğum Algısı ve Travmatik Doğum Algısını Etkileyen Faktörler

Travmatik doğum algısı, “Kadının, belleğinde oluşturduğu doğum temasının, gebeliğin başından itibaren doğum hakkında edindiği bilgilerin, doğum eyleminde yaşadığı durumlar ile harmanlanması sonucunda ortaya çıkan ve postpartum dönemi de etkileyen önemli bir kavram” olarak tanımlanmıştır (81). Reed ve ark.’da “Anneye veya bebeğine gerçek veya tehdit edici yaralanma veya ölüm” algısı olarak bildirmiştir (82).

Travmatik doğum algısı prevalansı, travmatik doğum algısının birçok faktörden etkilenmesinden ve kullanılan ölçüm araçlarından dolayı birçok çalışmada farklılık göstermektedir (25, 83, 85, 88). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, kadınların %23.6’sının yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (81). Travmatik doğum ile TSSB nin incelendiği bir İran çalışmasında doğumu travmatik geçen kadınların (%54.5) %20’sinde TSSB geliştiği saptanmıştır (83).

Doğum algısı, kadının bireysel özellikleri, doğum deneyimi, toplumun doğuma bakışı ve toplumun kültürel değerleri gibi birçok faktörün etkisi altındadır (7). Günümüzde kadınların zor ve travmatik doğum deneyimlerinin ilerleyen zamanlarında bir dizi kalıcı ve ciddi komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmektedir. Bunlar suçluluk duygusu, duygusal olarak yüksek endişe ve panik ataklara kadar ilerlemektedir (84). Doğumlarını travmatik algılayan kadınlar, doğum anını, korku ve dehşet dolu bir anı ve çaresizlik şeklinde tanımlamaktadır. Travmatik doğum algısı, doğum eyleminin devamlı hatırlanmasına, kabuslar görülmesine ve doğum anının tekrar yaşanmasına neden olmaktadır (85). Gelecek neslin doğumlarını olumlu yönde etkilemek için

olumlu doğum deneyimine sahip olmak gerektiği bildirilmektedir (86). Fiziksel travma ve duygusal travma doğumun travmatik algılanmasına sebep olan iki durumdur (7, 87).

Travmatik doğum algısına neden olan faktörler;

- Sosyo-demografik faktörler
- Prepartum döneme ilişkin faktörler
- Intrapartum döneme ilişkin faktörler
- Postpartum döneme ilişkin faktörler
- Diğer faktörlerdir.

2.3.1. Sosyo-Demografik Faktörler

Adölesan ve nullipar gebelerde doğum hakkında bilinmezliğe bağlı olarak stres ve korku oluşabilmektedir. Bu durum doğumun olumsuz bir deneyim olarak algılanmasına neden olmaktadır. Multipar kadınlarda yapılan bir çalışmada, gebenin yaşı, evlilik süresi, toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı artıka travmatik doğum algısının azaldığı görülmüştür (88). Aynı zamanda geliri giderinden az olan, sosyal güvencesi bulunmayan, birtakım sebeplerle göç etmek zorunda kalan, kültürel farklılıkların da gebelerin travmatik doğum algılarında etkili olduğu bildirilmektedir (89-91).

2.3.2. Prepartum Döneme İlişkin Faktörler

Prepartum dönemde doğum algısı, gebe ve ailesinin gebelikten beklentileri ve bu beklentilerinin gerçekleştiği oranda şekillenmektedir (92). Nulliparite, adölesan gebelik, plansız veya istenmeyen gebelik, cinsel istismar, doğumla ilgili olumsuz düşünceler, yetersiz antenatal bakım, yetersiz psikososyal destek veya psikososyal desteğin yetersiz algılanması, mevcut veya önceki gebeliklerinde riskli gebelik varlığı, yardımcı üreme teknikleriyle gebelik, ileri yaş gebelik ve doğumla ilgili bilgi eksikliği travmatik doğum algısına neden olan faktörlerdir (66, 89, 93).

2.3.3. İntrapartum Döneme İlişkin Faktörler

Doğum anne/babanın bebeğine kavuşması olarak en mutlu an olarak kabul edilse de yaşanan ağrı, acı ve kontrol kaybı gibi düşünceler doğumun travmatik algılanmasına neden olabilmektedir (92, 94).

Doğum şekli, doğum ağrısı, doğumun gerçekleşeceği ortam, daha önceki olumsuz bir doğum deneyimi, doğumda verilen bakımın yetersizliği, kendisi ya da bebeğinin öleceği düşüncesi ve acil sezaryene alınma olasılığının yaratmış olduğu endişe intrapartum dönemdeki temel risk faktörlerindendir. Yapılan bir araştırmada önceki doğum şekli normal vajinal doğum olan ve doğumda girişim uygulanmış (oksitosin, epizyotomi, fundal bası) gebelerin travmatik doğum algı düzeyleri ile doğumda girişim uygulanmamış ve sezaryen olmuş multipar gebelere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (85, 88).

Travmatik doğum algısına neden olan bir diğer faktör ise fundusa basınç uygulanmasıdır. Fundal bası, geleneksel bir uygulama olup, sert uygulandığında acı, abdominal bölgede morarmalar, stres, korku, travma gibi fiziksel ve psikolojik yakınmalara neden olmaktadır (95). Doğumda fundal bası uygulanmış annelerle yapılan bir çalışmada annelerin bazıları; ebelerin fundal basıyı çok sert uyguladığını, oldukça korktuklarını, doğumdan sonra hastanedeyken rüyalarında gördüklerini ve bağırarak korku içinde uyandıklarını söylemişlerdir. Doğumun travmatik olarak algılanmaması için kanıt temelli olmayan bu uygulamanın yapılmaması gerektiği bildirilmektedir (88).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), doğuma giren tüm kadınlar için “pozitif doğum deneyimini” önemli bir son nokta olarak kabul etmektedir. WHO’ya göre; bir kadının önceki kişisel ve sosyokültürel inançlarını ve beklentilerini karşılayan veya aşan bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Pozitif doğum deneyiminin klinik ve psikolojik olarak güvenli bir ortamda gerçekleşen, doğum partnerinden / partnerlerinden pratik ve duygusal desteğin sürekli sağlandığı ve sağlıklı bir bebeğe sahip olma ile sonuçlanan süreç olduğu belirtilmektedir (96). Pozitif doğum deneyimi tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyulduğunda veya istendiğinde bile karar verme sürecine dahil olarak kişisel bir başarı ve kontrol hissine sahip olma öncülüne dayanmaktadır. Temel intrapartum bakım hakkındaki bu kapsamlı bakış, bir paket olarak sunulduğunda, sağlık hizmeti düzeyinden bağımsız olarak kaliteli ve kanıta dayalı bakımı sağlayacak yeni ve mevcut DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tavsiyelerini bir araya getirmektedir. Sunulan öneriler ülkeye ve bölgeye özgü olmayarak ülkeler içinde ve arasında mevcut sağlık hizmetlerinin seviyesi bakımından küresel olarak var olan farklılıkları kabul etmektedir. DSÖ, bütüncül, insan hakları temelli bir yaklaşımla kadınlar ve bebekleri için doğum deneyimini optimize etmede kadın merkezli bakımın önemini vurgulamaktadır (96).

2.3.4. Postpartum Döneme İlişkin Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü anne ruh sağlığını küresel bir sağlık önceliği olarak tanımlamaktadır. Gebe kadınların %10'u ve ilk kez anne olan kadınların ise %13'ünün tanı konulmamış bir ruh sağlığı sorunu yaşadığı belirtilmektedir (97). Kadın sağlığı üzerinde orta ve uzun vadeli etkileri olan, görülme sıklığı yüksek olan ancak henüz teşhis edilemeyen bir ruh sağlığı sorunu travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB) (98). Perinatal dönemde TSSB, gebeliğin başlangıcından doğumdan sonraki bir yıla kadar herhangi bir zamanda ortaya çıkabilmektedir (99, 100).

Biten bir doğumun ardından yaşananları algılama, değerlendirme ve travmatize etme ya da reddetme süreci postpartum dönemde de tüm gücüyle devam eder. Yapılan bir çalışmada; önceki vajinal doğumu ebe tarafından gerçekleştirilen ve ebeyle olan iletişimden memnun kalan ve yine doğumunu aynı ebeyle yapmak isteyen gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri düşük çıkmıştır (88). Doğum sürecinde empati duyulmadan yapılan bir iletişim gebelerde travmatik algıya neden olabilirken sezaryen taleplerini de artırmaktadır (101). Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre dünyadaki sezaryen oranı ortalaması %32 iken; bu oran ülkemiz için %54.9 ile en yüksek orana sahiptir (102).

2.3.5. Diğer Faktörler

Günümüz medyası, anlatılan olumsuz doğum hikayeleri, aşırı doğum korkusu, cinsel istismar, göçler, afetler, ruhsal ve fiziksel travmalar travmatik doğum algısının ortaya çıkmasına neden olan faktörlerdir (91). Aksoy tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış kişilerde %12 oranında doğum korkusu geliştiği bildirilmiştir (103). Doğum korkusu, travmatik doğum algısı gelişmesine neden olan en önemli risk faktörüdür (57). Yapılan bir çalışma da anlatılan doğum hikayelerinin de travmatik doğum algısı oluşmasına etkisinden bahsedilmiştir (91). Başka bir çalışma ile travmatik doğumun değerlendirilmesinde korkunun önemli bir psikolojik tanı ölçütü olduğu belirlenmiştir (25).

2.4. Travmatik Doğumun Nesiller Arası Aktarımı

Travmanın nesiller arası aktarılması teorisine göre, aile üyelerinden birinin yaşamış olduğu travmatik olayın etkileri daha sonra doğan diğer aile üyelerinde de görülebilmektedir (104, 105). Bu durumda yaşanan travmanın, yaşayan kişi ile sınırlı

kalmayıp sonraki nesilleri de etkilemesi büyük risk oluşturmaktadır (21). Nitekim yapılan çalışmalarda travmatik deneyimlerin DNA işlevini veya gen transkripsiyonunu etkileyerek epigenetik mekanizmalar yoluyla bir nesilden diğerine "aktarıldığı" kanıtlanmıştır (104-108).

Doğumun travmatik algılanmasına sebep olan faktörler, perineal yırtıklar, enfeksiyonlar, müdahaleli doğum, fundal bası, hemoraji, ilk doğum, doğum ağrısı, epizyotomi, acil sezaryen, fetal hipoksi, fetal anomali ya da prematürite, küretaj öyküsü, menstruasyonla ilgili sorunlar özellikle cinsel istismar gibi fiziksel travma yaratabilen durumlar olarak sıralanmaktadır (6, 10). Aynı zamanda kadınların korkuları, yetersiz sosyal destek, kötü doğum deneyimi, gebeliğin planlanmamış olması veya istenmemesi, doğumda gelişebilecek ağrılarıyla birlikte kontrolün kaybedileceği endişesi, doğumla ilgili olumsuz hikayeler, doğum öncesinde ve doğumda sağlık personelinin yeterli ölçüde bakım, bilgi alamama ve iletişim kuramama, doğum ortamlarının da kötü olması gibi durumları duygusal travma oluşturabilecek faktörler olarak sıralayabiliriz (10). Doğum eylemini travmatik bir deneyim haline getiren bir başka faktör ise geçmişte yaşanan pek çok olumsuz deneyimlerin gelecekte yaşanacak olanları da etkilemesidir (11-13). Nitekim travmatik olayların etkisi, olaya doğrudan maruz kalanların ötesine geçmekte ve yakın ilişkileri, sosyal çevreyi ve genel olarak toplumu etkiler (14-16). Bu durumu tanımlamak için travmatik yaşantıların çeşitli mekanizmalar ile bireyden bireye ya da kuşaktan kuşağa aktarılabileceğini vurgulayan (14, 18-21). İkincil travma" (17), "empatik travma" (15) ve "travmanın aktarımı" (18) kavramları kullanılmaktadır.

Yaşanan travmanın sonuçlarının çeşitli faktörlerden etkilendiği görülmektedir. Travmaya maruziyet ve olaydan etkilenme düzeyi sonuçları etkileyen faktörlerdendir. Sonraki nesillere aktarılmasında mağdurların olaydan etkilenme düzeylerinin travma maruziyetlerine göre daha öncelikli olduğu belirtilmektedir (16, 19, 21).

