



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI**

**VAJİNAL VE SEZARYEN İLE DOĞUMUN
SONRAKİ GEBELİKTEKİ ANKSİYETE
DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN
KIYASLANMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Serkan Yücel YILANCI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hasan YÜKSEL

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

VAJİNAL VE SEZARYEN İLE DOĞUMUN
SONRAKİ GEBELİKTEKİ ANKSİYETE
DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN
KIYASLANMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Serkan Yücel YILANCI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hasan YÜKSEL

AYDIN-2014

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım değerli hocalarıma teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Eğitimim süresince beraber çalıştığım asistan, hemşire, personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Beni bu zorlu yolda yalnız bırakmayan sevgili aileme teşekkür ederim.

Dr. Serkan Yücel YILANCI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
TABLO LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DOĞUM ŞEKİLLERİ.....	3
2.1.1. Normal Vajinal Doğum	3
2.1.1.1. Tanımlar	3
2.1.1.2. Doğum Eyleminin Fizyolojisi	3
2.1.1.3. Doğum Eyleminin Evreleri.....	4
2.1.1.4. Epizyotomi	5
2.1.1.4.1. Epizyotomi Tipleri.....	6
2.1.2. Operatif Vajinal Doğum (Ovd; Asiste Doğum)	7
2.1.2.1. Forseps Uygulamaları (Forceps Müdahaleli Doğum)	8
2.1.2.2. Vakum Ekstraksiyonu (Vakum Müdahaleli Doğum).....	9
2.1.3. Sezaryen (Cesarean Section; Cs).....	9
2.1.3.1 CS Sıklığı.....	10
2.1.3.2. CS'nin Yarar ve Zararları	12
2.1.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD).....	15
2.2. POSTPARTUM RUHSAL DURUM DEĞİŞİKLİKLERİ	18
2.2.1. Annelik Hüznü.....	21
2.2.2. Postpartum Depresyon (PPD).....	22
2.2.3. Postpartum Anksiyete.....	26
3. MATERYAL VE METOD	29
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	29

3.2. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	29
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	29
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	29
3.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	29
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	30
3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	30
3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	31
3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulama ve Değerlendirilmesi.....	31
4. BULGULAR	32
4.1. DEMOGRAFİK ANALİZLER	32
4.2. ND YAPANLARIN ANALİZLERİ.....	36
4.3. CS GRUBUNUN ANALİZLERİ.....	39
4.4. GENEL ANALİZLER.....	42
4.5. ÇAPRAZ ANALİZLER.....	45
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ.....	55
ÖZET	56
SUMMARY	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	74

TABLO LİSTESİ

Tablo no	Sayfa No
Tablo 1: ND yapan ve CS Olan Kadınların Oranları	32
Tablo 2. Deneklerin Yaş Ortalaması	32
Tablo 3. Örneklemin Gebelik Haftasına göre dağılımı	32
Tablo 4. Gebelerin Eğitim Seviyelerine Göre Sınıflandırılması	33
Tablo 5. Gebelerin çalışıp çalışmama durumları	33
Tablo 6. Gebelerin Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı	33
Tablo 7. Gebelerin Sigara Kullanma dağılımı	33
Tablo 8. Gebelerin Tıbbi Müdahale geçmişlerinin dağılımı	34
Tablo 9. Gebelikte Tıbbi Destek Alma Dağılımı	34
Tablo 10. Gebelikte Sosyal Destek Alma Dağılımı	34
Tablo 11. Gebelik Öncesi Sağlık Sorunu Dağılımı	35
Tablo 12. Gebelikte Ortaya Çıkan ve Devam eden Bozuklukların Dağılımı	35
Tablo 13. Beck Depresyon Anket Sonuçlarının Yorum Tablosu	35
Tablo 14. Beck Skor Değişkenlerinin İstatistik Verileri	36
Tablo 15. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Bir İşte Çalışma Demografik Değişkeninin Karşılaştırılması	36
Tablo 16. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Sigara İçme Demografik Değişkeninin Karşılaştırılması	37
Tablo 17. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Sosyal Destek Demografik Değişkeninin Karşılaştırılması	38
Tablo 18. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Gebelik Öncesi Sağlık Sorunu Yönünden Karşılaştırılması	38
Tablo 19. CS Grubunun Beck Skor sonuçları ile Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Değişkeninin Karşılaştırılması	39
Tablo 20. CS Grubunun Beck Puanlarıyla Sağlık Sorununun Karşılaştırılması	40

Tablo 21. CS Grubunun Beck Puanlarıyla Yaşanılan Yer Arası İlişki	41
Tablo 22. CS Grubu Beck Puanlarıyla Yaşanılan Yer Arası İlişkinin Grup İçi ve Gruplar Arası Testleri	41
Tablo 23. Doğum Beck Puanları İlişkisi	42
Tablo 24. Doğum Yaş İlişkisi	43
Tablo 25. Yaşanılan Yer Beck Puanları İlişkisi	44
Tablo 26. Yaşanılan Yer Beck Puanları Gruplar Arası İlişkisi (Post Hoc Tests)	44
Tablo 27. Doğum Gebelik Haftaları Arası İlişki (Crosstabulation)	45
Tablo 28. Doğum Gebelik Haftaları Arası İlişki (Ki-Kare Testi)	45
Tablo 29. Beck Grup Yaşanılan Yer İlişkisi	45
Tablo 30. Beck Grup Yaşanılan Yer İlişkisinin Ki Kare Sonuçları	46

KISALTMALAR

AA	: Antenatal Anksiyete
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynaecologists
AD	: Antenatal Depresyon
APA	: American Psychological Association
BDI	: Beck Depression Inventory
CNGOF	: College National des Gynecologues et Obstetriciens Français
CPD	: Cephalo-Pelvic Disproportion
CS	: Cesarean Section
DSM-IV	: Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilmiş olan Mental Bozuklukları Sınıflandırma Sisteminin 4. gözden geçirilmiş baskısı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPDS	: Edinburgh Postnatal Despression Scale
ICD-10	: Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olup, Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasının gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu
ND	: Normal Vajinal Doğum
NIH	: National Institute of Health
OVD	: Operatif Vajinal Doğum
PDSS	: Postpartum Depression Screening Scale
PPD	: Postpartum Depresyon
PTSS	: Post Traumatic Syndrome Symptomes
RCOG	: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RDS	: Respiratuar Distres Sendromu
SSVD	: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
STAS	: State-Trait Anger Scale

STP	I: State-Ttaiet Personality Inventory
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum normal fizyolojik bir süreç olmasına rağmen kadının fiziksel ve ruhsal durumunda, davranışlarında ve yaşam tarzında çok önemli ve geri dönüşümü olmayan bir takım değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu değişiklikler sonucunda kadınlığın annelik dönemi başladığından bu döneme geçişin sağlıklı bir şekilde tamamlanabilmesi için bütün olumsuz şartların ortadan kaldırılması ya da asgariye indirilmesi gerekir. Anneliğin başlangıcı olan doğumun pürüzsüz bir biçimde tamamlanması annenin psikolojik ve fizyolojik yapısı, yaşam tarzı ve sonraki gebeliklere psikolojik ve fizyolojik olarak hazır ve istekli olması açısından çok önemlidir. Literatür kayıtlarında bu süreci etkileyen birçok değişkenin olduğu bildirilmiştir. (1, 2). Bu etkenlerden biri de tercih edilen ya da uygulanan doğum şeklidir. Anne adayının yaşadığı gebelik tecrübesinin ve tercih ettiği doğum şeklinin sonraki gebelik ve doğum tercihlerinde etkili olduğu sanılmaktadır. Bunun temel sebebinin gebelik ve doğum tecrübesinin annenin fiziksel ve ruhsal durumunda yarattığı incinme olduğunu literatür kayıtlarıyla da desteklemektedir. İlk doğumda tercih edilen veya uygulanmak zorunda kalınan doğum şeklinin sonraki doğumlarda annenin tercihinin, algısına, memnuniyetine ve psikolojisine rehberlik edeceğinden bunun etkilerinin incelenmesi obstetrik, jinekolojik, psikiyatrik ve en önemlisi anne ve bebeğin ruhsal ve fizyolojik refahı açısından çok önemlidir. Bunu anlayabilmek için gebelik ve doğum fizyolojisi, doğum şekilleri ve bunların uygulamalarının anne ve bebeğin fizyolojik ve ruhsal yapısına ve annenin postpartum psikolojik durumuna etkileri nedir sorularına cevap aramak gerekir.

Williams'ın Obstetrik kitabındaki tanıma göre doğum, “düzenli uterus kasılmalarının başlangıcından plasentanın çıkışına kadar geçen dönemdir (3).” Genel terminolojiye göre doğum denildiğinde ağırlığı 500 gram üzerinde ya da baş-topuk mesafesi 25 cm ve üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü ise 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere “doğum” tanımlamasını yapmaktadır (5). Sonuç olarak, doğum umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine ya da plasentanın çıkıp çıkmadığına bakılmaksızın fetüsün anne rahminden tam olarak çıkarılması eylemidir. Bu eylem normal vajinal doğumla, ya da sezaryen doğumla olmak üzere iki yolla gerçekleştirilir (3, 4, 6, 7, 8).

DSÖ raporlarına göre son yıllarda doğum şeklinin tercihindeki eğilim CS doğum yönündedir (5). Gelişmekte olan ülkelerde, özellikle Brezilya, Hindistan, İran, Nijerya, Arjantin gibi ülkelerde, CS sıklığı % 50’ler civarında iken gelişmiş ülkelerde bu

sayı hemen hemen sayılan bu ülkelere yakındır. Bu sayının getirdiği maliyet bağlı ülkelerin ekonomilerini ve sigorta şirketlerinin gelirlerini çökertecek boyutlara ulaşmıştır. DSÖ'nün bağlı ülkelere bu sayıyı indirmesi için neden baskı yaptığını sadece bu ekonomik sonuçlar açıklayıcı cinstendir. DSÖ sezaryen uygulamalarının maliyetleri yüzünden bağlı ülkelerde kadınlara ND'u tercih etmelerini özendirmek için çaba sarfedilmesini istemektedir. Kadınların ekonomik özgürlüklerini elde etmesiyle birlikte konfor ve rahata yönelmesi CS tercihinde bir numaralı etken olarak görünmektedir. Ayrıca doğum sırasında kadının kendisinin ya da bebeğinin ölmesinden korkması ve doğum sırasındaki ağrı ve sızıyı çekmek istememesi de kadınların CS tercihlerinde önemli etmenlerdendir.

Sonuç olarak DSÖ ve ilgili devletler kadınlara ND'u seçtirmek için CS'nin komplikasyonlarını ve psikolojik sonuçlarını sağlık politikalarının önemli bir savunma enstrümanı olarak ne kadar çok kullanırsa kullansın kadınlar ve obstetrisyenler yine de CS'i tercih etmektedir. Zira hasta hakkından önce insan hakkı ve onun tercihinin saygı önemlidir ve bunu sosyal devlette garanti altına alan da devletin ta kendisidir.

“Annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından CS ile ND arasında gerçekten de bahsedildiği gibi farklar var mıdır ve bu farklar bu yöntemlerden birinin ötekine tercih edilmesini etkileyecek kadar büyük bir etkiye sahip midir?” sorusu bu çalışmanın konusudur.

CS ve ND yapan kadınların postpartum ruhsal durumları çeşitli anket sonuçlarına bakarak araştırılmışsa da ruhsal durumun ve bu durumu etkileyen psikososyal ve demografik değişkenlerin sonraki gebelikte; “doğum yöntemini etkiler mi?” sorusuna şimdiye kadar cevap aranmamıştır. Bu çalışmanın amacı bu ilişkileri araştırmak değişkenleri incelemek ve bu değişkenlerin doğum tercihi üzerindeki etkilerini bulmaktır. Bu değişkenlerle ilgili bütün araştırmalar doğum üzerine etkiyi incelemiştir, doğumun bu değişkenlerle ilişkisi veya anlamlı farklılıkları araştırılmamıştır. Bu çalışma karşılıklı ilişkilerin belirleyiciliklerini bulmak için yapılmıştır.

Bu bakımdan gebelik sürecinin, doğumun ve doğum sonu (postpartum) gelişmelerin irdelenmesi tanımlanması ve psikososyal yapıya etkilerinin belirlenmesinin ardından değişkenlerin incelenmesinde yarar vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM ŞEKİLLERİ

2.1.1. Normal Vajinal Doğum

2.1.1.1. Tanımlar

ND fetüsün ve eklerinin vajinal yolla hiçbir obstetrik müdahale gerektirmeden kendiliğinden dışarı çıkmasıdır. Obstetrik müdahale edildiğinde bu doğumun adı, “Müdahaleli (asiste) Vajinal Doğum” olur. Sezaryen uygulanmasıyla doğum ise fetüs, plasenta ve diğer zarların abdomen ve uterus duvarlarında yapılan bir kesitle (incision) elde edilen aralıktan dışarı çıkartılması olarak tanımlanır (3, 4, 9). Bu terim doğumun her anının tıbbi bakım veya müdahale olmadan gerçekleştiği anlamına gelmez. Normal vajinal doğum sırasında oluşan doku yırtılmaları (lasera; lacerations) ancak tıbbi onarımla düzelir. Bu tür tıbbi onarımlar da kendiliğinden fizyolojik vajinal doğumun içinde kabul edilir. Her anne adayının ağrı eşiği farklı olduğundan analjezikler doğumun farklı safhalarında uygulanır. Bu şekilde analjeziklerin uygulanması da spontan vajinal doğumun bir parçası ve gereği olarak kabul edilir.

ND bebeğin rahim (uterus) ve rahim ağzı (cervix) ve doğum kanalı (vajina) yoluyla doğumunu plasantanın da aynı yoldan dışarı atılmasını ifade eder. Bu işlem doğum eylemi esnasında uterus kaslarının kasılmalarıyla meydana gelir. Çoğu kadın gebe kaldıktan 38 ila 40 hafta sonra doğum yapar (6, 7, 8).

2.1.1.2. Doğum Eyleminin Fizyolojisi

Doğum eylemi fetüsün uterus ve serviks yoluyla dış dünyaya doğru yapacağı yolculuğun çabasıdır ve bir dizi fizyolojik olayla gerçekleşir. Doğum eyleminin başlangıcı türe özeldir. İnsandaki eylem mekanizması diğer türlerden farklıdır (3). Son mensturasyonun son gününü ilk gün olarak aldığımızda tek bebekli (singleton) bir gebeliğin ortalama süresi 40.0 haftadır (280 gün). Gebeliğin 37. haftadan (259. gün) 40.0. haftaya kadarki (294. gün) dönemi doğum zamanı (term) veya gebeliğin tamamlandığı (olgunlaştığı) ve doğumun her an beklendiği dönem olarak kabul edilir. Doğum eyleminin işte bu dönem içinde gerçekleşmesi beklenir.

Doğumu başlatan etkenler bilinmemekle birlikte eylem jinekolojik anlatımla serviksin açılıp orijinal kıvrımlı ve katlı yapısının kaybolmasını (silinme) sağlayan düzenli ve devamlı kas kasılmalarıyla fetüsün uterustan serviks kanalı yoluyla dışarı atılması süreci olarak tanımlanır (9). Hormonal değişikliklerle birlikte rahimde başlayan düzenli kas kasılmaları serviksin yumuşamasına, incelmesine ve vajinal yolun açılmasına (dilatation) sebep olur (10). Böylece bebeğin kemikli pelvik boşlukta yerleşen rahimden çıkıp pelvik aralıktan geçerek vajinal yolla dış dünyaya yolculuğu başlar. Doğum süresi ilk bebeğine gebe olan (doğurmamış; nulliparus) bir kadın için ortalama 12 ila 14 saat sonraki gebelikler için yaklaşık 6 ila 8 saat sürer.

Doğum eylemi sırasında uterus kasılmalarının sağladığı güçle bebeğin pelvik kanalda itilmesi katı bir maddeyi sabit bir yolda hareketlendirmek için itmeye benzemez. Fetüsün pelvik aralıkta ilerleyebilmesi için uterus kas faaliyetinin, fetüsün pozisyon ve hareketinin ve anne pelvik kuvvetlerinin ortak ve uyumlu bir biçimde çalışması gerekir. Uterus kaslarının kasılma sıklığı, şiddeti ve süresi uterin aktiviteyi belirler. On dakikada 3-5 kasılma genellikle yeterli uterus aktivitesi olarak kabul edilmekte ve spontan vajinal doğumlarda sıklıkla gözlemlenmektedir. Uterus kasılmaları vajinal doğum için yeterli olduğunda serviks silinip açılır ve fetal baş aşağı iner. Uterus kasılmalarına rağmen servikste silinme ve açıklık meydana gelmezse itmenin verdiği zorlamalara bağlı olarak suksadeneum (kafa derisinin ödemi) veya fetal başta molding (fetal kafatası kemiklerinin üst üste binip kaynaşması) gelişir (7). Her iki durumun da sebebi fetüs-pelvik çatı uyumsuzluğudur. Uyumsuzluk mutlak (fetüs pelvise göre çok büyük) veya göreceli (fetüsün içinde bulunduğu pelvisten ideal koşullarda doğumu mümkündür ancak malpozisyon veya fetal başın anormal duruşu nedeniyle doğum eylemi engellenir) olabilir. İkinci durum baş-pelvik uyumsuzluğu sebebiyle gelişir.

Fetüsün büyüklüğü, situs, prezentasyonu, habitusu, pozisyonu ve seviyesi doğum eylemini etkileyen faktörlerdendir.

2.1.1.3. Doğum Eyleminin Evreleri

Birinci Evre

Düzenli kas kasılmaları sonucunda serviks gevşer, incelir ve açılır. Serviksin 10 cm dilatasyonu (genişleme) bu evre biter. Bu evre iki fazda incelenir.

a) **Latent Faz:** Doğum eyleminin başlangıcı ile aktif doğum eyleminin başladığı ana kadar geçen süreyi ifade eder. Doğum eyleminin başlangıç zamanını net olarak belirlemek zor olsa da genellikle düzenli ağırlı kasılmaların başlaması şeklinde ifade edilir. Bu fazın sonunda servikal açılma ancak 2-2.5 cm'yi bulur. Bu faz ortalama 8-8.5 saat kadar sürer. Süre genellikle dış faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte maksimum primiparlarda 20 saat, multiparlarda ise 14 saattir. (6, 7, 8)

b) **Aktif Faz:** Servikal açılmanın ağırlı ve sürekli kas kontraksiyonlarıyla birden hızlanmaya başladığı yaklaşık 2 saat süren dönemidir (Akselerasyon). Bu dönem sonunda servikal açıklık 4 cm'ye ulaşır. Bu dönemden sonra maksimal hızlanma dönemi başlar. 2 saatlik bir süre sonunda açıklık 8-9 cm'ye ulaşır. Daha sonra serviksin açılma hızı yavaşlar (Deselerasyon) ve bu dönemin sonunda servikal açıklığı 10 cm'ye ulaşır. (8)

İkinci Evre

Fetüsün tam açıklığa ulaşan servikal kanalda hareketlenmesiyle başlayan bu evre doğumla sona erer. Bu süre vajeni ve perinesi çok doğum sebebiyle gevşemiş kadınlarda kısa olmakla birlikte dar pelvis, iri fetüs, ilk doğum veya analjezi kullanımına göre uzayarak değişkenlik gösterebilir. Bu süre multiparlarda yaklaşık 20 dakika iken nulliparlarda 50 dakikadır. (3, 6)

Üçüncü Evre

Doğum eylemi genellikle doğumdan sonraki 5 dakika içinde uterus duvarından ayrılan plasentanın dışarı atılmasıyla sona erer. Serviks tam dilate ve bebeğin başı görünür olduğunda genellikle vajinal doğum gerçekleşir. Ama destek gerektiği de olabilir. Çoğu gebelik için spontan vajinal doğum (ND) beklenen bir sonuçtur. Doğumun ikinci aşaması uzun sürüp de bebek strese girerse doğum tehlikeli bir hal alır. Bu durumda doğumun çok daha kısa sürede sonlanması gerekir, bu şartlar altında yardımla ya da müdahale ile (asiste) vajinal doğum yapılır.

2.1.1.4. Epizyotomi

Doğum eyleminin ikinci evresinde doğumu ve fetüsün çıkışını kolaylaştırmak için vajinanın alt ya da yan duvarına yapılan bir kesidir. Epizyotomi tam olarak pudentanın insizyonudur ve ikinci dereceden bir yırtıktır (3, 6).

2.1.1.4.1. Epizyotomi Tipleri

Epizyotomi medyan ve mediolateral olmak üzere iki biçimde yapılır. Medyan epizyotomi arka forşetten rektuma doğru uzanan vertikal orta hat kesitidir. Medyan epizyotomi özellikle insizyon çok erken yapılmışsa artan kan kaybı, fetal yaralanma ve lokal ağrı ile komplikedir (11, 12, 13, 14).

Mediolateral epizyotomi himenal halkanın alt kısmından 45° açıyla yapılan kesiktir. Ağrı ve disparöni açısından medyan ve mediolateral epizyotomi arasında fark olmasa da doğum sonrası cinsel aktivite medyan epizyotomide daha erken başlar. Rahatsız edici yara (nedbe) izi ve uzun süren kanamalar mediolateral epizyotominin komplikasyonlarındanr.

Epizyotomi “zor doğumları” kolaylaştırmak için daha 1742 gibi erken bir dönemde Ould (15) tarafından önerilmişse de DeLee (16) ve Pomeroy (17) gibi tanınmış obstetrisyenlerin kullanımıyla 1920’lerden itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Fakat son dönemdeki çalışmalar ND’la karşılaştırıldığında epizyotomi uygulanmasının anal sfinkter laserasyonlarının, fekal ve üriner inkontinansın, rektovaginal fistülün, perineal ağrının, disparöninin ve yüksek miktarlarda kan kayıplarının gerçek sebebi olduğu anlaşılmaktadır (18, 19, 20, 23). Epizyotominin fetal baş üzerindeki basıncı azaltarak anne perinesini koruduğu ileri sürülse de bunu doğrulayacak hiç bir çalışma bulunmadığı gibi 1980’lerden beridir spontan ve yardımlı doğumlarda uygulanan epizyotomilerin 3. veya 4. derece yırtığa sebep olduğundan modern obstetride epizyotominin yeri bulunmamaktadır (3, 6, 21). American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) kayıtlarına göre epizyotomi oranları 1979’da % 60.9 iken 2004 yılında % 24.5’e gerilemesi ile birlikte 3. ve 4. derece yırtık oranları da % 15’e düşmüştür (22). Buna rağmen Operatif vajinal doğumlar (OVD) içinde epizyotomi % 50.1 gibi bir oranla hala forseps ve vakum asiste doğumlara göre yüksek rakamlardadır. Bu da anal sfinkter laserasyonlarının neden hala çok yüksek seviyede olduğunu ispatlar.