Şiddetli psikofizyolojik travmanın nesiller arası etkilerine bakılmak üzere yapılan bir çalışma da değişikliklerin epigenetik (DNA dizisinde herhangi bir değişiklik olmamasına rağmen, kromatin yapısındaki kalıtsal değişiklikler ile gen ekspresyonunun düzenlenmesiyle) faktörlerden kaynaklandığı gözlenmiştir. Soykırımdan kurtulan ebeveynler ve çocuklarının DNA'ları incelenmiş ve stresle bağlantılı gen olan FKBP5 geni üzerinde aynı epigenetik değişimin olduğu saptanmıştır ve bu durumun diğer kontrol gruplarındaki ebeveynler ile onların çocukları arasında görülmediği belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmanın sonucuna göre bireylerin yaşadığı travmalar

gelecek nesilleri biyolojik olarak etkilemekte ve hem bireyde hem de çocuklarında epigenetik değişikliklere neden olmaktadır (109). Benzer şekilde Dias ve Ressler (2014) yaptıkları çalışmada, yaşanan travmatik olayların DNA’da meydana gelen kimyasal değişimler ile bazı bilgilerin genetik olarak gelecek nesillere aktarıldığını öne sürmüşlerdir ve elde ettikleri sonuçlara göre, travmatik ya da stresli deneyimlerin bir sonraki nesillerin sinir sistemini önemli derecede etkileyebildiğini ortaya koymuşlardır (23).

Sağlıklı ailenin ebeveynleri ve çocukları ile yapılan bir çalışmada da kaygı, korku, depresyon gibi duygu durum bozukluklarının kuşaklararası aktarımına bakmak amacıyla manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi kullanılmış ve ebeveyn ile çocuk arasında (anne-kız, anne-oğul, baba-oğul çifti ve baba-kız) kortiko limbik sistemlerindeki gri madde hacmindeki birliktelik derecesi incelenmiştir. Anne-kız çocuklarında kortiko limbik sistem morfolojisinin diğer ebeveyn-yavru çiftlerine (anne-oğul, baba-kız ve baba-oğul) göre benzerlik oranının anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre rapor edilen durum, özellikle kaygı, depresyon ve korku gibi duygu durum bozukluklarının kadınlara özgü (anne-kız aktarımı) kuşaklararası aktarımının olabileceği yönündedir (24).

2.5. Gebelik Stresi

Gebelik kadının hayatında strese neden olabilecek etkenlerle karşılaşma ihtimalinin fazla olduğu önemli bir değişim zamanıdır. Kadınlarda gebelik süreci stres veya kaygıyı arttırma potansiyeline sahiptir (48).

Yapılan bir çalışma, kadınların yaklaşık %84’ünün gebelikleri sırasında stres yaşadıklarını, %6’sında ise stresin yüksek seviyelerde olduğunu ortaya koymuştur (110). Başka bir meta-analiz çalışması sonucuna göre ise, doğum öncesi anksiyete prevalansının ilk trimesterde %18.2 iken üçüncü trimesterde %24.6’ya yükseldiği belirlenmiştir (111).

Gebelik döneminde stresi arttıran birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; gebeliğin istenmemesi, gebeliğe uyum sağlayamama, beden imajının bozulması, sosyal desteğin eksik veya yetersiz olması, fetüsün sağlığına yönelik kaygı duyulması, gelir ve eğitim düzeyi, ebeveynliğe hazır olmama, bebeğin cinsiyetinin bilinmemesi, herhangi bir sağlık problemi yaşama, ağrı ve kanama gibi riskli durumlar yaşamadır (112, 113). Aynı zamanda kadının gebeliğe uyumu için vücudunda meydana gelen fizyolojik

değişiklikler, annenin doğuma ve doğum sonrasına ilişkin beklentileri, doğmamış bebeğin sağlığını tehdit eden durumlar, annenin rollerine yenilerinin eklenmesi ve çevrenin anneden mükemmel bir anne olmasına dair beklentileri de gebelik stresini etkilemektedir (113).

Gebelik stresinin uzun süreli ruh sağlığı sorunlarını yaşama riskini azaltma açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Nitekim yapılan bir çalışmada doğum öncesi anksiyetesi olan kadınlarda, doğum sonu anksiyete yaşama riskinin daha yüksek olduğu ve uzun vadede daha fazla ruh sağlığı sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (98). Anneye ait anksiyete ve stresin erken tespiti ve tedavisi sadece anne sağlığı üzerinde değil yenidoğan sağlığı üzerinde de önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada gebelik stresinin erken tespiti ve tedavisinin bebeğin strese daha az maruz kalmasını sağlayacağı ve dolayısıyla çocuğun olumsuz sağlık sonuçlara ilişkin riskinin azalmasında önemli olacağı belirtilmektedir (112).

Annede stres oluşması durumunda plazmadaki Adrenokortikotropik Hormon (ACTH), β -endorfin, glukokortikoid ve katekolamin düzeylerinde artış meydana gelmekte, endokrin ve kardiyovasküler sistemde farklılıklara yol açmaktadır. Miktarı artan katekolamin, fetüste hipoksiye sebep olarak plasental kan damarlarını daraltmaktadır (114). Stres anında artan kortizol, adrenalin ve noradrenalin fetüse plasenta yoluyla geçerek fetal gelişimi olumsuz etkileyebilmektedir. Aynı zamanda artan hormon seviyesi anne ve bebek sağlığında bozulmalara yol açabilmektedir. Annede tip II diyabet, hipertansif hastalıklar, antenatal kanama, spontan düşük ya da preterm eylem görülebilmektedir. Fetüste ise gelişme geriliği, doğum ağırlığının düşük olması, apgar skorunun düşük olması gibi sonuçlara yol açabilmektedir (112).

Bununla birlikte gebelik stresinin sadece prenatal ve postnatal dönemle sınırlı kalmayıp uzun vadede çocuk sağlığını da etkileme potansiyeli taşıdığı bildirilmektedir. Yapılan bu çalışmada çocuklarda ağlama, asosyal davranışlar, hiperaktivite gibi psikososyal sorunların gebelik sürecinde annenin maruz kaldığı stresle ilişkili olabileceği belirlenmiştir (115). Acar ve arkadaşların yapmış olduğu bir çalışmada da dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun gebelikte annenin stresörlere maruz kalmasıyla ilişkili bulunmuştur (116).

2.6. Doğum Korkusu

Türk Dil Kurumu korkunun tanımını “Bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntü” olarak yapmıştır (117). Doğum korkusu ise “doğumdan, önce veya sonra yaşanan korku” olarak tanımlanmaktadır (118). Doğuma ilişkin normal seviyedeki korkular, kadının doğum için motive olmasını sağlarken, kabul edilebilirlik seviyesini aşan korkunun patolojik seviyede olması tokofobi olarak adlandırılmaktadır (31, 119, 120). Hofberg ve Brockington tarafından ilk kez kullanılan bir terim olan tokofobi “gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu” şeklinde tanımlanmaktadır (33). Doğum korkusunun şiddeti kadınlar tarafından farklı düzeylerde algılanabilmektedir (30, 33, 121, 122).

Toohill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pariteye göre korkunun şiddetinin değiştiği belirtilmiştir. Doğum korkusunun prevalansının %10- 47 olduğu belirtilmektedir (123). Yapılan sistematik bir inceleme, kadınların yaklaşık %6-15’inin şiddetli doğum korkusu yaşadığını ortaya koymuştur (133). Nullipar kadınların ise %31.5’inin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı ve bu korkunun doğum eylemini ve doğum sonu süreci olumsuz etkilediği belirtilmiştir (123). Bununla birlikte doğum korkusu yaşayan gebelerin doğum sonu dönemde anne bebek bağlanmasında gecikme, bağlanamama, depresyon ve travmatik stres bozukluğu yaşayabileceği belirtilmiştir (124). Gebelerde yaşanan doğum korkusu katekolamin düzeyini artırarak, kontraksiyonları baskıladığı, doğum süresini uzattığı ve doğumda yapılan girişimleri arttırdığı bilinmektedir (66, 118). Aynı zaman da katekolaminler uterusu giden kan akımında azalmaya neden olarak plasental akımdaki oksijen seviyesini de azaltmaktadır. Azalan oksijen fetusta distress gelişmesine yol açmakta ve bu durum da gebeye uygulanan tıbbi müdahalelerin artmasına sebep olmaktadır (119).

Doğum sürecinde non farmakolojik yöntemlerin uygulanması ve ebe/hemşire tarafından verilen destekleyici bakım girişimleri kadınların doğum korkusunu ve ağrı algısını olumlu etkilemektedir. Gebelerin doğuma olan korkularını azaltmak, kendilerine olan güvenlerini ve pozitif doğum yaşama oranlarını artırmak ancak doğum sürecinde ebe tarafından verilen nitelikli bakım ile gerçekleştirilebilecektir (49, 66, 103, 125).

Tokofobi için önemli risk faktörleri anksiyete ve depresyondur (126, 127). Doğum korkusunun nedenlerinin incelendiği bir çalışmada kadınların en çok

epizyotomiden korktuğu belirlenmiştir (126). Yine yapılan başka bir çalışma da doğum eyleminin gerçekleştiği andaki korkulara bakıldığında epizyotomi korkusu, fetüsün sağlığını düşünme, doğumda yaşanan ağrılar, halk arasında duyulan kötü doğum deneyimlerinden etkilenme, ölüm korkusu olduğu belirlenmiştir (127). Yapılan çalışmalarda doğum korkusu oluşumuna zemin hazırlayan faktörlerin; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, gebelik haftası, abortus yaşama durumu, doğum ağrılarının düzeyi, daha önceki olumsuz doğum deneyimi, depresyon, anksiyete, sosyal destek algısı, çocukluk döneminde istismar, doğum şekli tercihi gibi durumlar olduğu gösterilmiştir (66).

2.6.1. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması

Doğum korkusu (tokofobi) 3 şekilde sınıflandırılır.

- Primer tokofobi
- Sekonder tokofobi
- Depresyon semptomu olarak tokofobi (128).

Primer tokofobi: Gebe kalmadan önce yaşanan korkuyu ifade etmektedir. Bu durum ergenlikte ya da yetişkinlik döneminde başlayabilir ve bu kadınlar yaşadıkları korku nedeni ile gebe kalmamayı, doğum yapmak yerine evlat edinmeyi, gebe kalındığında ise sezaryen doğumu tercih etmektedir (128, 129).

Sekonder Tokofobi: Daha önce yaşanan travmatik doğum eylemine bağlı olarak görülebilir (128, 129). Sekonder tokofobiye neden olabilecek durumlar genellikle normal doğum, düşük, ölü fetus veya gebeliğin sonlandırılmasına bağlı görülen travmalardır (129). Yaşanılan bu travmatik deneyim gebelikten kaçınmaya neden olabilmektedir (128, 129).

Depresyon Semptomu Olarak Tokofobi: Gebelik döneminde yaşanan duygusal değişikliklere bağlı görülen korkulardır. Gebe kendini sürekli olumsuz durumlara yönlendirerek doğum yapamayacağını hatta doğumda öleceğini düşünür. Postpartum dönemde artarak devam edecek olan bu durumun tedavi edilmesi gereklidir. Tedavi edilmediği durumlarda anne kendini ve bebeğini ihmal edebilir, kendine zarar verme gibi ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir (128, 129).

2.6.2. Doğum Korkusunun Nedenleri

Doğum korkusu biyolojik, psikolojik, sosyal ve ikincil korkular olmak üzere birçok faktörden etkilenebilmektedir (66, 130).

Doğum korkusunun biyolojik nedenlerinden olan ağrı fizyolojik bir durumdur. Yapılan araştırmalar doğum korkusu yüksek kadınların daha çok ağrı yaşadığı, aynı zamanda doğum ağrısı fazla olanların da korkularının daha fazla olduğunu göstermektedir. Doğumda ağrısının çok olacağını düşünen, ağrı eşiği düşük olan, önceki doğumunda ağrısı çok olan kadınlarda da doğum korkusu daha yüksek bulunmuştur (30, 66, 129, 130).