Fetal kalp hızı anormalliklerinde doğumu çabucak sonlandırmak ve omuz distosisinden kurtarmak için epizyotomi uygun olsa da iyileşmenin uzun ve sancılı oluşu ayrıca hukuksal süreçlerle karşı karşıya kalınması ihtimalinden dolayı gelişmiş ülkelerde uygulamasından kaçınılmaktadır. Türkiye’de kadın hakları ve kadının tercihi ile ilgili

hukuksal alt yapı henüz olgunlaşmadığından epizyotomi uygulamasına devam edilmektedir.

Epizyotomi ile doğurtulan kadınlarda sistosel, rektosel, uterin prolapsus ve stres inkontinans sayısında azalma olduğu söylene de epizyotominin perinede doku hasarına sebep olduğu açıktır (12). Bu bakımdan her doğumda rutin olarak epizyotomi uygulamak yerine gerçekten gerekli olduğu durumlarda tercih edilmelidir. Türkiye’de hala yaygın bir obstetrik işlem olmasına rağmen dünyada epizyotomi kullanımı son 20 yılda bariz olarak azalmış sadece uygun endikasyonlar için kullanılır hale gelmiştir (13). Bu endikasyonların başında OVD, makat prezentasyonu, fetal makrozomi, ikiz gebelik, omuz distozisi, arka geliş, oksiput posterior pozisyonları ve doğumun perineal rüptürle sonuçlanmasının kesin olduğu durumlar gelmektedir. Şiddetli perineal laserasyonların sebep olduğu fekal ve üriner inkontinens, sürekli perineal ağrılar, disparöni ve rektovaginal fistüller kadının genel sağlığını bozduğu, hayatından bezdirdiği ve benlik saygısını yitirmesine sebep olduğu gibi kadın ile bebeği ve eşi arasındaki bağların da kopmasına sebep olur (20). Kadının seksüel fonksiyonunun da sonunu hazırlayan epizyotomi bu yönüyle bütün dünyada hukuki süreçlerin de konusu olmuş durumdadır (22, 23). Epizyotomiyle doğumdan sonra kadınlarda ruhsal bunalım geçirme sıklığı diğer doğum yöntemlerine göre daha fazladır.

Bütün bu sebeplerden dolayı bütün dünyada epizyotomi, forseps asiste ve vakum asiste doğum sayısı giderek azalırken sezaryen sayısındaki dramatik artışlar “zor doğumlarda” sezaryenin neden daha çok tercih edildiğini de açıklamaktadır. Fakat bu tercihin sezaryen eğitiminin kalitesinin bütün dünyada yükselmesinden dolayı mı yoksa gebelerin hasta hakları konusunda daha bilinçli olmaları sebebiyle hekimlerin hukuki sonuçlardan kaçındıkları için mi arttığı ayrı bir araştırma konusudur.

2.1.2. Operatif Vajinal Doğum (Ovd; Asiste Doğum)

Bazı vajinal doğumlarda bebeğin kanalda hareketsizliği veya sıkışması sonucunda fetal ve maternal stres arttığında durum tehlikeli hale gelmeden fetüsün başına uygulanan forseps veya vakum müdahalesiyle vajinal kanaldan fetüsün çekip çıkarılarak (ekstraksiyon) doğum eylemi gerçekleştirilir. Ek yardımcı aletlerin kullanıldığı bu tür vajinal doğumlara müdahaleli veya yardımcı doğum adı verilir. OVD, doğumu kolaylaştırmak için yapılan uygulamaları kapsar (8).

OVD'lar 2 ana başlık altına incelenir:

1. Forceps Uygulamaları

2. Vakum Ekstraksiyonu. (3, 6)

2.1.2.1. Forceps Uygulamaları (Forceps Müdahaleli Doğum)

Obstetride forceps uygulaması fetüsün doğum kanalında sıkıştığı yerden fetüsü introitusa doğru çekme işlemidir (8,11). OVD'ların zorluk derecesi anne ve fetüsün hayatlarının içinde bulunduğu tehlikeye bağlı olarak her zaman aynı değildir. Bu yüzden sınıflandırma sistemleri geliştirilmiş ve bu sistemler zaman içinde yenilenmiştir. Sınıflandırmalar genellikle pelvisin 4 ana obstetrik düzlemine göre yapılmaktadır. Buna göre forceps uygulamaları yüksek forceps, orta forceps, aşağı orta forceps ve çıkımda forceps olmak üzere 4'e ayrılır. Verteks gelişler bakımından OVD'larda; seviye tanımlaması fetal başın en önde gelen kemik kısmıyla annenin kemik pelvisinin spina iskiadaları arasındaki tahmini mesafenin santimetre cinsinden ifadesiyle yapılır (3, 6). Forceps uygulanmasındaki azalmada uzmanın eğitim eksikliği kadar bu doğum yardımının oluşturduğu yasal sakıncalar da etkili olmuştur. (8).

Forceps uygulamasında üriner ve fekal inkontinans gibi postpartum komplikasyonlar ND ve vakum ekstraksiyonuna göre daha sık görülür. Forceps uygulanması için kollum tam dilate olmalı, fetüs verteks pozisyonunda olmalı, (makat gelişlerde arkadan gelen başa forceps uygulanabilir), amnion kesesi açılmış olmalı, baş pelvis-uyumsuzluğu olmamalı, yeterli analjezi sağlanmalı ve mesane boş olmalıdır. (8)

Kalp ve/veya akciğer hastalığı, intrapartum enfeksiyonlar, bazı nörolojik durumlar ve aşırı yorgunluk sebebiyle anne sağlığının tehlikeye girdiği doğumun ikinci evresinde gelişen fetal distreste, umbilikal kordon prolapsusunda, şüpheli fetal kalp atım biçiminde (patern), plasentanın erken ayrılmasında, malrotasyonda, eklampsi ve epilepsi gibi anneyi doğuma eşlik etmekten men eden durumlarda ve baş-pelvis uygunsuzluğunun sınırdaki olması nedeniyle forceps uygulanabilir. (8)

Perine, vajina ve serviks laserasyonlarında ve buna bağlı olarak postpartum kanama sıklığında artış, rektovajinal fistül gelişimi, rektosel, sistosel ve prolapsus gelişimi, enfeksiyon gelişimi gibi anneye ait komplikasyonlar olduğunda forceps uygulaması kontrendikedir. Fetal kafa derisi ve yüzde laserasyonlar, fasyal sinir

paralizisi, brakial pleksus hasarı, kafa kemiklerinde kompresyon kırıkları, intrakranial hemorajiler ve tentorium kırıkları gibi fetüse ait komplikasyonlarda da forseps uygulaması kontrendikedir (8)

Son yıllarda forseps uygulamaları da yerini sezaryene bırakmıştır.

2.1.2.2. Vakum Ekstraksiyonu (Vakum Müdahaleli Doğum)

Vakum aleti bir vakumu pompası, bir hortum ve çan olmak üzere üç kısımdan meydana gelir. Çanın fetüs başına konup ardından vakum aleti ile oluşturulan vakum gücünden yararlanarak vakum çanını fetüsle birlikte çanın bağlı olduğu bir zincirle vajinadan dışarı çekilme işlemidir. Bu yöntem 1971 yılından beri uygulanmaktadır. Bu gün Avrupa ve ABD’de tek kullanımlık teflon-plastik çanların kullanılması oldukça yaygındır (8).

Vakumla çekip çıkarmanın forseps uygulamasından farkları vardır. Vakum ile fetüs başına forseps aletinde olduğu gibi rotasyon yaptırılamaz. Çekiş gücü forseps göre daha az olmasına rağmen daha az alan kapladığından ve anneye zararı çok daha az olduğundan forseps göre tercih edilmektedir. Vakum uygulanması için vajinal dilatasyonun tam olmasına gerek yoktur. 7-9 cm açıklıkta dahi uygulanabilir (8).

Vakum müdahaleli doğum için amnion kesesinin açık, mesanenin boş, fetüsün canlı ve baş geliş pozisyonunda olması sefalopelvik uyumsuzluğun olmaması yeterlidir. Vakum ekstraksiyonu sırasında çan ile fetüsün baş arasına anneye ait dokuların girmesiyle laserasyonlar, fetüste skalp yaralanmaları, sefal hematoma, intrakranial ya da retinal hemoraji gelişse de vakum ekstraksiyonu anne doğum kanalında daha az hasara sebep olur.

Bununla birlikte yapılan araştırmalarda fetal morbidite açısından vakum ile forseps arasında her hangi bir fark bulunmamıştır (8, 21, 22, 23)

2.1.3. Sezaryen (Cesarean Section; Cs)

CS fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarına yapılan insizyonla vücudun dışına alınması (doğması) olarak tanımlanır. Sekonder implantasyon veya uterus rüptürü sonucunda abdominal boşlukta yerleşen fetüsün abdominal boşluktan

abdominal insizyon yoluyla dışarı alınması (Abdominal delivery) bu tanımın içine girmez (3, 6, 24,25).

2.1.3.1. CS Sıklığı

CS sıklığı belirli bir dönemde sezaryenle doğum yapmış kadınların tüm doğum yapmış kadınlara oranını olarak tanımlanabilir. CS oranı primer sezaryen ve tekrarlayan CS sıklığı olmak üzere iki sınıfta incelenir (5). DSÖ'nün, 2008 yılında 137 ülkede CS sıklığıyla ilgili yaptırdığı ve 2010 yılında açıkladığı CS raporuna göre dünyada 2008 yılındaki doğumların yaklaşık % 95'i kayıt altına alınmıştır. Bu rapora göre sezaryen sıklığının normali % 15 olarak kabul edilmiş; sıklığı % 15'in üzerinde olan ülkeler aşırı CS uygulayan, % 10'un altında olan ülkeler ise normalin altında CS sıklığına sahip ülkeler olarak kabul edilmiştir. Bu rapora göre Brezilya % 51.5 CS oranıyla dünyada en yüksek CS sıklığına sahip ülke olurken onu Meksika (% 50), Arjantin (% 49) ve İran (% 49) takip etmektedir. ABD'de bu oran % 31.5 iken Türkiye'de bu rapora göre sıklık % 25 civarındadır (5). Her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre ise 1998 yılında Türkiye'de CS sıklığı % 14, 2003'te % 21.4 ve 2008'de ise % 40'tır (27, 28). Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastane doğumlarında CS oranı 2005 yılında % 40.7, 2006 yılında % 40.3 ve 2007 yılında % 42.5'tir (29).

ABD'de CS ile doğum oranı on yıldan fazla bir süredir artış göstermektedir. 2009 yılında %32.9 ile en yüksek sıklığa erişen bu artış 2010 yılında tüm doğumların % 32.8'i olarak gerçekleşmiştir (5). Artış hızında 2009-2010 yılları arasında tüm yaş grupları göz önüne alındığında göreceli bir azalma olduğu gözlemlenmesine rağmen esasında hızda herhangi bir değişiklik yoktur.

Çocuk doğurma yaşının yükselmesi (36-40 yaş), doğum sayısının (parite) azalması ve gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması bu artışın önemli sebepleri arasındadır. Bütün bu sayılanlar kadınlarda CS endikasyonunun daha fazla görülmesini açıklanmakta ise de Phelan'a göre bu durum CS ilgili teknik, eğitim, sterilite ve şartların çok daha gelişmesinden hatta mükemmeliyeti yakalamasından dolayıdır (30). Bu bakımdan CS yapan kurumlar web sayfalarında CS performanslarını kurumlarının ve hekimlerinin birer kalite ve uzmanlık reklamı olarak sunmaktadırlar.

1990’larda ND sayısının azalması düşük doğum ağırlıklı fetüs sayısında artış, makat geliş (breech delivery), gebelik sayısında artış, forseps/vakum uygulamaları, fetal makrozomi ve konjenital anomalilerle açıklanmıştır (31).

Makat gelişlerin % 80’den fazlası CS sonuçlanmaktadır. Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar da CS tercih etmektedirler (32). Kadınların çocuk sahibi olmayı ileri yaşlara ertelemesi sebebiyle gebelik yaşının eskiye oranla daha ilerlemiş olması da bu sebepler arasındadır. Örneğin, son 20 yılda 30-39 yaş arası nullipar doğumlar iki katına çıkmış, 40-44 yaş arası doğumlar ise % 50 artmıştır. 1970’lerden itibaren elektronik fetal monitörizasyonun yaygın olarak kullanıma girmesi de CS uygulamasında artışa sebep olmuştur (33, 34).

CS sayısındaki bu artışa karşın daha yaşlı ve tecrübeli hekimlerin genelde CS’i daha az tercih edip daha çok forseps kullandıkları daha fazla ND yaptırdıkları da bilinmektedir. Bu sebeple eğitim hastanelerinde CS oranı daha düşüktür. CS’e bağlı maternal mortalite 4-8/10000 arasında olup ND’a göre 26 kat fazladır (35).

Hastane ücretlerinin ND’a göre sezaryende çok daha yüksek ve hastanede kalış süresinin çok daha uzun olduğu düşünülürse CS endikasyonunun ciddi bir mali tablosu olduğu da aşîkârdır. DSÖ 2010 raporuna göre toplamda 69 ülkede CS oranı % 15’in üzerinde iken 54 ülkede % 10’un altındadır. 14 ülkede CS oranları % 10-15 arasındadır. 2008 yılında dünyada toplam 6.2 milyon gereksiz CS yapıldığı tahmin edilmektedir. Küresel ölçekte bu “aşîrı” miktarda gereksiz CS oranının maliyeti yaklaşık olarak 2.32 milyar dolardır. Gerekli CS maliyetleri ise yaklaşık sadece 432 milyon dolardır. Üstelik sanıldığı gibi aksine CS yaparak zor bir ND’un neden olabileceği nörolojik bozukluk ihtimalini azaltmak ya da mental performansı arttırmak arasında kanıtlanmış bir bağ da henüz bulunmamıştır (5).

ABD’de CS oranları 1960’larda % 4.5 iken 1970-1990 yılları arasında % 20-25 düzeyine çıkmış 1997’de inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sürekli artmıştır. ABD’de 1978 yılında CS olan kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmada CS yapan kadınların kendilerini aşağılanmış ve toplumda damgalanmış gibi gördükleri kayıtlara geçmiştir (24). Bu da olaya toplumun ve kişilerin bakış açısının son otuz yılda tamamıyla değiştiğini göstermektedir.

Her ne kadar oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de CS sıklığı genel olarak bütün dünyada artış içindedir ve bu artışın nereye kadar gideceği bilinmediğinden DSÖ'nün bunu kontrol altına almaya çalıştığı anlaşılmaktadır. Kadın ve bebeğin komplikasyonları şartların iyileştirilmesiyle ortadan kalktığından DSÖ ve bağlı ülkelerin savunacak enstrümanı da kalmamıştır. Bir de bunun üstüne tercih ve kadın hakları da eklendiğinde CS artışı kaçınılmaz görülmektedir. CS, ND, müdahaleli vajinal doğum arasında komplikasyonlar, sağlık sorunları, doğum sonu iyileşme ve annenin bebeğiyle iletişime geçişinde problemlerle ilgili yapılan çalışmalar da çelişkili sonuçların çıkması CS tercihini daha da popüler hale getirmiştir.

2.1.3.2. CS'nin Yarar ve Zararları

CS önceleri anne hayatını kurtarmak için yapılırken bugün fetal nedenler ön plana çıkmıştır. Prezantasyon ve pozisyon anomalileri ile fetüs ölümü fetüse ait CS gerektiren nedenler arasındadır. Genel olarak CS'nin % 85'ten fazlası daha önce bir CS öyküsü, distosi, fetal distres ve makat prezantasyonu sebepleriyle yapılmaktadır (24). CS'le doğum oranlarındaki artışın CS sonrası vajinal doğum (SSVD), makat doğum ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek fetal sıkıntılarla ilgili hukuki kaygılardan endişe duyan obstetrisyenler tarafından teşvik edildiği varsayılmaktadır (36). Ancak son zamanlarda CS kararında anne adayının onayının da alınması gerektiği vurgulanmaktadır (37, 38, 39). Geleneksel modelde doğum uzmanı anne ve bebeği için en iyisini bilen, karar vermede lider olan, kaygıları gideren, anne ve bebeğin karşılaşacağı tehlikeleri bertaraf edecek kararları alan kişidir (40). Kararın paylaşıldığı yeni paradigmada ise klinisyen ve gebe bilgi alışverişinde bulunarak doğum tercihinin tartışır ve doğum şekliyle ilgili ortak bir karara varırlar. Artık bu model diğer modellere göre tercih edilmektedir (40, 41). Ancak daha önce bir CS tecrübesi yaşamış kadının kendisine en uygun doğum şeklini seçebilmesi için CS ve ND'un tehlike ve yararları hakkında etraflıca bir bilgiye sahibi olması gerekir (42). Bu amaçla kadınlara onların tercihlerine karışmadan ve etkilemeden tercihleri hakkında bilgi vererek çeşitli tedavi stratejilerinden birini seçme ve bu seçim sonucunda kendi sağlıklarıyla ilgili değişiklikler konusunda kadınları aydınlatmak için karar destek programları tasarlanmıştır. Karar destek programlarının bilgi ve beklentileri arttırabileceği, karar vermede iç çatışmayı azaltabileceği ve karara kadının aktif katılımını sağlayabileceği rapor edilmiştir. Karar vermede asıl sorumluluğu kadınlara yükleyen ve kadınların operasyonun olası risk ve faydaları hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olmalarının gerekmediğini söyleyen yayınlar da mevcuttur (43, 44).

Ancak bu tür yayınlarda sorumluluk paylaşımından ziyade hekimlerin gelecekteki legal kaygılardan dolayı sorumluluğu kadına yüklediği açıktır (45).

Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD), bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun sertleşmesi gibi sebeplerle ND'un imkânsız hale geldiği durumlarda CS yapılması yararı görülmüş uygulamalardandır (25).

İlaveten son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde CS ile doğum sayısında belirgin bir artış söz konusudur. İlk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygınlaşması, obstetrik komplikasyonların önemli ölçüde azalması, annenin medikal hastalıkları, ekonomik gücün artması ve gebenin isteği gibi sebepler de CS uygulamalarının arasına girmiş bulunmaktadır (23, 24, 25).

CS her ne kadar en güvenli cerrahi uygulamalardan birisi olarak kabul edilse de hemoraji (26), ileus, tromboemboli, enfeksiyon, yenidoğanda respiratuar distres sendromu (RDS) ve anestezi riskleri taşıyan çok büyük bir abdominal operasyondur. Birçok araştırmaya göre ND yapan annelerle karşılaştırıldığında CS'de anne için daha büyük hasar ve risk demektir (46, 47). Gerçekte CS'nin kendisi başlıca enfeksiyon nedenidir ve doğumdan sonra annede gelişecek fiziksel ve ruhsal sıkıntıların başlıca sorumlusu olabilir (48). Cunningham ve arkadaşları CS'de maternal mortalite riskinin 7 kat arttığını bildirmiştir (32). Aynı araştırmacılar ölümlerin çoğunlukla komplike olmuş elektif CS tekrarıyla ilişkili olduğunu söylemektedir. ND ile karşılaştırıldığında CS'de maternal morbidite artar. Endometriozis, hemoraji, idrar yolu enfeksiyonu ve tromboemboli morbiditeyi arttıran temel sebeplerdendir (48). Önceden CS geçirmiş kadınların sonraki gebeliklerinde hem kendi hem de bebeklerinin hayatını tehlikeye sokacak plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme sıklığı da artar (49). CS'le doğumda hastanede kalma süresi ND'dan 3 kat daha uzundur. Bu da enfeksiyon, safra kesesi hastalıkları, cerrahi yara komplikasyonları, kardiyo-pulmoner sorunlar, tromboemboli ve apandisit gibi nedenlerle yeniden hastanede yatma riskini arttırdığından anne ve ailenin sosyal, moral ve mali yönden çökmesine sebep olur. Annenin hem kendisi hem de bebeğinin bakımı için arkadaş ya da aile üyelerinin yardımına ihtiyaç duyması ve başkalarına bağımlı olması sezaryenin diğer bir olumsuz yönüdür (50).

Bütün bu sayılan olumsuzluklara rağmen CS fetal kırık ve sinir yaralanması gibi ciddi komplikasyonların oluşumunu engellemesi bakımından yararlıdır (51). Pelvik taban abdominal ve pelvik organları destekler, idrar ve dışkının kontrolünü sağlar, cinsel ilişkiye ve doğuma izin verir ve seksüel faaliyette önemli rol oynar. Doğumdan sonra pelvik taban kaslarının gücü azaldığından vajinal doğum birçok araştırmacı tarafından pelvik taban hasarının ve seksüel isteksizliğin önemli bir nedeni olarak kabul edilmektedir (50, 52). Uzun dönemde sezaryenin en önemli yararı uterus, mesane ve diğer abdominal organları destekleyen pelvik taban kaslarının korunması olduğu yönünde ciddi yayınlar vardır (53). Bebeğin başı doğum kanalından geçerken annenin sinir ve kasları zarar görebilir. İlaveten doktor forseps veya vakum kullanmak zorunda kalırsa ya da epizyotomi uygularsa kanalın ve perinenin zarar görme ve yırtılma ihtimali daha da artar. Pelviste meydana gelebilecek böyle bir hasar koşma, gülme ve ağlama sırasında kontrol edilemeyen idrar ve dışkı kaçağına neden olabilir. Bu bakımdan üriner ve fekal inkontinans, pelvis organlarının prolapsusu ve cinsel istek kaybı ND sonrası daha yüksektir (51). ND'un kısmen de olsa pelvik organ desteğini bozduğu ve kadınlarda seksüel isteksizliği tetiklediği bilinmektedir. Perineal travma, vaginal yırtıklar, epizyotomi ve emzirme postpartum seksüel isteğin azalmasını sağlayan diğer etmenlerdir (52).