Doğum korkusunun psikolojik nedenlerinden olan kişilik özellikleri, kadının yaşadığı doğum korkusunun düzeyini etkilemektedir. Doğum korkusunun; genel kaygı düzeyi yüksek, öz saygısı düşük, hassas, düşük benlik algısı olan ve stresle baş edemeyen, nevroitik, depresif kişilik özelliği taşıyan kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (30, 130). Gebelik döneminde psikiyatrik tanı alan kadınların doğum korkusu yaşama olasılığının iki kat fazla olduğu belirlenmiştir (129).

Doğum korkusunun sosyal nedenlerinde en önemli faktörlerden biri sosyal destektir. Kadının gebeliğe uyumunun sağlamasında sosyal destek, özellikle eş desteği çok önemlidir. Yapılan çalışmalar sosyal desteği olmayan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadıklarını göstermiştir (30, 129, 130). Bunun yanında gebenin yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu, ekonomik durum gibi bazı sosyodemografik özelliklerin de doğum korkusunu etkileyebildiği belirtilmektedir. Özellikle eğitim seviyesi düşük, yaşı genç, çalışmayan ve gelir düzeyi düşük gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir (30, 128).

Doğum korkusunu etkileyen nedenlerden biri de paritedir. Paritenin etkisinin incelendiği bir çalışmada primipar gebelerde doğum korkusunun multipar gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle nulliparlarda doğum korkusunun oldukça yaygın görüldüğü bilinmektedir (129, 131). Daha önce doğum yapmış olan kadınlarda korkunun nedenini önceki doğum deneyimi belirlerken, doğum yapmamış kadınlarda ise bilinmeyen kaynaklı doğum ağrısı ve buna bağlı olarak kontrol kaybı yaşanabileceği endişesidir. Ancak daha önce doğum deneyimi olmadığı halde dinlediği olumsuz doğum hikayelerinden etkilenen kadınlarda da doğum korkusu düzeyi yüksek

görülmüştür (30, 66). Doğum korkusuna zemin hazırlayan diğer faktörler zor doğum, depresyon ve önceki sezaryen öyküsüdür (131).

2.6.3. Doğum Korkusunun Doğum Sürecine Etkisi

Doğum öncesi ve doğum sırasında yaşanan korkuların artmasıyla, sempatik sinir sisteminin uyarıldığı ve doğum komplikasyonlarının arttığı belirtilmektedir. Tehlike anında kan, bedenin defans sistemlerine gittiğinden uterusu giden kan ve oksijen miktarını azaltarak serviksin gerginleşip sertleşmesine yol açmaktadır. Bu durum doğumun uzamasına neden olurken, uterusun oksijenlenmesinin azalması fetal strese yol açmaktadır (132). Doğumda yaşanan bu korku Dick-Read'in "Ağrısız doğum" isimli kitabında korku-gerginlik-ağrı siklusu olarak kısır döngü şeklinde tanımlanmıştır. Bu döngüye göre doğum korkusu, uterusun normal çalışma dengesini bozmaktadır. Uterusun vertikal kaslarının, dairesel kasları yukarıya doğru çekmesiyle serviks açılmakta fakat dairesel kaslar buna direnç göstermektedir. Bu zıtlık serviksin gerginleşmesine ve kapanmasına neden olarak doğumdaki ağrıyı artırmaktadır (12, 75).

Korku-gerginlik-ağrı siklusu doğum eyleminde kadının daha gergin hissetmesine ve daha fazla ağrı duymasına neden olmaktadır. Bu durum kadınların doğumla baş etme yeteneklerini ve doğuma ilişkin öz yeterliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (133, 134). Yapılan çalışmalarda kadının doğum sırasında aşırı korku ve endişeli olması katekolamin (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını arttırdığı (119), artan adrenalin hormonunun oksitosin salınımını inhibe ederek kontraksiyonları durdurduğu (135), doğum eylemini uzattığı ve sezaryen oranlarında artışa neden olduğu belirlenmiştir (136). Ayrıcı korku, ağrının şiddetli algılanmasına neden olarak analjezi ve anestezi gereksinimini de arttırmaktadır (27, 119, 137).

Doğum korkusu nedeniyle kadınların sezaryen olma tercihleri de artmaktadır (138). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre sezaryen doğumların oranı %51.5'tir (37). Artan sezaryen oranlarının en önemli nedeninin doğum korkusu olduğu bildirilmektedir (139, 140).

2.7. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı

Kadın için doğal bir süreç olan doğumun, travmatik bir deneyim olarak algılanması, psikolojik sorunlara yol açmaktadır (94, 141, 142). Bu durum bebek, anne ve diğer aile üyeleri ile gelecek kuşaklar üzerinde istenmeyen sonuçlara neden

olabilmektedir. Tedavi edilmeyen travmatik doğum algısının kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını bozmakla kalmayıp anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde de tehdit oluşturduğu bildirilmiştir (13). Aynı zamanda travmatik doğum algısının aile ilişkilerinde bozulmaya, laktasyonda azalmaya, doğum sonrası dönemde de depresyona, anne-bebek bağlanmasında bozulmaya ve posttravmatik stres bozukluğu gibi problemlere de neden olacağı bildirilmiştir (93, 94, 143) Ayrıca bu annelerin çocuklarında da duygusal, bilişsel ve davranışsal problemlere sebep olabileceği gösterilmektedir (30).

Türkiye, OECD ülkeleri içinde en yüksek sezaryen oranlarına sahip olan ülkeler arasında yer almaktadır (102). Bu artışa yol açan en önemli faktörlerden travmatik doğum, tüm sağlık profesyonellerini doğrudan ilgilendiren bir durumdur (94, 141, 142). Sağlık profesyonellerinin sunduğu bakımın etik ve yasal çerçevede güvenli ve saygılı bir bakım olması mecburidir (82). Ekibin tüm üyelerinin; iyi bir iletişim ve dayanışma özelliklerine sahip olması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri doğumun olağan seyrini koruyan, doğumla ilgili kendi korkularından arınmış olan ve tüm kadınların bu deneyimi pozitif hatırlamalarını hedef edinmiş olmalıdır (94, 141, 142).

Ebelerin, gebelerin doğuma hazırlık eğitimlerinden faydalanmalarını sağlaması, vajinal doğumla ilgili travmatik endişelerinin/korkularının azaltılıp vajinal doğuma teşvik etmesi, ideal doğum ortamlarının oluşturularak pozitif doğum algısının kazandırılması, iletişim becerilerinin güçlendirilmesi, gerekmedikçe istenmeyen müdahalelerden kaçınılması (epizyotomi, fundal bası, sentetik oksitosin vb) travmatik doğum deneyiminin azaltılmasında uygulanabilecek girişimler arasında sayılmaktadır. Aynı zaman da ebelerin travmatik doğuma yönelik risk faktörleriyle ilgili kadınları değerlendirmesi, risklerin/sorunların erken dönemde tespit edilmesi, gerekli tedbirlerin alınması travma riskini azaltmak için doğumda gebeye gelişmiş duygusal destek sağlanması ve travmatik doğumlara yaklaşım konusunda eğitim almalarının faydalı olacağı belirtilmektedir (82, 94, 141, 142).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre; eğitimli refakatçi varlığının annenin doğum deneyimi üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymuştur. Ebe bakımının sürekliliği, ağrı yönetimi, doğum sürecini kontrol etme, güvenilir uzmanlardan destek alma ve müdahalelerin azaltılması gibi faktörlerin de doğum deneyimini iyileştirdiği belirlenmiştir (93, 144, 145).

Ebelerin bu doğrultuda sunacağı profesyonel bakım, kritik düzeydeki sezaryen oranlarında azalma ve anne-yenidoğan sağlığında yükselme konularında büyük kazanımlar sağlayacaktır. Aynı zamanda toplumdaki travmatik doğum algısı yerine olumlu doğum algısının yerleşmesi, ebelik mesleğinin önemini arttıracakđı ve ebeleri mesleki doyuma ulaştıracağı düşünölmektedir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, kuşaklararası travmatik doğum algısının nullipar gebelerde doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Malatya il merkezinde bulunan Sıtmapınarı, Mücelli, Fırat, Adafı II, Çarmuzu, Özalper Aile Sağlığı Merkezi olmak üzere 6 adet ASM’de Temmuz 2020-Ağustos 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Belirlenen ASM’lerde her aile hekimi ile bir ebe ya da hemşire çalışmakta ve gebe, lohusa, yenidoğan, 0-6 yaş çocuk izlemleri, 15-49 yaş kadın izlemleri rutin olarak yürütülmektedir. Her aile hekimi ortalama 3000 in üzerinde nüfusa hizmet vermektedir. ASM’lerde aşı odası, ebe odası, muayene odası ve bazı ASM’lerde eğitim odası bulunmaktadır. Çalışma saatleri 08:00-12:00 ile 13:00-17:00 arasındadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde bulunan nüfusu 20.000 ve üzerinde olan Sıtmapınarı, Mücelli, Fırat, Adafı II, Çarmuzu, Özalper ASM’lerine kayıtlı toplam 294 nullipar gebe ve bu gebelerin anneleri oluşturdu (N=588). Araştırmanın örneklem büyüklüğü, yapılan güç analizi sonucunda, %5 yanlışlığı düzeyi, %95 evreni temsil etme yeteneği ile en az 167 gebe olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemi 180 gebe ve bu gebelerin anneleri oluşturdu (n=360). Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Open Epi genel kullanıma açık istatistik yazılımı kullanıldı (146). Belirlenen ASM’lere kayıtlı olan ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan gebe sayıları şu şekildedir:

Sıtmapınarı ASM’de 66, Mücelli ASM’de 48, Fırat ASM’de 50, Adafı II ASM’de 44, Çarmuzu ASM’de 46, Özalper ASM ‘de 40 nullipar gebe bulunmaktaydı (N=588). ASM’lerden alınacak gebe sayısı belirlenirken küme ağırlıklandırma yöntemi kullanıldı. Bu ASM’lerdeki gebeler ise basit rastgele örneklendirme yöntemi ile rastgele sayılar tablosu kullanılarak araştırmaya dahil edildi. Örneklemimizi Sıtmapınarı ASM’den 41, Mücelli ASM’den 30, Fırat ASM’den 31, Adafı II ASM’den 26, Çarmuzu ASM’den 28, Özalper ASM’den 24 gebe ve anneleri oluşturdu (n=360).

Araştırmaya alınma kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olma
- Annesi sağ olma
- İki veya üçüncü trimesterde olmadır.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

- Riskli gebelik (düşük tehdidi, hipertansiyon, şeker vb. kronik hastalıklar) kriterleri içinde yer alma
- Psikiyatrik tanısı bulunma
- Fetal ölüm veya düşük/küretaj deneyimi olma
- Sezaryen endikasyonu bulunma (çoğul gebelik, IVF sonucu gebelik vb.)
- Gebe kalmak için herhangi bir tedavi görmedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "Travmatik Doğum Algısı Ölçeği" (TDAÖ), "Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği" (GSDÖ-36), "Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A versiyonu" (W-DEQ A) aracılığı ile toplandı.

3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu-Gebe (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan form gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren toplam 9 sorudan oluştu (165-167).

3.4.2. Kişisel Tanıtım Formu-Anne (EK-3)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan form annelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren toplam 8 sorudan oluştu (165-167).

3.4.3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (Ek 4)

Araştırmada kullanılan TDAÖ, Yalnız ve ark. tarafından kadınların genel doğum algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 13 maddeden oluşan tek faktörlü bir yapıya sahiptir ve ters madde bulunmamaktadır. Ölçek 0 ile 10 arasında değişen likert tipdedir ve ölçekten alınan toplam puan 0 ile 130 arasında değişmektedir. Ölçekten elde

edilen puanlar düştükçe travmatik doğum algısı azalmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde değerlendirilmektedir: 0-26 arası çok düşük, 27-52 arası düşük, 53-78 arası orta, 79-104 arası yüksek, 105-130 arası ise çok yüksek travmatik doğum algısı olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (85). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı gebede 0.89 annede 0.95 olduğu belirlendi.

3.4.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Ek 5)

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Körükçü ve Kukulu tarafından yapılan bu ölçek, Klaas ve Barbro Wijma tarafından kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek için geliştirilmiştir (136). Sıfırdan 5'e kadar puanlanan, altılı likert tipi ölçek, doğuma ilişkin korkuları içeren toplam 33 maddeden oluşmaktadır. 0: tamamen 5: hiç olarak yorumlanmaktadır. W-DEQA ölçeğinden alınan en düşük toplam puan 0, en yüksek puan ise 165'tir. Ölçeğin bazı maddeleri ters kodlanmaktadır (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31). Ölçekten alınan puan arttıkça, kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. W-DEQ A puanları düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ A puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu (W-DEQ A puanı 38-65 arasında olanlar), ileri derecede doğum korkusu (W-DEQ A skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu (W-DEQ A puanı ≥ 85), olmak üzere dört grupta derecelendirilir (118). Körükçü ve Kukulu (2012) tarafından yapılan çalışmada, W-DEQ A Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısının 0.84 olduğu saptandı.

3.4.5. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği (Ek 6)

Gebelikte algılanan stresin ölçülmesi amacıyla Chen ve ark. tarafından 30 madde olarak geliştirilmiştir (58). Daha sonra 2015 yılında ölçeğin yine doğum ve doğum sonrası beklenen stresörler de eklenerek 40 madde ile geçerlik ve güvenirliği yapılmış ve 36 maddeye indirgenmiştir. Ölçeğin Aksoy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır (103) Ölçeğin 2015'te son hali verilen şeklinde yedi (7) alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; gebelik, doğum ve doğum sonu güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres, doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres, bebek sağlığı ile ilgili stres, bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres, beden imajı stresi, gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stresi, gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres şeklindedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup 5'li Likert

tipi ile derecelendirilmiştir. Puanlamada, kesinlikle hayır (0), hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4) şeklindeki derecelendirme kullanılmıştır. Tüm madde puanlarının toplamı, doğum öncesi stres skorunu vermiştir. Ölçekten alınan minimum puan 0, maksimum puan 144'tür. Alınan puanın yüksek olması doğum öncesi yüksek düzeyde stres algılandığının göstergesidir. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.94'tür. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısının 0.92 olduğu saptandı.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Kasım 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasında hafta içi her gün ASM'lerdeki özel görüşme odalar araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Kişisel Tanıtım Formu (gebe), TDAÖ, W-DEQ A, GSDÖ-36 kullanılarak toplandı. Gebelerden veri toplama süresi 10-15 dakika sürdü. Gebelerin annelerinin verileri ise gebenin verdiği iletişim bilgileri doğrultusunda hafta içi her gün mesai saatleri içinde araştırmacı tarafından telefon görüşmesi yapılarak Kişisel Tanıtım Formu (anne) ve TDAÖ kullanılarak toplandı. Gebelerin annelerinin veri toplama süresi 5-10 dakika sürdü. Küme ağırlıklandırma yöntemi ile belirlenen ASM'lerde toplam gebe sayıları belirlendi. Sıtmapınarı ASM 66, Mücelli ASM 48, Fırat ASM 50, Adafı II ASM 44, Çarmuzu ASM 46, Özalper ASM 40 nullipar gebe ve annesine sahipti. (N=588) Örneklemimizi Sıtmapınarı ASM'den 41, Mücelli ASM'den 30, Fırat ASM'den 31, Adafı II ASM'den 26, Çarmuzu ASM'den 28, Özalper ASM'den 24 gebe ve annesi oluşturdu. (n=360) Her ASM' deki gebeler alfabetik sıraya göre sıralanarak random sayılar ile basit rastgele yöntemi ile seçildi. Seçilen gebeler ASM'lere davet edilerek araştırmamızın anketleri uygulandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Gebelerin bazı bireysel (yaş, eğitim, çalışma durumu vb.) özellikleri, kuşaklar arası travmatik doğum algısı.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Gebelikte yaşanan doğum korkusu, gebelik stresi düzeyleri

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi Statistical Package for the Social Sciences 26.0 paket programını kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirildi. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, standart sapma),

pearson korelasyon ve linear regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0.05$ yanılı düzeyinde değerdendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğı Kurulundan etik onay (EK-7) ve Malatya İl Sağlığı Müdürlüğü'nden kurum izni (EK-8) alındı. Ayrıca katılımcılardan bilgilendirilmiş olur formu (EK-12) ile yazılı onam alındı. Araştırmada orta ve üzeri düzeyde doğum korkusu yaşayan gebeler araştırmacı tarafından gerekli danışmanlık verilerek psikolojik destek almalarına yönelik yönlendirmeler yapıldı.



4. BULGULAR

Kuşaklar arası travmatik doğum algısının nullipar gebelerde doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı
(n=180)

Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler	n	%
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim mezunu	27	15.0
Lise mezunu	49	27.2
Üniversite mezunu	104	57.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	65	36.1
Çalışmıyor	115	63.9
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	54	30.0
Gelir gidere denk	94	52.2
Gelir giderden fazla	32	17.8
Aile tipi		
Çekirdek aile	158	87.8
Geniş aile	22	12.2
Gebelik trimesteri		
2.trimester	78	43.3
3.trimester	102	56.7
Ort ± SS		
Yaş (yıl)	26.59± 4.54	
Evlilik süresi (yıl)	2.45±2.90	
Gebelik Haftası	26.81± 8.75	

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin %57.8’inin üniversite mezunu

olduğu, %63.9'unun çalışmadığı, %52.2'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %87.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %56.7'sinin 3.trimesterde olduğu belirlendi. Gebelerin yaş ortalamaları 26.59 ± 4.54 , evlilik süresi 2.45 ± 2.90 ve gebelik haftası 26.81 ± 8.75 dir.

Tablo 4.2. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=180)

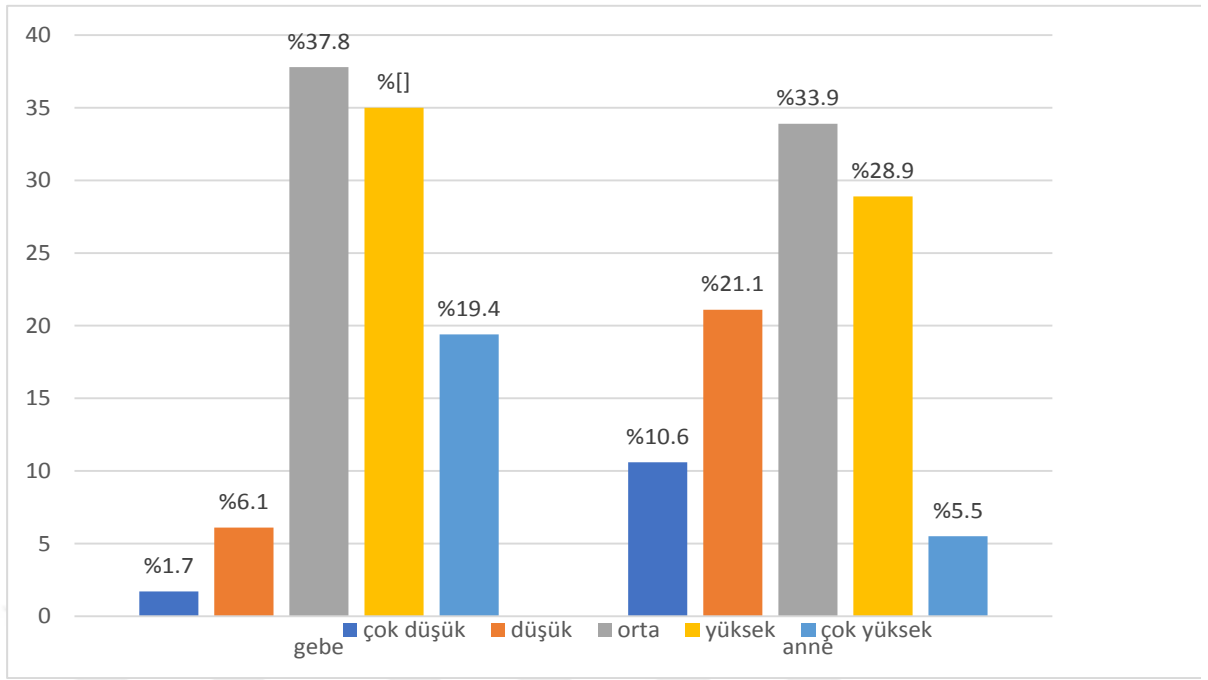
Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş grupları		
40-49 yaş	63	35.0
50-59 yaş	82	45.6
60 ve üstü	35	19.4
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	51	28.3
İlköğretim mezunu	118	65.6
Lise ve üniversite mezunu	11	6.1
Gelir durumu		
Gelir giderden az	72	40.0
Gelir gidere denk	91	50.6
Gelir giderden fazla	17	9.4
Yaş (yıl) (Ort $\pm$ SS) 52.60 ± 7.06		

Tablo 4.2'de araştırma kapsamına alınan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %45.6'sının 50-59 yaş grubunda olduğu, %65.6'sının ilköğretim mezunu olduğu, %50.6'sının gelirinin giderine denk olduğu ve yaş puan ortalamalarının 52.60 ± 7.06 olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=180)

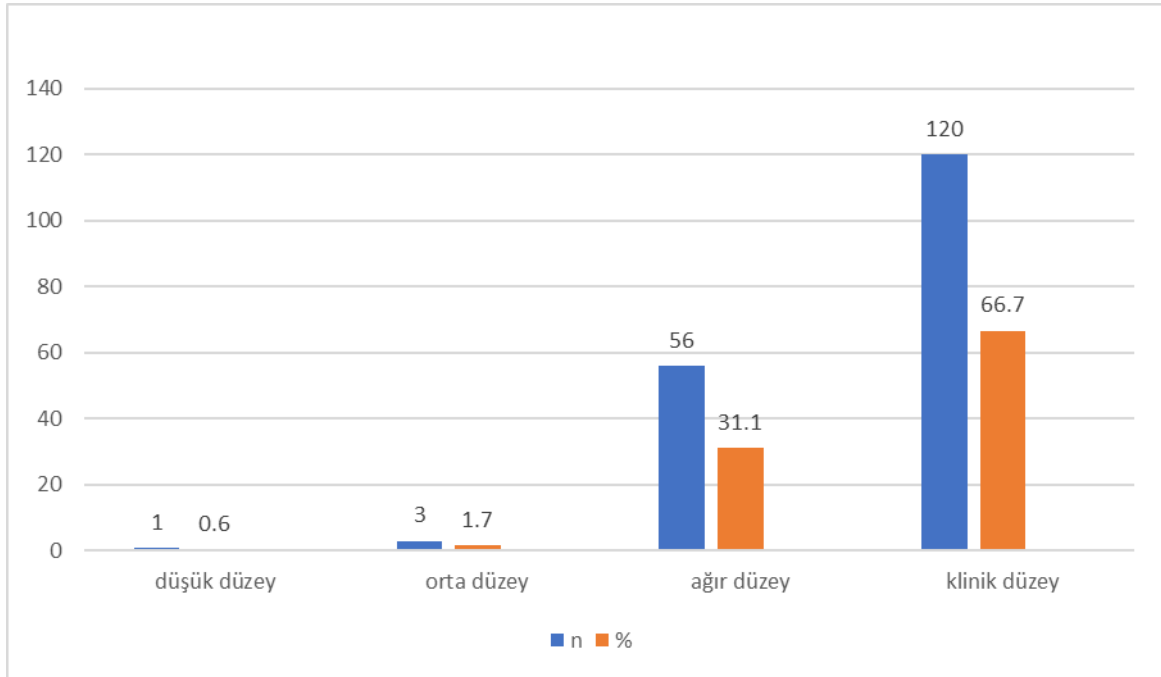
Obstetrik özellikler	n	%
Gebelik Sayısı		
2 ve altı	9	5.0
3 ve üzeri	171	95.0
Vajinal doğum sayısı		
Yok	8	4.4
2 ve altı	23	12.8
3 ve üzeri	149	82.8
Sezaryen doğum		
Yok	127	70.6
Var	53	29.4
Yaşayan çocuk sayısı		
2 ve altı	19	10.6
3 ve üzeri	161	89.4
Düşük		
Yok	134	74.4
Var	46	25.6
Ölü doğum		
Yok	142	78.9
Var	38	21.1

Tablo 4.3'te araştırma kapsamına alınan annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırma katılan annelerin %95'inin 3 ve üzeri gebelik geçirdiği, %82.8'inin 3 ve üzeri vajinal doğum yaptığı, %70.6'sının sezaryen doğum yapmadığı, %89.4'ünün 3 ve üzeri çocuğa sahip olduğu, %74.4'ünün düşük yaşamadığı, %78.9'unun ölü doğumunun olmadığı belirlendi.