Son yıllarda CS sayısındaki artışın en büyük sebebi tıbbi sebepler gibi görünmemektedir. Ekonomik refahın artması ve kadınların tercih yapmada ön plana çıkması ve SSVD ve ND'un getirdiği hukuki sonuçlar sezaryen sayısındaki artışın esas sebebidir. Özellikle bu endişeler ülkelerin ve sigorta kurumlarının üzerine sezaryen uygulamalarıyla binmiş olan ekonomik yük ile ilgilidir. Zira CS sonrasında hastanede kalış ekonomik yönden pahalı bir süreçtir. DSÖ raporları da bunu açıklar mahiyettedir. Kadınların tercihiyle ilgili Pang M. W. ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre ilk doğumlarını hastanede ND'u tercih ederek gerçekleştiren kadınlara (N = 300) sonraki doğumlarında tercihlerinin ne olacağı sorulduğunda bu kadınların % 24'ü ND'u tercih etmeyeceklerini bildirmişlerdir (54). Muhtemel sebepler araştırıldığında elektif CS, intrauterin gelişimin durması, acil CS, ailenin gelirinin yüksek olması, epidural anestezi ve gebelik ve öncesinde sürekli anksiyete durumu gibi belirleyicilerin ön sırada olduğu ortaya çıkmıştır.

Lai Wa Law ve arkadaşları (55) ise ilk doğumlarını CS ile yapan 298 kadının sonraki doğum şeklinin rastgele belirlenmesi için kadınları rastgele iki gruba bölerek

yaptıkları anket çalışmasıyla kadınların doğum şekli tercihinde maternal psikolojik dinamiklerin etkili olup olmadığını araştırmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre anksiyete, depresyon, psikolojik durum ya da memnuniyet puanları incelendiğinde iki grup arasında her hangi bir anlamlı fark bulunmamıştır. Ama özellikle SSVD grubunda olan kadınlardan korkup fikir değiştirerek elektif CS'i tercih edenlerin sayısı % 25 civarındadır. İlaveten elektif CS'i bırakarak SSVD'ü tercih eden kadınlar ise doğum eyleminden memnun kalmadıklarını beyan etmişlerdir. Daha önce CS olan kadınlarda planlanan doğum eylemi ister SSVD ister elektif CS olsun bunun psikolojik postpartum dinamiklere etkili olmadığı anlaşılmıştır. Hem SSVD hem de elektif CS ve CS postpartum psikolojik morbidite ile ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç olarak CS, elektif CS, müdahaleli vajinal doğum ve SSVD'un herhangi birini ötekine tercih edecek endikasyon ve kontrendikasyonları anne adayının fiziksel ve ruhsal sağlığına, fetüse ve annenin tercihinine göre karar verilmesi daha uygun olduğu anlaşılmakta ve SSVD üzerinde direnmekte bir mantık bulunmamaktadır. Ayrıca hasta haklarının getirdiği hukuksal süreçler de anne tercihinin çok daha önemli olduğunu işaret etmektedir.

2.1.4. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD)

Bu gün dünyada DSÖ önderliğinde ACOG, National Institute of Health (NIH) ve Avrupa'daki diğer benzeri kuruluşlar daha önce CS geçirmiş uygun adaylara güvenli bir ND yaptırılabilmesinin altını çizmekte ve buna göre eğer önceki CS'den dolayı herhangi bir tehlike yoksa sonraki doğumda vajinal yolun denenmesi önerilmektedir.

Murta ve Nomellini'e (2004) göre çok merkezli büyük çaplı çalışmalar SSVD'un uygun hasta seçimiyle % 60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermektedir. Ancak SSVD için uygun adayların bir veya iki kez aşağı transvers CS geçirmiş olması, klinik olarak uygun pelvis yapısına sahip olması, başka bir uterus insizyon skarı veya rüptürüne sahip olmaması gerekmektedir. Bunun yanında hekimin doğum eylemi sırasında devamlı monitorizasyon ve gerektiğinde acil CS yapma imkânının olması, anestezi ve diğer teknik personelin hazırda tutulması gerekir. Aşağı transvers insizyonu olan hastalar bir sonraki gebelikleri sırasında skar yırtılması riskini diğer insizyonlara göre daha az oranda taşımaktadır. Ayrıca geçirilmiş CS sayısı ne kadar azsa uterus rüptür riski de o oranda azdır. Daha önce makat geliş ya da fetal distress

nedeniyle CS yapan hastalar distosi nedeniyle CS olanlara kıyasla daha kolay ND yapmaktadırlar (46).

1978 yılında Amerika’da, “bir kere CS, daima CS” felsefesiyle ilk doğumda CS yapanların % 98’ine ikinci doğumlarında da CS yapıldığından “geçirilmiş CS” tanısı CS uygulamalarına yol vermiştir (56). Buna rağmen CS’den sonraki doğum şeklinin seçiminde eğilim tüm ülkelerde aynı yönde değildir. İsveç’te CS geçirmiş kadınların sadece % 47’si sonraki gebeliklerinde tekrar CS yaptırmıştır (56). DSÖ, son on yıldır gereksiz CS uygulamalarını azaltmak ve SSVD’u teşvik etmek amacıyla NIH, ACOG ve College National des Gynecologues et Obstetriciens Français (CNGOF) gibi derneklerle birlikte gönüllü kadınlarda ND’un denenmesini desteklenmektedir (57). SSVD’da hastanede kalış süresi kısaltmakta ve postpartum enfeksiyonlar azalmaktadır. Ancak ND’un başarılabilmesi ve uterus rüptürü SSVD’da kaygılara sebep olan hatta SSVD’dan vazgeçilmesini sağlayan önemli iki engeldir. Eskiden kullanılan klasik CS tekniğinin bırakılarak yerine alt segment insizyonlarının kullanılmasıyla SSVD eylemlerinde uterus rüptürü ihtimalinin ortadan kalkması SSVD çabaları için cesaret vericidir (4, 6). Ancak Grosetti ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada SSVD denenilen olgularda uterus rüptürünün asıl sebebinin “doğum indüksiyonu” olduğunu ortaya koymuşlardır (57). Diğer taraftan Kornfeld ve arkadaşları, 1985-1990 yılları arasında yapılmış tüm SSVD uygulamalarını gözden geçirerek 22000 SSVD olgusunda rüptür oranının % 0.22 olduğunu ortaya çıkarmışlardır (58). Bu oran gelişmiş ülkelerde ND’da görülen rüptür oranına çok yakındır (% 0.18). Göynüner ve arkadaşları ise yaptıkları bir retrospektif çalışmada SSVD yapan kadınlarla ND yapan kadınlar arasında uterus komplikasyonları (kollom laserasyonu, rüptür, atoni) açısından anlamlı bir fark bulamamışlardır. Canlı ve ölü doğum oranlarına ve apgar skorlarına bakıldığında da elektif CS grubuyla SSVD grubu arasında fark bulunamamıştır (59). Bu sonuçlar SSVD’u destekler gibi görünse de aksine aynı çalışmada SSVD grubunda uterus rüptür oranı daha yüksek bulunmuştur (60). Ayrıca birden fazla CS de postpartum büyük sıkıntıları beraberinde getirmektedir. İsrail’de yapılan bir çalışmada 3 ve 3’ten daha fazla CS olan 277 kadınla 2. doğumunu CS ile yapan 491 kadın karşılaştırıldığında CS sayısı arttıkça kanama, neonatal komplikasyon ve zar yapışmalarının arttığı tespit edilmiştir (61). CS ile doğumların artışına bağlı olarak bütün dünya devletleri önlem alma çabasıdadır. Ancak bu çabanın karşılığı kadınlarda CS isteğinden vaz geçme şeklinde bir cevap olmamaktadır. Primer CS sayısının artmasından dolayı bu kadınlar ikinci doğumları için otomatikman elektif CS’ye yönelmektedir. Bir önceki gebeliğinde CS yaptırmış gebelere

planlı bir SSVD tavsiye edilmesine rağmen SSVD’u reddeden kadınların oranı genel ölçekte CS ile doğumun önemli bir belirleyicisidir. Yeni kanıtlar SSVD’un düşünöldüğü kadar güvenilir olmadığını da göstermektedir. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)’in hazırladığı kılavuza göre yasal süreç korkusu yüzünden planlı SSVD tavsiye eden klinisyen ve bunu kabul eden kadın sayısında düşüş vardır (62).

Montgomery ve arkadaşları, RCOG kılavuzunun, “SSVD’un mutlak yararlı ve istenen amaç veya sonucu sağlayar,” önermesi üzerine kurulduğundan yanılmalara sebep olabileceğini gösterdiler (63). Kılavuzda, SSVD’un zarar ve faydaları şu şekilde özetlenmektedir:

Zararları

Uterus rüptürü 22-74 / 10 000.

Endometrit riskinde % 1 artış (180/10 000’e karşı 289/10 000).

Kan transfüzyonu ihtiyacında % 1 artış (100/10 000’e karşı 170/10 000).

Planlı sezaryen ile karşılaştırıldığında doğuma bağı perinatal ölümdede 2-3/10000 artış.

Termde perinatal mortalitede genel bir artışla birlikte 39. haftadan sonra doğum öncesi ölüm riskinde artış.

Hipoksik iskemik ensefalopati tehlikesinin 8/10000’e yükselmesi ki bunun uzun dönemde gelişimsel etkileri olabilir.

Faydaları

Neonatal solunum sorunları riskinde muhtemel bir azalma: SSVD’da % 3-4 CS ile % 2-3.

CS gelecek gebeliklerde ciddi komplikasyonlara sebep olabilir (64).

Bütün bu söylenenler SSVD’un o kadar da güvenilir olmadığını göstermektedir. Ayrıca gelişmiş ölkelerde kadınların çoğunun 2 bebekten fazlasını yapması söz konusu bile olmadığına göre SSVD’un teşvik edilmesinin mantığını anlamak mümkün değildir. Makat gelişti olan gebelere makat çalışmasının sonuçlarına dayanarak ND ile CS arasında

bir seçim yaptırmak bu durumda pek de akıl kârı değildir. Sadece teşvik edilmesi gerekir diyerek SSVD'un bir hayata mal oluşunu denemenin vicdani yükümlülüğünü taşıyabilecek bir hekim de yoktur. Can güvenliği seçme hakkından önce gelmelidir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında kadınların fiziksel ve ruhsal yapılarında daha büyük hasarların meydana geleceğinin de bilinmesi gerekir.

2.2. POSTPARTUM RUHSAL DURUM DEĞİŞİKLİKLERİ

Kadınlar arasında doğum sonrası fiziksel ve psikolojik sıkıntılar yaygındır. Bu sıkıntılar kaybolmayıp sürekli bir hal aldığına kadınların günlük düzen ve huzurlarını bozacak derecede olumsuz tesirler gösterirler (1, 2, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75). Doğum sonrası ilk üç ay boyunca perineal sıkıntılar, sırt ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı ve aşırı yorgunluk kadınların yaygın sorunlarıdır (65, 66). Doğum sonrasında kadınlarda gelişen fiziksel ve psikolojik rahatsızlığın belirtilerinin süresi ve ciddiyetini etkileyen önemli faktörlerden birinin doğum şekli olduğu düşünülmekte ise de doğum şeklini doğum sonrasında gelişen fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarla ilişkilendirecek (assosiyasyon) kanıt henüz bulunamamıştır (76, 77). Doğum şeklinin doğum sonrasında kadınların sağlığını etkileyip etkilenmediği araştırıldığında ND yapan kadınlara kıyasla forseps destekli ya da epizyotomiyle vajinal doğum yapan kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığının bozulma sıklığının daha yüksek olduğu gözlenirken vakum destekli vajinal doğum yapmış kadınlarda bu riskin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (73). Bu, farklı aletlerle yaptırılan doğumların sonuçlarının da farklı olacağını göstermektedir. Diğer doğum şekillerine nispeten forseps destekli ya da epizyotomiyle vajinal doğum yapan kadınlarda travma sonrası (PTSS; Post Traumatic Syndrome) bozukluk belirtilerinin daha yüksek oranda seyrettiği gözlenmiştir. Norveç'te doğum öncesi ve sonrası duygusal sağlığı araştıran toplum temelli yeni ve büyük bir çalışmada forseps ile vakum-asiste vajinal doğum arasında fiziksel ve ruhsal sağlık açısından her hangi bir fark bulunamadığı gibi doğum şekli ile de ilişkili olmadığı anlaşılmıştır (67).

CS ile doğumun kadınların doğum sonrası fiziksel sağlıklarının bozulmasına katkıda bulunduğu iddia edilmişse de son zamanlarda asiste vajinal doğumun etkilerinin CS'e göre daha kötü olduğunu iddia eden yayınlar da oldukça fazladır. Doğumdan sonraki ilk birkaç ay içinde, doğum eyleminin süresi ve perineal travmanın derecesi ne olursa olsun, ND'a kıyasla müdahaleli ND vakalarında perineal ağrı, idrar tutamama ve

cinsel isteksizliğin birlikte bulunduğunu gösteren onlarca yayın mevcuttur (78, 79, 80, 81, 82). Destekli vajinal doğum yapan kadınlar, özellikle de forseps yardımıyla vajinal doğum yapanlar, sürekli fiziksel problemlerin (83) riski altındadır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada forseps destekli vajinal doğum yapan kadınlarda doğumdan sonra 12 yıl geçmesine rağmen hala dışkı tutamama (faecal incontinence) sıkıntısı olduğunu ama vakum destekli vajinal doğum öyküsü olanlarda böyle durumlarla karşılaşılmadığını gösteren yayınlar vardır (84). Özellikle acil CS gibi obstetrik müdahaleler doğum sonrası depresif belirtilerle ilişkili olsa da bu konudaki araştırma sonuçları çok çelişkilidir (56, 67). CS, doğumdan memnun olmama, beden imajının bozulması ve düşük benlik saygısı ile ilişkilidir bu da muhtemelen uzun vadede depresyon riskini artırır (56). Kadınların küçük bir oranında (% 1-6) doğum sonrası anksiyete bozukluklarına, özellikle de travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) rastlandığını gösteren çalışmalar vardır (85, 86). Bazı çalışmalar TSSB belirtilerinin görülme sıklığının destekli vajinal doğum yapmış kadınlara nazaran planlanmamış bir CS ile doğum yapan kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir (87, 88, 89). Ancak, diğer bazı araştırmalar müdahaleli ND yapan kadınların CS’le doğum yapmış kadınlara ya da yardımsız ND yapmış kadınlara göre doğumdan altı hafta gibi bir süre sonra doğumu "son derece üzücü" bir olay olarak ifade ettiklerini bildirmektedir (90, 91, 92, 93, 94). CS genellikle doğum sonrası gelişen kötü psikolojik belirtilerin sebebi şeklinde tanımlanarak kötü sonuçların kadınların CS planlayıp planlanmadığına bağlı olduğu ve plansız CS’le doğuran kadınların TSSB-tip semptomları gösterme ihtimallerinin daha fazla olduğu iddia edilse de planlanan CS doğumuyla TSSB-türü semptomlar arasında da hiçbir ilişki bulunamamıştır (94).

Özellikle önceki doğumlarında sağlık sorunları yaşamış veya kötü deneyim sahibi olmuş kadınlara planlı CS’nin faydaları olabileceği düşünülse de 55.000 Norveçli kadın üzerinde yapılan bir çalışmada doğum şekli ile postpartum 6. ayda duygu durum bozukluğu arasında bir ilişki bulunamamıştır (67). Bu durum yeni anne olanların anksiyete belirtilerinin zamanla önemli ölçüde azalabileceğini işaret etmektedir. Ayrıca depresyonun doğum şekliyle ilişkili olmadığı da anlaşılmaktadır. Şu ana kadar gebelik dönemindeki psikiyatrik problemlerle ilgili araştırmaların çoğu depresyonla ilgilidir. Anksiyete ile ilgili bilgi çok azdır. Gebelik sırasında gelişen anksiyete ve depresyon prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, fetal gelişimin sınırlı kalması, obstetrik komplikasyonlar, artan nausea, kusma, gebelik sırasında iş görememe, planlanmış sezaryen doğum ve epidural anestezi kullanımıyla ilişkili bulunmuştur (95).

Brezilya’da özel bir kliniğe başvuran kadınlar üzerinde yapılan bir anksiyete ve depresyon çalışmasında Antenatal Anksiyete (AA) ve Antenatal Depresyon (AD) yaygınlığı yüksek bulunmuştur (95). Çalışmada AA ve AD yaygınlığının özellikle benzer sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu grupta yüksek olması benzer sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin AA ve AD için birer risk faktörü olabileceğini gösterebilir. Bu da ortak dış etkenlerin AA ve AD üzerinde önemli rollere sahip olduğunu işaret etmektedir.

Doğum normal olarak fizyolojik ve duygusal yapıda ve hayat tarzında geri dönülmez değişikliklere sebep olur. Postpartum (Lohusalık) dönemi, gebelik sonunda bitkin düşen kadının duygu durumundaki ve beden imajındaki değişikliklere alışması, aile ve toplum içindeki yerini benimseyebilmesi için çaba sarf ettiği stresli bir dönemdir. Doğumdan sonraki ilk birkaç gün annenin bebeği ile sağlıklı bir iletişim kurabilmesi için çok önemlidir. Anne ve çocuk arasındaki bağın kurulmasını ve emzirmeyi engelleyebileceğinden CS’i tavsiye etmeyen uzmanlar vardır. Zira CS’le doğum yapan kadınlara kıyasla anne bebek etkileşimi ND’da daha kolay kurulur ve emzirmeye daha erken başlanır (96).

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar kadının hayatının daha erken dönemlerine ait bastırılmış duyguların, çözülmemiş problemlerin ve çatışmaların da yeniden su yüzüne çıktığı karmaşık bir psikolojik süreçtir (90). Postpartum dönem kadınlarda duygu durum bozuklukları, özellikle de, postpartum depresyon (PPD) açısından dikkat edilmesi gereken bir dönemdir. Kısa (2001), gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiğini ilk kez 1858’de Victor Luis Marce’nın öne sürdüğünü söylemektedir (97).

Postpartum dönem doğum eylemi bittikten plasenta ve zarlar dışarı çıktıktan sonra başlayan ve altı hafta süren bir dönemdir. Bu dönemde anne vücudu gebelik öncesi psikolojik ve fizyolojik yapıya dönme gayretindedir. Rejenerasyon olabileceği gibi annenin fizyolojik ve psikolojik yapısında geri dönülmez bozuklukların da baş göstereceği dönem olduğundan postpartum dönem ayrıca ele alınması gerekir. Bu dönem annedeki fizyolojik değişikliklerin yanı sıra ebeveynliğe geçişte yeni görev ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Kadınların çoğu gebelik ve doğum süreciyle birlikte bu değişime kolaylıkla uyum sağlarken bir kısmı uyum sağlayamadığından hafif ve orta düzeyde psikiyatrik belirtiler ortaya çıkar. Diğerlerinde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağır

psikiyatrik bir tablo gelişebilmektedir (98). Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha sık görülür. Postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması veya alevlenmesi bakımından tehlikeli bir dönemdir (98). Kadınlar, özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde, psikiyatrik hastalıklar açısından risk altındadır (99). Psikiyatrik ve genel hastalık tanı sistemlerinde American Psychological Association (APA) tarafından geliştirilmiş olan Mental Bozuklukları Sınıflandırma Sisteminin 4. gözden geçirilmiş baskısı (DSM-IV) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olup, Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasının gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu (ICD-10) gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik grup olarak tanımlanmamıştır (100, 101, 102). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları şiddetlerine, özelliklerine, prognozlarına ve tedavilerine göre sınıflandırılırlar. Bunlar annelik hüznü (maternity blues, baby blues, postpartum blues), PPD ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç gruptur (103, 104). Her üçünde de altta yatan temel etken gebelik sırasında günlük olaylardan etkilenecek geliştiği düşünülen anksiyetedir; bu sebeple, anksiyetenin etkilerini incelemek daha akıllıcadır.

2.2.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznü yeni annelerin % 50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen ve doğum sonu çok sık görülen problemlerinden biridir (87, 104, 105). Annelik hüznüyle ilgili kabul edilmiş belirli bir tanımlama bulunmadığından yaygınlığı da değişkendir. Pitt ve Handley ölçütlerine (7) göre iki farklı “annelik hüznü” tanımı vardır. Pitt'e göre puerperiumun erken dönemlerinde kadınların % 50-70'inde annelik hüznü görülür. Geçici disfori dönemleri, ağlama, üzülmeye, ümitsizlik duyguları, konfüzyon, anksiyete ve uykusuzluk belirtileriyle kendini belli eden bir durumdur (87). Handley ölçütlerine göre ise bu sayı dörtte bir daha azdır.

Annelik hüznünün başlangıç zamanı doğum sonrası östrojen ve progesteron seviyelerinin ani düşüşü ile çakıştığından postpartum hüznün endokrin kökenli bir fenomen olabileceğini düşündürmüştür de postpartum hüznü grubu ile kontrol grubu arasında belirli günlerde bakılan östrojen, progesteron ve kortizol seviyelerinde farklılık bulunamamıştır (10, 106, 107). O'Hara ve arkadaşları ise annelik hüznü yaşayan kadınlarda gebeliğin 38. haftasında ve postpartum 2. ve 3. günlerdeki serbest östriol düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve prepartum östriol düzeyleriyle postpartum düzeyleri arasında büyük bir fark olduğunu tespit etmişlerdir (108). Aynı ve diğer

araştırmacılar annelik hüznü yaşayan kadınlarda premenstrual disfori öyküsünün daha sık görüldüğünü ve ailenin psikiyatrik geçmişinde depresyon vakalarına daha sık rastlandığını saptamıştır. Annelik hüznünün primipar kadınlarda daha sık olmasının psikososyal problemler ve evlilik uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (108, 109, 110).

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3.-5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle ağlama, anksiyete, sinirlilik, duygularda hızlı değişkenlik, öfke, konsantrasyon eksikliği, hareketsiz kalamama, bitkinlik, uykusuzluk, baş ağrısı, hayal kırıklığı, kaygı ve keder hakimdir (104, 105). Bu durum doğumdan sonraki ilk üç-beş günde çok yoğun olarak yaşanmakta ve genellikle 10. günde sakinleşmekte ve 2 hafta içinde kaybolmaktadır (105).

2.2.2. Postpartum Depresyon (PPD)

PPD, DSM-IV ölçütlerine göre duygu durum bozuklukları içinde yer alır ve postpartum 4. haftadan itibaren görülmeye başlanır (100). Depresyon gebelikten önce var olabileceği gibi gebelik süresince ya da doğumdan sonra her hangi bir zamanda da başlayabilir. Kadının bütün neşe ve enerjisini yokeden, kendine özen göstermeyi unutturan ve annelik görevlerini yerine getirmede tükenmeye neden olan yıkıcı bir hastalıktır. Kişisel ve ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal anksiyete ve veya depresyon, daha önceki gebeliklerde geçirilmiş depresyon hikayesi, kişisel yapı (obsesif-kompulsif, panik, anksiyete gibi kişilik özellikleri), özgüven eksikliği, ilk çocuk, çocuk bakım stresi, çocukta sağlık problemleri, huysuz ve veya huzursuz bebek, bebek deneyiminin olmayışı, doğum sonrası ciddi tıbbi komplikasyonlar, multiparite, küçük yaşta çocuk sahibi olma, günlük hayatın stresli oluşu, istenmeyen yaşam olayları, sosyal destek yoksunluğu, evlilik problemleri, eşle iletişimin kötü olması, boşanma ve veya yalnız yaşama, düşük gelir düzeyi, düzenli bir iş sahibi olmama, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen ve veya planlanmayan gebelikler, kötü çocukluk tecrübeleri, anneliği istememe veya anneliğe adapte olamama, annenin kendi annesi ile arasındaki ilişkinin çok zayıf olması, annelik hüznü, kötü doğum tecrübesi depresyonla ilgili tespit edilebilen risk faktörleri arasındadır (111, 112, 113).

PPD belirtileri annelik hüznü belirtilerine göre daha şiddetli olup hastada intihar düşünceleri gelişebilir (104). PPD sadece anne için değil bebek ve tüm aile için de

olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirir. PPD’da anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekleriyle hissi bağ kurmada büyük güçlük çekerler.

PPD’un yaygınlığını tespit için yapılan çalışmaların bazısı depresyonun tanısı değerlendirilmesini yaptığından diğerleri ise depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne çalıştığından sonuçları çelişkilidir (104, 114). Bazı araştırmacılar PPD’un görülme sıklığını % 3,5-50 arasında bulurken (104, 115) diğerleri % 3,5-17,5 olarak bulunmuştur. Georgiopoulos ve arkadaşları, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)’ne göre sıklığını % 11 olarak buldukları çalışmalarına göre depresyon doğum sonrası ilk dört hafta içinde görülmeye başlanırken diğer bazı çalışmalarda görülme döneminin daha çok 6-12. haftalarda başlayarak 1 yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceği kaydedilmektedir (116, 117). Özbildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda ise bu oran nerede ise % 50’lere ulaşmaktadır (117). Diğer taraftan Faisal-Cury ve arkadaşları (2007) da çalışmalarında AA-state (Doğum öncesi kaygı durumu) yaygınlığını % 59.5 ve AA-trait (sürekli kaygılı olma bozukluğu) yaygınlığını % 45.3 olarak bulmalarını kadınların düşük eğitim seviyesi ve dar gelirli kesimden olmalarıyla ilişkilendirerek deneklerin kendi doldurdukları anket testleriyle yapılan ölçümlerde her iki durumda da (AA-trait ve AA-state) abartılı cevaplar verdiklerini bildirmiştir (95). İyi psikometrik özelliklerine rağmen gerçek psikolojik problemi ortaya koymayan daha çok gebelik dolayısıyla gelişen fizyolojik değişimle ilgili soruların dâhil edilmesi sebebiyle Beck Depression Inventory (BDI)’nin gebelerde kullanılamayacağını ileri sürenler de vardır. Gebe kadınlarda anksiyete ve depresyonun ölçümünde hassas olmayan anketlerin kullanılmasını tenkit eden Ross ve arkadaşları (2003), Johnson ve Slide (2003) ve Riecher-Roesler ve Rohde (2005) gibi araştırmacılar bu tür ölçüm sonuçlarının hatalı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Mesela DSM-IV ölçütlerine göre psikiyatrik sınıflama AA ve AD’nin yaygınlığının çok daha sınırlı olduğunu göstermektedir (118, 119, 120). Bazı çalışmalarda postpartumun ilk 6 haftası içinde depresyona giren kadınların yarısında prepartum depresif semptomlar ve annelik hüznü tespit edilmiştir (121). Obstetrik komplikasyonların ana sebeplerinden birinin rahim hormon düzeyindeki artış olduğunu iddia eden bu araştırmacılar, bir tür uyarılma biçimi olan anksiyetenin hormon seviyelerini etkilediğini ve büyük bir olasılıkla obstetrik komplikasyonların tali sorumlusu olabileceğini söylemektedirler. Bu hipotezi ölçmek için yapılan bütün testler zayıf tanımlama (hatalı sorular) ve anksiyetenin değil de obstetrik sonuçların ölçülmesi gibi metodolojik hatalar yüzünden başarılı olamamıştır.

Özellikle de farklı soruların puanlarının birleştirilerek veya bileşik ölçüm sonucu olarak kullanılması, uygunsuz ölçümler, anksiyetenin çok geniş ölçüde kavramsallaştırılması, karıştırıcı değişkenlerin açıklanmasındaki yetersizlikler veya numune büyüklüğünün yetersiz olması bu başarısızlığın temel sebeplerindendir. Bunları dengelemek için gözden geçirilen kanıtlar ise anksiyete ile obstetrik komplikasyonlar arasında genel bir ilişkinin bulunmadığını göstermektedir. Ancak psikososyal stres, ailede görev dağılımındaki dengesizlik ya da doğum korkusu (anksiyetenin belirli türlerinden biridir) doğum eyleminin uzaması veya CS'le ilişkili olabilir. Örneğin doğum korkusunun doğum tipine etkisini ele alan son çalışmalar daha kesin ilişkiler bulmuştur (54, 55, 122, 123).

Bu sebeple bazı araştırmacılar gebelikte anksiyete ölçümü için daha farklı testler kullanmıştır. Bu testler anksiyete vakalarını ve vaka olmayanları belirlemek için sınır kesitleri yapmak yerine yüksek skorlu kadınlarla düşük skorlu kadınları karşılaştırarak kendi içinde mukayese etmektedir (123, 124). Diğer taraftan yüksek AA ve AD puanlı kadınları hedef alan pratik tıbbi müdahaleler göz önüne alındığında vaka olma ihtimali yüksek olanların yaygınlığının hesaplanması yararlıdır. Krosseksiyonal çalışma tasarımı AA ve AD ile sosyoekonomik ve obstetrik komplikasyonlar arasındaki muhtemel sebep sonuç ilişkisinin ortaya konmasını güçleştirmektedir. Bu sebeple örnek sayısının büyük olması testlerdeki iç hataların bertaraf edilmesinde çok önemlidir.

Toplumdaki sosyokültürel özelliklere bağlı olarak, özellikle doğumdan sonraki ilk haftalarda anneye karşı çevrenin ilgi ve desteği iyi iken sonraki dönemde bu desteğin birden kesilmesi ya da hiç olmaması zaten gebelik gibi zor bir dönemde çevreden gelen uyarımlarla anksiyete geliştiren annenin yalnızlık hissetmesine ve düşkünlemesine neden olabilir (125). İlk doğumunu yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon riski daha fazladır (112). Duygusal yönden desteklenmemiş ve sevgiyle beslenmemiş kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güçtür (111). İstenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin olmayışı depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Şu ana kadarki yerli ve yabancı makaleler göstermektedir ki annelik kadın için bir gençlik olgunluk çatışmasıdır. Genç kadın hastaneden çıkıp evine gelip de artık genç değil hem olgun bir anne hem de bir ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kaldığında gerek çocuğuna ve gerekse yeni kurduğu aile düzenine uyumda güçlük çeker (126). Türk toplumunda kadına doğumdan sonra bebeğini koşulsuz olarak seveceği ve daima ailesiyle ilgileneceği fikri aşılandığından; bu ailesine sonsuz sevgi ve

bağlılıkla ancak mutlu olacağını düşünen anneyi altından kalkamayacağı bir sosyal baskı altına sokar (75).

Bu düşünceler içindeki kadın kendini değersiz hissetme, anksiyete ve hatta panik ataklar, suçluluk duygusu, bebekle ilgili yersiz endişe ve kaygılar, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlamalar, hareket ve konuşmada hissedilir derecedeki yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, iştah bozuklukları (çok az veya çok fazla yeme), uyku bozuklukları, konsantrasyon eksikliği (düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma), duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve kendini yetersiz ve ehliyetsiz hissetme, ölüm ve intihar düşüncesi, ve karar verme yeteneğinde ve seks isteğinde azalma ya da bitme gibi PPD semptomları geliştirebilir (104, 105). Doğum sonrası normal sayılabilecek yorgunluk belirtileri ve yakınmalar ile depresyon belirtilerinin örtüşmesi bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido eksikliği, yorgunluk ve endişe PPD bulguları arasında olmakla birlikte normal postpartum dönemde de görülebilir. PPD’u doğum sonrası döneme uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmalarda bilincin etkilenmesi, çevreye ve bebeğe ilgi ve istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda ortaya çıktığı tespit edilmiştir (75).

Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı karşılık bulmadığında PPD'un başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bazı olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. BDI, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), EPDS ve Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) gibi çeşitli tanı araçları sorular iyi hazırlandığında (gebelik ve doğumu değil bireysel olaylara odaklandığında) sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (104).

Sonuç olarak şimdiye kadar yapılan bütün çalışmalar kadınların gebelik dönemlerinde çevresel etkilere karşı çok kırılgan olduğunu, kırılganlığın da kendini psikolojik yapıda değişikliklerle dışa vurduğunu göstermektedir. Bu psikolojik yapının doğum şeklini belirlemede etkin olup olmadığı; ya da daha önceden var olan psikolojik sıkıntıların gebelik dönemindeki günlük olayların etkisiyle alevlendiği konusu araştırılması gerekmektedir.

2.2.3. Postpartum Anksiyete

Anksiyete (kaygı) varlığımıza yönelik tehdit veya tehlike karşısında duygu, davranış ve fizik yönümüzde kendiliğinden anında ya da gecikmiş olarak ortaya çıkan birtakım tepkisel değişiklikler ve bunların bize özel yanlarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Anksiyete gündelik hayatımızın normal ve kaçınılmaz bir parçasıdır. Genelde anksiyete korku ve stres ile birlikte ele alındığında insanın hayatta kalması ve soyunu sürdürmesi için doğal hatta vazgeçilmez bir tepki olarak değerlendirilebilir. Anksiyete, korku ve stres tepkileri insanın belli bir amaç doğrultusunda hareket edebilmesini ve kendini tehlikelere karşı korumasını sağlar. “Stres tepkisi” tüm canlıların tehdit veya tehlike karşısında savunma ya da saldırı amaçlı bir davranış ortaya koymasıdır (127).

Umut gelecekte olumlu şeylerin beklendiği bir ruh hali ise anksiyete gelecekte olumsuz şeylerin beklendiği belirsizlikle derinleşen nahoş bir ruh halidir. Spielberg, “anksiyeteyi gözlemlenebilir olmayan, endişe ve gerginlikle ortaya çıkan, rahatsız edici ve korkutucu deneyimlerde yaşandığı gibi kişiyi korku, endişe ve gerginlik içinde bırakan duyguların rahatsızlığıyla otonom sinir sisteminin alarma geçmesi hali,” şeklinde tanımlanmıştır (98, 128). Anksiyete genel anksiyete hali ve sürekli anksiyete şeklinde iki kısımdan oluşur. Kaygı durumu kişinin bilinçli bir şekilde algıladığı gerilim ve endişe duygularıyla kendini gösteren çok yüksek otonomik sistem faaliyeti ile karakterize bir geçici duygusal durum ya da koşul olarak kavramsallaştırılır. Buna karşın trait anksiyete (sürekli kaygılı olma bozukluğu), tehdit edici bir unsur olarak algılanan anksiyete durumlarına tepki vermede, insanlar arasındaki anksiyeteye yatkınlığa bağlı olarak, gelişen bireysel farklılıklar olarak tarif edilebilir (129). Anksiyete, bir tehlikenin veya tehdidin varlığında ortaya çıkmışsa, süresi ve şiddeti tehlikenin çıktığı duruma ve süresine uygunluk gösteriyorsa patolojik kabul edilmez. Anksiyete gündelik yaşam içerisinde somut bir nedene (tehdit veya tehlikeye) bağlı olarak ortaya çıkan biçimiyle ele alındığında -ki bu stres reaksiyonunun ta kendisi olabilir- patolojik oluşunu belirleyen üç ölçüt söz konusudur. Bu ölçütlerin birincisi şiddet, ikincisi süre üçüncüsü ise günlük hayatı etkilemeye başlaması ve işlevselliği bozmasıdır.

Kadınlarda depresyon riski çocuk doğurma çağlarında en yüksektir. Gebeliklerin yaklaşık % 50'sinin planlanmamış olduğu, kadının bir antidepresan kullanırken gebe kalmış olabileceği, gebelik veya PPD ve anksiyetenin yeniden nüks edebileceği ya da

kadının gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemde hasta ve tedavi edilmemiş olabileceği düşünülürse tehlikenin ne kadar büyük olduğu anlaşılır (130). Depresyon ve anksiyete semptomlarının etkisi annede risk nedeni olabileceği gibi aynı zamanda çocuk gelişimi üzerinde de olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler anne için başlı başına bir kaygı ve bilinmezler sarmalı olduğundan anksiyete bu dönemin en yaygın psikolojik yapısı ve bozukluklarından biridir.

Gebelik sırasında yaşanan gebelikle ilişkili günlük olaylar antenatal kaygıyı artırırken gebelikle ilgisi olmayan olaylar depresyonu arttırmaktadır. Gebelikle ilgili olmayan olaylar gebelikle ilgili olaylarla karşılaştırıldığında artan anksiyete veya depresyon belirtileriyle kuvvetli bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (2). Birçok araştırmacı çalışmalarında gebelikte anksiyete geçiren kadınların postpartum depresyon yönünden büyük risk altında olabileceğini ileri sürse de anksiyete ile depresif bozukluklar arasındaki yüksek komorbidite sebebiyle doğum öncesi ve sonrasında gelişen depresyonun yanlışlıkla anksiyete şeklinde ölçülebileceği şüphesinden kurtulamamışlardır (131).

İlk doğumunu yapan annelerde sık görüldüğünden dolayı anksiyetede psikososyal etkenlerin rolü olabileceğini ve postpartum anksiyete ile stresli yaşantı arasında bağlantı olabileceği belirtilmiştir. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar annelik yaşantısında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak istemeyebilirken diğerleri mutsuz evlilikleri sebebiyle kendilerini kapana kısılmış gibi hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyumsuzlukları ve anlaşmazlıkları gibi sosyal destek yoksunlukları anksiyete hazırlayıcıdır (68).

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında birden fazla faktörün rol aldığına inanılır. Genetik, aile geçmişi, yetiştirme biçimi, şartlanma (conditioning), son dönem stresleri, kişisel inanç ve tutumlar, duygularını ifade edebilme yeteneği anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında önemli faktörlerdir. Bilimsel kanıtlar aralarında bir ölçüye kadar fark olsa da tüm psikiyatrik bozuklukların ortak risk faktörlerine sahip olduklarına işaret etmektedir. Ailede anksiyete ve depresyon hikâyesi genetik riske işaret eder. Cinsiyet anksiyete bozukluklarında bir diğer önemli risk faktörüdür. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır. Özellikle Yaygın Anksiyete Bozukluğu, fobik bozukluk ve panik bozukluğu kadınlarda

daha sıktır. Obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobinin yaygınlığı iki cinste eşittir. Gebelik süresince gerilim (stres) ve kaygı (anksiyete) yaşayan kadınların gebeliklerinde düşük 5-dakika Apgar skorlu ve daha fazla cerrahi (obstetrik) müdahalelerle sonuçlanan doğumlar da dâhil olmak üzere bir dizi olumsuzluklarla daha yüksek oranda karşılaştıkları bildirilmiştir (56, 132). Ancak gebelik sırasındaki anksiyetenin olumsuz etkileri üzerinde duran bu çalışmalar anksiyete ile doğum sonuçları arasındaki ilişkinin potansiyel değişkenlerinden sadece bazılarını incelemiştir. Lobel ve arkadaşları (kaygı halinin, algılanan kronik stresin ve hayatın getirdiği stresin birleşerek gebelik boyunca birikmesiyle oluşan) prenatal stresin tıbbi riskler, parite ve madde kullanımı kontrol edilse bile erken doğuma ve düşük doğum ağırlığına sebep olduğunu gösterdiler (95). Bu çalışmalarda tanımlandığı şekliyle prenatal stres çok değişkenli bir yapıya sahiptir ve sadece bazı durumlarda sürekli anksiyete bu tabloya dâhil olur. Bu sebeple gebelik dönemindeki sürekli kaygının gebelik süresinin kısalmasına ve düşük doğum ağırlığına sebep olup olmadığı; demografik faktörlere, sosyal desteğe, madde kullanımına, sağlık sorunlarına, depresif belirtilere ve sürekli öfke gibi potansiyel değişkenlere (etkenler) göre belirlenemez. Gebelik süresine ve doğum sonuçlarına göre stres ve anksiyete arasındaki bağlantıyı açıklamak için çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. Bunlardan ilki, “anksiyetenin annenin temel davranışlarını etkileyebileceğiyle” ilgilidir. Bu mekanizmaya göre insanlarda endişe arttıkça tütün, alkol, kokain ve kafein kullanımı artarken beslenme azalır (133). Bu olumsuz davranışların her biri erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçlarla birlikte bulunur (134, 135). İkinci mekanizmaya göre gebelik sırasında gelişen maternal anksiyete fetüsün anne glukokortikoidlerine daha fazla maruz kalmasına sebep olur. Bu da doğum ağırlığının düşmesine ve yeni doğanın kanında yüksek miktarlara varan glukokortikoid birikimine sebep olabilir (61, 136). Ayrıca endişeli (anksiyete) gebelerde artan uterus arter direnci fetüse giden besin desteğinde kısıtlamaya yol açarak fetal büyümeyi sınırlayabilir (61, 137). Bundan başka endişeli gebelerde uteroplental kan akımındaki bu kısıtlamalar ceninin hipotalamik-hipofiz- adrenal eksenini faaliyete geçirir ki bu da myometriumu erken aktive ederek erken doğuma sebep olabilir (138).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, CS ile doğum yapan kadınlarla (n = 86) ND yapan (n = 86) kadınlarda, doğum şeklinin sonraki gebelikteki anksiyete düzeyi üzerine etkilerinin ölçülmesi ve kıyaslanmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışmanın şekli ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde CS ile doğum yapan kadınlarla (n = 86) ND yapan (n = 86) kadınların sonraki gebelikteki anksiyete düzeyi üzerine etkilerinin kıyaslanması amacıyla 1 Haziran 2013-1 Haziran 2014 tarihleri arasında yapılan bir vaka kontrol çalışmasıdır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, Aydın ili merkezinde, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yapılmıştır. ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde mevcut 28 yatak bulunmaktadır. Servisimizde Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'inde çalışan 2 profesör, 2 doçent, 3 yardımcı doçent ve 4 araştırma görevlisi ve 5 ebe, 7 hemşire çalışmakta ve 3 vardiya şeklinde hizmet vermektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Bu çalışmanın evrenini 1 Haziran 2013-1 Haziran 2014 tarihleri arasında ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde CS ile doğum yapan kadınlarla (n = 86, % 50) VD yapan (n = 86, % 50) kadınlar oluşturmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma örnekleminin hesaplamasında MedCalc v.10.1.6 paket programı kullanılmıştır. Bu hesaplama göre % 85 güç ($\beta=0,20$) ve %95 olasılıkla ($\alpha=0,05$) olmak üzere çalışmada gereken minimum örneklem genişliği 86 ND ve 86 CS olmak üzere toplam 172 kadın olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada revize 2003 Rotterdam ESHRE/ASRM uzlaşi ölçütlerine göre daha önce bir defa ND yapmış 86 kadın ile daha önce bir defa CS ile doğum yapmış 86 kadının sonraki gebelikteki anksiyete düzeyi

üzerine etkileri kıyaslanmıştır. Veriler Beck Anksiyete Ölçeği anketleriyle toplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) şeklinde gösterilmiştir. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testiyle ortanca değerler yönünden farkın önemliliği ise bağımsız İki Örneklem T Testiyle araştırıldı. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Verileri analiz ederken değerlerin normal dağılıma uygunluğuna ve varyans eşitliğine bakılarak hangi parametrik veya parametrik olmayan testlerin uygulanacağına karar verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak, varyans homojenliği t testi kullanılarak ölçülmüştür. Aynı anda hem normal dağılıma uygun hem de varyans homojenliği olan örnekler için parametrik testler uygulanmış normal dağılım göstermeyen ya da homojen varyanslı olmayan örnekler için ise parametrik olmayan testleri uygulanmıştır.

Yapılan Kolmogorov-Smirnov ve Bağımsız t testi sonucunda verilerin analizi için tek yönlü parametrik testlerden (ANOVA) Varyans Analizi, bağımsız İki Örneklem t testi, son olarak veriler arasındaki ilişkiler için Pearson Korelasyon testi ve Ki kare Testi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for the Social Science, version 15) programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmada katılımcılara Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-2) ile sorular sorulmuştur. Sonrasında çalışma grupları arasında doğum öncesi döneme ilişkin anksiyete düzeyleri kıyaslanmıştır. Çalışma 1 yılda tamamlanmıştır.