Şekil 4.1. Gebelerin ve Annelerinin Travmatik Doğum Algısı Düzeyleri

Şekil 4.1’de gebelerin travmatik doğum algı puan ortalamalarına göre algı düzeylerinin dağılımları gösterilmektedir. Gebelerin %37.8’i (n=180) annelerinin ise %33.9’u (n=180) “orta” düzeyde doğum algısına sahip olduğu saptandı.



Şekil 4.2. W-DEQA’ya Göre Gebelerin Doğum Korkusu Düzeyleri

Şekil 4.2'ye göre gebelerin %66.7'sinin (n=180) klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edildi.

Tablo 4.4. Katılımcıların TDAÖ, W-DEQ A ve GSDÖ-36 Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Alınan En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Ort ± SS
TDAÖ (gebe)	0-130	12-130	82.89 ± 22.89
TDAÖ (anne)	0-130	5-127	64.32 ± 28.10
W-DEQ A	0-165	27-138	94.83 ± 17.35
GSDÖ-36 Toplam	0-144	3-132	66.82 ± 24.38
GSDÖ-36 1.alt boyut	0-36	1-36	20.20±8.15
GSDÖ-36 2.alt boyut	0-28	0-26	8.52±6.58
GSDÖ-36 3.alt boyut	0-20	0-20	11.53±4.64
GSDÖ-36 4.alt boyut	0-16	0-14	4.78±3.25
GSDÖ-36 5.alt boyut	0-16	0-16	8.57±3.53
GSDÖ-36 6.alt boyut	0-16	0-16	7.18±3.91
GSDÖ-36 7.alt boyut	0-12	0-12	6.01±2.57

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

W DEQ A: Wijma Doğum Deneyimi Beklentisi Ölçeği A Versiyonu

GSDÖ-36: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği

1.alt boyut: Gebelik, doğum ve doğum sonu güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres

2.alt boyut: Doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres

3.alt boyut: Bebek sağlığı ile ilgili stres

4.alt boyut: Bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres

5.alt boyut: Beden imajı stresi

6.alt boyut: Gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stresi

7.alt boyut: Gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres

Tablo 4.4'te katılımcıların TDAÖ, W-DEQ A ve GSDÖ-36, ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları gösterildi.

TDAÖ'nün(gebe) işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 12-130 arasında olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 82.89±22.89 olduğu belirlendi. TDAÖ'nün(anne) işaretlenen en düşük ve en yüksek puanı 5-127 arasında olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 64.32±28.10 olduğu saptandı. W-DEQ A'nın işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 27-138 arasında olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 94.83±17.35 olduğu belirlendi. GSDÖ-36'nın işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 3-132 arasında olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 66.82±24.38 olduğu

saptanmıştır. Gebelerin GSDÖ-36'ya göre, en yüksek ortalamasının gebelik, doğum ve doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres alt boyutu (20.20 ± 8.15) olduğu belirlendi. Gebelerin en düşük ortalamasının ise bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres alt boyutu (4.78 ± 3.25) olduğu belirlendi.



Tablo 4.5. Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Annelerdeki Travmatik Doğum Algısı ve Gebelerdeki Stres, Doğum Korkusuyla İlişkisi
(n=180)

	TDAÖ(gebe)		TDAÖ(anne)		W-DEQ A		GSDÖ-36		GSDÖ-36 1.alt		GSDÖ-36 2.alt		GSDÖ-36 3.alt		GSDÖ-36 4.alt		GSDÖ-36 5.alt		GSDÖ-36 6.alt		GSDÖ-36 7.alt	
	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r
TDAÖ(gebe)	1																					
TDAÖ(anne)	0.501 0.000		1																			
W-DEQ A	0.207 0.005		0.327 0.000																			
GSDÖ-36	0.585 0.000		0.318 0.000		1 0.080		1 0.283															
GSDÖ-36 1.alt	0.514 0.000		0.218 0.003		-0.156 0.037		0.820 0.000		1													
GSDÖ-36 2.alt	0.395 0.000		0.258 0.000		0.043 0.564		0.795 0.000		0.504 0.000		1											
GSDÖ-36 3.alt	0.413 0.000		0.273 0.000		0.309 0.000		0.702 0.000		0.501 0.000		0.464 0.000		1									
GSDÖ-36 4.alt	0.434 0.000		0.288 0.000		0.068 0.366		0.779 0.000		0.580 0.000		0.601 0.000		0.466 0.000		1							
GSDÖ-36 5.alt	0.366 0.000		0.276 0.000		0.255 0.001		0.626 0.000		0.351 0.000		0.388 0.000		0.380 0.000		0.429 0.000		1					
GSDÖ-36 6.alt	0.389 0.000		0.133 0.075		-0.112 0.133		0.723 0.000		0.552 0.000		0.550 0.000		0.277 0.000		0.575 0.000		0.444 0.000		1			
GSDÖ-36 7.alt	0.519 0.000		0.228 0.002		0.323 0.000		0.632 0.000		0.353 0.000		0.418 0.000		0.542 0.000		0.434 0.000		0.552 0.000		0.338 0.000		1	

r: Pearson korelasyon analiz testi

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

W DEQ A: Wijma Doğum Deneyimi Beklentisi Ölçeği A Versiyonu

GSDÖ-36: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği

1.alt boyut: Gebelik, doğum ve doğum sonu güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres

2.alt boyut: Doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres

3.alt boyut: Bebek sağlığı ile ilgili stres

4.alt boyut: Bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres

5.alt boyut: Beden imajı stresi

6.alt boyut: Gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stresi

7.alt boyut: Gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres

Tablo 4.5'te Gebelerde travmatik doğum algısının annelerdeki travmatik doğum algısı ve gebelerdeki stres, doğum korkusuyla ilişkisi verildi. Gebelerde TDAÖ toplam puan ortalaması ile GSDÖ-36 toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları (gebelik, doğum ve doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres, doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres, bebek sağlığı ile ilgili stres, bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres, beden imajı stres, gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stres, gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres) ve TDAÖ(anne) puan ortalaması arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.01$, $p<0.05$). Gebelerde TDAÖ toplam puan ortalaması ile W-DEQ arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Gebelerde Travmatik Doğum Algısının Annelerindeki Travmatik Doğum Algısı, Gebelerde Gebelik Stresi ve Doğum Korkusuna İlişkin Regresyon Sonuçları (n=180)

Bağımlı değişken	Değişkenler	Beta ^b	F	d.f. (df1, df2)	p-value	R ²	t
TDAÖ (gebe)	TDAÖ (anne)	0.501	59.678	1 178	0.000	0.251	15.279
	W-DEQ A	0.273	7.946	1 178	0.005	0.043	2.819
	GSDÖ-36	0.585	92.669	1 178	0.000	0.342	11.381
	GSDÖ-36 1.alt boyut	0.514	63.817	1 178	0.000	0.264	7.989
	GSDÖ-36 2.alt boyut	0.395	32.827	1 178	0.000	0.156	5.729
	GSDÖ-36 3.alt boyut	0.413	36.686	1 178	0.000	0.171	6.057
	GSDÖ-36 4.alt boyut	0.434	41.221	1 178	0.000	0.188	6.420
	GSDÖ-36 5.alt boyut	0.366	27.477	1 178	0.000	0.134	5.242
	GSDÖ-36 6.alt boyut	0.389	31.771	1 178	0.000	0.151	5.637
	GSDÖ-36 7.alt boyut	0.519	65.638	1 178	0.000	0.269	8.102

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

W DEQ A: Wijma Doğum Deneyimi Beklentisi Ölçeği A Versiyonu

GSDÖ-36: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği

1.alt boyut: Gebelik, doğum ve doğum sonu güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres

2.alt boyut: Doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres

3.alt boyut: Bebek sağlığı ile ilgili stres

4.alt boyut: Bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres

5.alt boyut: Beden imajı stresi

6.alt boyut: Gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stresi

7.alt boyut: Gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres

Tablo 4.6'ya göre araştırmaya katılan gebelerin TDAÖ'sünü açıklamada annelerdeki TDAÖ'sü %25 oranında, W-DEQ A %4 oranında, GSDÖ-36 %34 oranında, gebelik-doğum-doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres %26 oranında, doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres %15 oranında, bebek sağlığı ile ilgili stres %17 oranında, bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres %18 oranında, beden imajı ile ilgili stres %13 oranında, gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stresi %15 oranında, gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres %26 oranında yordadı ($p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Kadının hayatında önemli bir yaşam olayı olan doğum eylemi genellikle hafızada kalmakta ve ayrıntıları ile hatırlanmaktadır (148). Bu ayrıntılar pozitif duyguları hatırlattığında anneye, bebeğe ve topluma olumlu yansımaları olabileceği gibi olumsuz duyguları hatırlattığında annede, bebekte ve toplumda değiştirilemez travmalara yol açabilecektir. Kadında kalıcı olumsuz sonuçlara neden olan travmatik deneyimlerin kuşaklararası aktarımla toplumun doğum algısı ve deneyimleri üzerinde etkili olacağı belirtilmiştir (143). Bu bölümde nullipar gebelerde kuşaklararası travmatik doğum algısının doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Bu araştırmada gebelerin en çok orta düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu, travmatik doğum algısı puan ortalamasının ise yüksek düzeyde olduğu belirlendi (Şekil 4.1, Tablo 4.4). Bu gebelerin annelerinin travmatik doğum algısı incelendiğinde annelerinde en çok orta düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlendi (Şekil 4.1). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında da araştırma bulgumuza benzer şekilde kadınların orta-yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahip oldukları belirlenmiştir (81, 149). Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalara bakıldığında ise kadınlardaki travmatik algı düzeylerinin ülkemizdeki kadınlardan daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (52, 147). Ülkeler arası farkın doğumla ilgili olumsuz düşünceler, doğum konforu, doğum deneyiminden memnun olma durumu, toplumun doğuma bakışı ve kültürel değerlerin etkisinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim travmatik doğum algısının oluşmasında doğumla ilgili bilgi eksikliği, toplumun doğuma bakışı ve kültürel değerler, doğumdan memnun ayrılma düzeyi gibi birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir (7, 92).

Araştırmada gebelerin yarısından fazlasının klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlendi (Şekil 2). Yapılan çalışmalara bakıldığında da araştırma bulgumuza benzer şekilde gebelerin büyük çoğunluğunun ağır düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu gösterilmiştir (28, 128, 136, 150, 151). Araştırmamızda gebelerdeki doğum korku düzeyinin literatürden daha yüksek düzeyde olmasının araştırma örneklemimizin sadece nulliparalardan oluşmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim Toohill ve ark. (2014) yaptığı çalışmada nulliparaların multiparlardan daha çok doğum korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (123). Bununla birlikte doğum korkusunun oluşmasında sadece

nullipar olma değil gebelik takibinde sosyal destek almama, doğuma ilişkin yeterli bilgiye sahip olmama, psikolojik sorun yaşama, zorlu bir gebelik süreci geçirme, eş desteğine sahip olmama gibi faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir (123, 128). Tüm bu faktörlere ilaveten araştırmamızdaki gebelerin orta düzeyde travmatik doğum algısına sahip olmalarının da doğum korkusuyla doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim yaptığımız korelasyon analizi sonucunda da travmatik doğum algısı ile doğum korkusu arasında zayıf düzeyde de olsa pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (Tablo 4.5). Doğum korkusunun temelinde; önceden doğum deneyiminin olmaması, doğum hakkındaki olumsuz hikayeler, medyada yayınlanan korkunç doğum videoları, olumsuz hastane ortamı, sağlık personeline güvenmeme ve sağlık personeliyle önceden yaşanan olumsuz deneyimlerin olduğu bildirilmiştir (153). Tüm bu olumsuz durumların kadınlarda travmatik etki bırakma potansiyeli taşıdığı kaçınılmazdır. Bununla birlikte travmatik doğum algısının oluşması sadece bu durumların etkisinde kalmayıp doğum deneyiminin kuşaklararası aktarılmasının da etkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde travmanın epigenetik yoluyla kuşaklararası aktarıldığı ve travmatik algıya sahip olan annelerin kızlarında da aynı algının mevcut olabileceği belirlenmiştir (24).