Çalışma öncesi Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen tüm katılımcılar bilgilendirilmiş ve gönüllü katılım onayı alınmıştır. Çalışma, bir vaka kontrol çalışması olarak yapılmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama anketi demografik özelliklerle ilgili 10 soruluk bir form ve anksiyete ile ilgili 21 soruluk bir form olmak üzere iki kısımdan oluşmuştur. Kullanılan veri toplama formunda kadınların sosyodemografik ve sağlık

özellikleri, doğum öncesi sağlık bilgileri, doğum öncesi ve sonrası sosyal yardım alma durumları, doğum şekli, doğum sonu genel sağlık ve eğitim alma durumları, sigara ve kullanma alışkanlıkları değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır (Ek-1).

3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Anket formunun, amaca uygunluğunu belirlemek için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde doğum yapan 10 kadına 1 Haziran 2013 tarihinden önce uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan sorularda gerekli değişiklik yapılmıştır. Ön uygulamada yapılan anketler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulama ve Değerlendirilmesi

Araştırma için çalışma öncesi Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde 1 Haziran 2013-1 Haziran 2014 tarihleri arasında doğum yapmış 172 kadına önce uygulanmıştır.

Anket öncesi kadınlara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır. Anket formu kadınlarla yüz yüze görüşülerek, doğumdan en az 24 saat ve öncesinde kadın hastalıkları ve doğum servisinde araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Elde edilen veriler annelerin CS doğum ve ND yapma tercihine göre iki grupta toplanmıştır. Araştırmanın verileri, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.15 ve Minitab v.13.0 paket programlarında değerlendirilmiştir. Çapraz tablolarda ilişki durumunun incelenmesi amacı ile Ki-kare test istatistiğinden yararlanılmıştır. Anlamlı ilişki bulunan tabloların detaylı incelenmesi amacı ile iki oran testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği ANOVA testi ile incelenmiş ve test sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir. Karşılaştırmalarda parametrik ve nonparametrik yöntemler kullanılmıştır. İstatistik analizleri % 95 güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK ANALİZLER

Beck Anksiyete Ölçeği için hazırlanan 21 sorunun Güvenirlilik Katsayısı Cronbach Alpha hesaplamalarına göre 0,858 bulunmuştur. Ölçek güvenilirliği % 85,8'tir. Bu durumda Ölçek güvenilir bir ölçektir.

Tablo 1.'de de görüldüğü gibi bu çalışmamızda ND yapan 86 (% 50) ve CS'le doğum yapan 86 (% 50) kadınların toplam sayısı 172'dir.

Tablo 1. ND yapan ve CS Olan Kadınların Oranları

		Frekans	(%) Yüzde	Değer Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Değer	Normal	86	50,0	50,0	50,0
	Sezaryen	86	50,0	50,0	100,0
Doğum Şekli	Toplam	172	100,0	100,0	

Gebelerin yaşları 19 ile 39 arasında değişmekte genel yaş ortalaması ise 28.23'tür (Tablo 2). Örneklemin gebelik haftasına göre dağılımı Tablo. 3'de görülmektedir. Gebeler anketi doldurdukları zaman 37 tanesi (% 21.5) gebeliğinin 37-38. haftasında, 99 tanesi (% 57.6) 38-39. haftasında, 25'i (% 14.5) 39-40. haftasında ve 11'i ise 40-41. haftasında bulunmaktaydı (Tablo 3).

Tablo 2. Deneklerin Yaş Ortalaması

Sınıflama	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yaş (N)	172	19,00	39,00	28,2326	4,46736
Geçerli N (sayı)	172				

Tablo 3. Örneklemin Gebelik Haftasına göre dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Değer Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Değer	37-38 Arası	37	21,5	21,5	21,5
	38-39 Arası	99	57,6	57,6	79,1
Gebelik Haftası	39-40 Arası	25	14,5	14,5	93,6
	40-41 Arası	11	6,4	6,4	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Gebeler eğitim seviyelerine göre sınıflandırıldığında (Tablo 4) 31 (% 18) tanesinin ilkokul mezunu olduğu (gruplar arası düzenli dağılım ve ilişki araştırmasının sonuç verebilmesi için okuryazarlar bu sınıf içine alınmıştır), 115'inin (% 66.9) Lise ve dengi

okul mezunu olduğu, 26 tanesinin ise (% 15.1) üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Gebelerin Eğitim Seviyelerine Göre Sınıflandırılması

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama Eğitim Seviyesi	İlkokul mezunu	31	18,0	18,0	18,0
	Lise ve dengi okul mezunu	115	66,9	66,9	84,9
	Üniversite ve üzeri	26	15,1	15,1	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Gebelerin 36 tanesi (% 20.9) gelir getiren bir işte çalıştığını 136'sı (% 79.1) ise her hangi bir işte çalışmadığını beyan etmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Gebelerin çalışıp çalışmama durumları

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Çalışma Durumu	Evet	36	20,9	20,9	20,9
	Hayır	136	79,1	79,1	100,0
	Total	172	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan kadınların 79 tanesi (% 45.9) şehir merkezinde, 63'ü (% 36.6) ilçede, 10'u (% 5.8) kasabada ve 20 tanesi de (% 11.6) köyde yaşamaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama Yaşanılan Yer	Şehir merkezi	79	45,9	45,9	45,9
	İlçe merkezi	63	36,6	36,6	82,6
	Kasaba merkezi	10	5,8	5,8	88,4
	Köy	20	11,6	11,6	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Kadınların 18'i (% 10.5) sigara kullandığını beyan ederken 154'ü (% 89.5) sigara kullanmadığını beyan etmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Gebelerin Sigara Kullanma dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama Sigara Kullanımı	Evet	18	10,5	10,5	10,5
	Hayır	154	89,5	89,5	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Gebelere doğum öncesinde her hangi bir operasyon geçirip geçirmediikleri sorulduğunda; 99'u (% 57.6) daha önce ameliyat geçirdiğini beyan ederken 73'ü (% 42.4) her hangi bir operasyon geçirmediğini beyan etmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelerin Tıbbi Müdahale geçmişlerinin dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama Ameliyat Geçmişi	Evet	99	57,6	57,6	57,6
	Hayır	73	42,4	42,4	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Gebe kalmak için her hangi bir tıbbi destek alınıp alınmadığı sorusuna verilen cevaplara göre gebelerin 3 tanesi (% 1.7) aşılama olduğunu, 3 tanesi (% 1.7) tüp bebek yapıldığını ve 166'sı (% 96.5) ise hiçbir yardım almadığını beyan etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Gebelikte Tıbbi Destek Alma Dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama Tıbbi Destek Dağılımı	Aşılama	3	1,7	1,7	1,7
	Tüp bebek	3	1,7	1,7	3,5
	Hayır	166	96,5	96,5	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Sosyal destek alma ile ilgili olarak gebelere evde başka yaşayan var mı sorusu yöneltildiğinde; 28'i (% 16.3) evde birlikte yaşadıkları başka biri var şeklinde cevap verirken, 144'ü (% 83.7) başka kimsenin olmadığını beyan etmiştir (Tablo 10).

Gebelikte Sosyal Destek Alma

Tablo 10. Evde başka yaşayan var mı?

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama Sosyal Destek	Evet	28	16,3	16,3	16,3
	Hayır	144	83,7	83,7	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan gebelerin 23'ü (% 13.4) gebelik öncesi bir sağlık sorunu yaşadığını beyan ederken 149'u (% 86.6) gebelik öncesinde her hangi bir sağlık sorunu yaşamadığını beyan etmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Gebelik Öncesi Sağlık Sorunu Dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama	Evet	23	13,4	13,4	13,4
G.Ö.	Hayır	149	86,6	86,6	100,0
Sağlık Sorunu	Toplam	172	100,0	100,0	

Katılımcıların gebelikte ortaya çıkıp devam eden her hangi bir sağlık sorunu var mı sorusuna verdikleri cevaplara göre; 12'sinin (% 7.0) yüksek tansiyon, 20'sinin (% 11.6) diyabet, 6'sının (% 3.5) astım, 2'sinin (% 1.2) nörolojik rahatsızlık, 7'sinin (% 4.1) hormonal bozukluk hastası olduğu anlaşılmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Gebelikte Ortaya Çıkan ve Devam eden Bozuklukların Dağılımı

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama	Hayır	125	72,7	72,7	72,7
	Yüksek tansiyon	12	7,0	7,0	79,7
	Diyabet	20	11,6	11,6	91,3
Gebelikte Ortaya Çıkan Sorunlar	Astım	6	3,5	3,5	94,8
	Nörolojik hastalıklar	2	1,2	1,2	95,9
	Hormonal bozukluklar	7	4,1	4,1	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Beck Depresyon Anketi sonuçlarına göre 172 denekten 50'sinin (% 29.1) hafif derecede, 40'ının (% 23.3) orta derecede, 14'ünün (% 8.1) şiddetli derecede anksiyeteye sahip olduğu anlaşılrken hiç belirti göstermeyenlerin sayısı 68'dir (% 39.5) (Tablo 13). Anketi kadınların kendileri doldurmuştur.

Beck Depresyon Anket Sonuçlarının Yorum Tablosu

Tablo 13. Beckgurup Analizleri (Anksiyete Yönünden)

		Frekans	(%) Yüzde	Sınıflar Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
Sınıflama	Hafif	50	29,1	29,1	29,1
	Orta	40	23,3	23,3	52,3
Anksiyete Şiddeti	Şiddetli	14	8,1	8,1	60,5
	Hiç	68	39,5	39,5	100,0
	Toplam	172	100,0	100,0	

Beck Anksiyete Analizi için hazırlanan 21 sorunun değer aralıkları hesaplanarak hiç anksiyete belirtisi göstermeyenler ve hafif, orta, şiddetli düzey anksiyete gösterenler için sınıf aralıkları puan tablosu aşağıdaki gibidir.

Anksiyete Sınıf Aralık Değerleri

0-0,75	Hiç
0,76-1,50	Hafif Düzey
1,51-2,25	Orta Düzey
2,26-3.00	Ciddi Düzey

Beck puanlamasında kullanılan değişkenlerin yapılan hesaplamalarında kadınlarda en yüksek puanı sinirlilik (1.0412) ve kötü şeyler olacak (1.0765) değişkenlerinin aldığı görülmektedir. Bu iki değişken diğer değişkenlere oranla daha yüksek puana sahip olmasına rağmen hafif anksiyete sınırları içindedir (Tablo 14).

Tablo 14. Beck Skor Değişkenlerinin İstatistik Verileri

	Ortalama	Std. Sapma	N
Uyuşma karıncalanma	,6176	,79995	172
Sıcak (Ateş) basması	,9824	,98193	172
Bacaklarda halsizlik titreme	,7471	,90405	172
Gevşeyememe	,6059	,85171	172
Kötü şeyler olacak korkusu	1,0765	1,19666	172
Baş dönmesi	,5765	,79758	172
Kalp çarpıntısı	,5294	,85087	172
Denge kaybetme	,3059	,68843	172
Dehşete kapılma	,4353	,81331	172
Sinirlilik	1,0412	,98122	172
Boğulma hissi	,6235	,96662	172
Ellerde titreme	,2941	,61198	172
Titreklik	,3235	,60180	172
Kontrolü kaybetme korkusu	,3235	,71834	172
Nefes almada güçlük	,5824	,82615	172
Ölüm korkusu	,5529	,89715	172
Korkuya kapılma	,5882	,81108	172
Midede hazımsızlık	,8176	,94006	172
Baygınlık	,2000	,48161	172
Yüz kızarması	,3294	,55231	172
Terleme	,8294	,87047	172

4.2 ND YAPANLARIN ANALİZLERİ

Tablo 15. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Bir İşte Çalışma Demografik Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Mean	Std. Error	T Test Değeri	P Değeri
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma	Evet	12	13,3333	3,45826	-0,053	0,958
	Hayır	74	13,4865	1,02129		

ND yapan 86 kadınların 12'si bir işte çalışmakta 74'ü ise her hangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 15). (Bağımsız) T-Testi kullanılarak yapılan varyans analizlerinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p= 0.053$). Gelir getiren bir işte çalışıp çalışmama bireylerin beck-skor değerlerinde farklılık göstermemektedir.

ND yapan 86 kadının 13 tanesi sigara kullandığını beyan ederken 73'ü sigara kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 16). Grubun ortalama, standart sapma ve standart hatasının hesaplanmasının ardından Bağımsız t testi kullanılarak yapılan varyans analizlerinde önemlilik değeri (Sig.) 0.596, F değeri 0.283, t değeri -0.982, Sig. (t-tailed) değeri ise 0.329 olarak bulunmuştur. Buradan t değeri = p değeri olduğundan $p>0.05$. ND yapanların Beck puanlarını incelediğimizde ND ile sigara alışkanlığı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı anlaşılmaktadır. Sigara içip içmemenin anksiyete belirtilerini etkilemediği anlaşılmaktadır.

Tablo 16. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Sigara İçme Demografik Değişkeninin Karşılaştırılması

	Sigara kullanımı	N	Mean	Std. Error	T Test Değeri	P Değeri
Beck skor	Evet	13	11,1538	2,22988	-,982	0.329
	Hayır	73	13,8767	1,09967		

ND yapan kadınlar operasyon geçmişi yönünden incelendiğinde 13 tanesinin daha önce bir operasyon geçirdiğini 73'ü ise geçirmediğini beyan etmiştir. Analizler sonucunda (Sig.) 0.258, F değeri 1.297, t değeri -0.196, Sig. (t-tailed) değeri ise 0.845 olarak bulunmuştur. ND yapanların operasyon geçmişleri ile Beck puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre bu çalışma için operasyon geçmişleri ile Beck puanlarını (anksiyeteyi) etkilememektedir denilebilir.

ND yapanların Beck puanlarının sosyal destekle ilişkisi olup olmadığını anlamak için yöneltilen, “evde başka yaşayan var mı?” sorusuna 15 kadın evet şeklinde cevap vermiş 71 kadın ise hayır cevabı vermiştir (Tablo 17). Yapılan varyans analizlerinde önemlilik değeri (Sig.) 0.186, F değeri 1.781, t değeri -0.122, Sig. (t-tailed) değeri ise 0.903 olarak bulunmuştur ($p>0.05$). ND yapanların Beck puanlarıyla sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sosyal desteğin ND yapanların anksiyete belirtilerinde her hangi bir değişiklik yapacak ölçüde ilişkili olmadığı sonucu çıkmaktadır.

Tablo 17. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Sosyal Destek Demografik Değişkeninin Karşılaştırılması

	Evde başka yaşayan var mı?	N	Mean	Std. Error	T Test Değeri	P Değeri
Beck skor	Evet	15	13,2000	2,22154	0,122	0,903
	Hayır	71	13,5211	1,11472		

ND yapanların Beck puanlarının gebelik öncesi sağlık sorunlarıyla ilişkili olup olmadığını anlamak için yapılan değerlendirmede 7 kadının sağlık sorunu olduğu 79 kadının ise sağlık sorunu olmadığı anlaşılmıştır (Tablo 18). Yapılan varyans analizlerinde önemlilik değeri (Sig.) 0.052, F değeri 3.889, t değeri -0.292, Sig. (t-tailed) değeri ise 0.024 olarak bulunmuştur ($p = 0.024$; $p < 0.05$). ND Beck puanlarıyla gebelik öncesi sağlık sorunları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Gebelik öncesi sağlık sorunu yaşayanların ND yapanların anksiyete belirtileriyle anlamlı bir ilişkisi olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 18. ND Grubunun Beck Skor sonuçları ile Gebelik Öncesi Sağlık Sorunu Yönünden Karşılaştırılması

	Gebelik öncesi sağlık sorunu	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beck skor	Evet	7	6,0000	4,83046	1,82574
	Hayır	79	14,1266	9,23256	1,03874

ND yapan kadınlardan 15'inden 37-38. haftalarda, 45 tanesinden 38-39. haftalarda, 17'sinden 39-40. haftalarda ve 9'undan 40-41. haftalarda veri alınmıştır. Beck puanlarıyla gebelik haftası arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p = 0.481$; $p > 0.05$). Gebelik haftalarının oluşturduğu gruplar arası ve grup içi analizlerde de anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gebelik haftası beck skorlarını (anksiyeteyi) etkilememektedir.

ND yapanların eğitim seviyeleri araştırıldığında 17 tanesinin ilköğretim, 58'inin lise dengi okul mezunu olduğu 11'inin ise üniversite ve üzeri eğitilmiş olduğu anlaşılmaktadır. Gruplar arası bağlantılar ANOVA testi ile araştırıldığında hem gruplar içinde hem de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ND yapanlarda alınan eğitim Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilememektedir ($p = 0.758$; $p > 0.05$).

ND grup üyelerinin 39'u şehir merkezinde, 35'i ilçe merkezinde, 3'ü kasabada ve 9'u köyde yaşamaktadır. Gruplar arası fark ANOVA testi ile araştırıldığında sig. 0.131; $p = 0.131$ ve $p > 0.05$ olduğundan gruplar arasında anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır. Bu yüzden ND yapanlarda yaşanan yerin Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilemediği söylenebilir.

Kadınların gebelik öncesinde tıbbi yardım alıp almadıkları sorulduğunda 1'i aşılama yapıldığını, 2'si tüp bebek yapıldığını 83'ü ise her hangi bir tıbbi yardım almadığını söylemiştir. Grubun varyans analizlerinde sigma değeri 0.519; $p=0.519$ olarak bulunmuştur ($p>0.05$). Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. ND yapanlarda gebelik öncesi tıbbi yardım Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilememektedir.

ND yapan kadınların gebelik sırasında çıkan ve devam eden süreğen hastalıklar yönünden incelenmesinde de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sig. 0.233; $p=0.233$; $p>0.05$). ND yapan kadınlarda süreğen hastalıkların Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilemediği anlaşılmıştır.

4.3. CS GRUBUNUN ANALİZLERİ

CS olan 86 kadının 24'ü bir işte çalışmakta 62'ü ise her hangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 19). Grupların ortalama, standart sapma ve standart hatalarının hesaplanmasının ardından T Testi kullanılarak yapılan varyans analizlerinde önemlilik değeri (Sig.) 0.017, F değeri 5.917, t değeri -1.647, Sig. (t-tailed) değeri ise 0.103 olarak hesaplanmıştır. Buradan sig. t değeri = p değeri olduğundan $p>0.05$ gruplar arası anlamlı bir fark yoktur. Bir işte çalışmak bu çalışma için Beck Skorlarını (anksiyete değerlerini) etkilememektedir.

Tablo 19. CS Grubunun Beck Skor sonuçları ile Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Değişkeninin Karşılaştırılması

Gelir getiren bir işte çalışma		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Beck skor	Evet	24	8,7083	6,00347	1,22545
	Hayır	62	11,9677	8,93137	1,13429

Aynı şekilde CS olan 86 kadının 5 tanesi sigara kullandığını beyan ederken 81'i sigara kullanmadığını belirtmiştir (Sig. 2-tailed 0.925; $p>0.05$). CS olanların Beck Skorları yönünden sigara alışkanlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. CS olanlarda sigara içme anksiyete değerlerini bu sonuçlara göre etkilememektedir.

CS olan kadınların tamamının daha önce en az bir operasyon geçmiş olduğu ve ilişki analizi yapılamamıştır. Sonuç olarak CS olanların Beck puanlarıyla operasyon geçmişleri arasında bir ilişki kurulamamıştır.

CS olanların Beck puanlarının sosyal destekle ilişkisi olup olmadığını anlamak için yöneltilen, “evde başka yaşayan var mı?” sorusuna 13 kadın evet şeklinde cevap vermiş 73 kadın ise hayır cevabı vermiştir. Yapılan varyans analizlerinde p değeri 0.114, F değeri 3.545 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). CS olanlarda sosyal destek ile Beck puanlarıyla arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyal desteğin CS olanlarda Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) her hangi bir değişiklik yapacak ölçüde ilişkili ve etkili olmadığı sonucu çıkmaktadır.

CS olanların Beck puanlarının gebelik öncesi sağlık sorunlarıyla ilgili değerlendirmede 16 denneğin sağlık sorunu yaşadığı 79 kadının ise sağlık sorunu yaşamadığı anlaşılmıştır (Tablo 20). Yapılan varyans analizlerinde önemlilik değeri (Sig.) 0.069, F değeri 3.402, t değeri 0.2399, Sig. (t-tailed) değeri ise 0.019 olarak bulunmuştur ($p = 0.019$; $p < 0.05$). CS olanlarda Beck puanlarıyla gebelik öncesi sağlık sorunları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. CS olanlarda gebelik öncesi sağlık sorunu yaşamamanın Bu çalışmaya göre CS olanlarda gebelik öncesi sağlık sorunu yaşamamanın Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilediği anlaşılmaktadır. Hayır, cevabı verenlerin Beck puanları daha düşük (anksiyete belirtileri en hafiftir).

Tablo 20. CS Grubunun Beck Puanlarıyla Sağlık Sorununun Karşılaştırılması

	Gebelik öncesi sağlık sorunu	N	Mean	Std. Error	T Test Değeri	P
Beck skor	Evet	16	15,4375	2,66922	2,399	,019
	Hayır	70	10,0571	,88603	1,913	

CS olanların 22 tanesi 37-38. haftada, 54 tanesi 38-39. haftada, 8 tanesi 39-40. haftada, 2 tanesi 40-41. haftalarda örnekleme dâhil edilmiştir. Beck puanlarıyla gebelik haftası arasında her hangi bir bağlantı bulunmamıştır ($p = 0.447$; $p > 0.05$). Bu sonuçlara göre gebelik haftasının ilerlemiş olması Beck puanlarını etkilememektedir. Gebelik haftalarının oluşturduğu gruplar arası ve grup içi analizlerde de anlamlı bir fark bulunmamıştır.

CS olanların eğitim seviyeleri araştırıldığında 14 tanesinin ilköğretim, 57'sinin lise dengi okul mezunu olduğu 15'inin ise üniversite ve üzeri eğitim aldığı anlaşılmaktadır.

Gruplar arası fark ANOVA testi ile araştırıldığında hem grup içi hem de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. CS'le doğumda alınan eğitim ile Beck puanları arasında bir fark bulunmamıştır (Sig. = 0.680; $p = 0.680$ ve $p > 0.05$). Buna göre eğitim Beck puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilememektedir. Grup içi ve gruplar arası analizlerde de her hangi bir anlamlı fark bulunmamaktadır.

CS grup üyelerinin 40'ı şehir merkezinde, 28'i ilçe merkezinde, 7'si kasabada ve 11'i köyde yaşamaktadır (Tablo 21). Gruplar arası fark ANOVA Testi ile araştırıldığında sig. 0.000; $p = 0.000$ ve $p < 0.05$ olduğundan anlamlı bir fark vardır. CS grubunda Beck puanlarıyla yaşanan yer grupları arasında anlamlı bir fark vardır. Şehir ve ilçe merkezinde yaşayanların puanları birbirine çok yakın olduğundan aralarında anlamlılık yönünden fark olmamasına rağmen kasaba ve köyde yaşayanların puanları çok daha yüksektir (yaklaşık iki kat) bu bakımdan gruplar arası fark anlamlı çıkmaktadır. Sonuç olarak şehir ve ilçede yaşayanların Beck puanları kasaba ve köyde yaşayanlara göre en düşük olduğundan (anksiyete belirtileri en hafif) anlamlılık derecesi daha yüksektir (Tablo 22).

Tablo 21. CS Grubunun Beck Puanlarıyla Yaşanılan Yer Arası İlişki

		N	Mean	Std. Error	F Test Değeri	P Değeri
Nerede Yaşıyor sunuz?	Şehir merkezi	40	7,9250	,97756	7,458	,000
	İlçe merkezi	28	15,8214	1,91765		
	Kasaba merkezi	7	6,1429	1,54963		
	Köy	11	13,4545	1,49766		

Tablo 22. CS Grubu Beck Puanlarıyla Yaşanılan Yer Arası İlişkinin Grup İçi ve Gruplar Arası Testleri

(I) Nerede yaşıyorsunuz	(J) Nerede yaşıyorsunuz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
Şehir merkezi	İlçe merkezi	-7,89643(*)	1,84922	,000	-12,7460	-3,0469
	Kasaba merkezi	1,78214	3,07476	,938	-6,2814	9,8457
	Köy	-5,52955	2,55506	,142	-12,2302	1,1711
İlçe merkezi	Şehir merkezi	7,89643(*)	1,84922	,000	3,0469	12,7460
	Kasaba merkezi	9,67857(*)	3,17138	,016	1,3616	17,9955
	Köy	2,36688	2,67054	,812	-4,6366	9,3704
Kasaba merkezi	Şehir merkezi	-1,78214	3,07476	,938	-9,8457	6,2814
	İlçe merkezi	-9,67857(*)	3,17138	,016	-17,9955	-1,3616
	Köy	-7,31169	3,62855	,191	-16,8276	2,2042
Köy	Şehir merkezi	5,52955	2,55506	,142	-1,1711	12,2302
	İlçe merkezi	-2,36688	2,67054	,812	-9,3704	4,6366
	Kasaba merkezi	7,31169	3,62855	,191	-2,2042	16,8276

Kadınların gebelik öncesinde tıbbi yardım alıp almadıkları sorulduğunda 2'si aşılama yapıldığını, 1'i tüp bebek yapıldığını 83'ü ise her hangi bir tıbbi yardım almadığını söylemiştir. Grubun varyans analizlerinde sigma değeri 0.775; $p= 0.775$ olarak bulunmuştur ($p>0.05$). İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. CS olanlarda gebelik öncesi tıbbi yardım Beck puanlarını etkilememektedir.

CS grubunun gebelik sırasında çıkan ve devam eden süregelen hastalıklar yönünden incelenmesinde de anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). CS grubunda süregelen hastalıklar Beck puanlarını etkilememektedir.

Hem ND yapanların hem de CS grubunun Beck puanlarıyla yüksek tansiyon, astım, diyabet, nörolojik ve hormonal hastalıklar yönünden analizleri de anlamlı bulunmamış ve bağlantı olduğu gösterilememiştir ($p= 0.233$; $p>0.05$ ve $p= 0.667$; $p>0.05$, sırasıyla).

4.4. GENEL ANALİZLER

Genel analizlerde, örneklem sayısı her bir grup için 86 iken iki grup birleştirilerek örneklem sayısı 172'ye çıktığında gruplar arası farkların anlamlı olup olmayacağı ya da değişip değişmeyeceği araştırılmıştır.

Örneklem sayısı 172'ye çıktığında doğumla Beck skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmesinde T-Testi ile yapılan ilişki araştırmalarıyla anlamlı bir ilişki (bağlantı) bulunamamıştır ($p>0.05$). Doğumun sezaryen ya da normal olması ile Beck puanlarıyla her hangi bir ilişkisi yoktur (Tablo 23).

Tablo 23. Doğum Beck Puanları İlişkisi

	Doğum	N	Mean	Std. Error	T Test Değeri	P
Beck skor	Normal	86	13,4651	,99337	1,799	,074
	Sezaryen	86	11,0581	,89677		

Örneklem sayısı 172'ye çıktığında doğumun ND veya CS olmasıyla yaş arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı T-Testi ile araştırıldığında anlamlı bir ilişki (bağlantı) bulunamamıştır ($p= 0.414$; $p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Doğum Yaş İlişkisi

	Doğum	N	Mean	Std. Error	T Test Değeri	P
Yaş	Normal	86	27,9535	,47421	-,818	,414
	Sezaryen	86	28,5116	,49005		

Tüm evrende (N= 172) gelir getiren bir işte çalışma ile Beck puanları arasında bir ilişki olup olmadığı T-Testi ile araştırıldı. Bir işte çalışma ile Beck puanları arasında ilişki bulunamamıştır ($t = -1,543$, $p = ,125$; $p > 0.05$).

Toplam kadın sayısı ele alındığında (172) Beck skorları ile sigara kullanımı arası ilişkinin olup olmadığının incelenmesinde T-Testi yapılmış ve bağlantı bulunamamıştır. Bu durumda sigara kullanımı ile Beck puanları arasında anksiyete arasında her hangi bir ilişki yoktur ($p = 0.599$ ve $p > 0.05$).

172 kadının Beck skorları ile operasyon geçmişleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı T-Testi ile incelendiğinde her hangi bir bağlantı bulunamamıştır. Operasyon geçmişi ile anksiyete arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır ($p = 0.101$ ve $p > 0.05$).

172 kadının Beck skorları ile evde başka yaşayanın olup olmaması arasında bir ilişkinin varlığının irdelenmesinde T-Testi yapılmış ve bir bağlantı bulunamamıştır. Evde başka bir yaşayanın olup olmaması ile Beck puanları (anksiyete şiddeti) arasında herhangi bir etkileşme bulunamamıştır ($p = 0.291$ ve $p > 0.05$).

172 kadının Beck skorları ile gebelik öncesi sağlık sorunu arasında bir ilişkinin olup olmamasının incelenmesinde T-Testi yapılmış ve bağlantı bulunamamıştır ($p = 0.860$ ve $p > 0.05$).

172 kadının Beck skorları ile gebelik haftası gurupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının incelenmesinde ANOVA Testi yapılmış ve anlamlı bir farkın olmadığı anlaşılmıştır. Gebelik haftaları Beck puanlarını etkilememektedir ($p = 0.436$ ve $p > 0.05$).

172 kadının Beck skorları ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığının incelenmesinde ANOVA Testi yapılmış ve anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p = 0.436$ ve $p > 0.05$).

172 kadının Beck skorları ile yaşanan yer arasında bir ilişkinin olup olmadığı yönünden ANOVA Testi ile incelendiğinde gruplar arasındaki farkların anlamlı olduğu

bulunmuştur (Tablo 25). Yaşanılan yer ile Beck puanları (anksiyete değerleri) arasında bir ilişki vardır ($F= 0.436$ ve $p= 0.000$; $p<0.05$). Şehir merkezi ve kasabada yaşayanların Beck puanları bir birine yakın bulunmuşken ilçe ve köy puanları da kendi aralarında bir birine yakın olmasına rağmen şehir merkezi ve kasaba puanlarının nerede ise iki katıdır (Tablo 26). Bu sonuçlara bakarak şehir merkezinde ve kasabada yaşama ile beck puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır denebilir. Şehir merkezi ve kasabada yaşayanların beck puanları daha düşüktür (anksiyete belirtileri en hafif). CS ile şehir ve ilçe Beck puanları daha düşük çıkmış iken burada şehir ve kasabanın Beck puanlarının daha düşük çıkması muhtemelen n (172) sayısının artmasına bağlıdır.

172 kadının Beck skorları ile gebelik için tıbbi destek alma arasında bir ilişkinin olup olmadığının incelenmesinde ANOVA Testi yapılmış ve gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 25. Yaşanılan Yer Beck Puanları İlişkisi

	N	Mean	Std. Error	F	P
Şehir merkezi	79	9,4430	,87144		
İlçe merkezi	63	15,9048	1,19109		
Kasaba merkezi	10	8,0000	1,74483	8,229	,000
Köy	20	14,0500	1,72973		
Total	172	12,2616	,67350		

Tablo 26. Yaşanılan Yer Beck Puanları Gruplar Arası İlişkisi (Post Hoc Tests)

(I) Nerede yaşıyorsunuz?	(J) Nerede yaşıyorsunuz?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval
Şehir merkezi	İlçe merkezi	-6,46172(*)	1,40550	,000	-10,1089 -2,8146
	Kasaba merkezi	1,44304	2,79288	,955	-5,8043 8,6904
	Köy	-4,60696	2,08286	,124	-10,0118 ,7979
İlçe merkezi	Şehir merkezi	6,46172(*)	1,40550	,000	2,8146 10,1089
	Kasaba merkezi	7,90476(*)	2,83244	,030	,5548 15,2548
	Köy	1,85476	2,13562	,821	-3,6870 7,3965
kasaba merkezi	Şehir merkezi	-1,44304	2,79288	,955	-8,6904 5,8043
	İlçe merkezi	-7,90476(*)	2,83244	,030	-15,2548 -,5548
	Köy	-6,05000	3,22267	,242	-14,4126 2,3126
Köy	Şehir merkezi	4,60696	2,08286	,124	-,7979 10,0118
	İlçe merkezi	-1,85476	2,13562	,821	-7,3965 3,6870
	Kasaba merkezi	6,05000	3,22267	,242	-2,3126 14,4126

4.5. ÇAPRAZ ANALİZLER

Değişkenlerin bir birleriyle ilişkilerinin incelendiği çapraz analizler bölümünde örneklemin tamamı ele alınarak hesaplamalar yapılmıştır. 172 kadının doğum şekli ile gebelik haftası gruplandırmaları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının incelenmesinde ANOVA Testi yapılmış ve gruplar arası anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ($p=,020$; $p<0.05$) (Tablo 27 ve 28).

Tablo 27. Doğum Gebelik Haftaları Arası İlişki (Crosstabulation)

		Gebelik haftası				
		37-38 Arası	38-39 Arası	39-40 Arası	40-41 Arası	Toplam
Doğum	Normal	15	45	17	9	86
	Sezaryen	22	54	8	2	86
Toplam		37	99	25	11	172

Tablo 28. Doğum Gebelik Haftaları Arası İlişki (Ki-Kare Testi)

Testler	Değerler	P
Pearson Ki-Kare Testi	9,837(a)	
Likelihood Ratio	10,284	
Linear-by-Linear Association	8,488	,020
Geçerli Örnek Sayısı (N)	172	

Kadınların tamamı ($n= 172$) hesaba katılarak Beck grup ile yaşanan yer arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının incelenmesinde ANOVA Testi yapılmış ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 29 ve 30). Bu sonuçlara göre yaşanan yer Beck grup puanlarını etkilemektedir ($p=,000$; $p<0.05$). Bu testte yaşanan yer ile doğum arası bağlantının anlamlı bulunması buna karşın ND ve CS grubunda ise bulunmaması örneklem sayısının artması ve örneklemin doğal büyüklüğüne ve gücüne erişmesiyle izah edilebilir. Örneklem sayısı arttıkça gruplar arası fark anlamlılığının da artması bekleneceğinden dolayı Beck puanlarının düşeceği (anksiyete belirtilerinin en hafif şekilde olacağı) hükmü çıkarılabilir.

Tablo 29. Beckgrup Yaşanılan Yer İlişkisi

Anksiyete Şiddeti		Nerede yaşıyorsunuz				Toplam
		Şehir merkezi	İlçe merkezi	Kasaba	Köy	Grup Toplam
Beckgrup	Hafif	21	14	3	12	50
	Orta	10	24	1	5	40
	Şiddetli	4	9	0	1	14
	Hiç	44	16	6	2	68
Total		79	63	10	20	172

Tablo 30. Beckgrup Yaşanılan Yer İlişkisinin Ki Kare Sonuçları

Testler	Değerler	Df	P
Pearson Ki-Kare Testi	37,107(a)	9	,000
Likelihood Ratio	37,721	9	,000
Linear-by-Linear Association	13,116	1	,000
Örneklem sayısı (N)	172		

5. TARTIŞMA

Günümüzde psikiyatri alanında iki büyük tanısal sınıflama sistemi vardır. Bunlardan ilki Amerikan Psikiyatri Birliğine ait DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD (International Classification of Diseases) sistemleridir. Anksiyete bozukluklarının bu iki tanı sınıflama sistemi içindeki yer alış biçimi son elli yıl içinde anksiyete ve anksiyete bozuklukları kavramının gelişimine de ışık tutmaktadır. Anksiyete, bir tehlikenin veya tehdidin varlığında ortaya çıkmışsa, süresi ve şiddeti açısından duruma uygunluk gösteriyorsa patolojik kabul edilmez. Zira anksiyete günlük hayatın normal ve kaçınılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Anksiyete günlük yaşamda somut bir sebebe (tehdit/tehlikeye) - ki bu stres reaksiyonunun ta kendisi olabilir, bağlı olarak ortaya çıktığında patolojik yapıya evrilmesi için şiddetinin ve süresinin günlük hayat faaliyetlerini etkileyecek ve işlevselliği bozacak ölçüde olması gerekir (DSM-IV). Ancak çok şiddetli olmayan bir anksiyete de insan hayatını zaman içinde etkileyebilir. Şiddeti ne olursa olsun uzun süren kronik veya tekrarlayıcı anksiyete zaman içinde insanı yorgun düşürür, dikkati dağılır, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü yaratır, gergin, sinirli ve tahammülsüz bir hale getirir. Strese tepki şeklinde yaşanan anksiyetenin patolojikliğini belirleyen bir diğer özellik de kişinin bunu yaratan travmatik olaya geri dönüşler (flashbacks) yaşaması, dönüşle birlikte otonomik aşırı uyarılması ve bundan olabildiğince kaçınma davranışları sergilemesidir.

Kadınlarda anksiyete (gebelik ve doğum kaygısı) doğurma çağına gelindiğinde zirveye ulaşır. Gebeliklerin yaklaşık yarısının planlanmamış olduğu, kadının anksiyete için ilaç kullanırken gebe kalabileceği, gebelik sırasında veya doğum sonrasında anksiyetenin yeniden nüks edebileceği ya da depresyona gelişebileceği veya kadının gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemde hasta ve tedavi edilmemiş olabileceği düşünülürse gebe kadının karşı karşıya kaldığı tehlikenin büyüklüğü anlaşılır. Gebelik öncesinde, gebelik sırasında ve sonrasında (postpartum dönemde) yaşanan kaygı hem annenin ruhsal yapısı hem de çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Bu dönemlerde anksiyeteyi etkileyen, şiddetini arttıran veya azaltan değişkenler vardır. Bir işte çalışma, sigara içme, gebelik öncesi operasyon geçmişi, gebelik sırasında ve postpartum dönemde annenin yanında bir yardımcının bulunup bulunmaması (sosyal destek), gebelik haftası, eğitim seviyesi, yaşanan yer, gebelik için tıbbi yardım alıp almama ve gebelik döneminde ortaya

çıkıp devam eden bir hastalığın olması bu değişkenler arasındadır. Obesite, diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi hastalıklar da anksiyeteyi etkileyen değişkenlerdendir.

Gebelikteki yaşanan anksiyetenin sonraki doğum şeklinin (CS ve ND) seçiminde etkili olabileceği de düşünülmektedir. Bunun anlaşılabilmesi için anksiyetenin CS ve ND yapan gebelerdeki etkilerinin ölçülmesi, kıyaslanması ve bu değişkeninin sonraki gebelikte doğum şeklini tercihteki etkisinin bilinmesi gerekir. Bu çalışma bunun anlaşılması için yapılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre ND yapanlarda gelir getiren bir işte çalışıp çalışmama, sigara içip içmeme, gebelik öncesi bir operasyon geçmişinin olması, gebelik sırasında ve postpartum dönemde annenin yanında bir yardımcının bulunması (sosyal destek) anksiyete puanlarında (şiddetinde) değişiklik yapacak ölçüde etkin değildir. ND yapanlarda gebelik haftasının (birinci, ikinci ya da üçüncü trimesterde olmanın) anksiyeteyi etkilemediği anlaşılmaktadır. Birçok çalışma gebelik dönemlerinde anksiyetenin arttığını söylese de bizim çalışmamızda ND yapanlarda gebelik dönemleriyle anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığından gebelik dönemlerinin anksiyete şiddetini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (139, 140). Ancak çapraz analiz sonuçlarına göre gebelik haftası ilerlemesine bağlı olarak doğum şekli etkilenebileceği sonucuna ulaşılmıştır. ND ve CS grupları arasında gebelik haftası ile doğum şekli bakımından anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen çapraz analiz sonuçlarına göre anlamlı bir farkın olması örneklem sayısının artması, örneklemin doğal büyüklüğüne ve gücüne erişmesiyle izah edilebilir. Örneklem sayısı arttıkça anlamlı farklılık daha da kesinleşeceğinden dolayı Beck puanları etkilenecek, anksiyete belirtileri en hafif şekilde olacak ve ND sayısı azalacaktır. Çapraz analiz sonuçları gebelik haftasının da anksiyeteyi ve buna bağlı olarak doğum şeklini etkileyen bileşenlerden biri olduğunu göstermektedir.

Shahla M. Huseini ve arkadaşları da (2009) çalışmalarında gebeliğin her bir trimesterinde kadının kaygı durumuyla doğum sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (149). Birinci ve ikinci trimesterde yaşanan anksiyetenin gebelik sonuçlarına etkili olmadığını, üçüncü trimesterde yaşanan anksiyetenin ise gebelik süresini kısalttığını, ama bu süre kısalığının intrauterin gelişim eksikliği sonucunda değil de sadece doğumun beklenen süreden önce gerçekleştiğini bulmuşlardır. Çalışma sonuçlarına göre şiddetli anksiyete ve kronik şiddetli anksiyetenin doğum sonuçları üzerine etkisi önemszenmeyecek derecede küçük ve klinik olarak da anlamlı değildir. En şiddetli ve en uzun süreli anksiyete

atakları geçiren kadınların bile çoğunlukla düşük doğum ağırlığı için sınır kabul edilen 2500 g'ın üzerinde bir ortalamaaya sahip, yaklaşık doğum ağırlığı 3000 g olan, bebekler dünyaya getirdikleri tespit edilmiştir. Çalışmalarında STAI, STAS (State-Trait Anger Scale) gibi anketler yerine kendi hazırladıkları 20 soruluk daha kısa STPI (State-Trait Personality Inventory) anketini kullandıklarını belirten araştırmacılar böylece sürekli anksiyeteyi depresif belirtiler, sürekli öfke, sosyal destek ve hayatın stresinin getirdiği genel geçer kaygı ve sıkıntılardan ayırabildiklerini belirtmektedirler.

Gebelik sırasında gelişen ve gebelikle ilgili günlük olaylar antenatal anksiyeteyi arttırırken gebelikle ilgili olmayan olaylar depresyon belirtilerini arttırmaktadır (2). Gebeliğin kendisi hassas bir dönem olduğundan dışarıdan gelen uyarılara son derece açık ve gelişecek karşı tepkinin şiddeti de değişkendir. Bu bakımdan gebe kadının gebeliğe özgü kaygılarına karşı psikososyal destek sağlamada eşi ya da birlikte olduğu kişi ve ebeler başta olmak üzere sağlık destek ekibine ciddi görevler düşmektedir. Anketler sonuçları bu hassas dönemdeki kaygılı ruh halini kolaylıkla anksiyete ve depresyon gibi psikiatrik bozukluklarla karıştırabilmektedir.

Önceki araştırmalar ağırlıklı olarak anksiyetenin gebelik üzerindeki etkilerini incelemesine rağmen gebeliğin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkileri neredeyse hiç incelenmemiştir. Gebeliğin anksiyete ve depresyon seviyelerindeki artışla ilgili olup olmadığını inceleyen Leach ve arkadaşları (2014) artan depresyon ve anksiyete belirtileri ile gebelik arasında bir ilişki bulamadıkları gibi gebeliğin bu tür anksiyete belirtilerinin azalmasıyla ilişkili olabileceğini göstermişlerdir (141). Gebelikte depresyon ve anksiyete ölçümlerinde kullanılan anketlerin ölçek içi öğelerinin yüksek anksiyete düzeyini (şiddeti) göstermesi ölçümlemede dengesizlik olduğunu akla getirmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre ND yapanlarda, alınan eğitimin, yaşanılan yerin, gebelik öncesi tıbbi yardım alıp almama ve gebelik döneminde ortaya çıkıp devam eden bir hastalığın olması anksiyete belirtilerini etkilemediği anlaşılmaktadır.