Araştırmamızda gebelerin ortalamaya yakın düzeyde (66.82 ± 24.38) gebelik stresine sahip olduğu saptandı (Tablo 4.4). Yapılan çalışmalarda da gebelik stres düzeyinin araştırma bulgumuza benzer şekilde olduğu görülmüştür (58, 154, 155, 156, 157). Araştırma sonuçlarına bakıldığında her gebelikte belirli düzeyde stres yaşandığı sonucuna ulaşılmaktadır. Araştırmamızda gebelerin GSDÖ-36 alt boyutlarına göre, en yüksek ortalamayı “gebelik, doğum ve doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres” alt boyutunun aldığı belirlendi. Geldi, Akın ve Erbil’in yapmış oldukları çalışmalarda en yüksek ortalamaya sahip alt boyutun “gebelik, doğum ve doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres” olduğu tespit edildi (155, 156). Literatür sonuçlarına bakıldığında gebelerde ortak olarak güvenli süreç ve güvenli sağlık bakımından kaynaklı stres yaşama durumu görülmektedir (155, 156). Gebelerin stres kaynaklarının incelendiği çalışmalara bakıldığında güvenli sağlık bakımı alamama, kimseye güvenememe, hiç tanımadığı ortamda doğum yapma gibi olumsuz durumların olduğu belirlenmiştir. Ayrıca planlamadan gebe kalan, gebeliğinde eşi ile uyum sorunu yaşayan ve gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin hem stres düzeyleri hem de “annelik ve beden algıları”nın anlamlı düzeyde olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir

(158). Bizim araştırmamızda örneklemimizin nullipar gebelerden oluşması ve gebelerin orta düzeyde travmatik doğum algısına sahip olmasının da gebelikte stres yaşanması ile ilişkili olabileceği dşnlmektedir. Nitekim araştırmada yapılan korelasyon analizi sonucunda travmatik algı ile gebelik stresi arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.5).

Araştırmamızda gebelerde travmatik doğum algısı ile annelerindeki travmatik doğum algısı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.6). Bu sonuca göre travmanın kuşaklararası aktarılabildiğini söyleyebiliriz. Literatürde bazı travmatik yaşantıların çeşitli mekanizmalar aracılığıyla bireyden bireye ya da nesilden nesile aktarılabileceği vurgulanmaktadır (14, 18, 19, 20, 21). Ancak kadınların gebelik ve doğum açısından kuşaklararası etkileşimlerini inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Travmanın nesiller arası aktarılması teorisine göre, bir aile üyesinin deneyimlediği travmatik yaşantıların etkilerinin daha sonra doğan diğer aile üyelerinde de görülebileceği belirtilmektedir (22). Bu durum, travmanın sadece doğrudan travmaya maruz kalan kişilerle sınırlı kalmayıp sonraki nesiller açısından da risk oluşturduğu anlamına gelmektedir (21). Travmatik olayların etkilerinin sonraki nesillere aktarıldığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, epigenetik (DNA'nın kalıtsal, kimyasal değişimi) mekanizmaların bu aktarımda önemli rolünün olduğunu göstermektedir (109). Literatürde travmatik doğumun kuşaklararası aktarılabileceğine dair herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırma sonucumuzun konuyla ilgili yapılmış ilk çalışma olması nedeniyle literatüre önemli katkılar sunması beklenmektedir.

Bu araştırmada annelerin travmatik doğum algısı ile gebelerin doğum korkusu arasında orta derecede pozitif yönde önemli ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.6). Doğum korkusunu etkileyen faktörler incelendiğinde anlatılan travmatik deneyimlerin, doğum korkusunun oluşmasında etkili olduğu bilinmektedir (152). Doğumlarını korku ile geirmış annelerin doğum anı travmatik bir deneyim olarak kalacak ve bu olumsuz deneyimi kızıyla da paylaşması kaçınılmaz olacaktır. Nitekim sadece sözel aktarımın değil epigenetik kanallarla aktarımda gerçekleştiği düşünüldüğünde sağlıklı nesillerin yetişmesinde annelerin kilit rol üstlendikleri gerçeği bir kez daha kendini göstermektedir. Ayrıca araştırmamızda gebelerin annelerinin travmatik doğum algısının, gebelerin travmatik doğum algısını %25 oranında açıkladığı belirlendi. Bu sonuç gebelerdeki travmatik doğum algısının dörtte birinin genetik olarak annelerinden

aktarıldığını göstermektedir. Dünya’da sezaryen doğum oranının ilk sıralarda olduğu ülkemizde normal doğum oranının arttırılması için atılacak en önemli adımlardan birinin de travmatik algı üzerinde çalışmak olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda gebelerdeki travmatik doğum algısının gebelik stresini açıklamada %34 oranında istatistiksel öneme sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Bu araştırmada gebelerin travmatik doğum algısının gebelik stresine ilişkin anlamlı bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınlardaki travmatik doğum algısının kadınların stresli bir gebelik süreci yaşamalarına sebep olduğu görülmektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada kadınlardaki gebelik stresi değerlendirilmediğinde ve gerekli girişimler yapılmadığında aile ilişkilerinin zarar görebileceği, anne sütünün azalabileceği ve bu annelerin çocuklarında uzun vadede duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklara yol açabileceği bildirilmiştir (76).

Araştırmamızda gebelerin travmatik doğum algısının, doğum korkusunu %4 oranında açıkladığı belirlendi. Kadınlarda doğum algısı, doğuma olan bakış açısından, kişilik özelliklerinden, önceki doğum deneyiminden ve bulunduğu toplumun kültürel yapısı gibi faktörlerden etkilenmektedir (7). Travmatik doğum algısına sahip olan kadınlarda doğum eylemi tehdit olarak algılanabilmektedir. Kadının doğumu travmatik olarak algılaması kadının doğum tercihini, doğum memnuniyetini, emosyonel durumunu, bebeğe yaklaşımını, eşi ve ailesi arasındaki ilişkiyi, anne bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilemektedir (96). Bunun sonucu olarak müdahaleli doğum (oksitosin kullanımı, epizyotomi ve amniyotomi uygulamaları) ve elektif sezaryen oranları artış gösterebilmektedir. Ayrıca bu olumsuz algının doğum sonu annelik rolünde uyum sorunlarına, kısa veya uzun dönemde görülen laktasyon problemlerine, doğum sonu depresyona, posttravmatik stres bozukluğuna yol açabileceği bildirilmektedir (96). Buna ilavaten yapılan çalışmalarda bu annelerin çocuklarında travmatik algının uzun vadede, ruhsal, bilişsel ve davranışsal sorunlara neden olabileceği gösterilmektedir (84, 160, 161).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nullipar gebelerde kuşaklararası travmatik doğum algısının doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuçlar

- Gebelerin %37.8'inin, annelerinin ise %33.9'unun “orta” düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlendi.
- Gebelerin %66.7'sinin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı görüldü.
- Gebelerin GSDÖ-36'ya göre, en yüksek puan ortalamasının (20.20 ± 8.15) “gebelik, doğum ve doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres” alt boyutu olduğu, en düşük puan ortalamasının ise “bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres” alt boyutu (4.78 ± 3.25) olduğu belirlendi.
- Gebelerde TDAÖ toplam puan ortalaması ile GSDÖ-36 toplam ve tüm alt boyut ve TDAÖ (anne) puan ortalaması arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.01$, $p<0.05$).
- Gebelerde TDAÖ toplam puan ortalaması ile W-DEQ A puan ortalaması arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.01$).
- Araştırmaya katılan gebelerin TDA'sını açıklamada annelerdeki TDA %25 oranında, W-DEQ A %4 oranında, GSDÖ-36 %34 oranında, gebelik-doğum-doğum sonrası güvenli sağlık bakımından kaynaklanan stres %26 oranında, doğum ve doğum sonu sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanan stres %15 oranında, bebek sağlığı ile ilgili stres %17 oranında, bebek kimliği ve bakımı ile ilgili stres %18 oranında, beden imajı ile ilgili stres %13 oranında, gebelikte sosyo-ekonomik yaşam stresi %15 oranında, gebelikte psikolojik değişiklikler ile ilgili stres %26 oranında istatistiksel öneme sahip olduğu saptandı($p<0.01$).

Öneriler

- Gebelerde travmatik doğum algısı ile annelerindeki travmatik doğum algısı, gebelerde gebelik stresi ve doğum korkusu arasında önemli ilişki olduğu görüldü. Bu nedenle; sağlık profesyonellerinin gebeleri psikososyal açıdan değerlendirirken travmatik doğum algısı kavramına da yer vermeleri ve bu algının önlenmesi için gerekli girişimleri yapması önerilmektedir.
- Travmatik doğum deneyimi kuşaklararası aktarıldığından tüm doğumların olumlu bir deneyim olarak yaşanmasını sağlamak için travmatik doğumların önlenmesine yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi, fiziki şartların iyileştirilmesi, kadının aldığı sağlık bakımının kalitesinin arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*, Genişletilmiş 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2016.
2. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16.Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2020
3. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009, 40 (2): 57-62.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, *Comprehensive Textbook Of Psychiatry* Vol. 1. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia ,2000
5. American Psychiatric Association DSM-5.
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5>. Son Erişim Tarihi: 1 Ekim 2020
6. Karaman ÖE, Yıldız H. Freedom of movement during labor: how? What does it provide? What is the role of obstetrics and gynecology nurses? *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2018, 10(1): 8–87.
7. İsbir GG, İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *J Midwifery Womens Health* 2014, 1(1): 29–40.
8. Greenfield M, Jomeen J, Glover L. What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *J Health Nurs Midwifery* 2016, 24(4): 254-67
9. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Psychological trauma symptoms of operative birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2000, 27(2):104-11
10. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, screening & treatment. *J Obstet Gynecol* 2004, 47(3): 552-67.
11. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2 (3): 143-8
12. Mongan MF. *Hypnobirthing mongan yöntemi*, İstanbul, Gün Yayıncılık, 2012: 1-70

13. Garthus-Niegel S, Von Soest T, Vollrath Me, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16: 1–10.
14. Figley CR. Catastrophes: An overview of family reactions. In CR. Figley & H.I. McCubbin (eds.), *Stress and the Family*, New York, Coping with catastrophe 1995:3-20.
15. Baranowsky AB, Young M, Johnson-Douglas S, Williams-Keeler L, Mccarrey M. PTSD Transmission: A review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Canadian Psychology* 1998, 39 (4): 247-56.
16. Dekel R, Goldblatt H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veteran's children. *Am J Orthopsychiatry* 2008, 78(3): 281–9.
17. Rosenheck R, Nathan P. Travma sonrası stres bozukluğu olan Vietnam gazilerinin çocuklarında ikincil travmatizasyon. *Hastane ve Toplum Psikiyatrisi* 1985, 36: 538-9.
18. Kellermann NPF. Transmission of holocaust trauma –an integrative view. *Isr J Psychiatry* 2001, 64 (3): 256-67.
19. Kaitz M, Levy M, Ebstein R, Faraone SV, Mankuta D. The intergenerational effects of trauma from terror: A real possibility. *Infant Ment Health J* 2009, 30(2): 158-79.
20. Kesebir S. Zorunlu göçte psikopatoloji: Üç kuşak arasında bir karşılaştırma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011, 12: 1-6
21. Hocaoglu, A. Son Dönem Bulgaristan Göçünü Yaşayan Yetişkinlerde Travmanın Etkilerinin Kuşaklararası Aktarımı Duygu Düzenleme Güçlüğü, Aile İşlevselliği ve Temel Varsayımların Rolü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Uygulamalı-Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014
22. Danieli Y. *Intergenerational handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York, Plenum Press, 1998: 43-68
23. Dias R, Ressler KJ. Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *Nat Neurosci* 2014, 17 (1): 89-96.