Anket sonuçlarına göre hem ND hem de CS grubunda gebelik öncesi sağlık sorunu yaşamayan gebelikte yaşanan anksiyete puanlarını (belirtilerini) anlamlı bir şekilde etkilediği (arttıracağı) bulunmuştur. İstatistik ölçüm sonuçlarına göre sağlık sorunu yaşamadım diyenlerin Beck puanları daha düşüktür (anksiyete belirtileri en hafiftir). Bu sonuçlara göre önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayanlar sonraki gebelikte günlük

yaşamlarını etkileyecek şiddette bir anksiyete yaşayabilir ve bu doğum şekline de etki edebilir. Çalışmamızın hipotezi de CS ve ND'un (doğum şeklinin) sonraki gebelikteki anksiyete düzeyi üzerine etkili olabileceğinin gösterilmesi, etkilerinin ölçülmesi ve kıyaslanması olduğuna göre sağlık sorunu değişkeninin sonraki gebelikte anksiyete düzeyini etkileyeceği sonucu çıkarılabilir.

CS grubunun anket sonuçlarını incelediğimizde; sigara içme, sosyal destek, alınan eğitimin Beck anksiyete puanlarını (anksiyete belirtilerini) etkilemediği görülmektedir. Sigara içme, sosyal destek ve eğitim seviyesi gibi (sosyal/demografik) değişkenlerin Beck Anksiyete puanlarını etkilememesi sonraki gebelikteki anksiyete düzeyini etkileyemeyeceği gibi alınacak doğum şekli kararı üzerine de etkili olamayacağını işaret etmektedir. Hâlbuki klinik ve teorik çalışmalar sigara içme, sosyal destek ve eğitim seviyesinin anksiyeteyi birinci derecede etkileyen değişkenlerden olduğu bilinmektedir. Aralarında doğrusal bir bağın olduğu düşünülmektedir.

CS grubunda Beck puanlarıyla yaşanan yer puanları arasında anlamlı bir fark vardır. Kasaba ve köyde yaşayanların puanları şehir ve ilçe merkezinde yaşayanların puanlarından yaklaşık iki kat yüksektir. Bu bakımdan gruplar arası fark anlamlıdır. Şehir ve ilçe merkezinde yaşayanların puanları bir birine çok yakın iken kasaba ve köyde yaşayanların puanları birbirine çok yakındır. Şehir ve ilçede yaşayanların Beck puanları kasaba ve köyde yaşayanlara göre düşük olması anksiyete belirtilerinin daha hafif olduğu anlamına gelmektedir. Bu durumda şehir ve ilçede yaşayıp CS ve/veya ND yapmanın sonraki gebelikteki anksiyete düzeyi üzerine etkili olmamasının şehir merkezine ya da sağlık ekibinin tam teşekküllü olduğu hastane ortamına daha rahat ve zamanında yetişme kaygısının olabileceğini akla getirmektedir.

Genel analizler değerlendirildiğinde doğumun CS ya da ND olmasının Beck puanlarını değiştirmedeği görülmüştür. Bu durumda doğum şeklinin anksiyetenin şiddetini değiştiremeyeceği; yani anksiyeteyi etkileyemeyeceği açıktır. Rowlands IJ. ve Redshaw M.'de (2012) çalışmalarında doğum şeklinin kadının psikolojik ve fiziksel yapısını etkilemediğini bulmuşlardır. Bu nedenle özellikle sağlık sorunu olan veya önceki doğumda olumsuz deneyimi olan gebeler için CS'i tavsiye etmektedirler (142).

Aynı şekilde doğum şeklinin CS ya da ND olmasının yaşla bir ilişkisinin bulunmaması da hayli ilginç bir sonuçtur. Doğum şekli seçiminin genellikle yaşa bağlı

olarak CS'e kaydığı, artan refah seviyesiyle birlikte kadınların doğum sancısı çekmekten kaçındıkları, ölüm korkusu sebebiyle ileri yaşlarda kadınların genelde CS tercih ettiği bütün literatür kayıtlarında bulunmasına rağmen bizim çalışmamızda hem CS ve ND gruplarında hem de bütün evren incelendiğinde anksiyeteyi etkilemediğinin anlaşılması kayda değer bir sonuçtur. Hâlbuki gebelik kadın hayatının en önemli olaylarından biridir. Psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlerin ani iniş çıkışlarla yoğun bir biçimde yaşandığı bu dönemde doğumla ilgili korkular ortaya çıkmaktadır. Temel korku, “doğum sırasında ölme (tokophobia)” korkusudur. Bu korku gebelikten önce gelişerek çocukluktan yaşlılığa kadar bütün kadınları etkisi altına alır. Birçok kadın bu korkudan dolayı CS ile doğum yapmak istemektedir. Ayrıca bebeğin sağlığından endişelenme, çocuk bakım ve büyümesinin zorluğu, tüm bu değişimlerin eş uyumunu bozacağı endişe ve korkusu da sezaryen seçiminde önemli etkenlerdir. Ayrıca gebeler doğum sırasında sağlık personelinin davranışı ile ilgili de yüksek seviyede endişe duymaktadır (143). Pang ve arkadaşlarının (2007) ilk doğum şeklinin sonraki doğum şeklini tercih üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında ND tercihiyle hastaneye gelen kadınların % 24'ünün fikir değiştirdiğini tespit etmişlerdir (54). Bu değişimin ana belirleyicilerinin elektif sezaryenle doğumun daha güvenli olduğu inancı, CS'nin güncel ve daha güvenli olması düşüncesi, intrauterin büyümeyi sınırlandırması, ailenin yüksek gelir düzeyi, epidural anestezi kullanımı ve anne adayının yüksek anksiyete skoruna sahip oluşudur. Bunlar arasında en önemlisi ND korkusu, ya da ND sırasında ölme korkusudur (54,144). Buradan ikinci doğumlarında da sezaryen tercihi yapan kadınlara korku ve anksiyeteleriyle ilgili eğitim ve tedavi verilmesi CS sayısını azaltır hükmü çıkarılsa da yüksek refah ve eğitim seviyesi, kaliteli sağlık personeli ve güvenilir hekimin gebelerin sezaryen seçiminde başrolü oynadığı açıktır. SSVD yapmayı planlayan kadınların sezaryeni tercih etmesi yanında SSVD yapan kadınların da doğumdan hiç memnun kalmamaları CS sayısında artış olmasının temel sebebidir (24,55).

Çalışmamızın bir diğer ilginç sonucu da bir işte çalışma; yani, belirli bir refah seviyesine ulaşma ve sosyal güvenceye kavuşmanın Beck puanlarını etkilememesidir. Yaşın, refahın, sosyal güvencenin, doğum şeklinin anksiyeteyi etkilememesi Türkiye genel tablosuna da ilginç bir biçimde uygundur. Hiçbir zorluğun sosyal dokuyu kolaylıkla etkilemediği sabrın ve kanaatin birçok zorluğu yendiği Türkiye tablosuna bu sonuçların çok uyduğu burada açıkça görülmektedir. Türkiye'de gebelerin çoğunda gebelik süresince kaygılı halin bulunması (% 68) psikiatrik bozukluk anlamına gelmemektedir. Doğumdan

hemen sonra bunun normale dönmesi bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de izlenen sonuçtur.

Brezilya’da yapılan bir çalışmada genel kaygı hali taşıyanların oranını % 54.7, psikolojik anksiyete bozukluğu olanların oranını da % 45.3 olarak oldukça yüksek bulunmuştur (95). Hâlbuki Türkiye ve Brezilya D-20 “Gelişmekte Olan Ülkeler” gurubundadır. Farklı ölçütler ve araçlar kullanarak gebelikte anksiyete seviyesini daha düşük bulan araştırmacılar olmasına rağmen genel kaygı hali ve psikolojik anksiyete bozukluğu ortalamalarına bakıldığında bu çalışmanın sonuçları öncekilerden yüksektir (125, 145). Araştırmacılar bunu ülkedeki yüksek işsizlik ve düşük ücret politikasıyla seyreden kötü sosyoekonomik yapıya bağlamışlardır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar kötü sosyoekonomik yapının anksiyete ve depresyonun önemli sebeplerinden biri olduğunu göstermektedir (108, 146, 147). Araştırmacılar abort sayısı ile AD arasında da bir ilişki bulmuşlardır. Daha önce de Nijerya’da yapılan bir çalışmada da aynı şekilde abortlar, sezaryenler ve araç yardımıyla doğumlarla depresyon arasında ilişkili bulunmuştur (123). Yine İngiltere’de yapılan bir çalışmada da alet yardımıyla doğumların (Forseps ve vakum destekli ve epizyotomiyle doğum da dâhil olmak üzere) depresyonu arttırdığı, annelerin doğumdan hiç memnun kalmadıkları ve uzun dönemde idrar ve gaita kontrolünü yapamadıkları bulunmuştur (142). Bu, doğum sırasındaki operatif müdahalelerin kadına uzun dönemde pek de yarar getirmediğini göstermektedir. Bu annelerin ikinci doğumlarında anksiyete belirtilerinin çok yükselmesine sebep olmuştur (142). Nijerya’da da araştırmacılar CS’nin seçilmemesinde sosyal/dini kaygılar çok etkili olduğunu bundan dolayı gebelikte anksiyete belirtilerinin hayli yüksek olduğunu (% 40) bulmuşlardır (123). Araştırmacılar CS’nin ölmek için son tercih olarak yapılmasına rağmen kadın ölümlerinin hayli yüksek olduğunu; bu yüzden CS’nin tercih edilmesi için kadınlara eğitim verilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Diğer taraftan Brezilya gibi halkın % 90’ının koyu Katolik olduğu bir ülkede CS yaptıran kadınların da dini bir ikilem yaşamalarının anksiyete değişkenlerinden biri olduğunun ortaya çıkarılması çok ilginçtir (95). Bu sonuçlar dinin çok güçlü bir yaptırıma sahip olmasının anksiyete belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmesi gerektiğini göstermektedir. Her iki örnekte de gösterildiği üzere din insanlara sağlığı ve mutluluğu vereceği yerde baskı unsuru olarak kabul görmektedir.

Sigara kullanımının Beck puanlarını hem ND gurubunda hem CS gurubunda ve hem de genel analizlerde etkilememesi de hayli ilginç bir sonuçtur. Literatürde sigara,

alkol ve narkotiklerin kullanılmasının psikiatrik bozukluklarda karşılıklı olarak bir birini etkilediği bildirilmesine rağmen bizim sonuçlarımızda anksiyeteyi etkileyemeyeceği bulunmuştur. Aynı şekilde genel tabloda operasyon geçmişinin de Beck skorlarını etkilemediği anlaşılmaktadır. Bu durumda bizim çalışmamız açısından operasyon geçmişi anksiyeteyi etkileyen bir değişken değildir.

Sonuç olarak; önceki doğumunu ND yapanlar ile CS doğum yapanlar arasında gebelik ve doğum anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Genel tabloya bakıldığında da doğum şekli, yaş, refah, sosyal destek, çalışma ve sosyal güvence, sigara kullanımı ve operasyon geçmişi en azından bu çalışma açısından anksiyeteyi etkileyen değişkenler değildir.

Genel analizler incelendiğinde yaşanan yerin Beck puanlarını (anksiyete değerlerini) değiştirebilecek kapasiteye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Şehir merkezi ve kasabada yaşayanların Beck puanları bir birine yakın bulunmuşken ilçe ve köy puanları da kendi aralarında bir birine yakındır. İlçe ve köy puanları şehir merkezi ve kasaba puanlarının nerede ise iki katıdır. Bu sonuçlara bakarak şehir merkezinde ve kasabada yaşama ile Beck puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır denebilir. Şehir merkezi ve kasabada yaşayanların Beck puanları daha düşüktür (anksiyete belirtileri en hafif). CS grubunda şehir ve ilçe Beck puanları daha düşük çıkmış iken tüm çalışma grubunda ($n=172$ olduğunda) şehir ve kasabanın Beck puanlarının daha düşük çıkması muhtemelen n (172) sayısının artmasına bağlıdır. Tüm evren incelendiğinde evren sayısı daha fazla olması dolayısıyla sonuçların da daha sağlıklı olacağı kesindir. Bu bakımdan CS grubunun sonucunu kabul etmektense tüm evren sonucunun doğru olduğunu kabul etmek daha mantıklı ve makul bir yaklaşım olacaktır. Genel analizlere göre gebelik için tıbbi destek almanın Beck skorlarını değiştirmede anksiyeteye her hangi bir etkisinin olmadığı anlaşılmaktadır. Eğitim seviyesinin de Beck puanlarını (anksiyete değerlerini) etkilemediği izlenmiştir.

Çapraz analiz sonuçlarına göre de yaşanan yer Beck grup puanlarını etkilemektedir. Bu ankette yaşanan yer ile doğum arası bağlantının anlamlı bulunması buna karşın ND ve CS grubunda bulunmaması örneklem sayısının artması ve örneklemin doğal büyüklüğüne ve gücüne erişmesiyle izah edilebilir. Örneklem sayısı arttıkça gruplar arası fark anlamlılığı daha da kesinleşeceğinden dolayı Beck puanlarının düşeceği (anksiyete belirtilerinin en hafif şekilde olacağı) hükmü çıkarılabilir. Sonuç olarak şehir ve

kasabada yaşayanların sayısı arttıkça doğum şekli değişecek ve CS'e yönelme olacaktır sonucu çıkarılabilir. Çapraz analiz sonuçları yaşanan yerin doğum şekli ve anksiyeteyi etkileyen bileşenlerden biri olduğunu göstermektedir.

Son olarak çalışmalarda genellikle katılımcıların kendilerinin doldurduğu anketlerin ya katılımcıların abartılı cevaplar vermesi ya da anketlerin iç öğelerinin düzgün hazırlanamayışı yüzünden yüksek sonuçlar verdiğinden dolayı anketlere güvenilmemesi gerekir şeklinde sonuçlar sıklıkla çıkarılmaya başlanmıştır. Bundan kaçınmak için araştırmacılar genelde anketleri kendileri hazırlamaktadır. Kanıta dayalı eğitimin vazgeçilmezi olan anketler ve araştırmacıların araştırmalarının diğer araştırmacılar tarafından doğrulanması kanıta dayalı eğitimde kullanılan anketlerin abartılı olabileceği ve bu anketler vasıtasıyla aynı sonuçları almanın kanıt niteliğinde sayılıp sayılmamasıyla ilgili şüpheleri arttırmaktadır. Mesela, iyi psikometrik özelliklerine rağmen gerçek psikolojik problemi ortaya koymayan soruların dâhil edilmesi sebebiyle BDI'nın gebe kadınlarda kullanımını Salomero ve arkadaşları tenkit etmiştir. Yine DSM-IV ölçütleri psikiatrik bozukluğun tespitinde çok daha sınırlı ölçümler yapmaktadır. Bazı araştırmacılar da buna bağlı olarak anksiyete ölçümünde daha farklı yaklaşımlar denemektedirler. Anketlerde çıkan yüksek puanlı/dereceli anksiyete gösteren kadınlarla düşük puanlı kadınları karıştırıp bir sonuç çıkarmak yerine yüksek puanlılarla düşük puanlıları kendi içlerinde toplayıp sonra bunların sonuçlarını karşılaştırarak mukayese etmenin daha iyi sonuçlar verdiğini, sınır kesitleri yapmanın güvenilir olmadığını iddia etmektedirler (124, 125). Benzer durum Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında mevcuttur (148). Gözüyeşil ve arkadaşları evlenme yaşı ile depresyon puanları arasında sıkı sıkıya bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Çalışmaya göre 16-20 yaş aralığında evlenenlerin depresyon puanı yüksek, 35 yaş ve üzerinde ise çok düşüktür. Buna karşın 1.5 yıllık evliliklerde depresyon puanı 5 yıl ve üzeri evliliklerdekinden daha düşüktür. Halbuki evlenme yaşına göre 35 yaş ve üzerinin depresyon puanı 5.0'tir. Araştırmacılar çalışmalarında Brezilya ve Nijerya örneklerine benzer biçimde düşük ve kürtaajların depresyonu arttırdığını refah seviyesi arttıkça doğumda ölüm korkusunun arttığını bulmalarına rağmen bunu önemsemiş görünmemektedirler. Hâlbuki bu sonraki gebeliklerde anksiyete bozukluklarının temel sebebi olarak bulunmuştur. Bu bakımdan anket sonuçlarının değerlendirilmesinde puan değerlendirmelerinin bu tür hatalara sebep olduğu ile ilgili sayısız makale mevcuttur.

6. SONUÇ

Gebelik öncesi sağlık sorunu yaşamayan, yaşanan yerin ve gebelik sayısının anksiyeteyi ve buna bağlı olarak doğum şeklini etkileyen bileşenlerden biri olduğu anlaşılmıştır. Buna karşın bir işte çalışma, sigara içme, gebelik öncesi operasyon geçmişi, gebelik sırasında ve postpartum dönemde bir yardımcının olması (sosyal destek alma), alınan eğitim, gebelik öncesi tıbbi yardım alıp almama ve gebelik döneminde ortaya çıkıp devam eden bir hastalık anksiyete şiddetini etkileyen değişkenlerden olmadığından doğum şeklini de etkileyemeyeceği anlaşılmaktadır. Aynı şekilde obezite, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar da anksiyete puanlarını etkileyen bileşenlerden değildir.

Ayrıca hafif anksiyetenin hayatın gereği olduğu ve ihtiyaç duyulan fizyolojik bir durum olduğu kabul edildiğinden bu çalışmada yapılan anket sonuçlarına göre hiç anksiyete belirtisi göstermeyenlerin sayısı ile hafif anksiyeteli olanların sayısı birlikte alındığında 118 (% 68.6) tanesinin sağlıklı olduğu ortaya çıkar. Bu durumda bu çalışma gebelerin % 31'inin anksiyete sorununun bir psikiyatriste ihtiyaç duyulacak ölçüde olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak; önceki doğumunu ND yapanlar ile, CS doğum yapanlar arasında doğum anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Aynı zamanda genel tabloya bakıldığında doğum şekli, yaş, refah, sosyal destek, çalışma ve sosyal güvence, sigara kullanımı ve ameliyat geçmişi bu çalışma açısından anksiyeteyi etkileyen bir değişken değildir.

ÖZET

Normal vajinal doğum (ND) ile karşılaştırıldığında, sezaryenle (CS) doğumun komplikasyon riski daha fazla, iyileşme süresi daha uzun, memnuniyet daha az ve postpartum duygu durum bozuklukları açısından daha büyük bir risk taşıdığı bilinmektedir. Sezaryen ile doğum sayısındaki hızlı artışa rağmen psikososyal sonuçların doğum yöntemi üzerindeki etkisini teorik temelde açıklayan sadece birkaç araştırma yapılmıştır.

Türkiye'de doğumların neredeyse yarısı sezaryen ile yapılmaktadır. Bu yapısıyla Türkiye Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yüksek sezaryen sıklığına sahip olarak adlandırdığı ülkeler arasında yer alır. Ama kadınların neredeyse yarısı kayıp ve başarısızlık, düşük benlik saygısı, memnuniyetin az olması ve postpartum duygu durum bozuklukları ile ilişkili bulunmasına rağmen sezaryeni tercih etmektedir.

Bu çalışmanın amacı ND ve CS ile doğumun sonraki gebelikteki anksiyete düzeyi üzerine etkilerinin kıyaslanmasıdır. İkinci doğumda anksiyetenin belirgin olarak azaldığı ve özellikle CS ile doğum yapanlarda anksiyetenin ND anksiyetesine göre daha az olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın sonucu gebelik öncesi sağlık sorunu yaşamayan, yaşanılan yerin ve gebelik sayısının anksiyeteyi ve buna bağlı olarak doğum şeklini etkileyen bileşenlerden olduğunu düşündürmektedir. Buna karşın bir işte çalışma, sigara içme, gebelik öncesi operasyon geçmişi, gebelik sırasında ve postpartum dönemde bir yardımcının olması (sosyal destek alma), alınan eğitim, gebelik öncesi tıbbi yardım alıp almama ve gebelik döneminde ortaya çıkıp devam eden bir hastalık anksiyete şiddetini etkileyen faktörlerden olmadığından doğum şeklini de etkileyemeyeceği beklenmektedir. Aynı şekilde obezite, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar da anksiyete puanlarını etkileyen bileşenlerden değildir.

Hafif anksiyetenin hayatın gereği olduğu ve ihtiyaç duyulan fizyolojik bir durum olduğu düşünülürse bu çalışmada hiç anksiyete belirtisi göstermeyenler ve hafif anksiyeteli olanlar sağlıklı olduğu kabul edilebilir ve bu sayı denek sayısının üçte ikisinden fazladır. Bu durum gebelerin ancak üçte birinin anksiyete sorununun bir psikiyatriste ihtiyaç duyulacak ölçüde olduğunu düşündürmektedir.

Oturulan yerin tercihi (hastaneye yakınlığı), gebelik öncesi sağlık sorunlarının varlığı ve önceki gebelik sayısı gibi değişkenlerin gebelik döneminde ve doğum sırasında gelişen anksiyete üzerindeki etkili olduğu değerlendirilmiştir. Bu değişkenlerin sonraki doğum şeklini tahmin üzerinde önemli ölçüde etkin olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar gebe kadınların şehirde ya da ilçede yaşamasının gebelik öncesinde yaşanan sağlık sorunlarının düzeltilmesinde ve önceki gebeliklerin sonuçlarının sonraki gebelik ve doğum sürecindeki sıkıntıları hafifleteceği ve doğumun kolay geçmesinde yardımcı olacağı ve doğumun şeklini etkileyeceği düşündürmektedir.

Sonuç olarak; önceki doğumunu ND yapanlar ile CS doğum yapanlar arasında doğum anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Vajinal doğum, Sezaryen, Anksiyete, Doğum Şekli

SUMMARY

Cesarean section (CS) compared to normal vaginal delivery (ND) has greater risk of birth complications and the recovery time is also longer. It is known to cause less satisfaction and carry a greater risk of postpartum mood disorders. Despite the rapid increase in the number of births by cesarean section, only a few studies were performed to analyze (on the theoretical foundations) the impact of psychosocial consequences on the delivery method.

Nearly half of the births that take place in Turkey are performed by cesarean section. Turkey with this structure has been placed in a group of high incidence of cesarean delivery countries by The World Health Organization (WHO). Although Cesarean section (CS) is associated with less satisfaction, carry a greater risk of postpartum mood disorders, loss, failure, and low self-esteem, almost half of the women prefer cesarean section.

The purpose of this study is to compare birth with ND to birth with CS on the level of anxiety in the next pregnancy. The anxiety levels were found to be significantly reduced with the second birth in general. Also it is thought that women who have an CS delivery their first time have less anxiety than the women who have ND.

The result of this study makes us think that having pre-pregnancy health problems, living space during pregnancy and number of previous pregnancies are few components that affect anxiety levels and the methods of delivery. In contrast, working or smoking during pregnancy, having a preoperative history, getting psychological support during pregnancy and the postpartum period, medical support or training before pregnancy, or a disease occurs and continues during pregnancy are not the factors that affect the anxiety level or delivery method. Likewise, diseases such as hypertension, obesity or diabetes are also not the factors that affect the anxiety levels.

If mild anxiety is considered to be a necessity of life and indicates a normal physiological condition; in this study, subjects who have mild or no anxiety could be considered healthy which is more than two-thirds of the number of subjects. According to a study, only one third of the pregnant women have anxiety problems and may need a psychiatrist.

Factors such as residing near or far from hospital, the presence of pre-pregnancy health issues, and number of previous pregnancies are considered to be effective on anxiety that occurs during pregnancy and/or delivery. Also, these factors significantly affect the decision on which is the best delivery method. These results suggest that location of pregnant women (who live in city or country) is important to cure pre-pregnancy health issues, or condition of previous pregnancies would alleviate the difficulties in the next birth process, it would help during delivery and as well as help us choose the best delivery method for that woman.

To conclude, there isn't found to be a significant difference in anxiety levels with women who gave ND or CS with previous birth.

Key words: ND (Vaginal/Normal vaginal delivery), CS (cesarean section), Anxiety, Type of delivery

KAYNAKLAR

1. Emma R., Sherry G., Tamara, Wallington., and Donna, S. 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry. 26:289-295.
2. Judith L Meijer, Claudi LH Bockting, Chantal Beijers, Tjitte Verbeek, A Dennis Stant, Johan Ormel, Ronald P Stolk, Peter de Jonge, Mariëlle G van Pampus and Huibert Burger. 2011. PRegnancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stessful EmotionS (PROMISES): Study Protocol for Randomized Controlled Trial. Trials. 12:157-165.
3. Williams Obstetrics. 2011. Edit. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. 23rd Ed.
4. Danforth D.N. 2003. Operative Delivery In: R.C. Benson. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. (2003) 939-948.
5. WHO-Report 2010. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Cesarean Sections Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Luz Gibbons, Jose M. Belizan, Jeremy A Lauer, Ana P Bertan, Mario Meriardi and Fernando Althabe.
6. Steven G. Gabre, Jennifer R. Niebly. Obstetrics: Normal and problem pregnancies. 2009. Çev. Edit. Turgay Şener ve Mete H. Tanır. Nobel Kitabevi. Ankara. 302-520.
7. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 2010. Editörler Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney ve Ingrid E. Nygaard. Çev. Edit. Ali Ayhan. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara. 430-514.
8. Çiçek MN, Akyürek C, Çetin C, Haberal A. 2006: Normal doğum: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2: 217- 237.
9. John B. Liao., Catalin S. Buhimschi., and Erol R. Norwitz. 2005. Normal Labor: mechanism and duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 32:145-164.

10. Harris B, John Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad-Fahmy D. 1989. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 154: 660-667.
11. Crowley, P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *The Cochrane Library* 2003, Issue 2, p.1-45.
12. Caroli, G., Belizan, J. 2000. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2: 81.
13. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. Epizyotomi ve Onarım. In: *Williams Doğum Bilgisi*. 2005: 325-329.
14. Ould, F. 1742. *Treatise of Midwifery*. Dublin Ireland: Nelson and Connor.
15. DeLee J. 1920. The prophylactic forceps operation. *Am. Journal of Obstetric & Gynecol*. 1.
16. Pomeroy R. 1918. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am. J. Obstet. Dis. Women Child*. 78.
17. Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, , Zyczynski H, Fitzgerald MP, Whitehead W, Fine P, Nygaard I, Handa VL, Visco AG, Weber AM, Brown MB, Fecal and urinary incontinence in primiparus women. *Obstet Gynecol* 2006. 108:863-72.
18. Sartore A, DeSeta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. 2004. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 103:669-73
19. House MJ, Cario G, Jones MH. 1986. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynaecol*. 7:107-10.
20. Thacker S, Banta H. 1983. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv*. 38: 322-38.
21. Elisabeth A. Frankman, Li Wang, Clareann H. Bunker, Jerry L. Lowder. 2009. Episiotomy in the United States: has anything changed? *AJOG*. 200:5.573e.1-573e.7.

22. Chervenak FA, Kurjak A: Postterm pregnancy. Fetal considerations, first edition, The Parthenon Publishing Group Limited 1996: 571.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006, Recommends restricted use of Episiotomies. http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr03-31-06-2-cfm (2008-12-30).
24. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. Nurs Res. 1979; 28(5): 260-6.
25. Cesarean Section Rates in the United States The Short-term Failure of the National Consensus Development Conference in 1980. Norbert Gleicher, MD JAMA. 1984;252(23):3273-327. 6.doi:10.1001 /jama.1984.03350230033028.
26. Christoforidis, N., Dawlatly, B., Gouk, E., Murray, B. (1999). Massive Secondary Postpartum Haemorrhage Three Weeks After Caesarean Section. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 19(2):197-198.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara.
28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara.
29. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-iste-devlet-universite-ve-ozellerde-sezeryan-oranlari-h-54987.html>
30. Phelan J. 2010. Just Say No to vaginal Birth. Contemporary Obstet. Gynecol. 35:88.
31. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK. 1994. Cesarean Section Delivery In The 1980s: International Comparison By Indication. Am J Obstet Gynecol. 170:495.
32. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. 2001. Cesarean Section and Postpartum hysterectomy in Williams Obstetrics. 537-565.

33. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M. 2000. 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. Perinatoloji Dergisi. 8(3-4):94-98.
34. Kara F.S. 2004. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
35. De Cherney, A.H., Nathan, L. 2003. Cesarean section in: current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. 9th ed. pp. 518-529.
36. Paul T-Y Ayuk. 2007. Vaginal birth after a caesarean is not always beneficial. BMJ. 7; 335(7609):7.
37. Department of Health. Changing childbirth. Part 1: report of the expert maternity group. London: HMSO, 1993.
38. National Institute for Clinical Excellence. Caesarean section: clinical guideline 13. London: NICE, 2004.
39. Department of Health. Maternity standard, national service framework for children, young people and maternity services. London: DH Publications, 2004.
40. Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Decision-making about caesarean delivery. Lancet 2006;367:883-5.
41. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, Peters TJ, Murphy DJ. 2007. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. BMJ. 23;334(7607):1305.
42. Charles C, Whelan T, Gafni A. 1999. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ. 319:780-2.
43. York S, Briscoe L, Walkinshaw S, Lavender T. 2005. Why women choose to have a repeat caesarean section? British Journ Midwifery. 13:440-5.

44. Emmett CL, Shaw ARG, Montgomery AA, Murphy DJ. 2006. Women's experience of decision-making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG*. 113:1438-45.
45. Sur S, MacKenzie IZ. 2005. Does discussion of possible scar rupture influence preferred mode of delivery after a caesarean section? *J Obstet Gynaecol*. 25:338-41.
46. Murta, E. F. C., Nomelini, R. S. (2004). Is Repeated Caesarean Section A Consequence Of Elective Caesarean Section? *The Lancet*, 364(9435): 649-650.
47. McFarlin, B. L. (2004). Elective Cesarean Birth: Issues And Ethics Of An Informed Decision. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(5): 421-429.
48. Normand, M. C., Damato, E. G. (2002). Postcesarean Infection. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30(6): 642-647.
49. Leslie, M. S. (2004). Counseling Women About Elective Cesarean Section. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2): 155-159.
50. Penna, L., Arulkumaran, S. (2003). Cesarean Section for Non-Medical Reasons. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3): 399-409.
51. Minkoff, H., Chervenak, F.A. (2003). Elective Primary Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine*, 348(10): 946-950.
52. Harer, W. B. (2003). Sezaryenden Sonra Vajinal Doğum. *JAMA Türkiye (Aylık Çeviri Dergisi)*, 16(1): 45-48.
53. Baytur, Y. B., Deveci, A., Uyar, Y., Özçakır, H. T., Kızılkaya, S., Çağlar, H. (2005). Mode Of Delivery And Pelvic Floor Muscle Strength And Sexual Function After Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88(3): 276-280.
54. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. 2007. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *BMJ*. 334(7607):1305.

55. Lai WL, Man WP, Tony K-H Chung, Terence T-H Lao, Dominic T-S Lee, Tak YL, Daljit SS, Tze KL, Lai WL. 2010. Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section: Impact on maternal psychological Dynamics. *Informa Healthcare*. 23(10):1106-1113.
56. Lobel M., Dunkel-Schetter C., Scrimshaw S.C. 1992. Prenatal Maternal Stress and Prematurity: a prospective study of Socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology*. 11:32-40.
57. World Health Report (2010) Background Paper, No 30. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Luz Gibbons, José M. Belizán, Jeremy A Lauer, Ana P Betrán, Mario Meriáldi and Fernando Althabe.
58. Grosetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus M. Rupture of the scarred uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(5): 572-578.
59. Kornfeld I, Amankwah K, Kung R. Trial of labor after multiple cesarean birth a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 357.
60. Göynümer FG, Temel M, Şahin S, Naki M, Kepkep K. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum. *Perinatoloji Dergisi* 2006; 14(4): 176-182.
61. Yehuda, R., Engel S.M., Brand S.R., Seckl, J., Marcus, S.M., Berkowitz, G.S. 2005. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center Attacks during pregnancy. *Journ Clin Endocrin and Meth*. 90:4115-4118.
62. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2007. Birth after previous caesarean birth. RCOG green-top guideline no 45. London: RCOG.
63. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:1305-8.
64. Bektaş, E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. 2008; 59-60.

65. Borders N. 2006. After the afterbirth: A Critical Review of Postpartum Health Relative to Method of Delivery. *J Midwifery Womens Health*. 51(4):242–248.
66. Schytt E., Waldenstrom U. 2007. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health*., 16(3):390–405.
67. Adams S, Eberhard-Gran M, Sandvik A, Eskild A: Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. *BJOG* 2012, 119(3):298–305.
68. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry, 7th edition 2003: 494-496.
69. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 204-211.
70. Evins GG, Theofrastous JP. 1997. Postpartum depression: A review of postpartum screening. Primary care update for Obstetrics & Gynecologists. 4(6): 241.
71. Gitlin MJ, Pasnau RO. 1989. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. *American Journal of Psychiatry*. 146: 1413-1421.
72. Gülseren, L., Erol, A., Gülseren, S., Kuey, L., Kılıç, B., Ergör, G. 2006. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *Journal of Reported Medicine*. 51(12): 995-960.
73. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 777-780.
74. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., Türeci, F. 2001. Doğum Sonu Depresyon. 10(9): 333.
75. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum dizisi* 2000; 2: 64-71 *behavior* 1999; 20: 325-359.

76. Glazener CM: Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol* 1997, 104(3):330–335. 3.
77. MacArthur C, Lewis M, Knox EG: Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991, 98(12):1193–1195.
78. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. 2002. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 29(2):83–94. 8.
79. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. 2008. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth* 35(1):16–24.
80. Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. 2005. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG*. 112(2):210–217.
81. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. 2001. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 15(3):232–240.
82. Brown S, Lumley J. 1998. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetric & Gynaecology*. 105(2):156–161.
83. Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. 2007. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *Journal Clinical Nursing*. 16(3):549–561.
84. MacArthur C, Glazener C, Lancashire R, Herbison P, Wilson D: Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: a 12-year longitudinal study. *BJOG* 2011, 118(8):1001–1007.
85. Bailham D, Joseph S: Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med* 2003, 8(2):159–168.

86. Ingrid J Rowlands and Maggie Redshaw. 2012. Mode of Birth and Women's Psychological and Physical Wellbeing in the Postnatal Period. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 12:138-149.
87. Levy V. The maternity blues in postpartum and postoperative women. *Br J Psychiatry* 1987; 151:368-372.
88. Nisenblat, V., Barak, S., Griness, O.B., Degani, S., Ohel, G., Gonen, R. 2006. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstetric & Gynecology*. 108(1): 21-26.
89. Guittier, M.J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., Guillemin, F. 2014. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14:254.
90. Robinson GE, Stewart DE. 1986. Postpartum psychiatric disorders. *Canadian Medical Association Journal*. 134: 31-37.
91. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. 1997. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetric and Gynecology of Scandinavia*. 76(9):856–861.
92. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. 2002. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*. 23(1):31–39.
93. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. 2002. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 27(2):104–111.
94. MaClean LI, McDermott MR, May CP. 2000. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive Infant Psychology*. 18:153–162.
95. Faisal-Cury and P. Rossi Menezes. *Archives of Women's Mental Health*. 2007. Prevalance of Anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. 10: 25-32.
96. Buhimschi, C. S., Buhimschi, I. A. (2006). Advantages Of Vaginal Delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49(1): 167-183.

97. Kısa C. 2004. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi.(ek 4): 36.
98. Spielberg, C.D. 1966. Anxiety and behaviour. New York, NY: Academic.
99. Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. 2005. Postpartum depression without delivering a child? Acta Psychiatrica Scandinavica. 112: 233–237.
100. DSM-IV Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington 1992. Türkçe çevirisi Koroğlu E. Medikomat, Ankara. 1995.
101. World Health Organization. ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th (The) ICD-10 Revision Version for 2007.
102. Dubois V., Gillain B. 2003. Troubles Psychiques aigus du postpartum. ConfMed.SFMU.LC. 23-28.
103. Godfroid IO., Charlot 1996. A. Postpartum psychiatry. Revue médicale de Bruxelles. 17(1):22-36.
104. Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L. Postpartum Depression. Detection and Treatment in the Primary Care setting. The Journal of Nurse Parctitionars 2006; april: 247-253.
105. Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. 2005. Pregnancy complications and baby blues. La Revue de médecine interne. Suppl 2: 226-229.
106. Hedrick V., Altshuler L.L., Suri, R. 1997. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. Psychosomatics. 39:93-101.
107. Salacz, P., Csukly, G., Haller, J., Valent, S. 2012. Association between subjective feelings of distress, plasma cortisol, anxiety, and depression in pregnant women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 165:225-230.
108. O'Hara, M.W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., Wright, E.J. 1991. 48(9):801-806.

109. Bloch, M., Daly, R.C., Rubinov D. R. 2003. Endocrine Factors in the Ethiology of Postpartum Depression. 44(3):234-246.
110. Williams, K.E., and Casper, R.C. 1998. Reproduction and its psychopathology. Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior. Cambridge University Pres. (1): 14-35, 1998.
111. Unterman R.R., Posner N.A., William K.N. 1990. Postpartum depressive disorders: Changing Trends. Birth. 17: 131-137.
112. Parry B.L. 1995. Postpartum Psychiatric Syndromes. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6(1), Ed: Kaplan H.I., Sadock B.J. Baltimore. Williams&Wilkins. 1059-1066.
113. DeLuca Robin S. and Loebel, M. 2014. Diminished Control and Unmet Expectations: Testing a Model of Adjustment to Unplanned Cesarean. Analyses of Social Issues and Public Policy. 00: 1-22.
114. İnandı, T., Buğdaycı, R., DüNDAR, P., Sümer, H., Şaşmaz, T. 2005. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 40: 725–730.
115. Moses-Kolko EL., Roth EK. 2004. Antepartum And Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. Journal of Women's Health. 59(3): 181-197.
116. Akman, C., Uguz, F., Kaya, N. 2007. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. Comprehensive Psychiatry. 48:343–347.
117. Georgiopoulos, A.M., Bryan, T.L., Yawn, B.P., Houston, M.S., Rummans, T.A., Therneau, T. M. 1999. Population-based screening for postpartum depression. Obstetrics and gynecology. 93: 653-657.
118. Ross, L.E., Evans, S.E.G., Sellers, E.M., Romach M.K. 2003. Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. Archives Womens Mental Health. 6:51-57.
119. Johnson, R.C., Slade, P. 2003. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? Journal of Psychosom Obstetric & Gynecology. 24:1-14.

120. Riecher-Rossler, A., Rohde, A. 2005. Diagnostic classifications of perinatal mood disturbances. In: Riecher-Rossler A., Steiner M. (eds.) Perinatal stress, mood and anxiety disorders. From bench to bedside. Karger, Basel, Bibliotheca Psychiatrica. 173:6-27.
121. Baker, D., North, K. 1999. Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Social Science and Medicine. 49(1):121-131.
122. Salamero, M., Marcus, T., Gutierrez, F., Rebull, B. 1994. Factorial Study of the BDI in Pregnant Women. Psychology Medicine. 24(5):1031-1035.
123. D.I. Ukpong and A. T. Owolabi. 2004. Psychiatric Morbidity associated with Cesarean Section: a Study From Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria. J Obstet and Gynecol. 24(8): 891-894.
124. Dayan, J., Cereveuil, C., Herlicoviez M., Herbel, C., Baranger, E., Savoye, C., Thouin, A. 2002. Role of Anxiety and Depression in the onset of spontaneous preterm labor. American Journal of epidemiology. 155:293-301.
125. Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. 2004. The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and Postpartum in a Community Sample. Journal of Affective Disorder. 80:65-73.
126. Nadine, M. Aktan. 2011. Social Support and Anxiety in Pregnant and Postpartum Women: A Secondary Analysis. Clinical Nursing Research. 21(2):183-194.
127. O. E. Berksun. 2003. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Turgut Yayıncılık. Ankara.
128. Spielberg, C.D. 1983. Manual for the State-trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
129. Gaudry, E., Spielberg, C.D. 1970. Anxiety and Intelligence in paired-associate learning. Journal of Educational Psychology. 61(5):386-391.
130. Alicja, Fishell. 2010. Depression and Anxiety. J Popular Therapeutics in Clinical Pharmacology. 17(3):363-369.

131. Sutter-Dallay, A.L., Giaconne-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., Verdoux, H. 2004. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*. 19(8):459-63.
132. Crandon, A.J. 1979. Maternal Anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research*. 23: 109-111.
133. Singer, L.T., Salvator, A., Arendt, R., Minnes, S., Farkas, K., Kliegman, R. 2002. Effects of cocaine/polydrug exposure and maternal psychological distress on infant birth outcomes. *Neurotoxicology and Teratology*. 24:127-135.
134. Bloomfield, F.H., Oliver M.H., Hawkins, P., Campbell, M., Phillips, D.J., Gluckman P.D., John, R.G.C., and Jane R.H. 2003. A Periconceptional nutritional origin for noninfectious preterm birth. *Science*. 300:606.
135. Reynolds, R.M., Walker, B.R., Syddal, H.E., Andrew, R., Wood, P.J., Whorwood, C.B. et al. 2001. Altered Control of Cortisol Secretion in Adult men with low birthweight and Cardiovascular risk factors. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 86:245-250.
136. Jones, C.T. 1991. Control of Glucose Methabolism in the Perinatal Period. 15:81-89.
137. Challis, J.R.G., Lye, S.J., Gibb, W., Whittle, W., Patel, F., Alfaidy, N. 2001. Understanding preterm Labor. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 943:225-234.
138. Paalberg, K.M., Vingerhoest A.J., Passchier, J., Dekker G.A., Van Geijn H.P. 1995. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*. 39:563-595.
139. Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P.D., Sandman, C.A. 1999. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stres, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*. 18:333-345.

140. Sandman, C.A., Wadhwa, P.D., Chicz-DeMet, A., Dunkel-Schetter, C., Porto, M. 1997. Maternal stres, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 814:266-275.
141. Leach, S.L., Christensen, H., Mackinnon, A. 2014. Pregnancy and levels of depression and anxiety: A prospective cohort study of Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Doi: 10.1177/0004867414533013.
142. Rowlands, IJ., Redshaw, M. 2012. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28;12:138.
143. Kitapçıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. 2008. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; Bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1):047-054.
144. Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E.L. 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2009; 88: 807-813.
145. Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrandal, A., Eskild, A. 2003. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 38:551-556.
146. Cooper, R.L., Goldenberg, R.L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., Ramsey, R., Cotroneo, P., Collins B.A., Johnson, F., Jones, P., Meier, A.M. 1996. The preterm prediction study: maternal stress is associated wiht spontaneous preterm birth at thirty-five week's gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 175:1286-1292.
147. Patel, V., Rodrigues, M., DeSouza, N. 2002. Gender, poverty, and postnatal depression: a stydy of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 159:43-47.
148. Gözüyeşil, E.Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. 2008. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 3(9):39-66.
149. Hosseini S.M., Biglan, M.W., Larkby, C., Brooks, M.M., Gorin, M.B., DayN.L. 2009. Trait anxiety in pregnant women predicts offspring birth outcomes. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 23,557-566.

8. EKLER

8.1 EK-1

BİREY TANITIM FORMU

YÖNERGE : Bu çalışma '*Vaginal ve Sezaryen ile Doğumun Sonraki Gebelikteki Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkilerinin Kıyaslanması*' amacıyla planlanmıştır. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Gebelik Haftası

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz:
 - a) Okur-yazar
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise/dengi okul mezunu
 - e) Üniversite ve üzeri
3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Belirtiniz
4. Nerede yaşıyorsunuz?
 - a) Şehir merkezi
 - b) İlçe merkezi
 - c) Kasaba merkezi
 - d) Köy
5. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Günde adet)
6. Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu?
 - a) Hayır
 - b) Evet
7. Gebe kalmak için herhangi bir tıbbi destek aldınız mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet ise belirtiniz: i) Aşılama (IUI)
ii) Tüp bebek
8. Siz, eşiniz ve çocuğunuz dışında birlikte yaşadığınız kişiler var mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet
9. Gebeliğinizden önce var olan herhangi bir sağlık sorununuz var mıydı?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Belirtiniz
10. Gebeliğinizde ortaya çıkan ve halen devam eden herhangi bir sağlık sorununuz var mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet ise belirtiniz: i) Yüksek tansiyon
ii) Şeker hastalığı (diyabet)
iii) Astım

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.