24. Yamagata B, Murayama K, Siyah JM, Hancock R, Mimura M, Yang TT, Reiss AL, Hoef F. İnsan kortikolimbik devresinin kadına özgü kuşaklararası iletim kalıpları. *Nörobilim Dergisi* 2016, 36 (4): 1254-60.
25. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2014, 30: 255–61.
26. Demirsoy G, Aksu H. Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *J Midwifery Womens Health* 2015, 2 (2): 36-45.
27. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *J Clin Gynecol Obstet* 2014, 24 (1): 36-41.
28. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Saglik Bilim Derg* 2016, 25: 126-30.
29. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012
30. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Saglik Bilim Derg* 2015, 4 (2): 54-8
31. Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rollè L, Sechi C, Trovato A, Vismara L, Volpi B, Brustia P, Lucarelli L, Tambelli R, Saita E. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth* 2018, 31: 17–123.
32. Özkars NB. Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, 2017
33. Hofberg K, Ward M. Fear of Pregnancy and Childbirth. *Postgrad Med J* 2003, 79(935): 505-10
34. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of Childbirth; the Relation to Anxiety and Depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012, 91(2): 237-42.

35. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 27(1): 51-8.
36. Gözükar F, Eroğlu K, İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008, 32–46.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı* 2018.
38. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2013, 92 (2): 210-14.
39. Arslantaş H, Çoban A, Dereboy, Sarı E, Şahbaz M, Kurnaz D. Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal* 2020, 45: 239-50
40. Erdemoğlu Ç, Özşahin Z, Altıparmak S. Gebelerin kişilik özelliği ve stresle başa çıkma tutumlarının doğum korkusuna etkisi. *Jour Turk Fam Phy* 2019; 10 (3): 130-9.
41. Dursun D. Gebelerde Evlilik Uyumunun Doğum Korkusuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2019
42. Köybaşı Şahin E, Yeşiltepe Oskay Ü. Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2017, (59): 1-5.
43. Kızılkaya Beji N. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (2)*, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 2016: 342-3.
44. Arslan S, Okçu G, Coşkun A, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2019, 6(1): 79-192.
45. Gümüşsoy S, Kavlak O. *Perinatoloji ve Bakım*. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 101-26.

46. Alpay Türk V. *Williams Obstetrik*, 24. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 46-77.
47. Tel E, Sabuncuoğlu S. Gebelikte tiroid fonksiyon bozukluğunda kullanılan ilaçlar ve toksisiteleri. *Farmasötik Bilimler Dergisi* 2017, 42 (3): 239-48.
48. Sevil Ü, Ertem G. *Perinatoloji ve Bakım*, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 101-22.
49. Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
50. Katz V. Prenatal Bakım. İçinde: *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*. Ayhan A, Taşkiran Ç, Dursun P. (Çeviri editörleri). İstanbul, Güneş Tıp Kitabevi, 2010:122-9
51. Fenkçi İ. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Öncü Basımevi, 2004: 161-9.
52. Ayhan A, Durukan T, Günel S, Gürgan T, Önderoğlu Ls, Yaralı H, Yüce K. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2.Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.
53. Chandrachan E, Arulkumaran Ss. *Obstetric and intrapartum emergencies: A practical guide to management*. Cambridge University Press, 2012:282
54. Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç. Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Türk Ürol Sem*. 2011, 2: 121-3.
55. Costantine Mm. Physiologic And Pharmacokinetic Changes İn Pregnancy. *Front Pharmacol* 2014, 65:1-5
56. Cunningham Fg, Leveno KJ, Bloom Sl, Spong Cy, Dashe Js, Hoffman Bl, Casey Bm, Sheffield Js. *Williams Obstetrik*. 4th Nobel TIP kitabevleri ,2016:312-35.
57. Tan Ek, Tan El. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 27: 791-802.
58. Mehta N, Chen K, Hardy E, Powrie R. Respiratory disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015, 29: 598-611.
59. Zanger Um, Schwab M. Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. *Pharmacol Ther* 2013, 138: 103-41.

60. Arıkan Beyaz E, Özcan E. Gebelikte görülen kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılar ve tedavi yaklaşımları, *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2005, 51(2): 65-8.
61. Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N. *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar*, İstanbul, Medikal&Nobel Tıp Kitapevi, 2002: 482-505.
62. Nadire DAL, Yavuz AYA, Şenyuva İ, Sevimli S, Çatalgöl Ş, Kaydok E, Sağlıklı gebelerde kas iskelet sistemi ağrıları; lokalizasyon, şiddet ve karakter değerlendirilmesi: kesitsel çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018, 5(4): 169-74.
63. Beck Jr, A critical look at the legal, ethical, and technical aspects of artificial insemination. *J Fertil Steril* 1976, 27(1): 1-8.
64. Başaran M. *Kadın Hastalıkları & Doğum*, Ankara, Pelin Ofset Tıpo Matbaacılık, 2004: 153-61.
65. Akgün N. Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
66. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (2) Ankara, Güneş Kitabevi, 2006: 187-95.
67. Tekin YB, Güven ESD. Gebelikte tiroid hastalıkları ve neonatal sonuçları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2014, 11(4): 150-3.
68. Kaba M. Gebelikte tiroid hormonları, *Kocatepe Tıp Dergisi* 2013, 14 (3): 160-6
69. Hershman JM, Physiological and pathological aspects of the effect of human chorionic gonadotropin on the thyroid. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004, 18: 249–65.
70. Casey BM, Leveno KJ. Thyroid disease in pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* 2006, 108(5): 1283-92.
71. Can Gürkan Ö, Toroman, B. Gebelik dermatozları ve hemşirelik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2013, 8(22): 19-35.
72. Kısa C, S Yıldırım, Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004, 12(4): 3-6.

73. Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. Hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2010, 9(5): 463-70.
74. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişikliklerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician* 2012, 3(2): 35-42.
75. Dick-Read G. *Childbirth without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*. Pinter & Martin Ltd; 2013, 420.
76. Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 2001, 28(2):101-10.
77. Özkan FS, Demirci N. Factors Affecting delivery preference of primigravida women: a qualitative study. *Turk Klin* 2018, 10(2):103-14.
78. Kuğu N, G Akyüz, Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001, 23(1): 61-4.
79. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Turk Klin Journal Of Medical Science* 2008, 28(4):525-32
80. Mazzoni A, Althabe F, Gutierrez L, Gibbons L, Liu NH, Bonotti AM, Izbizky, GH, Ferrary M, Viergue N, Vigil SI, Denett GZ, Belizán JM. Women's Preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016, 16(1):34-42.
81. Bay F. Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2019.
82. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17:21.
83. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence And risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, 12: 88.
84. Fenech G, Thomson G. Tormented By ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal wellbeing. *Midwifery* 2014 ,30(2): 185-93.

85. Yalnız H, Canan F, Etki Genç R, Kuloğlu MM, Geçici ö. travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi. Orijinal çalışma. *Turk Tip Derg* 2016, 8(3): 81-8.
86. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. Research article. *Nurs Res Pract* 2013, (349124): 1-6.
87. Ayers S, Delivery As, A Traumatic event: Prevalence, risk factors, screening & treatment. *J Clin Obstet Gynecol* 2004, 47(3): 552–67.
88. Aktaş S. Multigravidas' Perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Med-Science* 2018, 7(1): 203-9.
89. Yıldız PD, Ayers S, Phillips L The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017, 208: 634-45
90. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the danish national birth cohort. *Obstet Gynecol Int J* 2008, 115: 354-60.
91. Anderson CA, The trauma of birth. *Health Care Women Int* 2017, 38: 999-1010.
92. Aktaş S, Pasinlioğlu T, Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017, 14: 60-5.
93. Hodnett ED, Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186: 160-72.
94. İsbir GG, İnci F, Bektaş M, Yıldız PD, Ayers S Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in turkey. *Midwifery* 2016, 41: 96-103.
95. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199: 445-54.
96. WHO Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. WHO; Geneva, Switzerland 2019.

97. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, Saxena S, Waheed W. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.* 2013, 91: 593–601.
98. Vesel J, Nickasch B. An evidence review and model for prevention and treatment of postpartum posttraumatic stress disorder. *Nurs Womens Health.* 2015; 19: 504–25.
99. Mckenzie-Mcharg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, Stramrood C, Thomson G, Slade P, Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *J. Reprod. Infant. Psychol.* 2015, 33:219–37.
100. Ford E, Ayers S, Bradley R. Doğumdan sonra travma sonrası stres semptomlarını tahmin etmek için bilişsel bir modelin araştırılması. *J. Anxiety Disord.* 2010, 24: 353–9.
101. Stankovic B, Women's Experiences of childbirth in serbian public healthcare institutions: a qualitative study. *Int J Behav Med* 2017, 24: 803-14.
102. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> Son Erişim Tarihi: 28.08.2021
103. Aksoy AN, Doğum korkusu: Literatür değerlendirmesi. *Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi* 2 2015, 161-5.
104. Chan JC, Nugent BM, Bale TL, Parental advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment. *Biol Psychiatry* 2018, 83: 886- 94.
105. Bohacek J, Mansuy IM. Molecular insights into transgenerational non- genetic inheritance of acquired behaviours. *Nat Rev Genet* 2015, 16: 641- 52
106. Ly L, Chan D, Trasler JM, Developmental windows of susceptibility for epigenetic inheritance through the male germline. *Semin Cell Dev Biol* 2015, 43: 96- 105.
107. Ferguson- Smith AC, Genomic imprinting: The emergence of an epigenetic paradigm. *Nat Rev Genet* 2011, 12: 565- 75.

108. Rando OJ. Spermdede epigenetik bilginin kuşaklar arası transferi. *Cold Spring Harbor Perspect Med* 2016; 6: 10-4.
109. Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM, Bader HN, Klengel T, Holsboer F ve Ark. Holocaust exposure induced intergenerational effects on fcbp5 methylation *Biological Psychiatry*. 2016, 80(5): 372-80
110. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010, 202(1): 61-E1.
111. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R, Doğum öncesi ve doğum sonrası kaygının yaygınlığı: Sistematik inceleme ve meta-analiz. *İngiliz Psikiyatri Dergisi* 2017, 210 (5): 315-23.
112. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T, Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18(3): 196-203.
113. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
114. Çorumlu E, Ulupınar E, Prenatal stres maruziyetinin nörobiyolojik etkileri. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2016, 38 (Özel Sayı 1): 89-98.
115. Grote NK, Frank E. Difficult-To-Treat Depression: The role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry* 2003, 53: 660-70.
116. Acar Soysal Ş, Tan S, Turan Ö, Gücüyener K, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alttıplerinde doğum öncesi ve doğum esnasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2015, 32: 49-53.
117. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.org.tr> Son Erişim Tarihi:10.01.2021
118. Wijma K, Wijma B, Zar M, Psychometric aspects of the wdeq: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998, 19: 84-97.
119. Alessandra S, Roberta L, Tokophobia: When fear of childbirth prevails, *Mediterranean Journal Of Clinical Psychology* 2013, 1(1):1-18.

120. Sezen C, Ünsalver BÖ, Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *Thr Journal Of Neurobehavioral Sciences* 2018, 5(1):28-36.
121. Rouhe H, Salmela- Aro K, Toivanen R, Tokola M, Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women randomised trial. *Int J Gynaecol Obstet* 2013,120(1): 75-84.
122. Mete S, Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013, 6 (2): 93-8.
123. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Prevalence of childbirth fear in an australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014, 14(275): 1-10.
124. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH, Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009, 30(3): 168-74.
125. Yanikkerem UE, Kitapcıoğlu G, Karadeniz G, Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010, 5(13): 108-18.
126. Hall W, Hauck Y, Carty E, Hutton E, Fenwick J, Stoll K, Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN* 2009, 38:567-76
127. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL, Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *Obstet Gynecol Int J* 2006, 113(6): 638-46
128. Gün EÖ. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2018.
129. Coşkun Potur D. Nursing/Midwifery Approaches To Fear Of Childbirth İn: A. A. Çamlı, B. Ak, R. Arabacı, R Efe, (editörler). *Recent Advances İn Health Sciences*. Sofia, Kliment Ohridski University Press, 2016: 338-49.
130. Öztürk T. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunu Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın

Kastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.

131. Mortazavi F, Agah J, Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant iranian women. *Oman Med J* 2018, 33(6): 497-505.
132. Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16(5): 363-9.
133. Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S, Self-Efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNN* 2013, 42: 191-202
134. Zar M, Wijma K, Wijma B, Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Therapy* 2001, 30: 75–84.
135. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B, Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth, *J Obstet Gynaecol* 2008, 10(1):9
136. Korukcu O, Kukulu K, Firat MZ, The reliability and validity of the turkish version of the wijma delivery expectancy/experience questionnaire (w-deq) with pregnant women. *J Ment Health Nurs* 2012, 19(3): 193–202.
137. Adams S, Eberhard GM, Eskild A, Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012, 119: 1238-46.
138. Serçekuş P, Okumuş H, Fears associated with childbirth among nulliparous women in turkey. *Midwifery* 2009, 25(2): 155-62.
139. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E, Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008, 115(3): 324- 31.
140. Kringeland T, Daltveit AK, Moller A, What characterizes women in norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health* 2009, 37: 364-71.
141. Nyberg K, Lindberg İ, Öhrling K. Midwives experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sex Reprod Healthc* 2010, 1: 55–60.
142. Simpson M, Catling C, Understanding Psychological traumatic birth experiences: a literature review. *Women Birth* 2016, 29: 203–7.

143. Aydın N, Yıldız H, Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *J Adv Nutr Hum Metab* 2018, 15(1): 604-18.
144. Kimber L, McNabb M, Mc Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *Eur J Pain* 2008, 12(8): 961-9.
145. Simavli S, Kaygusuz I, Gumus I, Usluogulları B, Yildirim M, Kafali H, Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord* 2014, 156: 194-9.
146. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. www.OpenEpi.com, updated 2013/04/06, accessed 2021/08/28
147. Soet JE, Brack GA, Dilorio C, Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003, 30(1): 36–46.
148. Timur S, Hotun-Şahin N, Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010, 12 (1): 29-40.
149. Şahin M. Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanması İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2020.
150. Gülçelik F. Gebeliğin Planlanma Durumuna Göre Gebelikte ve Doğum Sonu Dönemdeki Doğum Korkusu Beklentisi ve Algısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi, 2019.
151. Demirsoy G, Aksu H, Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2015, 2(2): 36-45
152. Kapısız Ö, Karaca A, Özkan FS, Savaş HG, Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017, 7(3): 156-60.
153. Raisanen S, Lehto S, Nielsen H, Gissler M, Kramer M, Heinonen S, Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in finland. *BMJ Open*. 2013, 3: e004047

154. Geldi BN. Gebe Kadınlarda Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstisü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2020
155. Erbil N, Oruç H, Karabulut A, Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Klin Obstet Gynecol* 2009, 19 (2): 69.
156. Akın B, Yeşim Y, Yücel Ü, Boyacı B, Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences* 2018, 13 (2): 11-20.
157. Salbacak B. Gebelik Stresinin Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstisü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2021.
158. Mccrory C, McNally S, The Effect of pregnancy intention on maternal prenatal behaviours andparent and child health: Results of an ırish cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2013, 27: 208–15.
159. Danieli Y. *Intergenerational Handbook Of Multigenerational Legacies Of Trauma*. New York, Plenum Press, 1998: 43-68
160. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ, A Prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 2010, 40(11): 1849–59.
161. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E, Posttraumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour: a cohort study. *Midwifery* 2016, 32: 87–92.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı Şule ÖZDEMİR
Adres Battalgazi İlçe Sağlık Müdürlüğü MALATYA

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Lise Sümer Lisesi (2007-2011)
Lisans İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü
(2011-2015)
Yüksek lisans İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ebelik Anabilim Dalı (2019-...)

İŞ TECRÜBESİ

Ebe Alacakaya Sağlık Evi / Elazığ (2015-2015)
Ebe Battalgazi İlçe Sağlık Müdürlüğü / Malatya (2015- devam ediyor)

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce -

EK-2. Kişisel Tanıtım Formu (gebe)

Bu anket formu gebelerde kuşaklararası travmatik doğum algısının gebelik stresi, doğum korkusu ve doğum şekli tercihine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak rakamlarla ifade edilecek olup, kişisel olarak kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Kaç yaşında evlendiniz?.....

3. Kaç yıldır evlisiniz?.....

4. Yaşadığınız aile tipi nedir?

Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐

5. Öğrenim durumunuz nedir?

Okur-yazar değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐

Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐

6. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐

7. Gelir durumunuz?.....

Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime denk ☐ Gelirim giderimden fazla ☐

8. Kaç haftalık gebesiniz?

9. Bu gebeliğiniz planlı mıydı?

Evet ☐ Hayır ☐

EK-3. Kişisel Tanıtım Formu (anne)

Aşağıda yer alan soruları annenizin cevaplaması gerekmektedir.

10. Kaç yaşındasınız?

11. Öğrenim durumunuz nedir?.....

Okur-yazar değil ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu

Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐

12. Gelir durumunuz?.....

Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime denk ☐ Gelirim giderimden fazla ☐

13. Toplam kaç kez gebe kaldınız.....

14. Doğum şekliniz?kez vajinal doğumkez sezaryenle doğum

15. Kaç yaşayan çocuğunuz var?.....

16. Toplam kaç kez küretaj (isteyerek düşük) yaptınız?.....

17. Toplam kaç kez ölü doğum yaptınız?

EK-4. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1.Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam					Çok korkarım					

2.Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç endişelendirmez					Çok endişelendirir					

3.Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam					Çok korkarım					

4.Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

5.Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç zarar vermez Çok zarar verir

6.Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılandırmaz Çok kaygılandırır

7.Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkutmaz Çok korkutur

8.Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

9.Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç huzursuz etmez

Çok huzursuz eder

10.Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygı duymam

Çok kaygı duyarır

11.Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç hissetmem

Çok hissedirim

12.TV’de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

13.Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

EK-5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli*ni değil.

I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç mükemmel
mükemmel değil

2 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç korkunç
korkunç değil

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

3 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç yalnız
yalnız değil

4 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç güçlü
güçlü değil

5 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç kendinden
kendinden emin emin değil

6 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
korkmuş korkmuş

7 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç yüzüstü
yüzüstü bırakılmış bırakılmamış

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

8 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç güçsüz
güçsüz değil

9 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç güvende
güvende değil

10 0 1 2 3 4 5

Son derece Bağımlı
bağımsız

11 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç umutsuz
umutsuz değil

12 0 1 2 3 4 5

Son derece Gerginlik
gergin yok

13 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç memnun
memnun değil

14 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç hoşnut
hoşnut değil

15 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
terkedilmiş terkedilmemiş

16 0 1 2 3 4 5

Tamamen Hiç kendine
kendine hakim hakim değil

17 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç rahat
rahat değil

18 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç mutlu
mutlu değil

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 ümitsiz Ümitsizlik
yok

21 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa Hiç çocuğa
kavuşma kavuşma
isteği isteği yok

22 0 1 2 3 4 5

Aşırı öz öz güvenli
güvenli yok

23 0 1 2 3 4 5

Son derece Kendine
güvenli güvensiz

24 0 1 2 3 4 5

Aşırı ağırlı Hiç ağırlı yok

IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5

Son derece Kötü bir şekilde
kötü bir şekilde davranmayacağım
davranacağım

26 0 1 2 3 4 5

Bedenimin Bedenimin bütün
bütün kontrolü kontrolü
sağlamasına sağlamasına izin
izin vereceğim vermeyeceğim

27 0 1 2 3 4 5

Kontrolümü tamamen Kontrolümü
kaybedeceğim kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5

Son derece keyif Hiç keyif verici
verici değil

29 0 1 2 3 4 5

Son derece doğal Hiç doğal değil

30 0 1 2 3 4 5

Tamamen olması Hiç olması gerektiği
gerektiği gibi gibi değil

31 0 1 2 3 4 5

Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil

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-6. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda listelenen ifadeler gebelik kaynaklı stres etkenlerini belirtmektedir. Gebelik kaynaklı değişikliklere ilişkin **SU ANKI** kaygı, endişe ve/veya rahatsızlık seviyenizi ‘kesinlikle hayır’, ‘hafif’, ‘orta derece’, ‘şiddetli’ veya ‘çok şiddetli’ şeklindeki uygun sütunu işaret ederek derecelendiriniz.

		Kesinlikle endişem yok	Hafif derecede endişeleniyorum	Orta derecede endişeleniyorum	Şiddetli endişeleniyorum	Çok şiddetli endişeleniyorum
1	Gebelik esnasında değişen vücut şeklimle ilgili	0	1	2	3	4
2	Ciltte ortaya çıkan koyu kahverengi lekelerle ilgili	0	1	2	3	4
3	Değişen vücut şekli nedeniyle harekette zorlanmayla ilgili	0	1	2	3	4
4	Gebelikte zararı dokunacağı düşünülen dini ve kültürel şeylere bağlı kalmayla ilgili	0	1	2	3	4
5	Gebelikte kilonun kontrol altında tutulmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
6	Gebelik esnasındaki davranışlarımla bebeğin kişiliğini etkileme ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
7	Bebeğimin dış görünüşüyle ilgili	0	1	2	3	4
8	Bebeğimin cinsiyetiyle ilgili	0	1	2	3	4
9	Bebeğimin doğum ağırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
10	Bebeğimin sağlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
11	Karnımdayken bebek hareketlerinin normal normal olup olmamasıyla ilgili	0	1	2	3	4

12	Bebeğimin kıyafetleri ve yenidoğan malzemelerinin hazırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
13	Bebeğimin bakımında bana kimin yardımcı olacağına karar vermeyle ilgili	0	1	2	3	4
14	Bebeğimin bakımının iyi ve kaliteli olmasını sağlamayla ilgili	0	1	2	3	4
15	Lohusalıkta nerede/kimde kalacağıma karar vermeyle ilgili	0	1	2	3	4
16	Doğumda hastanedeyken ev işleriyle ilgilenecek birini ayarlamayla ilgili	0	1	2	3	4
17	Ekonomik yükün artmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
18	Aile içinde sözü geçen kişiler (ör: kayınvalide ve kayınpeder, eş) tarafından bebeğin benimsenmesiyle ilgili	0	1	2	3	4
19	Gebelikte cinsel yaşamla ilgili	0	1	2	3	4
20	Bebeğimin doğumundan sonra boş zamanın azalmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
21	Ailedeki diğer kişilerin desteğiyle ilgili	0	1	2	3	4
22	Uyku kalitesiyle ilgili	0	1	2	3	4
23	Bebeğimin emin ellere doğmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
24	Doğumumun emin ellerde olmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
25	Erken doğum ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
26	Doğum esnasında problem yaşanması ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
27	Doğumda eşimin yanımda bulunamamasıyla ilgili	0	1	2	3	4
28	Doktorun doğuma zamanında yetişememe ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4

29	Doğum sırasında doktorların bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
30	Doğum sırasında ebe/hemşirelerin bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
31	Doğum esnasındaki ağrı şiddetiyle ilgili	0	1	2	3	4
32	Bebeğimi nasıl besleyeceğime karar vermeyle ilgili	0	1	2	3	4
33	Bebeğimi başarılı bir şekilde emzirebilmemle ilgili	0	1	2	3	4
34	Doğum sonrası dönemde vücudumun gebelik öncesi halini almasıyla ilgili	0	1	2	3	4
35	Bebeğime verilecek isimle ilgili	0	1	2	3	4
36	Gelecekte bebeğimi bekleyen durumlarla ilgili	0	1	2	3	4

**EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik
Kurul Başkanlığı Onayı**



EK-8. Kurum İzin Yazısı



**EK-9. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Kullanım
İzni**



EK-10. Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



EK-11. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Kullanım İzni



EK- 12. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu araştırma, kuşaklar arası travmatik doğum algısının nullipar gebelerde doğum korkusu ve gebelik stresine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size birtakım formlar uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla tümüyle özgürsünüz. Katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Adı/Soyadı:/...../2020

İmza: