

**T.C.
AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM ŞEKİLLERİNE GÖRE ANNELERDE KAYGI
DÜZEYLERİNİN KIRŞEHİR İLİ ÖRNEKLERİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Neslihan ÖZDEMİR

**DOKTORA TEZİ
BİYOLOJİ ANABİLİM DALI**

KIRŞEHİR 2018

T.C.
AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM ŞEKİLLERİNE GÖRE ANNELERDE KAYGI
DÜZEYLERİNİN KIRŞEHİR İLİ ÖRNEKLERİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ

Neslihan ÖZDEMİR

DOKTORA TEZİ
BİYOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ergin KARİPTAŞ
Doç. Dr. Serap YALÇIN AZARKAN

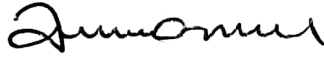
KIRŞEHİR 2018

Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

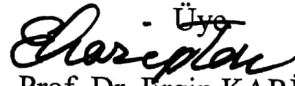
Bu çalışma Jürimiz tarafından Biyoloji Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Şevket KANDEMİR

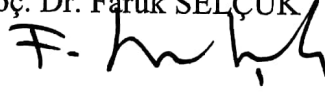


Üye
Prof. Dr. Ergin KARIPTAŞ



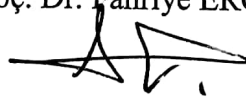
Üye

Doç. Dr. Faruk SELÇUK



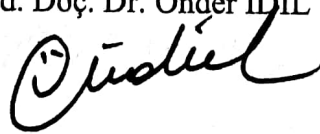
Üye

Doç. Dr. Fahriye ERCAN



Üye

Yrd. Doç. Dr. Önder İDİL



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../ 2018

Prof. Dr. Yılmaz ALTUN

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek yazıldığını, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Neslihan ÖZDEMİR

DOĞUM ŞEKİLLERİNE GÖRE ANNELERDE KAYGI DÜZEYLERİNİN KIRŞEHİR İLİ ÖRNEKLERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Doktora Tezi
Neslihan ÖZDEMİR

Ahi Evran Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; sezaryen ve vajinal doğum yapan annelerin antepartum ve postpartum dönemlerdeki kaygı düzeylerini belirlemektir.

Yapılan araştırma kapsamında vajinal ve sezeryan doğum yapan hastaların antepartum ve postpartum dönemlerindeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen faktörler ve bu iki kaygı türü arasındaki ilişkiler inceleneceğinden dolayı araştırmanın deseni nedensel karşılaştırma araştırmasıdır. Araştırmanın evrenini Kırşehir ilinde 2017 yılı içinde doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Örneklem ise Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesine doğum yapmak için gelen ve basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçilen toplam 117 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan 117 bireyin Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger (1964) tarafından geliştirilen Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe ye uyarlanan durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ve katılımcılara ait demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Spielberger'in durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır.

Yapılan araştırmalar sonunda antepartum dönemde kadınların durumluk kaygı puanı ortalaması, postpartum dönemdeki puanlarından daha yüksektir. Benzer bir sonuç olarak antepartum dönemde katılımcıların sürekli kaygı puanı ortalaması postpartum dönemdeki puanlarından daha yüksektir. Araştırma kapsamında antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasındaki ilişkiye bulguların aynı çıktığı sonucuna varılabilir. Bu sonucun istatistiki derinliğı incelendiğinde ise var olan ilişkinin düzeyi orta düzeyde çıkmıştır.

Bu  alışma bulgularının teorik ve pratik çalışmalara önemli katkılar sağılayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen doğıum, vajinal doğıum, antepartum dönem, postpartum dönem

Sayfa Adedi: x + 91

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Ergin KARİPTAŞ, Doç. Dr. Serap YALÇIN AZARKAN

AN EVALUATION OF THE ANXIETY LEVEL ACCORDING TO THE DELIVERY METHOD, AN EXAMPLE OF KIRSEHİR PROVINCE

PhD Thesis
Neslihan ÖZDEMİR

Ahi Evran University
Institute of Science

ABSTRACT

The main purpose of this study is to determine the anxiety levels of mothers, who experienced cesarean and vaginal deliveries, in antepartum and postpartum periods.

Within the scope of the research, because the factors affecting the state and trait anxiety levels of the antepartum and postpartum periods of patients with cesarean and vaginal deliveries and the relationship between these two types of anxiety are examined, the design of this research is causal comparison. The population of the research is composed of mothers who gave birth in Kırşehir province in 2017. The sample consists of a total of 117 individuals who came to Ahi Evran University Training and Research Hospital between January and December 2017 and selected by simple unselected sampling method.

To determine the continuous and state anxiety levels of 117 individuals participating in the study in antepartum and postpartum periods, the state and trait anxiety scales developed by Spielberger (1964) and adapted to Turkish by Öner and Le Compte (1983) were used and a personal information form developed by the researchers was applied to determine the demographic characteristics of the participants. Spielberger's state and continuous anxiety scale consists of a total of 40 items, 20 items per scale.

At the end of the researches, in the antepartum period, the state anxiety level of the women is higher than the postpartum level scores. As a similar conclusion, participants in the antepartum period had a higher level of trait anxiety scores than those in the

postpartum period. In the context of the research, it can be said that the findings are the same in terms of the relationship between state anxiety and trait anxiety in antepartum and postpartum periods. When the statistical value of this result is examined, the level of the existing relationship is average.

It is thought that the findings of this research will provide important contributions to the theoretical and practical studies.

Keywords: Caesarean birth, vaginal birth, antepartum period, postpartum period

Number of Pages: x + 91

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ergin KARİPTAŞ, Doç. Dr. Serap YALÇIN AZARKAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı sonuçlandırmamda görüşleri ve sonsuz desteği ile katkıda bulunan değerli hocam, tez danışmanlarım, Sayın Prof. Dr. Ergin KARİPTAŞ ve Doç. Dr. Serap Yalçın AZARKAN' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora hayatım süresince desteklerini esirgemeyen ve her konuda yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Faruk SELÇUK' a ve Sayın Doç. Dr. Fahriye ERCAN' a özellikle müteşekkir olduğumu belirtmek isterim.

Gebelere yönelik anket uygulama izni veren saygıdeğer Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine teşekkürlerimi arz ederim.

Çalışmalarımda manevi desteklerini esirgemeyen değerli akademisyen arkadaşlarıma, hocalarıma ve sevgili aileme sonsuz şükranlarımı sunarım.

Neslihan ÖZDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET	i
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	x
GİRİŞ	1
1. DOĞUM SÜRECİNİN BİYoloJİK BOYUTU	4
1.1. DOĞUM YÖNTEMLERİ.....	4
1.1.1. Sezaryen Doğum	4
1.1.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri.....	7
1.1.1.2. Sezaryende Tıbbi Müdahaleyi Gerektirecek Durumlar	8
1.1.1.3. Kadınların Sezaryen Doğum Hakkındaki Görüş ve Düşünceleri	11
1.1.2. Vajinal Doğum	15
1.1.2.1. Vajinal Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler	18
1.1.2.2. Vajinal Doğumun Olumlu ve Olumsuz Yanları	20
2. DOĞUM SÜRECİNİN PSİKOLOJİK BOYUTU	23
2.1. KAYGI VE KORKUNUN TANIM VE FARKLİLİĞİ.....	23
2.2. KAYGININ NEDENİ.....	27
2.3. KAYGI TÜRLERİ	29
2.3.1. Durumluk Kaygı.....	30
2.3.2. Sürekli Kaygı.....	31
2.4. KAYGI DÜZEY VE BELİRTİLERİ.....	33
3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	36

4. YÖNTEM.....	47
4.1. Araştırmanın Türü.....	47
4.2. Evren ve Örneklem	47
4.3. Veri Toplama Araçları	47
4.4. İşlem ve Veri Analizi	48
5. BULGULAR VE YORUM.....	50
SONUÇ VE TARTIŞMA	72
KAYNAKÇA	81
EKLER.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	91

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sezaryen endikasyonlarının çoklu nedenleri	4
Tablo 2. Sezaryen tıbbi müdahaleyi gerektirecek endikasyonları	8
Tablo 3. Kaygının duygusal ve fizyolojik belirtileri	34
Tablo 4. Ölçeklerden elde edilen puanların güvenilirliğine ilişkin sonuçlar	48
Tablo 5. Örneklem grubunun demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımları	49
Tablo 6. Örneklem grubunun obstetrik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımları	50
Tablo 7. Katılımcıların DÖDK puanları ile DSDK puanlarının karşılaştırılmasına ait ilişkili örneklem t-testi sonucu.	52
Tablo 8. Katılımcıların DÖSK puanları ile DSSK puanlarının karşılaştırılmasına ait ilişkili örneklem t-testi sonucu	52
Tablo 9. Durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasındaki ilişkiye ait pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	53
Tablo 10. Katılımcıların yaşlarına göre antepartum ve postpartum dönemde durumluk düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.	53
Tablo 11. Katılımcıların yaşlarına göre antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.	54
Tablo 12. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	55
Tablo 13. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	55
Tablo 14. Katılımcıların gelir düzeylerine göre antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları...	56

Tablo 15. Katılımcıların yaşlarına göre antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.	57
Tablo 16. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	58
Tablo 17. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	59
Tablo 18. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin ilk gebelik olup-olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	60
Tablo 19. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin ilk gebelik olup-olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	60
Tablo 20. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin bir önceki doğum yapma şekillerine (Vajinal/Sezaryan) göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	61
Tablo 21. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğum yapma şekillerine (vajinal/sezaryen) göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	62
Tablo 22. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin bir önceki doğumlarının zor olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	63
Tablo 23. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğumlarının zor olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	64
Tablo 24. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	65

Tablo 25. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	65
Tablo 26. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin doğum korkusu yaşama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	66
Tablo 27. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin doğum korkusu yaşama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	67
Tablo 28. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin doğum öncesi gergin olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	68
Tablo 29. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin doğum öncesi gergin olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	68
Tablo 30. Katılımcıların şuan ki doğum şekillerine göre antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	69
Tablo 31. Katılımcıların şuan ki doğum şekillerine göre antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.	69

GİRİŞ

Gebelik ve doğum insanoğlunun var olduğu günden bu yana üreme, çoğalma, aile olma veya toplum olma dürtü ve ihtiyacına cevap veren sosyolojik, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik hatta hukuksal boyutu olabilen bir olaydır. Biyolojik boyutu açısından 40 haftalık bir zaman periyodunu ifade etmektedir. Diğer boyutu ise doğumun insan psikolojisini etkileyen tarafıdır. Bu psikolojik boyutu içerisinde anne, çocuk veya çevresinde oluşan kaygı sayılabilir. Kaygı yaşayan kişi, istenmeyen, olumsuz ve sıkıntılı sonuçları bekleyen bir ruh hali içindedir. Kaygının hafif ve normal yaşanması çoğu kere istendik bir durumdur. Zira belli ölçüde kaygı olmadığı zaman bireyin motivasyonunda eksiklikler ortaya çıkabilir. Ancak aşırı kaygılanma kişiyi duygusal anlamda tahrip edebilmenin yanında çevresindekileri de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın kavramsal çerçevesi 3 ana teorik çerçeve üzerinde yapılandırılmıştır. Bu çerçeve: (1) Doğum sürecinin biyolojik boyutu: (a) Sezaryen Doğum (b) Vajinal Doğum, (2) Doğum Sürecinin Psikolojik Boyutu: (a) Kaygı ve Korkunun tanım ve farklılığı, (b) Kaygının Nedeni, (c) Kaygı Türleri, (3) İlgili Araştırmalar başlıkları altında yazının devam eden bölümünde ana çerçevenin alt başlıkları ve detaylandırılmasıyla irdelenerek ele alınmıştır.

1. DOĞUM SÜRECİNİN BİYOLOJİK BOYUTU

1.1. DOĞUM YÖNTEMLERİ

1.1.1. Sezaryen Doğum

Doğum, 40 haftalık bir süreç sonunda psikolojik, fizyolojik ve biyolojik bileşenleri bütünüyle ortaya fetüs ve eklentilerinin anne karnının dışına çıkmasını ifade etmektedir. Normal sürecinde tamamlanan doğum, fetüsün dış ortamda yaşayabileceği olgunluğa erişmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Normal doğumda, 40 haftanın sonunda kendiliğinden oluşan sancı ile uterusun fazla büyümeden doğuma engel herhangi bir sorun yaşanmadan sağlıklı bir biçimde annenin doğumu gerçekleştirmesi beklenir (Cunningham ve diğerleri, 2006). Doğum sezaryen ve vajinal olmak üzere iki biçimde gerçekleşebilir. Sezaryen doğum fetus, plasenta ve membranların gerekli tıbbi müdahale yapılarak olgunlaşan fetüsün alınması yoluyla gerçekleşebilmesi şeklinde tanımlanabilir (Taşkın, 2002). Genel olarak sezaryen şeklinde gerçekleşen doğum, normal yollarla gerçekleştiremeyecek durumlar söz konusuysa tercih edilmektedir. Diğer bir ifadeyle anne veya çocuğun ölüm riski, oluşabilecek çeşitli endikasyonlar gibi durumları barındırması halinde tercih nedeni olabilmektedir. Sezaryen doğum cerrahi bir müdahale yöntemi ile gerçekleşmektedir. Dolayısıyla obstetrik ve jinekolojik branşında gerçekleşen ameliyat risklerini taşımaktadır. Bu ameliyatlarda gerçekleşen enfeksiyon risklerine bakıldığında oluşan yara yerinin mikrop kapması, üreme sisteminin enfeksiyonu, anne, çocuk veya her ikisinin ölümü olarak tanımlanabilecek komplikasyonlar olarak ifade edilebilir (Özkaya, 2005). Sezaryen doğumlarda ölüm oranı onbinde 4 ile 8 arasında değişmektedir. Normal yolla gerçekleşen doğumdan 2.6 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca bu doğum türünde hastane masrafı, hastanede kalış süresi gibi değişkenler bakımından vajinal doğuma oranla daha fazla olduğu dikkati çekmektedir (Güney, Uzun, Oral, Sarıkan, Bayhan ve Mungan, 2006; Konakçı ve Kılıç, 2002). Sezaryen endikasyonları Tablo 1’de (Cunningham ve diğerleri, 2006; Taşkın, 2002) verilmiştir.

Tablo 1. Sezaryen endikasyonlarının çoklu nedenleri

Fetal	Maternal	Travay veya Doğuma Ait	Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait
✓ Fetal sıkıntı	✓ Geçirilmiş	✓ Baş-pelvis	✓ Kordon
✓ Fetal	uterus	uygunsuzluğu	sarkması
prezentasyon	cerrahisi	✓ Uzamış eylem	✓ Plamenta
anomalileri	✓ Sistemik	✓ Fetal makrozomi	previa
✓ Makat	hastalık		✓ Ablasyo
prezentasyon	✓ Vertikal		plamenta
✓ Diğer	geçişli		✓ Vasa
prezentasyon	maternal		previa
anomalileri	enfeksiyon		
✓ Çoğul			
gebelikler			
✓ Fetal			
anomaliler			

Sezaryen türü doğumlarda görülen başlıca komplikasyonlar ise annede mesane veya barsak travması, vajen kesisi, yapılan cerrahi müdahaleye bağlı yapışıklık olma durumu, plasantanın yapışmasından dolayı kanama, yara enfeksiyonu, emboli gibi tromboembolik durumlar ve pıhtılaşma bozuklukları olarak sayılabilir. Vajinal doğum komplikasyonları ile karşılaştırıldığında sağlıklı anne adayları vajinal doğum ile dört kat daha sağlıklı ve güvenilir doğum gerçekleştirme ihtimaline sahiptir. Ancak kardiy ve kalp rahatsızlıklarına sahip anne adaylarının normal yolla doğumu gerçekleştirmesi sezaryen tipi doğuma oranla çok daha riskli hale gelebilmektedir (Artıran İğde, 2004). Doğum türüne göre gerçekleşen anne ölüm istatistiklerine bakıldığında sezaryenle gerçekleşen doğumda ölüm ikibinbeşyüz’de bir azen, vajinal doğumda bu oran onbin’de bire gerilemektedir (Konakçı ve Kılıç, 2002; Artıran İğde, 2004). Günümüz doğum tercihi ve uygulamalarında ise sezaryenin ilk sırada geldiği görülmektedir (Güney, Uzun, Oral, Sarıkan, Bayhan ve Mungan, 2006; Konakçı ve Kılıç, 2002). Bu durum, anne ve çevresinin doğum kaygısından kaynaklanabileceği yönünde yorumlanabilir. Ancak tüm gebelerin normal doğumu tercih etmeleri yönünde rehabilite edilmeleri literatür açısından önerilmektedir.

Doğum tercihi istatistiklerine bakıldığında 1980’li yıllar ile 2000’li yıllar arasındaki yirmi yıllık zamanda sezaryenle gerçekleşen doğumlarda ciddi artış görülmektedir. Bu artışın nedenlerine bakıldığında tıbbi cihazlarda gerçekleşen teknolojik gelişmeler ameliyatların daha steril ve kolay hale gelmesiyle ilgilidir. Daha önceki yıllardaki sezaryen doğum öykülerine çok sık rastlanmasının normal doğumlarla ilgili sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği de söylenebilir. Günümüzde aile kurulma yaşının daha geç olduğu ve dolayısıyla geç yaşta çocuk sahibi olunduğu görülmektedir. Geç yaşlarda ortaya çıkan infertilite sorunları gebeliğin ve doğumu riskli hale getirerek cerrahi yöntemle doğumun gerçekleşmesine neden olmaktadır (Konakçı ve Kılıç, 2002; Artıran İğde, 2004). Sezaryen doğumda artışa neden olabilecek faktörlere karşın; Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) önerisi dünyanın hangi bölgesinde olursa olsun sezaryen oranının %15’den fazla olmaması gerektiğidir (Duman, Köken, Şahin, Coşar, Arıöz ve Aral, 2007).

Sezaryenin güvenli bir operasyon olmasından sonra doğum, primer olarak ebe tarafından gerçekleştirilen bir işlem olmaktan çıkarak, normal koşullarda, tercihen hastane koşullarında gerçekleştirilen bir işlem haline gelmiştir. Hastanelerin yaygınlaşmasıyla birlikte, obstetri bilimi hastane-bağımlı bir uzmanlık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Anestezi alanında yeni gelişmeler neticesinde, zorlu vajinal doğumlarda uygulanan kraniotomi gibi parçalayıcı işlemler yerine ilerlemeyen eylem gibi durumlarda uygulanabilen sezaryen popülarite kazanmıştır, (Gabbe, Niebyl ve Simpson, 2009).

Yüzyıllardır sezaryen ile hayat kurtarıcı kahramanlık öykülerinin dilden dile anlatılmasına rağmen ancak 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra sezaryenin obstetrik uygulamanın bir parçası haline geldiği görülmektedir (Gabbe, Niebyl ve Simpson, 2009). Zaman içerisinde hem cerrahi hem de anestezi tekniklerindeki değişimler, ilaç sektöründeki buluşlar ve dikiş malzemeleri gibi pek çok faktörün etkisi ile sezaryende, anne ölüm oranı gittikçe düşürülerek günümüze kadar gelinmiştir (Özer, 2011).

İlk sezaryenler ölmüş olan annelerin bebeğini doğurtmak için yapılıyordu. Çok eski elde edilen tabletlerden ilk sezaryenin M.Ö. 1772’de uygulandığını öğreniyoruz. M.Ö. 8 yüzyılda Lex Regia, eğer doğumda kadın ölmüşse karnı kesilerek bebeğin doğurtulduğunu anlatmıştır. Sezaryen kelimesi Latince “caedere”den kaynaklanır,

anlamı kesmek demektir. Julius Caesar' ın sezaryenle doğduğuna ilişkin bir efsane vardır. Jacques Guillimeau 1598 de bir ebe kitabında sezaryen kesisini tariflemiştir. 1879 da İngiliz pratisyen hekim Uganda'da Banyoro cerrahlarına sezaryen tekniğini tarif etmiştir. Bu tarihte anestezi ve antisepsi için muz şarabı, hem termokoter hem de abdominal duvarı dikmek için kızdırılmış demir, yara bakımı için kök macunu kullanılmıştır. Hem vajinal hem de sezaryen doğumda aseptik teknik kullanılması çok önemli bir gelişme olarak ortaya çıkmıştır. 1882'de Max Sanger doku reaksiyonu olmaması için uterusu dikmek için gümüş sutur tavsiye etmiştir. Şimdiki kesi tekniği (phannenstiel transverse skin incision) 1900'lerin başlarında tariflenmiş ve 1926 da Monro Kerr bu tekniği popüler hale getirmiştir (Dresang ve Leeman, 2012).

1.1.1.1. Dünyada ve Türkiye'de Sezaryen Doğum Tercih Nedenleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen doğum sıklığını tüm doğumların %15-20'si olarak önermekte ise de anne ve bebek ölüm hızlarını dikkate alarak sezaryen oranının 2002 yılından sonra %10-15 arasında olması gerektiğini bildirmiştir (Apay ve Pasinlioğlu, 2009). Önerilen bu oranın üzerinde ve altındaki değerler, ülkelerin anne ve bebek hastalık ve ölüm oranlarında artışa neden olmaktadır (Gözükara ve Eroğlu, 2011; Kitapçioğlu, Yanikkerem, Sevil ve Yüksel, 2008). DSÖ önerilerine rağmen, tüm dünyada sezaryen oranları son yıllarda büyük bir artış göstermiştir. DSÖ 2010 verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri' nde %30.2, İtalya' da %34.4, Brezilyada %41.3, Meksika da %36.1, Kore' de %37.7, İsviçre' de %28.9, Almanya' da %27.8' dir. Görüldüğü gibi sezaryen oranı bu ülkelerde, DSÖ' nün yüzdelik oranından oldukça yüksektir (Gözükara ve Eroğlu, 2011).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2014 verilerine göre, Türkiye'de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken 2014'te %51'e yükselmiştir. Sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı %51.1, primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı %26.3' tür. Özel hastanelerde ise sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı %69.5, primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı %39.6'dır (Sağlık Bakanlığı [SB.], 2015).

TJOD (2013)'ne göre Türkiye'de sezaryen oranlarının yüksekliğinin nedenleri:

- Ağrısız doğumun yaygın olmaması
- Doğum ünitelerindeki alt yapı eksiklikleri, doğum odalarının bireyselleşmesi, yardımcı personel, ebe-hemşire bakımının yeterli olmaması
- Doğumu takip edecek ve yaptıracak yetişmiş nitelikli ebe sayısının yetersizliği
- Hekim hataları dolayısıyla verilen ağır cezalar ve yaptırımlar sonucu hekimin doğumu, takibini başından sonuna kadar yapamadığı hukuki açıdan riskli bir işlem olarak görmesi
- Gebe bilgilendirmesinin eksikliği ve gebe okullarının yaygınlaşmaması
- Yine eğitim eksikliğine bağlı olarak, doğuma ait korkuların anne adayları arasında yaygın olması ve gebelik süresince etkili psikolojik destek sağlanamaması.
- Anne isteği ile sezaryenin tüm boyutlarıyla tartışılmaması.
- Kadın–doğum hekiminin ağır çalışma koşullarının, maddi ve manevi olarak yetkililerce gözetilmemesi sayılabilir (Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği [TJOD], 2013).

1.1.1.2. Sezaryende Tıbbi Müdahaleyi Gerektirecek Durumlar

Sezaryen, annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir (Şahin, 2009). Sezaryen doğum; emzirme, anne bebek ilişkisinin başlamasının gecikmesi ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara sahip olmanın yanında, anne ölüm riskini vajinal doğuma göre dört kat artırmaktadır. Bunun yanında sezaryen maliyetinin yüksek olması da ülke ekonomilerine ciddi yük getirmektedir (Özkan ve diğerleri, 1999). Kanama, enfeksiyon, diğer organlara verilebilecek zararlar, oluşabilecek embolik durumlar ve verilen anestezinin oluşturabileceği komplikasyonlar sıklıkla karşılaşılan sorunlardandır (Şahin, 2009). Bunların dışında doğum sonrası süreçte annenin iyileşmesinde normal doğuma göre hayata dönüş gecikmektedir. Bu gecikme hastanede kalış zamanını zorunlu uzatmakta; dolayısıyla bakım maliyetleri sezaryen

doğumun olumsuz özellikleri arasında sayılabilmektedir (Singata, Tranmer ve Gyte, 2013).

Doğumda ve sonrasında öncelikli amacın sağlıklı bir anne ve çocuğun olmasıdır. Ancak doğumla yakından ilintili olan gerek anne gerekse aile ve çevresini etkileyebilecek bir takım psikolojik sorunlarla karşılaşmamak aynı derecede önemli görülmektedir. Doğum sonrası görülebilecek psikolojik tabanlı sorunların başında: doğum şeklinden kaynaklanan memnuniyetsizlik, postpartum depresyon, kaygılanma ve korkma, üzüntü duyma, annenin kendisini suçlu hissetmesi, normal olmayan müdahale ile sağlıklı anne-çocuk ilişkisinin oluşmaması, emzirme problemi, ameliyat sonrası bedensel görüntüden değişikliklerin oluşturabileceği sorunlar, evde gereken sorumlulukların yerine getirilememesinden oluşan ruh hali vb. gelmektedir. Dolayısıyla bu sorunlar doğum şekli ile yakından ilişkili ve kişileri negatif etkileyebilecek durumlar arasındadır (Zwedberg, Blomquist ve Sigerstad, 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (Sağlık Bakanlığı [SB.], 2010)'de göre sezaryende tıbbi müdahaleyi gerektirecek endikasyonları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Sezaryen tıbbi müdahaleyi gerektirecek endikasyonları

Fetüse bağlı nedenler
✓ Fetal sıkıntı ✓ Fetal prezentasyon anomalileri (makat, transvers, alın, yüz geliş) ✓ Çoğul gebelikler ✓ Fetal anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksikal teratom vb.)
Anneye ait nedenler
✓ Geçirilmiş uterus cerrahisi ✓ Sistemik hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe bağlı HT vb.) ✓ Vertikal maternal geçişli enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.) ✓ Travay ve doğuma ait endikasyonlar (Baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, fetal makrozomi) ✓ Umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar (Kordon sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa)

Günümüzdeki literatür, planlı sezaryenlerin ve planlı vajinal doğumların benzer kesin ve rölatif maternal morbidite oranları olduğunu öne sürmektedir. Üç randomize çalışmanın kısa süreli maternal sonuçlarını çalışan bir Cochrane Veritabanı Sistemik Derlemesi, makat prezentasyonu için planlı sezaryen ve planlı vajinal doğumu karşılaştırmıştır. Derleme, planlı sezaryende bir miktar artmış maternal morbidite göstermiştir. Travaydaki katılımcıların randomize edildiği üç çalışmanın ikisi birkaç on yıl önce yapılmış olup bunlar sezaryenlerin operatif morbiditeyi arttırdığını saptamışlar ve günümüzde bunların anne isteğine bağlı sezaryenle doğuma uygulanabilirliğini sorgulamışlardır (Lee ve Alton, 2009).

Yapılan çalışmalar, sezaryenin fetal sonuçları da olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ciddi solunum problemleri görülebilmekte, sezaryeni takiben neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı artmaktadır. Bu nedenle, anne ve bebek ayrı kalmakta, bebek solunum desteğine ihtiyaç duymakta, uygulanan girişimler sonucu bebek ağırlı

bir süreç yaşamak zorunda kalmakta, antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği gerekmede ya da pulmoner hava açlığı, dirençli pulmoner hipertansiyon ve hipoksemi gibi çok daha şiddetli komplikasyonlar yaşanabilmektedir. Ancak; kesinlikle elektif sezaryen yapılacaksa 39 hafta ve üzerinde yapılması gerektiği belirtilmektedir (Ataç, Güven, ve Gülsoy, 2004). Ciddi respiratuar distres, primer olarak iatrojenik prematüriteden sonra olmasına rağmen yenidoğanın transient takipnesi ve persistan pulmoner hiper tansiyonun her ikisi de gestasyonel yaştan bağımsız olarak elektif sezaryenle artmaktadır. Elektif sezaryen 39 haftanın sonrasına geciktirilirse mekanik ventilasyona gereksinim gösteren respiratuar distres sendromu anlamlı olarak 1/10000 yenidoğana düşmektedir (Lee ve Alton, 2009).

1.1.1.3. Kadınların Sezaryen Doğum Hakkındaki Görüş ve Düşünceleri

Yıldızhan, Yıldızhan ve Turan'ın multipar ve primiparlarda yaptığı çalışmasında, kadınların %90.0'nı sezaryenin bir ameliyat olduğunu, %46.4'ü sezaryen ile doğumun güvenli bir doğum şekli olduğunu, %23.6'sı sezaryen ile doğumun diğer batin ameliyatlarına göre daha az riskli olduğunu ifade etmiştir (Yıldızhan, Yıldızhan ve Turan, 2008).

İfadelere göre sezaryen doğum ile ilgili, ağrısız olması, güvenli olması gibi temalar ortaya çıkmıştır. Kadınların çok az bir kısmı sezaryen doğumun anne bebek sağlığı için daha iyi olduğunu belirtmiştir. Kadınlar daha çok sezaryen doğumun ağrısız bir yöntem olduğunu, vajinal doğumdaki gibi ağrı hissedilmediğini belirtmişlerdir (Serçekuş ve İsbir, 2012).

Birinci doğumunu vajinal doğum yapanların %18.4'ü, ikinci doğumda sezaryen olmak istemiştir. Katılımcılara neden sezaryeni istedikleri sorulduğunda, vajinal doğumun sezaryene göre daha ağırlı olduğunu ve vajinal doğum sırasında kan kaybının sezaryene göre daha fazla olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Ateşer ve diğerleri, 2005).

Kadınların %88'i sezaryenin bir ameliyat olduğunda hem fikirlerdirler. Vajinal doğum yapanların %21.1'i sezaryen ile doğum yapanların %53.6'sı sezaryenin vajinal doğuma göre daha güvenli olduğunu belirtmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlıdır. Yaklaşık üç kadından biri bir kadının isterse sezaryen ile doğum yapabilmesinin mümkün kılınması gerektiğini belirtmiştir. Bu oran sezaryen doğum yapanlarda %29, vajinal doğumlarda %35.2'dir. Tokat'ta yapılan bir diğer araştırmada kadınların anne isteğine bağlı sezaryen hakkındaki görüşlerinin incelenmesi amacıyla 500 kadına (hasta ve yakınları) araştırma örnekleminde yer alan anne adaylarının sezaryen şekilden gerçekleşen doğum türüne verdikleri cevapların yarısından fazlasında tıbbi müdahale şartsa olmalı kalanı ise kadının tercihinine göre yapılabilmesi biçimindedir. Cerrahi müdahale şart olmaması durumunda sezaryen doğumunu tercih edecekleri sorusuna ise katılımcıların büyük bir çoğunluğu hayır derken % 10 dolaylarında kararsız olduğunu belirten kadınlar yer almıştır. Sezaryen doğumunun kişinin tercihinine bırakıldığında tercih edecek kadınların % 40'ı normal yollarla gerçekleşecek doğumdan korkmalarını neden göstermişlerdir. Diğer nedenlerin başında doğum anında acı çekmeme, sezaryende anne-çocuğun zarar görmemesi veya normal doğum riskinin daha fazla olmasını düşünmeleri gelmektedir (Köker, 2006).

Çetinkaya ve Söylemez (2013) tarafından Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan araştırmada annelerin sezaryen olacağını öğrendiğinde hissettiklerine bakıldığında; genel anestezi ile C/S olan grupta en fazla “doğum anında ölmekten korktum” (%28.0), rejonel anestezi ile C/S olan grupta ise “önceden hazır olduğum için normal karşıladım, bir şey hissetmedim” (%60.0) ve “doğumdan sonra çok acı çekebileceğimi düşündüm”(%60.0) diyenlerin oranı yüksek bulunmuştur (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Singata, Tranmer ve Gyte, (2013) tarafından 205 kadına yapılan araştırmada kadınların %24'ü doğum sancılarında korunmak için sezaryeni bir alternatif olarak gördüklerini ve %99'u sezaryenin bebek için vajinal doğuma göre daha güvenli olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir.

Gabbe, Niebyl ve Simpson, (2009) tarafından sezaryen olan kadınlar ile (primipar, multipar) yapılan araştırmada; kadınlar sezaryen hakkındaki düşüncelerini pozitif ve negatif cümlelerle ifade etmişlerdir. Kadınları %53,1'i pozitif cümleler ve %44'ü negatif cümlelerle ifade etmişlerdir. Kadınlar en sıklıkla pozitif yanıt olarak sezaryen “iyi bir işlemdir” demişlerdir. Kadınların en sık negatif düşüncesi sezaryenin “ağrılı bir işlem” olduğu yönündedir.

Günümüzde sezaryen oranlarının artmış olması isteğe bağlı sezaryenlerin artmasından kaynaklanmaktadır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO) sezaryenin isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2008'de yaptığı açıklamada; 39'uncu haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılmasını kabul etmemektedir. Ciddi respiratuar distres, primer olarak iatrojenik prematüreden sonra olmasına rağmen yenidoğanın transient takipnesi ve persistan pulmoner hipertansiyonun her ikisi de gestasyonel yaştan bağımsız olarak elektif sezaryende artmaktadır. Elektif sezaryen 39 haftanın sonrasına geciktirilirse mekanik ventilasyona gereksinim gösteren respiratuar distres sendromu anlamlı olarak 1/10000 düşmektedir (Lee and Dalton, 2009). Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı sezaryenlerden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir. Bu nedenle toplumdaki tıbbi nedenler dışında gerçekleşen sezaryen hızını düşürmek için, ulusal programlar geliştirmek gerekecektir. Bu programları geliştirmede doğum tercihini etkileyen faktörlerin saptanması yol gösterici olacaktır (Demirel ve Çelik, 2013).

Sezaryen, vajinal doğuma göre maternal mortaliteyi dört kat artırmaktadır. Ayrıca operasyonun hemoraji, sepsis, pulmoner embolizm, endometrit, pnomoni ve tranfüzyon komplikasyonları gibi erken; ve sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreata gibi geç dönem komplikasyonlarına yol açabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle sezaryen operasyonu, sadece bebeğin sağlığı dikkate alınarak yapılan rutin bir girişim olmamalıdır, aynı zamanda operasyonun annenin sağlığı yönünden çeşitli riskler taşıyan bir girişim olduğu göz önünde tutulmalıdır (Dönmez ve Sevil, 2009).

Doktorlar, hastanın sezaryen ile doğum istemesi durumunda, eğer kabul gören bir tıbbi endikasyonu yoksa hayır cevabını verebilmelidir. Ancak bilinen risklerin, faydaların ve diğer seçeneklerin doğru bir şekilde anlatılmış olduğu iyi bilgilendirilmiş bir hastanın sezaryenle isteğinin tıbbi ve etik olarak kabul edilebilir olduğunu özellikle belirtmek gerekmektedir. Bu durum etik açıdan geçmişte tartışmalı olarak kabul edilmesine karşın, günümüzde uygun ve doğru bir şekilde bilgilendirilmiş ve onayı alınmış bir hastanın kendi seçimi üzerine sezaryen ile doğum yapmasını sağlamanın

profesyonel mesleki uygulamalara uygun olduğu konusunda bir fikir birliği oluşmuştur. Kabul görmüş bir tıbbi endikasyon olmadan hasta sezaryen istediği zaman doktorlar profesyonel rollerini ve sorumluluklarını bırakmamalıdır. Özellikle değişim için güvenilir kanıt olmadığında meslek uygulamaları değişmemelidir. Hastanın uygun şekilde hak kullanması uygun şekilde sınırlandırılabilir. Doktorlar, eldeki verileri kullanarak hastaya dolaylı değil, doğrudan danışmanlık vermelidir. İyi bilgilendirilmiş bir hastanın bu şekilde doğum yapma isteğini kabul etmenin doktorun kararı olacağına inanmamızı destekleyen mevcut verilere rağmen obstetrisyenlerin bütün hastalarına rutin olarak elektif sezaryen önermeleri anlamına gelmemektedir (Kalish, Mccullough ve Chervenak, 2008).

Sağlık bakanlığı tarafından da annenin salt isteği üzerine doğum tercihi yapılmamasını bir kural haline getirmesine rağmen günümüz uygulamaları bu yönde gelişmemektedir. Bahsi geçen kural Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi'nde bulunmaktadır. Rehberde göre kural:

“Anne istemi sezaryen için tek başına yeterli bir neden olmamakla beraber, kişiye ait aşırı korku, endişe, panik gibi psikolojik durumların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumlarda yeterli ve doğru danışmanlık verilmelidir. Gebeliğin 36. haftasından itibaren komplikasyonsuz tekil makat bebeği olan gebelere, istisnai durumlar dışında (doğum eylemi başlamış olan, uterin skarı ve anormalliği olan, fetal sıkıntı, membran rüptürü olan, vajinal kanaması olan gebeler) dış sefalik versiyon (DSV) önerilebilir. Uygulama öncesi girişimin riskleri anne adayına bilgilendirilmiş rıza formu ile açıklanmalıdır. 42. gebelik haftasını aşan, komplikasyonsuz tekil gebelik yaşayan gebelerde, tedavinin bireyselleştirilmesi ve olguya göre karar verilerek doğum şeklinin belirlenmesi önerilmektedir. Doğumun indüklenmesi ile sezaryen oranında ve diğer komplikasyonlarda artış olabileceği bilinmelidir. Bu konu hakkında gerekli bilgiler anneye verilmelidir.”

biçiminde yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı [SB.], 2010).

Cerrahi yöntemle alınma zorunluluğu bulunmaması durumunda sezaryenle doğum anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileme ihtimali yüksekliğinden tercih edilmesi önerilmemektedir. Hem kamu hem de özel sağlık kurumlarında doğum öncesi, sırası ve sonrası sonuçların izlenmesi sağlık bakanlığının bir politikası olarak ve anne-çocuk sağlığının ülke genelinde korunma özel amacı nezdinde uygulanmaktadır. Bu doğrultuda, sezaryen doğumun barındırdığı endikasyon ve komplikasyonlar sonuçlarının muhakkak izlenmesini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca hekim tarafından önerilen tıbbi gerekçe ve tavsiyelere uyulması anne ve çevresinin sorumluluğunu arttırmaktadır (Sağlık Bakanlığı [SB.], 2010).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın doğum ve doğum yöntemleri ile ilgili sertifikaya dayalı seminer programlarının tasarlanması anne ve adaylarına yol gösterici nitelik taşıyabilir. Bu programlarda vajinal doğumun önerilmesi sağlanabilir. Sağlık kuruluşlarının performans göstergeleri arasında sezaryen oranlarının düşürülmesini konulması da önerilebilir. Normal doğumu özendirerek yöneltmek ve sezaryen doğum oranının düşürülmesi ülkenin genel yaşam süresi ve sağlık performansını artıracak düşünülmektedir. Yapılabilecek yeni düzenlemelerde normal doğum yaptıran hekime daha yüksek puan verilerek bu yolu tüm taraflarca ödüllendirerek özendirici olması sağlanabilir. Performansa getirilecek bu ölçüt karşılığını maaşına yansıtılarak hekimin ödüllendirilmesi yoluna gidilebilir. Bu sayede kolay olan sezaryen doğum yöntemi sadece tıbbi gereklilik halinde uygulanması hedeflenmiş olabilir (Gözükara ve Eroğlu, 2011). Diğer taraftan “anne dostu hastane” uygulaması Amerika’da uygulanmaktadır. 1996 yılından bu yana politika haline getirilen uygulama Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu tarafından yürütülmektedir. İçeriği anne dostu modelin geçmişe yönelik doğum tercihlerinde yaşanan sorunlardan kanıta dayalı bakım rehberleri ve anne dostu kuruluşlarca anne ve adaylarına ulaştırılması yönündedir. Benzer uygulama ile ülkemizde uygulanabileceği önerilebilir (Ataç, Güven, ve Gülsoy, 2004).

1.1.2. Vajinal Doğum

Vajinal doğum anne karnında yeteri kadar olgunluğa erişerek hayata tutunma şansını elde eden fetüsün doğum kanalından doğal yollarla çıkmasına denilmektedir. Gebelik veya doğum; insanoğlunun var olduğu günden bu yana üreme ihtiyacına cevap veren

fizyolojik, biyolojik ve psikolojik olaylar bütünüdür. Normal doğum olarak adlandırılan vajinal doğum 40 hafta diğer bir ifadeyle 280 günü doldurarak gerçekleşen doğuma zamanında doğum adı verilmektedir. Doğum kanalının yapısı: Fetus, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşmaktadır. Doğum kanalından annenin kendi oluşturduğu mekanik bir güç sonucunda doğum gerçekleşmektedir. Anne karnındaki çocuk plasentadan ayrılarak takribi ikibin ile dörtbin gram arasında dünyaya gelebilmektedir (Coşkun ve Karanisoğlu, 1992).

Zamanı gelmiş bir gebede, dünyaya gelecek biyolojik olgunluğa eren canlı fetusun doğal güçlerle oksiput anterior pozisyonda vajinal kanaldan dışarıya çıkması vajinal doğumdur. Normal gerçekleşen doğum %95 düzeyde gebede bedenin fizyolojik sınırlarında gerçekleşmektedir. Fizyolojik sınırlar içerisinde gerçekleşen doğumda kanama olmamaktadır (Russell ve Biswas, 1994). Normal doğum kasların ve vajinal yapıdaki her bir yapı biriminin düzenli uterin kasılmasıyla gerçekleşmektedir. Bahsi geçen ağrılar gittikçe sıklaşmakta, ağrı eşiği artmakta ve zaman geçip doğuma yaklaştıkça ağrının süresi de uzamaktadır. Doğum sancısına ek olarak vücudun çeşitli organ ve uzuvlarında da ağrı olabilmektedir. Doğum sonrasında yaşanan sırt ağrısına buna örnek olarak verilebilir. Bu ağrılara yalancı kontraksiyon denilmektedir. Ağrılarının süresi ve eşiği belli olmamaktadır. Gerçekleşen yalancı eylemin tek handikabı anneyi erken hastaneye doğum başvurusunda bulunması dışında önemli bir sıkıntısı bulunmamaktadır (Taşkın, 2005).

Doğum gerçekleşmeden saat, gün veya haftalar öncesinde rahim ağzı yumuşamaya ve açılmaya başlamaktadır. Birçok doğumda görülebilir ki rahim boynu bir ve üç cm aralığında genişlemektedir. Bu durum birden fazla çocuk dünyaya gelecek gebeliklerde daha belli olmaktadır. Bahsi geçen durum ilk kez gebelik yapacak kadınlarda daha belirgin olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğum başlamadan önce kırmızı renkte mukus parçasının vücuttan atıldığı da görülen olaylardandır (Russell ve Biswas, 1994). Normal doğum, uterusun daha fazla büyüyemeyip artış fetüsün dünyada yaşayabileceği anda ve olgunlukta gerçekleşmektedir.

Normal doğumun gerçekleşebilmesi için literatürde bazı öncüllerin olduğundan bahsedilmektedir. Dolayısıyla normal doğumun (Taşkın, 2005):

- Belirli olgunluğa erişen
- Kendiliğinden başlaması
- Tek ve canlı bir fetusun varlığı ile
- Olgunluğun en üst noktası veya vertekste olması
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir.

Doğum bilindiği üzere süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğumdan önce gerekli tetkik ve testlerin yapılması önem arz etmektedir. Muayene, anamnez, obstetrik anamnez, prenatal dönemde yapılan maternal ve fetal ölçüm ve değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca icabında laboratuvar testi de büyük oranda doğru sonuçlar vermekte ve önerilmektedir. Ayrıca anne adayının: Kontraksiyonların başlamasının hangi zamana denk geldiği, zar durumu, vajinada kanama olup olmadığı, en son yemek yiyip su içtiği ve ilaç kullandığı zamanların bilinmesi önem arz etmektedir. Dolayısıyla yapılan muayenede anne adayının bulguları titiz bir şekilde kontrol edilerek değerlendirmeye alınmalıdır (Depp, 2002). Annenin sağlığı kadar çocuğun rutinde sağlığının da kontrol altında olması gerekir. Fetusun prezantasyon durumu, kalp ritmi, uterin kontraksiyon sıklığı, zamanı, şiddet ve eşiği gibi değişkenler kontrol altında olmalıdır. Annenin açık muayenesinde herhangi bir engel bulunmadığı takdirde doğum öncesinde vajinal boyun açıklık miktar, önde gelen fetal bölümün hangi yeri olduğu kontrol altında olmalıdır (Sakala, 1999).

Doğum sürecindeki ilk değerlendirme: hastanın doğum öncesi bilgileri, kontraksiyonların zaman aralıkları, fetal membranların durumu, kanamasının olup olmadığı gibi hasta hikayesi, muayene dosyası ve testlerden oluşmaktadır (Enkin ve diğerleri, 2000). Fetüsün büyüklüğü, vajinal boyun aralığı ve açıklığı gibi bilgilerden hareketle doğum zamanı kestirimi de yapılabilir. Abdominal muayene yapmanın bir takım engelleri olsa bile gereğinden küçük fetüs, çoklu gebelik gibi önemli bilgiler barındarabilir (Enkin ve diğerleri, 2000; Depp, 2002).

Doğum başladığında kadın vücudunu hamileliğe hazırlayan steroid hormonları azalmaktadır. Bunun diğer bir anlamı yüksek düzeyde östrojen düzeyine sahip olmasıdır. Bu hormonlar nöransal yani beyin vücudunda beyinsel koordinasyonların

verilmesini kolaylaştırarak sağlamaktadır. Kadın vücudunu hamileliğe hazırlayan steroid hormonunun azalması hücre içi haberci molekülün meydana gelmesini sağlayan enzimlerin hareketini de sağlamaktadır. Bu sayede uterusdaki düz kas hücrelerinin Ca geçirgenliğini arttırarak uterus kontraktilesini uyarır ve serviksi yumuşatır. Bu da oksitosin denilen primer olarak beyinde nöromodülatör görevi olan hormon sayısını arttırarak hem uterin kontraksiyonların başlaması hem de kuvvetini olumlu şekilde etkilemektedir (Depp, 2002). Vajinal gerçekleşecek doğum için bazı değerlerin en uygun seviyede gerçekleşmesi gerekmektedir. Bunlar (Benson, 1974)

1. Dilatasyon

- a. 4 cm'den küçük Latent Faz: ve eğiminin düşük olması
- b. 5 cm'den büyük Aktif Faz ve eğimin yüksek olması
- c. 9'cm den küçük Deselerasyon Faz

2. 9'cm den küçük İnme (desensus) aynı zamanda dilatasyon aktif

3. Normal travay hızlı progresyon gösterdiği için multiparlar nulliparlardan hızlı olması biçiminde sıralanabilir.

Vajinal doğum sürecinde kadında gebe sancıları hakikaten başlamışsa, kanama varsa, doğum başlamış sayılmaktadır. Ayrıca bu bulgulara rahim ağzı genişlemesi eklenmişse hastaneye başvurulmalı veya hastaneye gelen hastanın artık müşsaade altına alınması gerekmektedir. Anne adayının dikkatli bir şekilde gözlem altına alınması şarttır. Çünkü gözlem altında tutulmayan ve doğum karinesi görünen annenin fizyolojik bir olay olan doğumun heran patolojik bir vakaya dönmesi hem anne hem de çocuğun hayati riski başlayabilir. Dolayısıyla gebenin anamnezi alınarak muayene edilmelidir (Önder, 1994). Normal doğum takibinde prezantasyon pozisyonun değerlendirilerek teşhisin net kanıya dönüştürülmesi önem arz etmektedir (Galt, 1965). Doğum sancısında ağrıların zamana göre şiddeti artıyor ve ağrı aralıkları artık yok denecek boyuta ulaşmışsa ağrının normal seyrinde olduğu ve doğuma yaklaşıldığı anlaşılmaktadır. Bu süre içerisinde kanlı akıntı olabilir ve bu artabilir. Rahim ağzının doğuma fizyolojik olarak hazırlanmasının göstergesidir. Damarlarda esneme ve kanama gerçekleşebilir (Benson, 1974; Konakçı ve Kılıç, 2002). Normal doğum gerçekleşmeye yakın anne adayı bir sancının etkisinden kurtulamadan yeni bir ağrıya mağruz kalabilmektedir. Bu süreçte artık karın adaleleri kasılması da

görülebilmektedir. Bunun da olumlu sayılmasının nedeni uterus adalesinin kasılmalarının itici güce sahip olarak çocuğun dışarıya çıkmasını kolaylaştırmasıdır. Normal giden doğum sürecinde çocuğun başı rahim ağzına gelip baskı yapmaya başladığında ıkınma ağrıları da baş göstermektedir (Galt, 1965; Yayın Kurulu, 1996; Gökşin, Durukan ve Üstay, 1996).

1.1.2.1. Vajinal Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

Normal gerçekleşecek doğumda değerlendirilmesi gerek işaretlerin analizi hayati önem taşımaktadır (Yayın Kurulu, 1996; Pernoll, 1991). Normal doğumda fetus annenin kemikten olan pelvis ve yumuşakça olan dokularından meydana gelen doğum kanalı, uterus kontraksiyonlarının biyolojik ve fizyolojik mekaniğe dayanan tıbbi kanuna uygun gerçekleşmektedir. Plesantanın anne karnından dışarıya atılmasıyla doğum tamamlanmış sayılmaktadır (Pernoll, 1991). Ayrıca doğum sürecinde anne adayında meydana gelen bir takım hormona dayalı ruhsal sorun, kaygı kısacası psikolojik problemler de oluşabilmektedir. Bu psikolojiye dayalı durum anne adayların yarısından çoğunda (%65) gözlemlenebilmektedir. Bu ruhsal sorunlar aşırı sinirlilik, kaygı bozukluğu, gereksiz ağlama veya çok fazla sevinç gibi durumları gösterebilmektedir (Scott, Disaiap ve Spellacy, 1994). Alanyazın taramasında normal gerçekleşmesi planlanan doğum eyleminde rol oynayan faktörler (Cengiz, 2003; Şimşek, 1992) :

- Doğum kanalı
- Fetus
- Doğum eyleminde birincil güçlerin gerçekleşmesinde rolü
- Annenin psikolojisi değişkenlerinde sıralanabilmektedir.

Doğuma hazır olmayan çocuk (fetus), sırasıyla şu aşamalardan geçerek doğumun gerçekleşmesine doğru yol almaktadır Scott, Disaiap ve Spellacy, 1994; Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları [HKDDN], 1992.

Angajman

İniş

Esneklik (fleksiyon)

Anne karnında pozisyon alma (İç rotasyon)

Ekstansiyon

Dış rotasyon

Ekspulsiyon

Bahsi geçen doğuma yaklaştıkça gerçekleşen eylemlerden ilki angajman'dır. Fetal baş en geniş uzuv çapına sahiptir dolayısıyla pelvis girimi düzlemini geçmiş olması beklenir. İniş ise ikinci aşama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu aşamada kadının istemli ıkınmasıyla fetüsün rahim ağzından geçerek kanal boyunca yol almasına yardımcı olmaktadır (Scott, Disaiap ve Spellacy, 1994; Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları [HKDDN], 1992). Yalancı sancının aksine hakikileri geldikçe fetüsün başı öne doğru bükülmektedir. Bu olaya fleksiyon durumu denilmektedir. Ağrıların etkisiyle fetüs başı aşağıya doğru yol alırken iç rotasyon yapmaktadır (Scott, Disaiap ve Spellacy, 1994). Başın bu hareketi vidanın hareketine benzemektedir. Bu şekilde hareket ederek pelvise inmiş yol almaktadır. Başın bu iç rotasyonu ile aşağıya doğru iniş başlamıştır. Amniotik sıvı basıncı fundus makat itici rol oynamaktadır. Defleksiyonda, pelvis tabanına erişen baş yavaş yavaş dışarıya çıkmaya hazırlanmaktadır (Önder, 1994). Ekspulsiyon gösteren anne vücudu ve yol alan fetüs artık oksiputunun tabanını ve ensesini simfisiz kavisinin altına dayar, defleksiyon yaparak sırası ile önce oksiput, sonra büyük fontanel, alın, yüz, çene perineden kayarak doğum gerçekleşir (Coşkun ve Karanisoğlu, 1992).

1.1.2.2. Vajinal Doğumun Olumlu ve Olumsuz Yanları

Normal gerçekleşen doğumun en sıradan ancak önemli olabilecek ilk sırada gelen avantajı fizyolojik sürecin doğal olarak yalanması ve tamamlanmasıdır. Anne adayı doğum bittikten kısa bir süre sonra hayatına kaldığı yerden devam edebilmektedir. Normal aktivetelerine devam edebilen anne yine kısa bir süre sonra bebeğinin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. Bunun diğer bir avantajı hastane kalış süresinin oldukça az olmasıdır (Yılmaz ve Seviğ, 2000).

Diğer taraftan bebek (fetüs) açısından olumlu yanı doğum sırasında fizyolojik yapısının sıkışarak büzülmesinden akciğerlerinin soluk alma-verme fonksiyonlarını yerine getirmede hazırbulunuşluğun üst düzey olmasıdır. Bu durum aynı zamanda

anneyle olan duygusal bağıın doğal yollarla olan doğum sayesinde artmasını kolaylaştırmaktadır (Akgül, 2004).

Vajinal doğumun bahsi geçen olumlu yanlarının yanında bazı olumsuz hatta risk taşıyabilen tarafları da bulunmaktadır. Her an gelişebilecek komplikasyon sonunda normal seyreden doğum anının problem oluşmasına açık olabilmesidir. Dolayısıyla gerçekleşmesi planlanan vajinal doğumun steril ortamda hatta hastanede olması önerilmektedir. Aynı zamanda hastanede olması herhangi oluşabilecek olumsuz durumda sezaryene geçme durumunu da beraberinde getirmektedir. Nadir görülen komplikasyonlardan biri fetüsün çıkma esnasında kolunun takılmasıdır. Doğum esnasında oksijensiz kalma zamanı arttıkça mental gelişimi ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. Anne açısından ise doğum yolunda yırtık meydana gelmesi durumu veya mesanenin sarkması durumlarıdır (Durmuş ve Çiçek, 1986). Bu şekilde sayılan beklenmeyen ancak gelişebilecek komplikasyonlara anında müdahale yapılabilmesi için hastane ortamında vajinal doğumun gerçekleştirilmesi önem taşımaktadır.

Anne adaylarını sezaryen doğumu istemesine neden olan faktörlerin başında ise psikolojik değişkenler gelmektedir. İlk kez doğum yapacak kadınların, saatlerce süren ağrı ve sancısı onları korkutarak kaygılandırmaktadır. Ancak modern tıp günümüzde kullanılan ilaçlar sayesinde vajinal doğumun ağrısız veya ağrıyı hissetmeyecek şekilde olmasına imkan tanımaktadır. Psikolojik faktörleri tetikleyici nedenlerden bir diğeri ise doğumun tam olarak hangi zamanda başlayacağını bilinememesidir. Bu neden ne zaman, nerede ve tabibe ulaşabilme korkularını tetikleme ve anne adaylarını sezaryen doğum yapmaya zorlamaktadır (Rulman, Fawcett, Groblewski & Silverman, 1990).

Doğum anın veya mekanizma işleyişinin her zaman yolunda gideceği söylenemez. Anne ve fetüsün hayatı risk taşıyabilmektedir. Dolayısıyla doğum anında olabilecek hayati tehlikeyi en aza indirebilmek adına epizyotomi uygulanabilmektedir. Epizyotami yöntemi uygulanmadığı takdirde vajinada pürüzlü bir görünüm kalabilmektedir. Episiotomi ile daha titiz ve düz cerrahi kesik yapılmaktadır. Bu yöntemin iyileşmesi daha kolay ve hızlı olabilmektedir (Akgül, 2004). Bu yöntemin faydaları arasında anne adaylarında kaygı durumlarının azaldığı görülmektedir. Ancak bu yöntemin uygulanması her zaman uygulanmasının yerine uygun ve gerekli görülen

durumlarda tercih edilmesi önerilebilir (Caroli ve Belizan, 2000; Yılmaz ve Seviğ, 2000). Epizyotomili vajinal doğum yapan annelerin neredeyse tamamının kendi bakımları ile ilgili uygulamalara ilk 8 saatte başladığı, sezaryenle doğum yapan annelerin çok büyük bir kısmının bu uygulamaları 8 saatten sonra yapmaya başladıkları, hatta sezaryenle doğum yapan annelerin bazı uygulamalara doğumdan sonra 24 saat içinde hiç başlayamadıkları tespit edilmiştir (Pernoll, 1991). Ancak anne ve bebek bakım uygulamalarında özellikle sezaryen doğum türünde kadınların çoğunun sorunla karşılaştığı ve tüm yöntemlerde en büyük sorunun ağrı olduğudur. Dolayısıyla vajinal ve sezaryen doğumu yolla gerçekleşen doğumlarda annelerin refakatçi yardımına her halükârda başvurduğu sonucu söylenebilir (Yılmaz ve Seviğ, 2000; Koca, Gül, Aslan ve diğerleri, 1998).

Normal yolla gerçekleşen doğum ile sezaryen doğumun olumlu ve olumsuz taraflarının olduğu tartışılmazdır. Vajinal doğum anne açısından her ne kadar olumlu görünse de çocuk sağlığı açısından tartışılmaz yolun sezaryen doğum olduğu alanyazının da tartışılmaktadır. Ancak sezaryen doğum arttıkça hastaya gösterilen titizlik arasında negatif ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Koca, Gül, Aslan ve diğerleri, 1998).

2. DOĞUM SÜRECİNİN PSİKOLOJİK BOYUTU

2.1. KAYGI VE KORKUNUN TANIM VE FARKLILIĞI

Kaygı hemen herkes tarafından zaman zaman yaşanan, insanı birden nefessiz kalmışçasına derin soluk alma ihtiyacına götüren farklı bir duygu ya da duygular kümesidir. Sanki insanın yüreğine çöreklenmiş tanımlanması pek mümkün olmayan ağır bir kütlenin yerleşmiş olma hali gibidir. Öyle ki insan hissettiği bu psişik ağırlıkla kendisini kurtulamayacağı bir çaresizlik içinde hissedebilir. Hatta bu durum bir girdaba bile benzetilebilir. Kaygı veren hususlar akla geldikçe, onlardan kaçıp uzaklaşmak bir yana, onları artıran düşüncelere daha fazla saplanma, bocalama ve gömülme söz konusu olabilir. Artık beklentiler olumsuzdur. Sürekli kötü bir şeylerin olacağı düşünülmekte, yaşanan bu süreçte adeta kendini gerçekleştiren kehanetlere kapı aralanmaktadır (Burkovik, 2009, s. 17). Başka bir deyişle kaygı yaşayan kişi, istenmeyen, olumsuz ve sıkıntılı sonuçları bekleyen bir ruh hali içindedir. Kaygının hafif ve normal yaşanması çoğu kere istendik bir durumdur. Zira belli ölçüde kaygı olmadığı zaman bireyin motivasyonunda eksiklikler ortaya çıkabilir. Ancak aşırı kaygılanma kişiyi duygusal anlamda tahrip edebilir. Kaygı ile karamsarlık birbirini öylesine besler ki hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunu kestirmek çoğu kere mümkün değildir.

Endişe, korku ve merak anlamlarına gelen kaygı alanyazında “kişinin bir uyarıya karşı karşıya kaldığında yaşadığı bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle birlikte ortaya çıkan uyarılmışlık hali” olarak ifade edilmektedir. Başka bir ifadeyle söylenecek olursa kaygı, bir tehlike yahut belirsizlik hatta yaşanan bir talihsizlik durumunda ortaya çıkan korku ve endişelerin sebep olduğu bunalı veya tedirginlik durumudur (Burkovik, 2009). Günümüzde gerek bilimsel çalışmalarda gerekse gündelik dilde kaygı hali anlamında sıklıkla anksiyete kelimesi kullanılmaktadır. Bununla ilişkili bir başka kavram ise yoğun bunalımı ifade eden angoisse'dir. Literatürde sıklıkla bu iki kavram birbirine karıştırılmakta, biri diğerinin yerine kullanılmaktadır. Bizi daha ziyade ilgilendiren angoisse değil kaygılanım anlamındaki anksiyetedir (Budak, 2003).

Kaygının nasıl tanımlanacağı hususunda bilim adamları arasında belli bir uzlaşının olduğunu görmekteyiz. Bununla birlikte konuyla ilgilenenler meselenin bir ya da birkaç yönüne odaklanmıştır. Morgan’a (1998, s. 228) göre kaygı, asıl sorunun ne olduğu bilinmeksizin duyulan belli belirsiz bir korkudur. Dikkat edilecek olursa burada yaşanan durumu besleyen neden ya da nedenlerin tam olarak kestirilememesi, bunun da belirsizlikle birlikte bireyde kontrol hissinin zayıflamasına sebebiyet vermesi söz konusudur. Esasen “kaygının iç ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişinin öyle bir olasılığa yönelik algı ya da yorumuna ilişkin uzun süreli, karmaşık bir duygu durumu” olarak tanımlanması da bu bağlamda değerlendirilebilir. İnsan, çoğu kere geçmişte yaptıklarından pişmanlık duyan, gelecek endişesi yaşayan, içinde bulunduğu yaşamda sürekli dengesizliklerle, karşıtlıklarla karşılaşan bir varlıktır (Apaydın, 2005, s. 172).

Tüm bunlar eğer sağlıklı değerlendirilirse insanı geliştiren yaşantılardır. Ancak kaygı hali arttıkça yaşanan olayları daha karamsar ve daha olumsuz değerlendirme durumları ortaya çıkmaktadır. Bu noktada şu hususu da vurgulamak gerekir ki, kaygı tepkileri çoğu kere farkında olmadan kazanılmaktadır. Kaygı ile ilgili çalışmalarda Spielberger (1972) farklı bir öneme sahiptir. Zira bu iki araştırmacı tarafından yapılan faktör analizine göre kaygı “durumluk” ve “sürekli” olmak üzere iki kısımda değerlendirilmiştir. Bunlardan hareketle Spielberger (1966) iki boyutlu bir kaygı kuramı geliştirmiştir. Spielberger’e (1966) göre durumluk kaygı genel anlamıyla kişinin özel durumları tehdit edici olarak yorumlaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bireyin geçici duygusal tepkilerini ifade etmektedir. Diğer bir deyişle kişinin içinde bulunduğu durumdan ötürü hissettiği öznel korkulardır. Kişinin benliğinin ya da çıkarlarının tehdit edildiği koşullarda tezahür eden durumluk kaygıyla günlük yaşantımızda sıkça karşılaşmaktayız. Bir sınava girerken, uçağa binerken, televizyonda canlı yayına katılırken ve topluluk önünde konuşma yapılacağı sırada hissedilen kaygı durumluktur. Sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu kişide daha çok fizyolojik olarak kendini gösteren tepkilerin (terleme, sararma, kızarma ve titreme vs.) oluşması o anda durumluk kaygının yaşandığının göstermektedir. Stres, gerilim ve huzursuzluk duygularının yaşanması sonucunda karşılaşılan bu belirtilerle bireyin durumluk kaygı düzeyi yükselir; stres ortadan kalktığında, durumluk kaygı düzeyi düşer (Ehtiyar ve Üngüren, 2008).

Sürekli kaygı ise kişinin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını ifade etmektedir. Buna göre birey kişilik özellikleri itibarıyla algısal açıdan kaygıyı benimsemiş bir ruh halindeyse, içinde bulunduğu durumu genellikle stresli olarak algılıyorsa, normal bir gelişmeyi tehlikeli biçimde yorumluyorsa ve öz değerlerinin sıklıkla tehdit edildiğini düşünüyorsa ortaya çıkan kaygı sürekli dir (Ehtiyar ve Üngüren, 2008, s. 165). Morgan’a (1998) göre sürekli kaygıda dış çevreden gelen belirli bir tehlike yoktur. Dolayısıyla objesi kolaylıkla tanımlanabilir değildir. Dahası diğer insanlar sürekli kaygı halindeki kişiyi anlamakta zorlanabilir. Zira görünen bir tehlike mevcut değildir. Esasen böylesi bir durumun beraberinde getirdiği belirsizlikle kişide durağan bir hoşnutsuzluk ve mutsuzluk durumunun ortaya çıkması muhtemeldir. Daha açık ifade etmek gerekirse durumluk kaygı yaşayan kişiler, içinde bulundukları durumları, kendileri açısından potansiyel bir tehdit ya da tehlike olarak algı larken; sürekli kaygı hali belirli bir durumdan beslenmemekte, bilakis bireyin kendi kişilik özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Özer, 2005). Bu duruma bağlı olarak sürekli kaygı halindeki kişiler belli bir nedene bağlı olarak gerilim ve stres yaşamamakta, aksine kendi kişisel düşüncelerine bağlı olarak kaygı üretmektedirler.

Literatürde birbirinden açıkça ayrıl sa da gündelik dilde kaygı ve korku kavramları sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Köknel’e (2004, s.61) göre kaygı korkuya benzeyen bir duygulanım durumudur. Ancak onu korkudan ayıran en önemli husus nedeni açıkça belli olmayan bir kuşku hali olmasıdır. İnsan her an nedeni bilinmeyen tehlike ya da felaketle karşılaşacağını düşünüp kendisini tedirgin eden sıkıntılı bir bekleyiş içinde hissedebilir. İşte bu duruma kaygı hali denmektedir. Korku ise Burkovik (2009, s.17) tarafından dışarıdan gelebilecek ve kaynağı belli olan, gerçek tehlike karşısında hem fiziksel tepkilerin hem de olumsuz duyguların açığa çıkması ile şekillenen bir durum olarak ifade edilmektedir. Diğer bir deyişle korku, kişinin gerçekte kendisini korkutan şeyin ne olduğunu tanıması ve algılaması bakımından bilinçlidir. Kaygı ise, huzursuzluğa neden olanın genellikle tanınmaması sebebiyle bilinçsizdir (Özer, 2005).

Krishnamurti (2009, s.58) korkuyu “her zaman bir şey ile bağlantılı olarak vardır; soyut olarak yoktur” diye ifade ediyor. Yani korku genellikle bir nesne, kişi, durum ve olaydan kaynaklanır. Belirli bir kaynağı olduğu için insan korktuğ uyla karşılaşınca ya

da onu zihninde tasarlayınca heyecanlanır, endişe duyar; diğer yandan da harekete geçer. Çünkü korkuların temelinde bireyin varlığını devam ettirme arzusu ve bu arzuyu engellemesi muhtemel olan nedenler vardır. Kişiliğin yapısında bulunan ve belirli bir nesnesi olmayan kaygı ile korku arasında herhangi bir neden sonuç ilişkisi bulunmamaktadır (Köknel, 2005, s. 219).

Korku ile kaygı kavramlarını ayırt edebilmek için olayların nitelikleri ve bunlara dayalı ortaya çıkan çeşitli olası sonuçlar hakkında yapılacak değerlendirmeler önem arz etmektedir. Örneğin, vahşi bir hayvanın bize doğru koştuğunu fark ettiğimizde ya da bir çocuğun pencereden aşağı sarktığını gördüğümüzde korku yaşarız. Çünkü söz konusu olayların muhtemel sonuçları dikkate alındığında bunların ‘fiziksel’ yaşama tehdidi oluşturduğu rahatlıkla görülebilir. Bu anlamda yaşanan tehlike algısı nesnel bir gerçekliğe dayanmaktadır. Bu noktada şu soruyu sormak anlamlıdır: Korku duygusuna tepki olarak kaçma-kaçınma davranışı gösteren, kalbinin atışı hızlanan, hatta yerine göre kas geriliminden mide krampına kadar çok çeşitli sıkıntılarla karşı karşıya kalan bireyler korku duygusunu yaşamakta mıdır? Bir grup içinde ağzını açıp tek bir laf etmekten kaçınan; iş görüşmesine giderken heyecandan tir tir titreyen; yabancı birine kendini tanıtırken telaşlanan ya da sınav sırasında hızlı kalp atışlarından dolayı soruları anlamakta güçlük çeken birisinin korku yaşadığını söyleyebilmemiz için, iş görüşmelerinin, sınavların, grup içinde konuşmanın ve yeni insanlarla tanışmanın fiziksel anlamda tehdit edici niteliklere sahip olmaları gerekir (Özer, 2005) Oysa bu olayların böylesi bir tehdit oluşturdukları söylenemez. Söz konusu fizyolojik belirtiler korku duygusu ile açıklanamazsa, hangi kavramla ifade edilebilir? Öyle görünüyor ki, sadece olayların niteliklerine dayalı olarak kişilerin korku mu yoksa kaygı mı duyduklarını anlamak mümkün değildir. O zaman, korku ve kaygıyı ayırt edebilmek için onların oluşumunu şekillendiren asıl kaynağa, yani düşüncelere, yorumlara ve olaylara yüklenen manalara başvurmak gerekecektir. Olaylar karşısında hissedilen duyguların niteliğini ve yoğunluğunu belirleyen asıl husus, olayın ne olduğu değil, nasıl algılandığı, dolayısıyla bireyin o ana hangi anlamları yüklediğidir. Kişi olaya, fiziksel bir risk ya da tehdit anlamı yüklüyorsa, kendisini korkutuyor; kişiliğine bir risk ya da tehdit anlamı yakıştırıyorsa kendini kaygılandırıyor olacaktır (Özer, 2005). Buradan hareketle korku ve kaygıyı asıl ayırt ettiren ölçütün olaydan ziyade, olaya yüklenen anlamlar olduğu söylenebilir. Buna göre korku ve kaygı ayrı ayrı

yaşanabileceği gibi aynı anda da yaşanabilir, yani kişi bir olay karşısında kendini hem korkutup hem de kaygılandırabilir.

2.2. KAYGININ NEDENİ

İnsan öğrenebilen bir varlıktır. Dünyaya geldiği andan itibaren doğrudan ya da dolaylı öğrenmelerle, yani farklı kanallarla sürekli öğrenmektedir. Hayat boyunca devam eden öğrenme yaşantısı bireyin yaş, çevre, kişilik, dünya görüşü ve algılama biçimine göre şekillenmektedir. Bu süreçte olumlu ve istendik duygu, düşünce ve davranışlar gelişebileceği gibi tam tersine istenmeyen, acı ve mutsuzluk veren tutumlar da kazanılabilir. Fizyolojik acı doğaldır, ancak ruhsal acı öğrenmelerle kazanılır. Dolayısıyla acı, umutsuzluk, tükenme, tüketme ve yok etmeyi öğrenmek kaygıyı besleyen durumlardır. Kaygının gelişimi de genetik ve biyolojik etkenlerden, öğrenmelerden ve çeşitli deneyimlerden, yaşanan ortamda karşılaşılan uyarıcılardan etkilenmektedir (Cloninger, 1988).

Duygularımızın asıl kaynağı fizyolojik olaylar değil, bu olaylar hakkında yaptığımız yorumlar, değerlendirmeler, içsel konuşmalar, yani yüklediğimiz anlamlardır. Öğrenilmiş duygusal tepkilerin oluşumu düşüncelere bağlı olduğuna göre duygu halini değiştirmek için mevcut olayın birey açısından yorumlanma tarzının değiştirilmesi gerekir. Çünkü insan düşündüğü ve inandığı gibi hisseder. Her türlü duygu hali gibi, kaygı da inanışlarımızın bir ürünüdür. Kaygının temelinde yatan inanışın dili, değerlendirmesi bir dildir. Aslında, bir olgudan hareket eder. Örneğin, belirli bir sınavdan alınan not, bilgi düzeyini yansıtan bir olgudur. Ancak, kaygı dilinin yanılgısı bundan sonra başlar çünkü davranış değerini davrananın değeri olarak ilan eder (Özer, 2005). Bir bakıma olayın kendisinden çok, olaya anlam yükleyene değer biçilmiş olur. Bu günümüzde sıkça şahit olduğumuz bir yanılgıdır. Birey, kendisinin ya da çevresindeki insanların niyetlerine ve eylemlerine olumsuz anlamlar yüklemeye başlarsa kaygı hali ortaya çıkmış demektir. Bu noktada kişilik faktörü önemli bir işlev üstlenmektedir. Eğer olaylar genellikle olumsuz açıdan değerlendirilmeye başlanmışsa bireyi saran kaygı hali artar; bununla birlikte olay nötr ya da olumlu algılanırsa kaygı düzeyinde ciddi bir azalma yaşanır.

Kaygı daha çok gelecek yönelimli bir duygudur. Kaygı bebeklikten itibaren var olduğundan, kaygının yetişkinlikteki etkisi çocuklukta yaşanan stres, yoksunluk, travma ve çatışmaya bağlı olabilir. Freud, çocukların kaygılarının içsel anlamlarıyla ilişkili olan bir dizi tehlikeli durum yaşadıklarına dikkat çeker. Bunlar, objenin kaybı korkusundan başlar (anne tarafından terk edilmek), objenin sevgisini kaybetme korkusuyla devam eder (anne veya baba tarafından duygusal ret). Daha sonra bedensel hasar korkusu gelir (genellikle bir ebeveyn rakibi tarafından) ve son olarak süper ego tarafından onaylanmamak korkusu ortaya çıkar (vicdan azabı). Normal gelişim gösteren bir çocuk, ebeveynin yardımıyla bu kaygı formlarının her biriyle mücadele eder (Burkovik, 2009).

Kuşkusuz insanda kaygı oluşturan nedenler çok çeşitlidir. Farklı araştırmacılar farklı bakış açılarından hareketle birbiriyle az ya da çok uyuşan açıklamalar yapmaktadır. Yapıcı (2007) kaygıyı besleyen faktörleri üç maddede özetlemektedir: (1) insanın bir yaşam süresinin olduğunu, yaşam süresinin bir gün sona erdiğini ve salt olarak kendi değil diğer insanların hayatının bir gün sona erdiğini bilmesi (2) birey hayatta bazı kararlar alması zorunluluğundadır. Bu kararları aklıyla alarak sonuçları her ne olursa razı olması (3) kişinin zaman zaman hayatında anlam veremediği olaylarla karşılaşması yani her şey bir anda çok önemli olabilirken önemli olan o şey bir anda hiç önemsiz hale gelebilmektedir. Bahsi geçen durumlarda: insanın ölüme tabi olduğu bir varlık olduğu, hayatında çok önemsendiği şeylerin ansızın önemsiz hale gelebileceği ruh hali kişinin ruh halini bozabilecek hal alarak kalıcı olarak sağlığına zarar verici hal alabilmektedir.

Kaygı meselesine bir başka açıdan yaklaşan Cüceloğlu (2010) sosyal ortam ile kaygı arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Ona göre neyin nasıl algılanacağını içinde yetiştiğimiz kültür öğretmektedir. Bu nedenle, hangi ortamın hangi tür kaygı yaratacağı bir kültürden diğerine farklılık gösterebilir. Cüceloğlu (2010) kaygının nedenlerini “sosyal desteğin çekilmesi”, “olumsuz bir sonucu beklemek”, “iç çelişkiler” ve “belirsizlik” şeklinde dörde ayırmaktadır. Sosyal desteğin çekilmesinden maksat insanların alışageldikleri ortamdaki uzaklaştığı zaman kendilerini korunaksız ve dayanaksız hissetmeleridir. Sürekli olumsuz bir sonuç beklemek ya kötümser hayat anlayışından ya da gelecekte duyulan endişeden kaynaklanır. Genellikle kendini

gerçekleştiren kehanet durumunu ortaya çıkaran bu düşünceler kaygıyı besleyen ve büyüten faktörlerdendir. Ayrıca iç çelişkiler diye tanımlanan; kişinin inandığı ve önem verdiği fikirlerle gösterdiği davranış arasındaki bilişsel çelişkiler ve tutarsızlıkları ifade ederken, kaygıyı hem oluşturan hem de geliştiren unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Gerçi bilişsel çelişki ile uzun süreli yaşamak pek mümkün değildir. Birey ya düşüncelerinden ya da davranışlarından yana tercihini kullanarak gerilimi gidermeye çalışabilir. Ancak bu arada geçen zaman kaygıyı besleyici özelliğiyle ön plana çıkmaktadır. Kaygıyı oluşturan nedenler içinde belki de en çok dikkati çeken belirsizlik halidir. Kişi şimdi ve gelecekte neler yaşayacağını kestiremediği için psikolojik anlamda kontrol duygusunu kaybedebilir. Bu da kaygıyı harekete geçiren başat faktörlerden birisidir (Cüceloğlu, 2010, s. 277-278).

Kaygı, daha ziyade kişinin tehdit edici bir çevrede kendini yetersiz ve kontrolsüz hissetmesi halidir. Bu duruma acziyet, çaresizlik, belirsizlik, maddi ve manevi endişeler vs. neden olabilir. Bununla birlikte burada şu hususu önemle belirtmek gerekir ki kaygı yaşamamanın temel ögesi, kişinin yeteneği ile çevrenin kişiden beklentileri arasındaki uyumsuzluktur (Tümerdam, 2007, s.33).

Kaygıya sebep olan bir diğer husus da kişinin hedef ve hayallerinde gerçekçi ve esnek olmaması, diğer bir ifadeyle bu hususlarda katı bir tutum takınmasıdır. İnsanların kendilerini tanıma ve kabul etme düzeylerine göre kaygı yaşantıları farklılaşabilir. Çünkü kendini gerçekçi bir şekilde tanımayan bir insanın ideal benliği ile mevcut benliği arasında ciddi farklılıklar ortaya çıkacaktır. Bu da onun kapasitesinin üstünde iş ve sorumluluk yüklenmesini beraberinde getirebilir. Esasen sorun da bu noktada başlar. Başarısızlık yaşandıkça özsaygı düşer, öz saygı düştükçe kaygı artmaya başlar. Özellikle aile başta olmak üzere sosyal çevreden olması gerekenden daha fazla destek alınıyorsa, bireyde sorun çözme yeteneği gelişmeyebilir. Zira sorunlarını çözemedikçe kişinin kendine atfettiği “başarılı” değeri sarsılmaya başlar. Kontrol hissi zayıfladıkça ve çaresizlik duygusu arttıkça kaygı seviyesinde yükselme görülür (Burkovik, 2009, s.57).

2.3. KAYGI TÜRLERİ

Kaygının insan psikolojisindeki esas ve temel yerini ilk gören bilim adamının Freud olduğunu belirtmektedir. Freud, gerçeklik kaygısı, törel kaygı ve nevrotik kaygı şeklinde üç ayrı kaygı tanımlamaktadır. Gerçeklik kaygısında; birey dıştan gelen tehlikeyi idrak etmekte ve sıkıntı duymaktadır ki bu korku ile eşanlamlıdır. Bu durumda, kişinin, objektif kaygının nevrotik kaygıya dönüşmemesi için uğraşması gerekmektedir. Törel kaygı, doğum yaşantısının bir tekrarını temsil eder ve tehlike kaynağı bireyin içindedir, dolayısıyla birey kendine zarar getirecek faaliyetlerden farkında olmadan kaçmaktadır (Gençtan, 1988). Nevrotik kaygıda ego utanma ve suç duygularına maruz kalmakta, vicdan tarafından cezalandırılmaktan korkmaktadır. Freud, ilk teorisinde kaygıyı nevrozun düğüm noktası ve temel nedeni olarak ele alırken, ikinci teorisinde odak noktası olarak egoyu görmektedir. Ego tarafından algılanan bir tehlike kaygıyı ortaya çıkarmakta ve bu kaygı regresyon yaratmaktadır (Budak, 2003, s. 433).

Cattell ve Scheier (1975) kaygıyı kavramsal olarak açık-bilinçli durum ve gizli bilinçdışı durum şeklinde ayırmışlardır. Bu kavramlar daha sonra durumluk kaygı ve sürekli kaygıya karşılık gelen “genel kaygı” ve “durumsal kaygı” olarak değişmiştir. Yıllar geçtikçe durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasındaki fark daha net olarak açığa çıkmıştır. Psikologlar genel kaygıyı sürekli kaygı ve durumluk kaygı olmak üzere iki kategoriye ayırmışlardır (Howard ve Smith, 1986; Mikulincer, Kedem ve Paz, 1990; Biggs ve Moore, 1993, s. 243). Sürekli kaygı, “genel bir hazır bulunuşluk ile pek çok durumda kaygılı tepki verme” olarak tanımlanabilir. Durumluk kaygı ise; “belirli bir durumda hissedilen kaygıdır” (Biggs ve Moore, 1993, s. 243).

2.3.1. Durumluk Kaygı

İnsan bazı zamanlarda bazı durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum kişiye tehdit oluşturan, tehlikenin onun karşısında olduğunu hissettiren ve kaygılanmasına neden olabilmektedir (Dönmez, 1998; Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2000). Durumun oluşturduğu tehdit ya da tehlike koşulu ilk itibarıyla normal hayatta olabilecek şeyler olduğu varsayılır. Ancak durumun (State Anxiety) kişide kaygı oluşturma zaman aralık ve frekansı arttıkça durumun öncelikle tehlike arz ettiğinin analizinin yapılarak

akılcı durum tespitinde bulunmak gerekmektedir (Öner ve Le Compte, 1985; Özgüven, 1994).

Durumluk kaygı, olaydan olaya değişkenlik gösterebilmektedir. Gerçekleşme sıklığı, ne derece yoğunlukta olduğu, sürekli olmaması kaydıyla kişinin ruhsal tepkileri olarak adlandırılabilir (Özgüven, 1994).

Spielberger (1983, s. 4-5) durumluk kaygının özelliklerini şöyle özetler:

- Bu tip kaygı bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit eden, tehlike yaratan biçimde algılamasından, yorumlamasından kaynaklanır.
- Bu durum bireye elem verir, bireyde hoş olmayan bir duygulanım durumu oluşturur.
- Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır, duyumsanır.
- Bu süreç içinde bilinç açık, haberdar, uyanıktır.
- Sinir sisteminin işlevinde değişimler olduğunu gösteren belirtiler ortaya çıkar.

Spielberger'e (1966, 1972) göre durumluk kaygı, kaygı eğiliminde bireysel farklılıklar gösterir. Sürekli kaygı öznel iken, durumluk kaygı geçici duygusal içerik-temelli durumdur. Doğum kaygısı, çocuk edinme kaygısı veya günlük hayattan (Richardson ve Suinn, 1972; Cruise, Cash ve Bolton, 1985) içeriğine bağlı olarak durumların oluştuğu durumluk kaygıların örnekleri olabilmektedir.

2.3.2. Sürekli Kaygı

Bazı insanlar devamlı olarak huzursuzluk içinde yaşar, genellikle mutsuzdur (Özcan, 1999). Bireyin kendi değerlerinin tehdit edildiğini düşünmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yaşaması sonucunda sürekli olarak kaygı (Trait Anxiety) duymasıdır. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içsel kaynaklıdır (Dönmez, 1998). Kaygının oluşmasında etkin olan gizilgüce sürekli kaygı denir. Sürekli kaygının seviyesi, bireyin ilerdeki tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddetini ve sıklığını belirler (Özcan, 1999). Sürekli kaygıya, yapısal kaygı da denilerek, kişinin kaygılı olma eğilimine bağlı olan ve zamanla önemli bir değişiklik göstermeyen, karaktere bağlı bir kaygı türü olarak tanımlanmıştır (Cattell ve Scheier, 1975, s. 66).

Sürekli kaygı, insanı strese sokan koşulun tehdit etmesi veya kişinin tehlike olarak algılaması ve bu olaylara karşı gösterdiği tepkilerin sıklığı ve derinliğini artarak belirli periyotlarla devam etmesidir. Bu kaygı durumu kişiden kişiye ve olaydan olaya farklılıklar gösterebilmektedir. Aynı zamanda bir kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Duruma göre sürekli kaygısı üst düzey olan kişiler, daha az olanlara nispeten kişide stres veya kaygı oluşturabilecek olayları doğrudan tehdit olarak algılamalarının yanında yoğunluğunu normal kişilere göre daha derin yaşamaktadırlar (Özgüven, 1994).

Sürekli kaygının özellikleri şu şekilde sıralanabilir Spielberger (1983):

- Kişide uzun süre devam eder ve süreklilik arz etmektedir.
- Kaygı süresi ve yoğunluğu bireyin yapısına göre değişkenlik gösterebilmektedir.
- Bireyin psikolojik yapısının yatkınlığı, sürekli kaygının düzeyine etki edebilir.
- Psikolojik yapının farklılığı tehlike ve tehdit olarak algılanan olayın algılanma biçimini, ne şekilde anlaşıldığını, nasıl yorumlanacağını kısacası olayın değerlendirilme biçimini etkileyebilmektedir.

Bireyin yaşadığı olay veya durumla doğrudan ilişkili olmayan sürekli kaygı bir kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Sürekli kaygı, kişilerin birbirinden ayırt edilmesini sağlayabilmektedir. İşte bu kaygının yaşanma ayrımının yapılması Spielberger'in (1966) geliştirmiş olduğu iki faktörlü kaygı kuramı ile teoriye dökülmüştür. Ayrıca bireyin yaşadığı kaygıyı ölçmede "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" kullanılabilmektedir (Spielberger, Gorsuch ve Lushene, 1970). Duruma göre yaşanan kaygı ile sürekli yaşanan kaygı arasında bir ilişkiden bahsedilebilir. Bu ilişki etkileşimi de doğurmaktadır. Sürekli kaygı düzeyinin daha fazla olması, durumluk kaygıyı da dolayısıyla etkilemektedir. Bu etki pozitif korelasyona bağlıdır. Aynı zamanda duruma gösterilen kaygının fazla olması ve süresinin devam etmesi sürekli kaygıyı etkilemekte ve pozitif korelasyona bağlamaktadır (Köknel, 1989). Durumluk kaygıya sebep olan durumlardaki değişikliklerle bu türdeki kaygı, yavaş yavaş yok olabilir. Sürekli kaygı daha kalıcıdır ve bireylerin psikolojik durumlarından kaynaklanan bir bileşen olabilir (Hakkinen, 1994; Jay, 1981; Rosen ve Weil, 1990;

Weil, Rosen ve Sears, 1987). Sürekli kaygı ile durumluk kaygı arasındaki orta dereceli bir bağlantının ($r = .33$ ile $r = .66$ arası) var oluşu bu iki kaygı türünün birbirinden bağımsız olmadığına işaret eder.

2.4. KAYGI DÜZEY VE BELİRTİLERİ

Alanyazın taraması sonucunda kaygının düzey olarak ifade edilebileceği soncuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda kaygı düzeyleri ilk etapta yoğunluğuna göre (1) sakin, (2) hafif, (3) orta, (4) şiddetli, (5) panik olarak adlandırılabilir. Bahsi geçen düzeylerin özellikleri aşağıdaki yer verilmiştir (Burkovik, 2009, Spielberger, 1972, Köknel, 1989):

Sakin:

- Kişi sakin ve rahat aynı zamanda iyi olduğunu düşünmektedir.
- Kişinin kaygısı bu seviyede gelecekte yaşanacak olay ve gelişmelerin iyi olacağını düşünmesini kolaylaştırmakta, bireyin dönüşmesi, süreçten bir şeyler öğrenebilmesi veya motivasyonu belirli düzeyde düşüktür.

Hafif:

- Kişi bu seviyede biraz gergindir. Bu gerginlik enerjisine olumlu yansımaktadır.
- Tehdit olduğunu bildiği için duyu organları açıktır. Bu durumda kişi çevresindeki olay ve kişilere karşı daha duyarlıdır.
- Enerjisi yerinde olduğu için konsantre olması da doğaldır. Bu seviyede kaygı kişide istenen bir özelliktir.

Orta:

- Birey gergin ve dikkatlidir.
- Olayları anlaması kaygı seviyesi fazlalığında azalmıştır.
- Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle, önemli ayrıntıları daha az unutmaz veya önemsemez.

- Bazı insanlar rahatsız olabilir fakat bazıları hiç rahatsızlık duymadan etkin olarak problem çözerek eylem kapasitelerini kullanırlar.

Şiddetli:

- Kişinin anlaması büyük oranda düşmüştür.
- Ayrıntılara odaklanma artmıştır. Olaylar arasındaki neden ve sonuç bağı kuramaz haline gelmiştir.
- Kişi öz kaygısının farkında değildir. Ancak kaygıdan ötürü oluşan rahatsızlığının farkındadır.
- Kişiyi kaygısı karşılaştığı problemleri çözemez hale getirmiştir. dikkatini toplamakta zorlanmaktadır. Dolayısıyla uzman yardımına başvurulması gerekmektedir.

Panik:

- Bu düzeyde birey etrafındaki olayları algılayamaz.
- Kişi ayrıntıları önemser ancak olayların bağlantılarını ayrıntılardan dolayı ilişkilendiremez
- Kişinin çevresindeki farkındalık düzeyi oldukça düşer
- Birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder, kriz aşamasındadır ve kesinlikle uzman yardımı gerekir.

Tablo 3’de görüldüğü üzere kaygının insan üzerinde bir takım ruhsal ve fizyolojik belirtileri bulunmaktadır. Bu belirtiler karşımızda bulunan insanın ilk etapta bazı sorunlar yaşayarak hem kendisinin hem de karşı tarafın kaygı teşhisinde bulunabileceği belirtileri barındırmaktadır (Spielberger, 1972: 20; Songar, 1981: 320; Lazarus ve Folkman, 1984; Köknel, 1989: 81; Ayvaşık ve Sayıl, 2002: 540).

Tablo 3. Kaygının duygusal ve fizyolojik belirtileri

Duygusal	Fizyolojik
Acizlik	Avuçların soğuk olması
Başarısızlık duygusu	Baş dönmesi
Çabuk sinirlenme	Sürekli baş ağrısı
İlişkilerde aşırı duyarlık	Savunma mekanizmalarının azalması
Düşünceleri toplamada zorluk	Bel ağrısı
Karar vermede zorluk	Gevşeyememe
Geleceğe ilişkin kuruntular	Göz bebeklerinin genişlemesi
Efkârlanma	İshal veya kabızlık
Kendini yetersiz bulma	Kalbin çarpması
Kolayca çöküntüye girme	Korku
Sonucu bilememe	Kan şekeri ve adrenalinin artması
Sıkıntı	Mide ağrısı
Uyumsuzluk	Huzursuz olma hali
Üzüntü	Terleme
	Titreme
	Nefes darlığı, düzensiz nefes alıp verme
	Uykusuzluk
	Mide bulantısı

3. İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Akbaş, Vırt, Savaş, ve Sertbaş'ın 2008 yılında yapmış olduğu Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi başlıklı araştırma, gebeliğin kadının hayatında biyolojik ve psikolojik, sosyal değişikliklerin olduğu bir dönemi ifade ettiğine ve bu dönemde olumsuz duygu durumlarından olan depresyon ve kaygıyı tetikleyici yaşantıları içerebileceğine vurgu yapmak amacıyla annenin demografik özelliklerinde anne depresyon ve kaygı neden ve ilişkilerini irdelemeyi amaçlamıştır. Araştırmanın örneklemini Malatya Devlet Hastanesinde 2006 yılı içerisinde 3 aylık bir zaman periyodunda doğumuna 3 hafta kalan 104 anne adayı oluşturmaktadır. Araştırmanın verilerini Gebe Bilgi Formu (GBF), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Anne adayların yaş ortalaması yaklaşık 27 olarak bulunmuştur. BDÖ puanı ile eğitim seviyesi arasında negatif, evlilik süresi ile pozitif korelasyona ulaşılmıştır. İlk kez anne olacakların istatistiki olarak anlamlı sayılabilecek oranda DKÖ puanı daha yüksek olduğu ulaşılan bir başka sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Arslan ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu Doğum sonrası depresyonun annelik yaşamına etkileri başlıklı araştırmanın kadınların doğum sonrası depresyon ve umutsuzluk yaşama düzeylerini belirleyerek bu duygu durumlarının anneliğe etkilerini belirlemeyi amaçlayan çalışma geleceğe yön vermek amacıyla tasarlanmıştır. Araştırma Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 2002 yılı şubat ve mayıs ayları arasında doğum yapan ve araştırmayı katılmayı onaylayan 173 anneden olmaktadır. Araştırmanın verileri doğum gerçekleştikten 3 gün sonra Beck Depresyon ve Umutsuzluk ölçeği ve araştırmaya katılanların demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan anket formu uygulanmıştır. Anket formunda ise annenin demografik, obstetrik özellikleri ile doğum sonrasında literatür incelenerek belirlenmiş depresyon puanlarını etkileyen bazı soruları içermektedir. Elde edilen veriler değerlendirilmesinin ardından araştırmanın diğer bir veri toplama safhası olan doğum sonrası 4. ayda Beck depresyon ölçek puanı yirmi üzerinde olan toplam sekiz anneden telefonla görüşülerek kadınların geçen süre içinde yaşadıkları irdelenmeye çalışılmıştır. Annelerin %15,7'sinin (n=27) doğum sonrasında yaşadıkları depresyon

düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir sonuç ise depresyon puanları yüksek düzeyde çıkan annelerin aynı zamanda annelik yaşantılarını olumsuz yönde etkiledikleri sonucuna ayrıca ulaşılmıştır.

Aslan (2016) çalışmasında; ilk doğumu için hastaneye gelen kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıkları başlıklı araştırmada kadın ve ailesi için doğum deneyiminin hayatın birçok sürecini etkileyen önemli bir faktör olduğunu ve özellikle primipar kadınların doğuma ilişkin inanç ve beklentileri ve doğum deneyiminden memnun olmalarının sonraki doğumlardaki tercihlerini etkileyebileceği vurgusu yapmaktadır. Bu araştırma doğum yapmak için özel hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evreni Medipol Sağlık Grubu Hastaneleri'nin kadın doğum kliniğine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Araştırma verileri 2014 yılında vajinal doğum yapmış ve sezaryen olmuş primipar kadınlardan toplanmıştır. Örneklem, 180 primipar vaginal doğum 270 primer sezaryen olan lohusa araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.77 olup çoğunluğu 30-34 yaş aralığında, üniversite mezunu, çalışan ve çekirdek aile tipindedir. Vajinal doğum yapan ve sezaryen olan kadınlar arasında ebe ve hemşire desteği, doğum kaygısı, doğum ağrısı, doğum veya sezaryen sonrası ağrı algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sezaryen olan kadınların sezaryen endikasyonu ve anestezi yöntemi ile doğum deneyimi arasında ilişki bulunmazken ($p>0.05$), sonraki doğum şekli tercihi ile doğum deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Vajinal doğum yapan kadınlar doğum esnasında, sezaryen olan kadınlar ise doğum sonrası ağrı yaşamaktadır. Epizyotomi, amniotomi, fundal bası, suni indüksiyon gibi doğuma müdahale uygulamaları yüksek oranda yapılmaktadır. Doğum esnasında oral alım kısıtlanmakta ve ten tene temas ihmal edilmektedir. Kadınlar çoğunlukla fetal nedenlerden dolayı sezaryen olmakta, sezaryen olan kadınlar sonraki doğumlarında sezaryeni tercih ettiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Aydın'ın 2016 yılında yapmış olduğu Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeğinin uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi başlıklı araştırmanın amacı, doğum sonrası annenin fonksiyonel durumunu belirlemek üzere Lynn Jennifer Barkin

tarafından geliştirilmiş olan Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir. Bu amacın gerçekleştirilmesi için araştırmada öncelikle basit tesadüfî örnekleme yöntemiyle belirlenen Meltem Aile Sağlığı Merkezlerinde, Şubat ve Nisan ayları arasında başvuran hastalardan oluşmaktadır. Araştırma örneklemini, doğum sonu 6-10 haftalık dönemde olan, 18-40 yaşları arasında, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 235 anne oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, anneleri tanıtıcı bilgi formu ve Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Kendall W Analizi, Faktör Analizi, Cronbach Alfa Katsayısı ve Madde Analizi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre: ölçeğin Türkçeye uyarlamasında körlemesine ters çeviri yöntemi kullanılmıştır. Uzman görüşlerinin uyumluluk düzeyi Kendall W= 0.297 (p=0.004) bulunmuştur. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin 5 faktör altında toplandığı ve faktörlerin açıklanan varyansa toplam katkısının %59.9 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen puanlar doğrultusunda yapı geçerliliğine ilişkin ek kanıt elde etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA'nın uyum indekslerinin, Ki-kare ve İyi Uyum $\chi^2(94)=159.93$ (p=0.000), $\chi^2/sd=1.70$, Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (RMSEA) 0.05, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI) 0.94, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (CFI) 0.96, Standartize Edilmiş Artık Ortalamaların Karakökü (SRMR) 0.06 ve İyi Uyum İndeksi (GFI) 0.91 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin genel Cronbach Alfa Güvenirlik katsayısı 0.73'tür ve ölçek alt boyutlarından, Öz Bakım Boyutu'nun 0.66, Anne Psikolojisi Alt Boyutu'nun 0.71, Bebek Bakımı Alt Boyutu'nun 0.62, Sosyal Destek Alt Boyutu'nun 0.69, Anneliğe Uyum Alt Boyutu'nun 0.50 olduğu hesaplanmıştır. Sonuç olarak madde analizi Türkçe kullanımına uygun psikometrik özelliklere sahip olup annelik fonksiyonlarını (1) özbakım, (2) anne psikolojisi, (3) bebek bakımı, (4) sosyal destek ve son olarak (5) anneliğe uyum alt boyutlarında ölçülmeye çalışılması önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Börü'nün 2016 yılında yapmış olduğu primipar kadınların doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişki başlıklı araştırmanın amacı primipar gebelerin doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişkiyi saptamak olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini 2014 Aralık ayından 2015 Nisan aylarını kapsayan 5 aylık bir süreçte İstanbul'da bulunan Mega Medipol Üniversite

Hastanesine başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 151 primipar gebe oluşturmuştur. Primipar gebelere öncelikle Bilgi formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği uygulandı. Araştırmanın sonucunda primipar gebelerin %66,2'sinin (n=100) normal doğumu tercih ettikleri, %33,8'inin ise (n=51) sezaryen doğumu tercih ettikleri saptandı. Tercih ettikleri doğum şekillerine göre durumluk kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Normal doğumu tercih eden primipar gebelerin Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı Ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r:0.475$; $p:0.001$; $p<0.01$). Sezaryen doğumu tercih eden primipar gebelerin Durumluk Kaygı ile Sürekli Kaygı Ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r:0.627$; $p:0.001$; $p<0.01$). Araştırmanın sonucunda primipar gebelerin %81,5'inin (n=123) kendine ve bebeğe yönelik, endişeler duymaktadır. Doğum tercihlerini yaparken en çok doktorların %53,6 (n=81) tavsiyelerine göre hareket etmekte ve normal doğumu %72,8 (n=110) daha sağlıklı ve iyi olduğu için tercih etmektedirler. Sezaryen tercihleri için korku ve stresten dolayı ağrı çekmemek için %49 (n=74) tercih edebileceklerini belirtmişlerdir. Bulgusal sonuçlardan hareketle anne adaylarının doğum tercihini, doğum şeklinde yaşayacakları acıya, doktor tavsiyesi ve hem kendi hem de bebeğin sağlığını en olumlu etkileyecek yol değişkenlerinin belirleyici faktör olduğu genel sonuçlarına ulaşılmıştır.

Cebeci'nin 2009 yılında yapmış olduğu tam aileye ve tek ebeveyne sahip ailelerden gelen 7-12 yaşları arasındaki çocukların bağlanma stilleri ve kaygı durumları arasındaki ilişki ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu araştırma ile anne babası boşanmış 7-12 yaşları arasındaki çocuklar ile aynı yaştaki anne babası boşanmamış çocukların bağlanma stilleri ile kaygı durumları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırmanın bir diğer amacı ise; konu ile ilişkili olduğu düşünülen cinsiyet, yaş, annenin eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerin çocukların bağlanma durumları ve kaygı düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmada veri toplamak amacı ile çocukların sosyodemografik özelliklerini belirleyen "Bireyi Tanıma Çizelgesi", bağıllık stillerini ölçmek için "Bağıllık Stili Anket Formu", kaygı durumlarını ölçmek için de "Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri" kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini 7-12

yaş arasındaki tek ebeveyne sahip 20 erkek ve 22 kız, tam aileye sahip 24 erkek ve 34 kız olmak üzere toplam da ilköğretim çağında 100 çocuktan oluşmaktadır. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde; tek ebeveyne sahip çocukların durumluk kaygı düzeyleri arttıkça güvenli bağlanmaları azalmakta veya güvenli bağlanmaları arttıkça kaygı düzeyleri azalması negatif yönde bir korelasyonun varlığını göstermektedir. Diğer taraftan tek ebeveyne sahip çocukların durumluk ve kaygı düzeyleri puanları aile bireylerinin tamamı olan çocuklara göre yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca erkek çocuklarının güvenli bağlanmaları kız çocuklarına göre daha yüksektir. 10-12 yaş grubu çocukları kaygı düzeyleri 7-9 yaş grubundaki çocuklarınkine göre yüksek çıkmıştır. Anne eğitim düzeyi çocukların güvenli bağlanmalarını eğitim düzeyi arttıkça artacak biçimde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Benzer bir bulgu olarak 2-6 yaş grubunda bakıcısı annenin kendisi olan çocukların güvenli bağlanmaları bakıcısı annesinden başka bir kişi olan çocuklara göre düşük olduğu bulgusu karşımıza çıkmaktadır. Aile sosyo-ekonomik düzeyi ile bağlanma stilleri arasında bir ilişki bulunamazken, sosyoekonomik düzeyleri düşük ailelerin çocukların kaygı ortalamaları sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan aile çocuklarına göre düşük çıkmıştır.

Çakır Koçak'ın 2007 yılında yapmış olduğu İlk kez anne-baba olacaklara antenatal dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisi başlıklı araştırmanın amacı doğrudan araştırma başlığında verilmiştir. Araştırma görüşmeye dayalı sorulardan oluşan bir tip mülakat yöntemiyle nitel olarak verileri elde edilmiştir. Araştırmanın çalışma grubu 2006 yılı mayıs ve ekim aylarını da kapsayacak biçimde 6 aylık bir periyotta İzmir İli Bornova İlçesi Evka-4 Sağlık Ocağı ilk kez anne ve baba olacak 25 ve 35 yaşları arasındaki 30 anne ve babadan oluşmaktadır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olarak onayları alınarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Anne ve Baba Adayı Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri araçlarından oluşmaktadır. Veri toplama süreci araştırmacı tarafından ez ziyaretleri şeklinde gerçekleştirilmiştir. Belirlenen görüşme gününde bireylere, eğitim öncesinde tüm formlar uygulanmış ve sonrasında "Anne-Baba Adayı Eğitim Kitapçığı" ve "Anne-Baba Adaylarına Yönelik Gebelik Danışmanlığı İçin Resimli Rehber" ile eğitim verilmiştir. Bu görüşme sonunda, eğitimin kaygı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" bir kez daha uygulamaya koyulmuştur.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, eğitimden sonra anne adaylarının durumluk kaygıları eğitim vermeden önceye göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermiştir. Ancak, anne adaylarının sürekli kaygı düzeyleri azalma göstermemiştir. Diğer bir ifadeyle eğitim durumluk kaygıyı çözerken sürekli kaygılarını azaltmada fonksiyon gösterememiştir. Genel olarak, ilk defa baba ve anne olacak kişilere antenatal dönemde verilen eğitim doğum öncesi gerek durum gerekse sürekli kaygılarını belirli düzeylerde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Dönmez, Yeniel ve Kavlak'ın 2014 yılında yapmış olduğu vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması başlıklı araştırmada doğum yöntemine göre antepartum ve postpartum dönemde kaygı düzeyinin annelerin nelerle karşılaştığı ve bu dönemlerin karşılaştırılması amacını güden durum ortaya koyucu bir araştırmadır. Araştırma örneklemini 2012 yılının ocak ve mart toplamda 3 ayı kapsayan zaman diliminde Ege Üniversitesi Hastanesi doğumunu normal veya sezaryen gerçekleştiren 200 anneden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri demografik ve doğumla ilgili bilgileri barındıran anket formu ve Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeğinden oluşmaktadır. Veri toplama aracı ile toplanan verilerin analizi yüzdeler, t testi, ki-kare ve korelasyon istatistik tekniklerle çözümlenmiştir. Normal doğum yapan annelerin %45'i 24 ile 29 yaşlarında, doğumunu sezaryen gerçekleştirenlerin %39'u 30 ile 35 yaşlarında olduğu tespit edilmiştir. Araştırma örnekleminde yer alan annelerin yarısı normal doğum yarısı ise sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Annelerin doğum yöntemine göre kaygı puan ortalamaları normal ve sezaryen doğum yapanlarda antepartum dönemde yüksek kaygı, ancak postpartum dönemde kaygı puanlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir bulgu ise, seçilen doğum yöntem ile antepartum ve postpartum dönemlerde yaşanan kaygının farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın en genel olarak, antepartum dönemde kaygının her iki grupta da postpartum dönemdeki kaygıdan daha yüksek olduğu ve normal doğum ile sezaryen doğum yapan annelerin kaygı düzeylerinin birbirine çok benzediği sonucuna ulaşılmıştır.

Duran ve Atan'ın 2011 yılında yapmış olduğu Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi başlıklı araştırmanın amacı kadınların seçmiş oldukları doğum yöntemine karşı geliştirdikleri inanç, tutum, duygularını

belirlemektir. Araştırmanın örneklemini 2011 yılındaki 9 aylık bir zaman diliminde Isparta’da bir hastanede doğal veya sezaryen biçiminde doğum yapan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 38 anneden oluşmaktadır. Araştırmanın nitel yönetime dayalı yapılandırılarak mülakat yoluyla görüşme gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında kadınların bazıları doğal yollarla gerçekleşen doğuma karşı olumlu tutum ve duyguda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda doğal yıllarla olan normal doğumla annelik duygularının oluşarak gelişeceği, kişinin kendisini iyi hissedeceğini ve bazı doğuma dayalı hastalıklardan aranılacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Daha düşük frekansta ise normal doğuma karşı olumsuz tutum geliştiren annelerin olduğunu sonucuna da ulaşılmıştır.

Kaplan, Bahar ve Sertbaş’ın 2007 yılında yapmış olduğu Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi başlıklı araştırmada annelerin kaygı düzeylerinin kaygıyı ve doğurganlığı etkileyebilecek bazı değişkenlerle ilişkisi ve durumluk kaygı düzeyini bu değişkenler çerçevesinde belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Gaziantep bulunan bir hastaneye başvuran 117 anne adayını oluşturmaktadır. Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından geliştirilen anne adayları demografik özelliklerin toplandığı görüşme formu ve durumluk kaygı envanteri yoluyla toplanmıştır. Araştırma bulguları ışığında, doğum öncesi kaygı ile doğum sonrası kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gelir durumu, gebelik sayısı, bilgi alma, gebeliği isteme ve destek kişinin bulunma durumu değişkenleri ile doğum öncesi kaygı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olduğu ulaşılan bir diğer sonuçtur.

Karabulut’un 2014 yılında yapmış olduğu Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi başlıklı araştırma ise gebelik ve doğum sonrası dönem psikiyatrik sorunların görülebilmesi açısından riskli dönemler olduğu ve ortaya çıkabilecek bazı sorunların önleyici çalışmaların yapılması ile riskin azalacağı yönüne vurgu yapması dikkati çekmektedir. Araştırmanın amacı gebelikte doğum kaygısının postpartum depresyonla ilişkisini incelemektir. İki aşamada yürütülen araştırmanın ilk adımında İstanbul Gaziosmanpaşa Asya Tıp Merkezi Kadın Doğum Polikliniği’ne başvuran 211 kadının doğumla ilgili kaygı özellikleri Wijma Doğum Beklentisi

Deneyimi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Gebelerin %10'unun klinik olarak anlamlı düzeyde doğum kaygısı taşıdıkları belirlenmiştir. Bu kaygı ile gebelik haftası ve gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, 10 gebeden 1'inin anlamlı doğum kaygısı olduğunu ve gebeliğin başlı başına bir stres faktörü olduğunu göstermiştir. İkinci aşamada, araştırmanın ilk aşamasına katılan kadınlardan doğum yapan 77'si doğumdan en az 4 hafta sonra Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Doğum korkusu şiddeti ile postpartum depresyon belirtileri şiddeti arasında küçük kuvvette ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bireysel ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, aşk evliliği yapanlar, gebelik sırasında gebelikle ilişkili düşük memnuniyet, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi, doğumla ilgili endişe düzeyi, doğum sonrası kendine zaman ayıramayacağı ve eşiyle ilişkisinin eskisi gibi olamayacağı korkusu, doğum sonrası annelik rolüne uyum sağlayamama postpartum depresyonla anlamlı ilişki gösteren faktörlerdir. Normal doğum yapanlar zorunlu olarak sezaryen geçirenlerle oranla daha fazla depresyon belirtisi gösterse de aradaki fark küçük ve istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular postpartum depresyonu belirleyen çok sayıda faktör olduğunu ortaya koymasının yanında gebelikte doğum korkusunun postpartum depresyonda var olan anlamlı ilişki, gebelik süresince sağlanacak psikolojik yardımın bazı kadınlarda postpartum depresyonu engelleyebileceğini sonucu öneri niteliği taşımaktadır.

Karaman'ın 2009 yılında yapmış olduğu Sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri başlıklı araştırmanın amacı, sağlık ile ilgili lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygılarının çeşitli bileşenler açısından belirlenmektir. Çalışma 2008 yılında öğrenim göre 372 son sınıf öğrencisinden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu ve Halil Bayraktar Sağlık Meslek Yüksek Okulu oluşmaktadır. Araştırmanın verileri Durumluk ve Sürekli Kaygı Anketi ile kaygı düzeyini etkileyebileceği düşünülen ve yirmidört sorudan oluşan kişisel bilgilerin edinildiği anketi yoluyla toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare, t-testi ve varyans analizi teknikleri kullanılmıştır. Araştırma örnekleminde yer alan öğrencilerin %58.3'ü üniversiteye girmeden önce bölümle ilgili herhangi bir danışma hizmeti almayarak bölümü kazanmış, %70.7'si öğrenim görmekte olduğu bölümü gelecek hayatında çok daha kolay iş bulabileceğini

düşünerek tercihte bulunmuştur. Öğrencilerin %50.3'ü ise bulundukları bölümden başka bir programda öğrenimlerine devam etmektedirler ve son olarak ise yarısı gelecekte iş bulmalarının mümkün olmayacağı kaygısını taşımaktadır. Araştırmada yer alan öğrencilerin ölçme araçlarına verdikleri cevaplar irdelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalaması 38 ile 10, sürekli kaygı puan ortalamaları 43 ile 8 aralığında yer aldığı görülmektedir. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin duruma göre gösterdikleri kaygıları tıp fakültesinde öğrenimine devam eden öğrencilere oranla daha düşük olduğu, sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinden kız olanların ileride iş bulamayacaklarını düşünenlerin sürekli kaygı düzeyleri, düşük başarıya sahip, akran ve ebeveyn ilişkilerinde zayıf olan öğrencilerin ise hem durum hem de sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık ile ilgili lisans eğitimini alan öğrencilerin kaygı durumları cinsiyetleri, gelecekte iş bulma durumu, istenilmeyen bölümde bulunma, okul başarısı ve çevre iletişimleri değişkenlerine göre etkilendiği bulunmuştur.

Kuğu ve Akyüz'ün 2001 yılında yapmış olduğu Gebelikte ruhsal durum başlıklı araştırmasında biyoloji, psikoloji, evlilik, aile ve toplumsal rollerini kadınlar açısından gebelik bağlamında önemli olduğu vurgusunu yapmaktadırlar. Araştırma literatür araştırmasına dayalı olarak kadının gebelik sürecinde bazı değişkenlere göre ruh halini ortaya koymaya çalışmaktadır. Araştırmada anne adayının hamilelik sürecinde psikolojisi ve ötesinde psikiyatrik bozukluklarını alanyazın taramasına balı kalarak ortaya konmuştur. Öncelikle hamileliğin kadın hayatında önemli olay ve basamaklardan birisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu önemli görülen olayın kuşkusuz fizyolojik, biyolojik ve psikolojik bazı değişimleri beraberinde getirdiği söylenebilir. Hamilelik sürecinde yapılan en önemli hatalardan birisi anne adayının çevresi ve hatta sağlık personelinin gebeliğin daha çok biyolojik boyutuyla ilgilenirken durumun psikolojik boyutunun dikkate almaması ve düşünülmemesi hususudur. Bu durumun nedenleri başında kişilerin gebeliğin bir süreç olduğunun ve bu süreç değişkenlerinin neler olabileceği hakkında yeterince görüş ve bilgilerinin olmadığı gelmektedir. Ayrıca bu bilgi eksikliği anne adaylarında da görülmektedir. Bu açıdan hamilelik sürecinde anne adayını ve taraflarını bilgilendirici eğitimlerin, broşürlerin, tanıtıcı filmlerin tasarlanması kişilerin farkındalık düzeyini ve konu ile ilgili bilinç düzeyini arttıracaktır. Bu bilgilendirmenin eğitim yoluyla olması ancak sağlık personelinin

gebelik sürecine çeşitli yönleriyle hakim olması ve kişileri bilgilendirmesiyle de olabilmektedir. Böylece anne adaylarının ve yakınlarının gebelik ile ilgili stres, korku ve kaygıları azalmanın yanında gebeliğe psikolojik uyum artabilir. Dolayısıyla sağlık personelinin gebelik ile ilgili psikolojik bilgisinin artırılması, bu süreçte doğacak bir çok psikolojik problemlerin erken tanınması, önüne geçilmesi, yerinde ve zamanında müdahale edilerek tedavisinin mümkün olmasını kolaylaştırabilmektedir.

Özdamar, Yılmaz, Beyca ve Muhcu 2014 yılında yapmış olduğu Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar başlıklı araştırmada anne adaylarının doğum sürecinde psikiyatrik rahatsızlıklarının ortaya çıkma durumu kadınların diğer dönemlerine oranla daha fazla olduğu vurgusu yapılmaktadır. Araştırmanın amacı literatür taraması yaparak gebelik ve postpartum dönemde yaşanabilecek psikolojik vakaları, durumları çeşitli değişkenler açısından irdeleyerek ortaya koymaktır. Hamilelik ve postpartum dönemde hastalık sıklığından çok var olan psikolojik travmanın yoğunluğunun derinleştiği söylenebilir. Diğer bir ifadeyle gebeliğin yaşandığı dönem anksiyete, depresyon, yemek yemede düzensizlik gibi psikiyatrik hastalık durumlarına yatkın olmanın arttığı bir zaman dilimi olabilmektedir. Bunların yanında gebelikte somatik yakınma, depresyon durumlarının nedenlerini hekimler fiziksel ve hormonlarla alakalı değişikliğe bağlayabilmekte ve teşhis koyma sorunu yaşanmaktadır. Daha önceden psikolojik rahatsızlık öyküsü bulunan hamile veya postpartum dönemde tekrar alevlenmesi mümkündür. Ayrıca bu dönemlerde psikiyatrik bozuklukların bazılarının tedavileri değişebilmektedir. İlaç dozlarının değiştirilmesi ortaya çıkabilmektedir. Tedavisi yapılmayan ya da dikkat edilmeyen annenin hem çocukla hem de çevresiyle iletişiminin bozulması ile sonuçlanmaktadır. Bu konuda duyarlılığın artırılması da bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yüksel'in 2014 yılında; Kaygı belirtilerini açıklamada bağlanma, pozitif ve negatif duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi bütünleyici model arayışı başlıklı araştırmada, başlıkta yer alan değişkenler bazında model oluşturmaya amaçlamaktadır. Öncelikle Pozitif Duygulara Verilen Tepkiler Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Hacettepe ve Koç Üniversitesi'ne devam eden toplamda 232 öğrenciden

oluşturmaktadır. Geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda "kendine-odaklı pozitif ruminasyon", "pozitif duyguda indirim" ve "duygu odaklı pozitif ruminasyon" olmak üzere 3 bileşenli bir yapı gösterdiği doğrulanmıştır. Ana çalışmanın örneklemini ise Hacettepe Üniversitesi'ne devam eden 1026 öğrenciden oluşmuştur ve katılımcılara Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Duygu Düzenleme Süreçleri Ölçeği, Pozitif Duygulara Verilen Tepkiler Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Bahsi geçen ölçeklerin uygulanması sonucunda elde edilen verilerle kurulan model testi sonucu ise güvenli bağlanma değerindeki artış: pozitif duyguyu arttırırken negatif duyguyu azalttığı aynı zamanda yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, güvensiz bağlanma değerindeki yükselme belirsizliğe tahammülsüzlük ve sürekli kaygı düzeylerindeki artışı da yordamaktadır. Duygu düzenleme becerileri bakımından ise tüm değişkenlerin yordandığı her bir duygu durumunda düzenleme ihtiyacı sonucunda ortaya çıktığını düşündürmektedir. Pozitif duyguda indirim değişkenindeki artış ise hem belirsizliğe tahammülsüzlük hem de kaygı düzeyinde artışı yordamaktadır.

4. YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Yapılan araştırma kapsamında vajinal ve sezaryen doğum yapan hastaların antepartum ve postpartum dönemlerindeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen faktörler ve bu iki kaygı türü arasındaki ilişkiler inceleneceğinden dolayı araştırmanın deseni nedensel karşılaştırmadır. Bu araştırma türünde aynı duruma maruz kalan ve farklı düzeyde etkilenen gruplar arasında karşılaştırma yapılır. Nedensel araştırmalar durum öncesi ve durum sonrası belirlenen değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılır ve katılımcılar üzerinde herhangi bir deneysel işlem ve manipülasyon yapılmaz (Büyüköztürk vd., 2014).

4.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Kırşehir ilinde 2017 yılı içinde doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Örneklem ise Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesine doğum yapmak için gelen 2733 hastadan oluşmaktadır. Çalışma evrenini temsil edebilecek örneklem sayısı %92 güven aralığı ve 0.08 hata miktarı göz önünde bulundurularak 115 anne adayını belirlemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 117 anne adayını örneklemi oluşturmuştur. Kolaylıkla bulunabilen örnekleme, bir bölge söz konusu değilse, yakın çevrede bulunan ve ulaşılması kolay, elde mevcut ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler üzerinde yapılan örneklemedir (Erkuş, 2013, s. 122). Bu bağlamda belirlenen örneklem sayısının çalışma evrenini temsil edebilecek sayıda olduğu görülmektedir.

4.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılan 117 anne adayının Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger (1966) tarafından geliştirilen Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe'ye uyarlanan durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ve katılımcılara ait demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Spielberger'in durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli kaygı ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4)

Hemen her zaman şeklindedir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) ters madde varken, sürekli kaygı ölçeğinde yedi tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) ters madde mevcuttur. Her iki ölçekten de elde edilen puanlar 20 ila 80 arasında değişmektedir. Büyük puan kaygının yüksek olduğunu gösterirken, düşük puan ise düşük kaygıya işaret eder. Genel olarak ölçeklerde 36'nın altında puan alanlarda düşük düzeyde kaygı, 37- 42 puan arasında orta düzeyde kaygı ve 42 ve üzerinde puan alanlarda yüksek kaygı bulunduğu kabul edilmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

4.4. İŞLEM VE VERİ ANALİZİ

Yapılan araştırma ile doğum yapmak için hastaneye gelen anne adaylarının doğumdan önce ve doğumdan sonraki sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişkiler belirlenecektir. Bu amaçla araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere doğumdan önce ve doğumdan sonra Spielberg' in Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma kapsamında yer alan 117 katılımcıdan her birine Antepartum ve Postpartum dönemde Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçekleri uygulanarak elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Her bir katılımcı için Doğum Öncesi Durumluk Kaygı (DÖDK), Doğum Sonrası Durumluk Kaygı (DSDK), Doğum Öncesi Sürekli Kaygı (DÖSK) ve Doğum Sonrası Sürekli Kaygı (DSSK) için toplam puanlar hesaplanmıştır. Hesaplanan bu puanların dağılımını belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Buna göre, elde edilen dört puan türünün de çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında değişmektedir. Elde edilen bu sonuçlar dağılımın normal olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilere ait dağılımlar normallik varsayımını sağladığından dolayı, yapılmış olan analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bu kapsamda, antepartum ve postpartum dönemin karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerde, ilişkili örneklem için t-testi kullanılmışken, her iki ölçek için demografik değişkenler bazında yapılan karşılaştırmalarda ilişkisiz örneklem t-testi kullanılmıştır. Bunlara ek olarak her iki ölçekten elde edilen puanların arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı içinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

Yapılan araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların güvenilirliğine ait sonuçlar Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Ölçeklerden elde edilen puanların güvenilirliğine ilişkin sonuçlar

Ölçek	N	Cronbach Alpha (α)	
		Antepartum Dönem	Postpartum Dönem
Durumluk Kaygı Ölçeği	20	0.94	0.92
Sürekli Kaygı Ölçeği	20	0.87	0.88

Tablo 4’ de görüldüğü üzere, doğum öncesi ve doğum sonrası durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden elde edilen puanlara ait Cronbach Alpha (α) güvenilirlik katsayısı değerleri 0.87 ile 0.94 arasında değişmektedir. Elde edilen bu değerler ölçeklerden elde edilen puanların iyi düzeyde güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

5. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, örneklem grubunun demografik özelliklerine ait sonuçlar ve araştırma kapsamında incelenen değişkenlerle ilgili toplanan verilere ilişkin yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan 117 anne adayının demografik özelliklerine ait dağılım aşağıda Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Örneklem grubunun demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımları

Değişkenler	f	%
Medeni Durum	Evli	115
	Bekâr	2
Yaş	18-23	24
	24-29	55
	30 ve üzeri	38
Eğitim Durumu	İlköğretim	41
	Lise ve üstü	76
Gelir Durumu	Gelir giderden az	17
	Gelir gidere denk	80
	Gelir giderden fazla	20
Çalışma Durumu	Kamu	3
	Özel Sektör	8
	Çalışmıyor	106
TOPLAM		117
		100,0

Tablo 5’de verilen bilgilere göre, araştırma kapsamındaki kadınlardan 115’i (%98,3) evli iken, 2 (%1,7) tanesi bekârdır. 18-23 yaş arasında olan katılımcıların sayısı 24 (%20,5) iken, 24-29 yaş aralığında olanların sayısı 55 (%47) ve yaşı 30 ve üzerinde olan katılımcıların sayısı ise 38’dir (%32,5). Eğitim durumu dikkate alındığında, araştırma kapsamındaki kadınların 41’i (%35) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip iken, 76’sı (%65) ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların gelir durumlarına ait bulgulara göre, geliri giderinden az olanların sayısı 17 (%15,0) iken, geliri giderine denk olan katılımcıların sayısı 80 (%68,0) ve geliri giderinden fazla olan kadınların sayısı da 20’dir (%17,0). Çalışma durumu dikkate alındığında,

araştırma kapsamındaki kadınların 3'ü (%2,6) kamuda ve 8'i (%6,8) özel sektörde çalışmakta iken, 106 (%90,6) katılımcı herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 6. Örneklem grubunun obstetrik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımları

Değişkenler		f	%
Sigara kullanma durumu	Evet	15	12,8
	Hayır	102	87,2
Gebelik durumu	Birinci gebelik	44	37,6
	İki ve üzeri gebelik	73	62,4
Gebeliğin planlı olup-olmama durumu	Evet	92	78,6
	Hayır	25	21,4
Bir önceki doğum yöntemi	Vajinal Doğum	48	41,0
	Sezaryen	26	22,2
	Kayıp veri	43	36,8
Önceki doğumun zor olma durumu	Evet	43	36,8
	Hayır	30	25,6
	Kayıp veri	44	37,6
Doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu	Evet	81	69,2
	Hayır	36	30,8
Doğum korkusu yaşama durumu	Evet	94	80,3
	Hayır	23	19,7
Kendisi ve bebeği için sağlık endişesi taşıma durumu	Evet	75	64,1
	Hayır	42	35,9
Şu an için gergin olma durumu	Evet	79	67,5
	Hayır	38	32,5
Şuan ki doğum şekli	Normal	81	69,2
	Sezaryen	36	30,8
TOPLAM		117	100,0

Tablo 6'da örneklem grubunun obstetrik özelliklerine ait dağılımlar verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, araştırma kapsamındaki kadınlardan 15'i (%12,8) sigara

kullanmakta iken, 102'si (%87,2) sigara kullanmamaktadır. Bu katılımcıların 44'ü (%37,6) ilk gebeliklerini yaşamakta iken, 73'ü (%62,4) ikinci ve üstü gebeliklerini yaşamaktadırlar. Gebeliklerin planlı olup olmama durumu dikkate alındığında, katılımcılardan 92'si (%78,6) gebeliklerinin planlı olduğunu, 25'i (%21,4) gebeliklerinin planlı olmadığını belirtmişlerdir. İkinci ve üstü gebelik dönemlerinde olan kadınlardan 48'i (%41,0) bir önceki gebeliklerinin vajinal olduğunu belirtmişken 26'sı ise (%22,2) sezaryen doğum gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Bu kadınlardan bir önceki doğumlarının zor olduğunu belirtenlerin sayısı 43 (%36,8) iken, bir önceki doğumlarının kolay olduğunu belirten kadın sayısı 30'dur (%25,6). Araştırma kapsamındaki katılımcıların doğum hakkındaki bilgi düzeyleri dikkate alındığında, 81 (%69,2) katılımcı doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu, 36'sı (%30,8) yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmektedir. Doğum korkusu yaşayan kadınların sayısı 94 (%80,3) iken, doğum korkusu yaşamayan kadınların sayısı ise 23'tür (%19,7). Katılımcıların 75'i (%64,1) kendisi ve bebeği için endişeli iken, 42 (%35,9) katılımcı kendisi ve bebeği için herhangi bir endişe taşımamaktadır. Araştırma kapsamındaki kadınların doğum öncesinde gergin olma durumları dikkate alındığında, 79 (%67,5) kadın gergin olduğunu belirtmişken, 38 (%32,5) kadın ise gergin olmadığını belirtmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, katılımcılardan 81'i (%69,2) normal doğum gerçekleştirmiş iken, 36'sı (%30,8) ise sezaryen ile doğum gerçekleştirmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların DÖDK puanları ile DSDK puanlarının karşılaştırılmasına ait ilişkili örneklem t-testi sonucu.

Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Antepartum Dönem	117	52.58	116	10.66	0.00
Postpartum Dönem	117	38.29			

Araştırma kapsamında katılımcıların Antepartum ve Postpartum durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 7'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, antepartum dönemde katılımcıların durumluk kaygı puanı ortalaması ($\bar{X}$ =52.58), postpartum dönemdeki puanlarından ($\bar{X}$ =38.29) daha yüksektir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00<0.05$).

Tablo 8. Katılımcıların DÖSK puanları ile DSSK puanlarının karşılaştırılmasına ait ilişkili örneklem t-testi sonucu

Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Antepartum Dönem	117	44.95	116	0,50	0.62
Postpartum Dönem	117	44.70			

Tablo 8’de katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir. Buna göre, antepartum dönemde katılımcıların sürekli kaygı puanı ortalaması ($\bar{X}$ =44.95), postpartum dönemdeki puanlarından ($\bar{X}$ =44.70) daha yüksektir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.62 > 0.05$).

Tablo 9. Durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasındaki ilişkiye ait pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı

Grup	r	p
DÖDK-DÖSK	0.53	0.00*
DSDK-DSSK	0.46	0.00*

* $p<0.05$

Araştırma kapsamında antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 9’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, antepartum dönemde, katılımcıların durumluk kaygı ile sürekli kaygı puanları arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur ($r=0.53$, $p=0.00$). Benzer şekilde postpartum dönemde de katılımcıların durumluk kaygı puanları ile sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur ($r=0.46$, $p=0.00$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yaşlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA sonuçları aşağıda Tablo 10 ve Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların yaşlarına göre antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	F	p	N	$\bar{X}$	Sd	F	p
18-23	24	55.95	2	1,55	0.22	24	38.37	2	1.77	0.18
24-29	55	52.24				55	37.72			
30 ve üzeri	38	50.74				38	42.16			
Toplam	117	52.51				117	39.29			

Tablo 10’da görüldüğü üzere, antepartum dönemde, durumluk kaygı puan ortalamaları sırasıyla en yüksek 18-23 yaş arası ($\bar{X}$ =55.95), 24-29 yaş arası ($\bar{X}$ =52,24) ve 30 ve üzeri yaş aralığındadır ($\bar{X}$ =50.74). Yaş ilerledikçe kaygı düzeyleri düşmektedir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.22 > 0.05$). Postpartum dönemde ise yaş ilerledikçe kaygı puanları artmıştır. Buna göre, en yüksek kaygı puanları; 30 ve üzeri yaş aralığında ($\bar{X}$ =42.16), 18-23 yaş arası ($\bar{X}$ =38.37) ve 24-29 yaş arası ($\bar{X}$ =37.72) şeklinde sıralanmıştır. Ancak farklı yaş düzeylerinde bulunan bu bireylerin durumluk kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.18 > 0.05$).

Tablo 11. Katılımcıların yaşlarına göre antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	F	p	N	$\bar{X}$	Sd	F	p
18-23	24	44.79	2	1.89	0.16	24	42.71	2	2.20	0.11
24-29	55	43.39				55	43.96			
30 ve üzeri	38	47.05				38	47.08			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 11’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde, sürekli kaygı puan ortalamaları sırasıyla 30 yaş ve üstü ($\bar{X}$ =47.05), 18-23 yaş arası ($\bar{X}$ =44.79) ve 24-29 yaş arası ($\bar{X}$ =43.39) yaş aralığındadır Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.16 > 0.05$). Postpartum dönemde ise yaş ilerledikçe kaygı puanları

artmıştır. Buna göre, en yüksek kaygı puanları; 30 ve üzeri yaş aralığında ($\bar{X} = 47.08$), 24-29 yaş arası ($\bar{X} = 43.96$) ve 18-23 yaş arası ($\bar{X} = 42.71$) şeklinde sıralanmıştır. Ancak farklı yaş düzeylerinde bulunan bu bireylerin sürekli kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.11 > 0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim durumlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 12 ve Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
İlköğretim	41	50.15	115	-1.61	0.11	41	35.15	115	-2.86	0.01*
Lise ve üstü	76	53.76				76	41.40			
Toplam	117	52.51				117	39.29			

* $p<0.05$

Tablo 12’de elde edilen bulgulara göre, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 53.76$), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre ($\bar{X} = 50.15$) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.11 > 0.05$). Postpartum dönemde ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 41.40$), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre ($\bar{X} = 35.15$) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01 < 0.05$).

Tablo 13. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim düzeylerine göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
İlköğretim	41	43.35	115	-1.33	0.18	41	43.44	115	-1.11	0.27
Lise ve üstü	76	45.68				76	45.35			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 13’de elde edilen bulgulara göre, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların Antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =45.68), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre ($\bar{X}$ =43.35) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.18 > 0.05$). Benzer şekilde Postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =45.35), ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre ($\bar{X}$ =43.44) daha yüksek olarak elde edilmiş olup elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.27 > 0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin gelir düzeylerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA sonuçları aşağıda Tablo 14 ve Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların gelir düzeylerine göre antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	F	p	N	$\bar{X}$	Sd	F	p
Gelir giderden az	17	54,33	2	0.22	0.80	17	37,55	2	0.15	0,87
Gelir gidere denk	80	52,55				80	39,32			
Gelir giderden fazla	20	51,00				20	40,23			
Toplam	117	52,51				117	39,29			

Tablo 14’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde, durumsal kaygı puan ortalamaları en yüksek geliri giderden az ($\bar{X}$ =54.33), geliri gidere denk ($\bar{X}$ =52.55) ve geliri giderinden fazla ($\bar{X}$ =51.00) olacak şekilde sıralanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça kaygı düzeyleri düşmektedir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.80 > 0.05$). Postpartum dönemde ise gelir düzeyi arttıkça durumluk kaygı puanları artmıştır. Buna göre, en yüksek kaygı puanları; geliri giderinden fazla ($\bar{X}$ =40,23), geliri gidere denk ($\bar{X}$ =39,32) ve geliri giderden az ($\bar{X}$ =37,55) şeklinde sıralanmıştır. Ancak farklı gelir düzeylerinde bulunan bu bireylerin durumluk kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.87 > 0.05$).

Tablo 15. Katılımcıların gelir düzeylerine göre antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait tek yönlü ANOVA sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	F	p	N	$\bar{X}$	Sd	F	p
Gelir giderden az	17	46.77				17	44.22			
Gelir giderine denk	80	44.57				80	44.66			
Gelir giderden fazla	20	45.76	2	0.36	0.73	20	45.30	2	0.04	0.96
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 15’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde, sürekli kaygı puan ortalamaları en yüksek, geliri giderden az ($\bar{X}$ =46.77), geliri giderden fazla ($\bar{X}$ =45.76) ve geliri giderine denk ($\bar{X}$ =44.57) olacak şekilde sıralanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeyleri düşmektedir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.73 > 0.05$). Postpartum dönemde ise en yüksek kaygıya sahip bireyler, geliri giderine denk olan bireyler iken ($\bar{X}$ =44.66), geliri giderinden yüksek ($\bar{X}$ =45.30) ve geliri giderinden düşük ($\bar{X}$ =44.22) bireylerin sürekli kaygı puanları bir birine oldukça yakındır. Ancak farklı gelir düzeylerinde bulunan bu bireylerin sürekli kaygı puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.96 > 0.05$).

Araştırmada, katılımcıların antepartum ve aostpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 16 ve Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Antepartum Dönem						Postpartum Dönem				
Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	15	55.64	115	1.08	0.28	15	42.07	115	0.97	0.33
Hayır	102	52.24				102	38.90			
Toplam	117	52.51				117	39.29			

Tablo 16’da elde edilen bulgulara göre, sigara içen katılımcıların antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =55.64), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X}$ =52.24) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.28 > 0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen bireylerin durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =42.07), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X}$ =38.90) daha yüksek olarak elde edilmiş olup elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.33 > 0.05$).

Tablo 17. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin sigara içme durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Antepartum Dönem						Postpartum Dönem				
Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	15	47.14	115	1.00	0.32	15	45.57	115	0.39	0.69
Hayır	102	44.57				102	44.58			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 17’de elde edilen bulgulara göre, sigara içen katılımcıların antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =47.14), sigara içmeyen katılımcılara göre ($\bar{X}$ =44.57) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.32 > 0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen bireylerin sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =45.57), sigara içmeyen

katılımcılara göre ($\bar{X}$ =44.58) daha yüksek olarak elde edilmiş olup elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.69 > 0.05$).

Araştırma kapsamında, Antepartum ve Postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin katılımcıların ilk gebelik ve iki ya da ha fazla gebelik olması durumuna göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 18 ve Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin ilk gebelik olup-olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Birinci gebelik	44	55.31	115	2.07	0.04*	44	38.22	115	-0.78	0.44
İkinci ya da üstü gebelik	73	50.80				73	39.94			
Toplam	117	52.51				117	39.29			

* $p<0.05$

Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin şuan ki gebeliklerinin kaçınıcı gebelikleri olması durumlarının göre karşılaştırılması ait bulgular Tablo 18’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ilk gebeliğini yaşayan kadınların antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =55.31), ikinci ya da üstü gebeliğini yaşayan kadınlara göre ($\bar{X}$ =50.80) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.04<0.05$). Postpartum dönemde ise her ne kadar ikinci gebelik yaşayanların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =39.94), ilk gebeliğini yaşayan katılımcılardan çok az miktarda yüksekse de ($\bar{X}$ =38.22) elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.44 > 0.05$).

Tablo 19. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin ilk gebelik olup-olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Birinci Gebelik	44	45.06	115	0.18	0.86	44	44.48	115	-0.22	0.83
İkinci Gebelik	73	44.76				73	44.85			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 19’da sürekli kaygı düzeyleri katılımcıların, gebeliklerinin ilk gebelik olup olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ilk gebeliğini yaşayan kadınların antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =45.06), ikinci ya da üstü gebeliği yaşayan kadınlara göre ($\bar{X}$ =44.76) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak, elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.86>0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de ilk gebeliklerini yaşayan kadınların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =44.48), ile ikinci gebeliğini yaşayan kadınların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =44.85) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0.83>0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğum şekillerinin vajinal/sezaryen olması durumuna göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 20 ve Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin bir önceki doğum yapma şekillerine (Vajinal/Sezaryen) göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Vajinal	48	52.06	72	0.81	0.42	48	39.02	72	-0.88	0.38
Sezaryen	26	49.85				26	41.54			
Toplam	74	51.27				74	40.49			

Tablo 20’de görüldüğü üzere, vajinal doğum yapan katılımcıların Antepartum dönemdeki durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =52.06), sezaryen doğum yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinden ($\bar{X}$ =49.85) daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.42>0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de sezaryen ile doğum yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =39.02) ile vajinal doğum yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =41.54) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0.38>0.05$).

Tablo 21. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğum yapma şekillerine (Vajinal/Sezaryen) göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Vajinal	48	44.95	72	-0.34	0.74	48	44.11	72	-1.38	0.17
Sezaryen	26	45.61				26	47.04			
Toplam	74	45.19				74	45.17			

Tablo 21’de görüldüğü üzere, sezaryen doğum yapan katılımcıların antepartum dönemdeki sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =45.61), vajinal doğum yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinden ($\bar{X}$ =44.95) daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.74>0.05$). Benzer şekilde Postpartum dönemde de sezaryen ile doğum yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =47.04), vajinal

doğum yapan katılımcılardan ($\bar{X}$ =44.11) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.17>0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğumlarının zor olma durumuna göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 22 ve Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin bir önceki doğumlarının zor olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	43	54.14	71	2.84	0.00*	43	39.21	71	-0.59	0.55
Hayır	30	46.93				30	40.90			
Toplam	73	51.14				73	39.90			

* $p<0.05$

Tablo 22’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde bir önceki doğumlarının zor olduğunu belirten katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =54.14), bir önceki doğumlarının zor olmadığını belirten katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinden ($\bar{X}$ =46.93) daha yüksektir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00<0.05$). Postpartum dönemde ise doğumlarının zor olduğunu belirten katılımcılar ($\bar{X}$ =39.21) ile zor olmadığını belirten katılımcıların ($\bar{X}$ =40.90) durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0.55>0.05$).

Tablo 23. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğumlarının zor olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	43	46.33	71	1.49	0.14	43	45.83	71	0.82	0.42
Hayır	30	43.53				30	44.10			
Toplam	73	45.16				73	45.12			

Tablo 23’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde bir önceki doğumlarının zor olduğunu belirten katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}=46.33$), bir önceki doğumlarının zor olmadığını belirten katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinden ($\bar{X}=43.55$) daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.14>0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de doğumlarının zor olduğunu belirten katılımcılar ($\bar{X}=45.83$) ile zor olmadığını belirten katılımcıların ($\bar{X}=44.10$) sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.42>0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 24 ve Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	81	50.62	115	-2.70	0.00*	81	39.01	115	-0.38	0.71
Hayır	36	56.72				36	39.89			
Toplam	117	52.51				117	38.29			

* $p<0.05$

Tablo 24’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =50.62), doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan katılımcılardan ($\bar{X}$ =56.72) daha düşüktür. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00<0.05$). Postpartum dönemde de doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten katılımcılar ($\bar{X}$ =39.01) ile doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirten katılımcıların ($\bar{X}$ =39.89) durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.71>0.05$).

Tablo 25. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	81	44.08	115	-1.42	0.16	81	43.58	115	-2.05	0.04*
Hayır	36	46.63				36	47.17			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

* $p<0.05$

Tablo 25’de görüldüğü üzere, antepartum dönemde doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =44.88), doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan katılımcılardan ($\bar{X}$ =46.63) daha düşüktür. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.16>0.05$). Postpartum dönemde ise doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =43.58), doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirten katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinden ($\bar{X}$ =47.17) daha düşüktür. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.04<0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin doğum korkusu yaşama durumlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 26 ve Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin doğum korkusu yaşama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	94	54.81	115	4.69	0.00*	94	40.01	115	1.36	0.18
Hayır	23	43.21				23	36.39			
Toplam	117	52.51				117	39.29			

* p<0.05

Tablo 26’da elde edilen bulgulara göre, antepartum dönemde doğum korkusu yaşayan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =54.81), doğum korkusu yaşamayan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinden ($\bar{X}$ =43.21) anlamlı bir şekilde daha yüksektir (p=0.00<0.05). Postpartum dönemde ise doğum kaygısı yaşamış katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =40.01) ile doğum kaygısı yaşamamış katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =36.39) arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0.18>0.05).

Tablo 27. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin doğum korkusu yaşama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	94	44.59	115	-0.69	0.49	94	44.18	115	-1.27	0.21
Hayır	23	46.04				23	46.78			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 27’de elde edilen bulgulara göre, antepartum dönemde doğum korkusu yaşayan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =44.59), doğum korkusu yaşamayan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =46.04) arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0.49>0.05). Benzer şekilde postpartum dönemde de doğum kaygısı yaşamış katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =44.18) ile doğum kaygısı yaşamamış

katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 46.78$) arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.21>0.05$).

Araştırma kapsamında, katılımcıların antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin doğum öncesi gergin olma durumlarına göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 28 ve Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin doğum öncesi gergin olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	79	56.50	115	6.26	0.00*	79	41.03	115	2.41	0.02*
Hayır	38	44.34				38	35.62			
Toplam	117	52.51				117	39.29			

* $p<0.05$

Tablo 28’de görüldüğü üzere, doğum öncesi gergin olan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 56.50$) doğum öncesi gergin olmayan katılımcılardan ($\bar{X} = 44.34$) daha yüksektir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00<0.05$). Elde edilen bu bulgulara benzer şekilde postpartum dönemde de doğum öncesi gergin olan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 41.03$), doğum öncesi gergin olmayan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinden ($\bar{X} = 35.62$) anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0.02<0.05$).

Tablo 29. Katılımcıların antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin doğum öncesi gergin olma durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Evet	79	46.07	115	2.09	0.04*	79	45.50	115	1.41	0.16
Hayır	38	42.42				38	43.03			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

* p<0.05

Tablo 29’da görüldüğü üzere, doğum öncesi gergin olan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =46.07) doğum öncesi gergin olmayan katılımcılardan ($\bar{X}$ =42.42) daha yüksektir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.04<0.05). Postpartum dönemde ise doğum öncesi gergin olan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =45.50) ile doğum öncesi gergin olmayan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X}$ =43.03) arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (p=0.16>0.05).

Araştırma kapsamında, katılımcıların şuan ki doğum şekillerine göre antepartum ve postpartum dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları aşağıda Tablo 30 ve Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların şuan ki doğum şekillerine göre antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Normal	81	52.91	115	0.55	0.59	81	38.94	115	-0.48	0.63
Sezaryen	36	51.64				36	40.06			
Toplam	117	52.51				115	38.29			

Tablo 30’da görüldüğü üzere antepartum dönemde şuan ki doğumunu normal olarak yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 52.91$) ile şuan ki doğumunu sezaryen olarak yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri arasında ($\bar{X} = 51.64$) anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.59>0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de şuan ki doğumları normal olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ile şuan ki doğumları sezaryen olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.63>0.05$).

Tablo 31. Katılımcıların şuan ki doğum şekillerine göre antepartum ve postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Normal	81	45.13	115	-0.44	0.66	81	44.24	115	-0.86	0.41
Sezaryen	36	44.33				36	45.72			
Toplam	117	44.88				117	44.70			

Tablo 31’de görüldüğü üzere antepartum dönemde şuan ki doğumunu normal olarak yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 45.13$) ile şuan ki doğumunu sezaryen olarak yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri arasında ($\bar{X} = 44.33$) anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.66>0.05$). Benzer şekilde postpartum dönemde de şuan ki doğumları normal olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 44.24$) ile şuan ki doğumları sezaryen olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ($\bar{X} = 45.72$) arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.41>0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırmada, vajinal ve sezaryen doğum yapan gebelerde antepartum ve postpartum dönemlerdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu bölümde elde edilen bulguların sonuçları maddeler halinde belirtilerek aynı sonuçlar konuyla ilgili yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır:

1. Araştırmanın örneklem grubunun kadınlardan 15'i (%12,8) sigara kullanmakta, 44'ü (%37,6) ilk gebeliklerini yaşamakta ve bu gebeliklerin 92'si (%78,6) planlı olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlardan 48'u (%41,0) bir önceki doğumlarının vajinal olduğunu belirtmişken bu kadınlardan bir önceki doğumlarının zor olduğunu belirtenlerin sayısı 43 (%36,8) olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Dikkati çeken diğer bir sonuç ise kadınların yarısından fazlasının (81 kadın, %69,2) doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğudur. Ayrıca kadınların büyük bir çoğunluğu ise (94 kadın, %80,3) doğum korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu korkunun nedeni ise (75 kadın, %64,1) kendisi ve bebeği için endişeli duymalarına bağlamaktadırlar. Benzer bir sonuç olarak ise yine kadınların yarısından fazlasının doğum öncesinde gergin olduklarını (79 kadın, %67,5) belirtmişlerdir. Dikkati çeken bir diğer obstetrik özelliklerine bağlı sonuç kadınların yarısından fazlası (81 kadın, %69,2) normal doğum gerçekleştirmeyi tercih etmişlerdir. Araştırmanın genel değişkenleri alan yazın taraması sonucunda diğer araştırmaların değişkenleriyle yakından ilişkilidir. (Arslan, Gürkan, Ekşi, ve diğerlerinin, 2006; Cebeci, 2009; Dönmez, Yeniel ve Kavlak, 2014; Kaplan, Bahar ve Sertbaş, 2007; Karaman, 2009; Yüksel 2014). Araştırmada kullanılan yaş, eğitim seviyesi, sigara içip içmeme, annenin doğrudan korku ya da diğer duygusal ifadeleri ile ölçekten alınan kaygı durumlarının karşılaştırılması literatür taramasının ardından belirlenmiş ve bu araştırmanın sonuçlarına, annelerin kaygı durumlarına etki eden faktörler olarak test edilerek derinlemesine irdelenmiştir. Burada bundan sonraki yapılabilecek araştırma ve araştırmacılara araştırma modeli değiştirilerek nicel yerine nitel veya karma modelde araştırmalarla kaygı probleminin derinlemesine araştırılması sonucunda kaygılarına sebep olan faktörler vb. gibi hususların belirlenmesini kolaylaştırabilir.

2. Antepartum dönemde kadınların durumluk kaygı puanı ortalaması, postpartum dönemdeki puanlarından daha yüksektir. Benzer bir sonuç olarak antepartum dönemde katılımcıların sürekli kaygı puanı ortalaması postpartum dönemdeki puanlarından daha yüksektir. Araştırma kapsamında antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasındaki ilişkiye ait bulguların aynı çıktığı sonucuna varılabilir. Bu sonucun istatistiki derinliği incelendiğinde ise var olan ilişkinin düzeyi orta düzeyde çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle postpartum ve antepartum dönemlerde yaşanan durumluk ve sürekli kaygıların kaygı türüne göre farklı olmaması genel olarak doğumdan endişe duyulduğuna yönelik bir sonucu ortaya koyduğu söylenebilir. Karabulut'un (2014) yaptığı araştırmada postpartum depresyonu belirleyen çok sayıda faktör olduğunu ortaya koymasının yanında gebelikte doğum korkusunun postpartum depresyonda var olan anlamlı ilişki, gebelik süresince sağlanacak psikolojik yardımın bazı kadınlarda postpartum depresyonu engelleyebileceği sonucu öneri niteliği taşımaktadır. Özdamar, Yılmaz, Beyca ve Muhcu (2014) bunların yanında gebelikte somatik yakınma ve depresyon durumlarının nedenlerini hekimlerin fiziksel ve hormonlarla alakalı değişikliğe bağlayabildiklerini ve teşhis koyma sorunu yaşadıklarını belirtmektedir. Daha önceden psikolojik rahatsızlık öyküsü bulunan hamilelerin rahatsızlıklarının postpartum dönemde tekrar alevlenmesi mümkündür. Ayrıca bu dönemlerde psikiyatrik bozuklukların bazılarının tedavileri değişebilmektedir. İlaç dozlarının değiştirilmesi de uygulanabilmektedir. Tedavisi yapılmayan ya da dikkat edilmeyen annenin hem çocukla hem de çevresiyle iletişiminin bozulması ile sonuçlanmaktadır. Bu konuda duyarlılığın artırılması da bir gereklilik olarak karşımıza çıkabileceği önerilmektedir.
3. Kadınların bulunduğu yaş aralığına göre antepartum dönemde durumluk kaygı puan ortalamaları en yüksekten aza doğru sıralaması 18-23 yaş arası, 24-29 yaş arası ve 30 ve üzeri yaş aralığındadır. Aynı sonuç postpartum dönem içinde çıkmıştır. Durumluk kaygının aksine sürekli kaygıda Antepartum dönem, puan ortalamaları sırasıyla 30 yaş ve üstü, 18-23 yaş arası ve 24-29 yaş arası yaş aralığındadır. Sürekli kaygı yaşayan kadınların sonuçları postpartum dönem içinde antepartum dönemle aynı çıkmıştır. Her ne kadar kaygı ortalamalarında farklılık çıksa da istatistiki olarak anlamlı değildir. Buradan çıkarılacak en genel sonucun

durumluk kaygıda yaş arttıkça kaygı azalırken, sürekli kaygıda farklı yaş gruplarında kaygı ortalamalarının farklılık gösterdiği yönünde olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle kaygı ortalamaları ile yaş arasında ortalamalar bazında bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Yaş değişkeni sadece annede değil doğumdan sonra çocuklarda ve anne çocuk bağlanmalarında da önemli olabilmektedir. Cebeci'nin (2009) araştırmasında erkek çocuklarının güvenli bağlanmaları kız çocuklarına göre daha yüksektir. 10-12 yaş grubu çocukları kaygı düzeyleri 7-9 yaş grubundaki çocuklarınkine göre yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla annenin doğum sırasında yaşayabileceği kaygı durumu çocuğun ileriki yaşantılarını etkileyebileceği söylenebilir. Buradan hareketle annenin yaş grubuna bağlı olarak bilgilendirici eğitimlere alınması önerilebilir.

4. Kadınların eğitim seviyesine göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri eğitim seviyesi arttıkça artmaktadır. Postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ilköğretim düzeyindeki katılımcılara göre daha yüksek olarak elde edilmiştir. Antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri yine eğitim seviyesi arttıkça artmıştır. Sürekli kaygıların postpartum dönemde de lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan kadınların ilköğretim mezunu kadınlara göre daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle eğitim seviyesi arttıkça kaygı düzeylerinin artmasına ilişkin aralarında pozitif bir ilişkiden söz edilebilir Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak artması dikkati çeken bir sonuç olarak karşımıza çıktığı söylenebilir. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında anne adayların yaş ortalaması yaklaşık 27 olarak bulunmuştur. Kaygı puanları ile eğitim seviyesi arasında negatif bir ilişkiden bahsedilmektedir. Ancak bu araştırmadan farklı olarak ilgili araştırmada eğitim seviyesi arttıkça kaygı puanları azalmaktadır. Bunun sebebinin araştırma örneklemin farklılık ve zenginliği ile ilgili olabileceği söylenebilir. Bu sonuç farklılıklarından hareketle yapılacak diğer araştırmaların daha büyük örneklem ve Türkiye'nin çeşitli illerinde bölgesel ve uzamsal (uzun süreye yaygın) boyutta olması önerilebilir.
5. Kadınların gelir durumuna göre, antepartum dönemde durumsal kaygı puan ortalamalarının geliri giderden az olandan geliri giderinden fazla olana doğru azaldığı görülmektedir. Durumsal kaygı gelir durumu arttıkça azalırken farklı

olarak postpartum dönemde ise gelir düzeyi arttıkça durumluk kaygı puanları artmıştır. Kadınların sürekli kaygı bulguları gelir durumuna göre bakıldığında antepartum dönemde, puan ortalamaları en yüksek, geliri giderden az geliri giderinden fazla olana göre azalmıştır. Sürekli kaygı antepartum dönemde gelir düzeyi arttıkça sürekli kaygı düzeyleri düşmekte yine farklı olarak postpartum dönemde sürekli kaygı ise gelir durumuna göre çok az bir farklılığa sahiptir. Gelir değişkeni durumsal ile sürekli kaygı arasında benzer sonuçlara sahip olmadığı söylenebilir. Diğer bir ifadeyle kadınlarda durumluk kaygı gelir ile negatif bir ilişkiye sahipken sürekli kaygıda ise nispeten pozitif bir ilişkiden söz edilebilir. Yine kendi içerilerinde dönemlere göre de farklı sonuçlara sahip oldukları bulgulara dayalı olarak yorumlanabilir. Aydın'ın (2016) ve Kaplan, Bahar ve Sertbaş'ın (2007) araştırma sonuçları doğum öncesi kaygı ile doğum sonrası kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu yönündedir. Benzer olarak gelir durumu değişkeninin her ne kadar doğum öncesi kaygı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olmasa da kaygı ortalamalar arasında var olan farklılık ev ekonomisinin kadınların kaygılarını çok az da olsa etkilediğini doğruladığı söylenebilir. Dolayısıyla aile planlamasında ekonominin de düşünülmesi bir takım sorun ve kaygıların ortadan kalkabileceğini yönelik düşüncenin barındırılması öneri olarak söylenebilir.

6. Kadınların sigara içme durumlarında göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri sigara içmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu postpartum dönemde de sigara içen bireylerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan benzer olarak sürekli kaygı durumu sigara içme durumuna göre antepartum dönemindeki sigara içen kadınların daha yüksek olduğu söylenebilir. Benzer şekilde postpartum dönemde de sigara içen kadınların sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gerek durumluk gerekse sürekli kaygı durumlarının sigara içen kadınların daha fazla olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuç sağlığa zararlı ve kullanımı yaygın olan sigara içmenin kadınlarda kaygıyı arttırdığı yönünde bir sonuca neden olduğu biçiminde yorumlanabilir. Duran ve Atan'ın (2011), Karaman'ın (2009) ve Yüksel'in (2014) araştırmalarında da olduğu gibi sigara değişkeni her sağlık sorununu tetikleyici niteliktedir. Anne aday ve annelere

mümkün olduğunca madde bağımlılıklarının en azından bu süreçte ve tümüyle kullanmamaları yönünde önerilebilir.

7. Kadınların şuan ki gebeliklerinin kaçınıcı gebelikleri olması durumlarına göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeylerin ilk kez gebelik yaşayan kadınlarda fazla olduğu ancak farklı olarak postpartum dönemde ise ikinci gebelik yaşayanların durumluk kaygı düzeylerinin az da olsa yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların sürekli kaygı düzeylerinin kaçınıcı kez gebe olmaları ile ilişkisi ile antepartum dönemde ilk gebeliğini yaşayan kadınların çok az bir farkla da olsa yüksek olduğu söylenebilir. Sürekli kaygıya sahip kadınların ise postpartum dönemde de ilk gebeliklerini yaşayanların yüksek kaygıya sahip olduğu bulgu sonucunda olduğu söylenebilir. Her ne kadar elde edilen farklılıklar istatistiki olarak anlamlı olmasa da daha önce gebelik deneyimi olmayanların durumluk ve süreklilik kaygılarının yüksek olması deneyimsiz ve nasıl bir şey olduğunu tam olarak algılayamamaları ile ilgili olmasıyla alakalı olduğu biçiminde yorumlanabilir. Ancak durumluk kaygıda postpartum dönem kadınları ikinci kez gebelik yaşayanların kaygı durumlarının yüksek olma sonucu dikkati çekmektedir. Bu sonuç doğum sonrasında yaşanacak zorlukların bilinmesiyle alakalı olması biçiminde yorumlanabilir. Akbaş ve arkadaşlarının (2008), Börü'nün (2016) ve Duran ve Atan'ın (2011) ilk kez anne olacakların istatistiki olarak anlamlı sayılabilecek oranda kaygı puanı daha yüksek olduğu ulaşılan sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürle benzer sonuçlara sahip olan araştırmanın kaçınıcı kez anne olunacağı değişkeni anne deneyimini ortaya koymanın yanında kaygı düzeyini de göstermektedir.
8. Araştırma örnekleminde yer alan vajinal doğum yapan kadınların antepartum dönemdeki durumluk kaygı düzeyleri sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksektir. Farklı olarak postpartum dönemde durumluk kaygı düzeyi sezaryen ile doğum yapan kadınların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sürekli kaygı düzeylerinde antepartum dönemdeki sezaryen doğum yapan kadınların vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde postpartum dönemde ise sezaryen ile doğum yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle hem durumluk hem de sürekli kaygılara göre sadece antepartum dönemde durumluk kaygıda farklı olarak

sezaryen doğum yapan kadınların kaygılarının yüksek olduğu beklenenin aksi yönde bir sonuç ortaya koyduğu söylenebilir. Bu bulgu doğal yollarla olan doğum şeklinin kadınları daha çok kaygılandığı yönünde yorumlanabilir. Aslan'ın (2016) vajinal doğum yapan kadınlar doğum esnasında, sezaryen olan kadınlar ise doğum sonrasında ağrı yaşamaktadır. Epizyotomi, amniotomi, fundal bası, suni indüksiyon gibi doğuma müdahale uygulamaları yüksek oranda yapılmaktadır. Doğum esnasında oral alım kısıtlanmakta ve ten tene temas ihmal edilmektedir. Kadınlar çoğunlukla fetal nedenlerden dolayı sezaryen olmakta, sezaryen olan kadınlar sonraki doğumlarında sezaryeni tercih ettiği sonuçlarına ulaşmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına bezer olarak Duran ve Atan'ın (2011) araştırma sonuçlarına bakıldığında kadınların bazıları doğal yollarla gerçekleşen doğuma karşı olumlu tutum ve duyguda olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı zamanda doğal yollarla olan normal doğumla annelik duygularının oluşarak gelişeceği, kişinin kendisini iyi hissedeceğini ve bazı doğuma dayalı hastalıklardan aranılacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Daha düşük frekansta ise normal doğuma karşı olumsuz tutum geliştiren annelerin olduğu sonucuna da ulaşmıştır.

9. Bir önceki doğumlarının zor olduğu değişkenine göre kadınların antepartum dönemde durumluk kaygı düzeyleri bir önceki doğumlarının kolay olduğunu düşünen kadınlara göre daha yüksektir. Aynı sonuç postpartum dönem kadınlarında da ortaya çıkmıştır. Sürekli kaygı da ise antepartum dönemde bir önceki doğumlarının zor olduğunu belirten katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri bir önceki doğumlarının kolay olduğunu söyleyen kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ulaşılan bu sonuç postpartum dönemde de sürekli kaygının doğumlarının zor olduğunu belirten kadınlarda yüksek olduğu bulgusu ile sonuçlanmıştır. Bu sonuç doğum deneyimlerinin zor olmasının gerçekleşecek diğer doğum sürecinde durumluk ve sürekli kaygıyı olumsuz etkileyerek arttırdığı yönünde yorumlanabilir.
10. Antepartum dönemde kadınların doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları durumluk kaygı düzeyleri doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan kadınlara göre daha düşüktür. Aynı sonuç postpartum dönemde doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten kadınların durumluk kaygılarının daha az olduğu yönünde çıkmıştır. Doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olan katılımcıların

sürekli kaygı düzeyleri antepartum dönemde daha düşük olduğu benzer şekilde postpartum dönemde de doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten kadınların sürekli kaygı düzeyleri düşük çıkmıştır. Bu bulgular istatistiki olarak sadece antepartum dönemde durumluluk kaygı düzeyleri anlamlı çıkmasına rağmen postpartum dönemde sürekli kaygı düzeyleri anlamlı çıkmıştır, bu durum ortalamalar arasında var olan fark, kadınların doğum hakkında bilgi sahibi olması her dönemde hem durumluk hem de sürekli kaygılarını azaltıcı etkiye sahip olduğu söylenebilir. Çakır ve Koçak'ın (2007). Araştırma sonuçları incelendiğinde, eğitimin kaygıya etkisi ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Araştırma sonuçları bu araştırmanın sonuçlarını destekleyici niteliktedir. Eğitimden sonra anne adaylarının durumluk kaygıları eğitim vermeden önceye göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermiştir. Ancak, anne adaylarının sürekli kaygı düzeyleri azalma göstermemiştir. Diğer bir ifadeyle eğitim durumluk kaygıyı çözerken sürekli kaygılarını azaltmada fonksiyon gösterememiştir. Genel olarak, ilk defa baba ve anne olacak kişilere doğum öncesi dönemde verilen eğitim, doğum öncesi gerek durum gerekse sürekli kaygılarını belirli düzeylerde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

11. Doğum korkusu yaşama durumuna göre kadınların durumluk kaygı düzeyleri antepartum ve postpartum dönemde doğum korkusu yaşayan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer taraftan farklı olarak sürekli kaygı düzeyi antepartum ve postpartum dönemde doğum korkusu yaşayan kadınların sürekli kaygı düzeylerinin daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç durumluk kaygı ile sürekli kaygıların doğum korkusu yaşadığını ifade eden kadınlar arasında farklı sonuçlara neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Sürekli kaygı durumu doğum korkusunun sürekli olmadığı şeklinde ifade edilebilir. Bu durum kişilik özelliklerinden kaynaklanabilmektedir. Ancak durumluk kaygıda ise doğum korkusu yaşadığını ifade eden kadınların kaygı düzeylerinin de yüksek çıkmasına neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Kuğu ve Akyüz'e göre (2001) anne adaylarının ve yakınlarının gebelikle ilgili stres, korku ve kaygılarının azalmasının yanında gebeliğe psikolojik uyumları da artabilir. Dolayısıyla sağlık personelinin gebelik ile ilgili psikolojik bilgilerinin artırılması, bu süreçte doğacak birçok psikolojik

problemlerin erken tanılanması, önüne geçilmesi, yerinde ve zamanında müdahale edilerek tedavisinin mümkün olmasını kolaylaştırabilmektedir. Bahsi geçen sonucun literatür sonuçlarıyla (çıktılarıyla) benzerlik göstermesinin yanında tanı koymada bir yöntem ve öneri niteliği taşıdığı da söylenebilir.

12. Doğum öncesi gergin olan kadınların antepartum dönemde durumluk kaygı düzeyleri doğum öncesi gergin olmadıklarını ifade eden kadınlara oranla daha yüksektir. Benzer bir sonuç olarak postpartum dönemde doğum öncesi gergin olan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksektir. Sürekli kaygı düzeyleri antepartum dönemde doğum öncesi gergin olduklarını ifade eden kadınların doğum öncesi gergin olmadıklarını ifade eden kadınlara oranla daha yüksek olduğu yine postpartum dönemde ise doğum öncesi gergin olan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç kadınlarının gergin olduklarını ifade ettikleri kaygı durumları ile örtüştüğü şeklinde yorumlanabilir. Diğer bir ifadeyle durumluk ve sürekli kaygılarının gerginliklerinin arttırdığı ve gergin olduklarını belirttikleri görüşünü destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Börü'nün (2016) araştırma sonuçlarından hareketle anne adaylarının doğum tercihini, doğum şeklinde yaşayacakları acıya, doktor tavsiyesine, kendi hem de bebeğin sağlığını en olumlu etkileyecek yol değişkenlerine göre belirledikleri sonucu etkili faktördür.

13. Araştırma örnekleminde yer alan kadınlardan antepartum dönemde şuan ki doğumunu normal olarak yapanların durumluk kaygı düzeyleri doğumunu sezaryen olarak yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinden anlamlı farklılık olmamasına rağmen normal doğum yapanların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkarmıştır. Yine benzer şekilde postpartum dönemde de şuan ki doğumları normal olan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri yüksek ortalama sahip olması antepartum dönemle aynı sonuca sahip olduğunu göstermektedir. Sürekli kaygı düzeylerinde ise sonucun antepartum dönemde şuan ki doğumunu normal olarak yapan kadınların, doğumunu sezaryen olarak yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeylerine göre düşük olması dikkati çekmektedir. Postpartum dönemde de şuan ki doğumları normal olan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ile şuan ki doğumları sezaryen olan katılımcıların sürekli kaygı düzey ortalamaları düşük çıkmıştır. Diğer bir

ifadeyle durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasında ortalamalar bazında sonuç farklılığı bulunmuştur.

Bu araştırma kapsamında belirtilen önerilerin dışında araştırmanın bazı kısıtları da mevcuttur.

1. Ortak yöntem varyansı araştırmamızın ilk kısıtını oluşturmaktadır. Bilgilerin verirken çekindikleri için gebeler yanlış cevap vermiş olabilir. Bu husus sonuçları da etkileyebilmektedir.
2. Araştırma kapsamında anketin uygulandığı hastanın doğuma hazırlanırken özellikle durumluk kaygı düzeyi çevresel faktörlerden etkilenmiş olabilir. Bir gebe çevresel faktörlerden etkilenmezken diğer gebe çevresel faktörlerden daha fazla etkilenebilmektedir. Bu durum durumluk kaygı düzeylerinde farklılaşmaya sebep olabilir ve sonuçları etkileyebilir. Çevresel faktörleri mümkün olduğunca homojen hale yaklaştırmaya çalışarak gebelerin durumluk kaygıları azaltılmış olunabilir.
3. Araştırma sırasında mümkün olduğunca doğum yapmasına belirli bir zaman kalan hastalar tercih edilmeye çalışılmıştır. Böylece özellikle durumluk kaygılarının zamana göre de değişkenlik göstermesinin önüne geçilmeye çalışılmıştır. Fakat doğumu beklenen zamanda gerçekleşmemiş hastalara da anketlerin yapılmış olması zaman-sonuç açısından bir kısıt teşkil etmektedir.
4. Annenin doğum sonrasında bebekle meşgul olma isteği doğum sonrası yapılan anketleri cevaplarırken dikkatle dinlemeden cevaplamalarına ve böylece sonuçların etkilenmesine neden olmuş olabilir.
5. Bu çalışmanın bazı kısıtları da bulunmaktadır. İlk kısıtı araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Çalışma kamu hastanesinde tamamlanmış olup bu durum bulguların diğer hastaneler açısından (örneğin özel hastaneler) genelleştirilebilirliği açısından bir kısıt oluşturabilir.

KAYNAKÇA

- Akbaş, E., Vırıt, O., Savaş, A. H., & Serbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyo-demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(3), 85-91.
- Akgül, C., (2004). *Doğum Bilgileri*, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, İstanbul: Nobel Tıp.
- Alisinanoğlu, F. ve İ. Ulutaş (2000). Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler, *Milli Eğitim Dergisi*, 145, 15-19.
- American College of Obstetricians and Gynecologist [ACOG]. (2013). Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No.559. *Obstet Gynecol*, 121, 904- 7.
- Apay, S. E., Pasinlioğlu, T. (2009). Kesitsel bir çalışma: Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 11(1), 20-29.
- Apaydın, H. (2005). “Psikolojik Açıdan Şiddet ve Din”, Küresel Bir Sorun Olarak Şiddet ve Din Sempozyumu Bildiri Kitabı (ss. 47-58). Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları.
- Arslan, H., Gürkan, ÖC., Ekşi, Z. ve ark (2006). Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 3(10), 71-80.
- Artıran İğde F. (2004). Sezaryen sonrası vajinal doğum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(4), 137-149.
- Aslan, Ş. (2016). Doğum yapmak için hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıkları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

- Ataç, A., Güven, T., Gülsoy, R. (2004). Sezaryen reddine etik açıdan bakış. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, 12(4), 270-273.
- Ateşer, G., Nurullahoğlu, N., Özyurt, R., Calal, Ö., Akbayır, Ö., Ark, C. (2005). Artifisyonel amniotominin doğum eylemine etkisi. İstanbul Tıp Dergisi, 6(2), 14-17.
- Aydın, R. (2016). Barkin annelik fonksiyonu ölçeğinin uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Ayvaşık, H. B. ve M. Sayıl (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. No: 23 Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Benson, R., (1974). Kadın Hastalıkları ve Doğum El Kitabı Normal Doğumun Gidişi ve Yapılması. Ankara: Güven.
- Biggs, J. B. ve P. J. Moore (1993). *The Process of Learning*, Melbourne: Prentice Hall.
- Börü, F. (2016). Primipar kadınların doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat.
- Burkovik, Y. (2009). *Kaygılanacak Ne Var!*. İstanbul: Timaş.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Caroli, G., Belizan, J., (2000). Episiotomi for Vaginal Birth. The Cochrane Library.
- Cattell R. B. ve I. H. Scheier (1975). *The Nature of Anxiety*, NY: Springer.
- Cebeci, S. C. T. (2009). *Tam aileye ve tek ebeveyne sahip ailelerden gelen 7-12 yaşları arasındaki çocukların bağlanma stilleri ve kaygı durumları arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans tezi), Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

- Cengiz, D. S. (2003). Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yüksek Riskli Gebelikler ve Antenatal İzleme. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 12, 494-505.
- Coşkun, A., Karanisoğlu, H., (1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.
- Cruise, R. J., Cash, R. W., ve D. L. Bolton (1985). Development and Validation of an Instrument to Measure Statistical Anxiety, *American Statistical Association Proceedings of the Section on Statistics Education*, 92-97.
- Cunningham F. G., Gant N. F., Leveno K. J., Gilstrap L. C., Hauth, J. C., Wenstrom, K. D. (2006). Williams Doğum Bilgisi (Çev: A. Cengiz Akman), İstanbul: Nobel Tıp.
- Cüceloğlu, D. (2010). *İletişim Donanımları Keşkesiz Bir Hayat İçin İletişim*. İstanbul: Remzi.
- Çakır Koçak, Y. (2007). İlk kez anne-baba olacaklara antenatal dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisi (Doktora Tezi) Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çetinkaya, Ş. E., Söylemez, F. (2013). Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 25-32.
- Demirel, G., Çelik, D. B. (2013). Doğal doğuma müdahale: Sentetik oksitosin kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(4), 157-162.
- Depp, R., (2002). Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. İçinde Gabbe, S., Niebyl, J., Simpson, J., (eds). NY: Churchill Livingstone.
- Dönmez, S., Sevil, Ü. (2009). Rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(3), 105-112.

- Dönmez, S., Yeniel, Ö. A., & Kavlak, O. (2014). Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908-920.
- Dönmez, Z. (1998), *Cerrahi Kliniklerine Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki Anksiyeteleri ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımının Etkisinin İncelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir: Ege Üniversitesi.
- Dresang, L. T., Leeman, L. (2012). Cesarean delivery. Primary Care: Clinics in Office Practice, 39(1), 145-165.
- Duman, Z., Köken, G. N., Şahin, F. K., Coşar, E., Arıöz, D. T., Aral, İ. (2007). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 7-11.
- Duran, E. T., & Atan, Ş. Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Durmuş, Z., Çiçek N. (1986). *Obstetrik ve Jinekolojik Cerrahi. Normal ve Spontan Doğum*. Ankara: Medikal.
- Ehtiyar R., & Üngüren, E. (2008). Turizm eğitimi alan öğrencilerin umutsuzluk ve kaygı seviyeleri ile eğitime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(4). 159-181.
- Enkin M. et al. (2000) *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University.
- Erkuş, A. (2013). *Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci*. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L. (2009). *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler* (Çev Ed: Tanır H. M., Şener T.), İstanbul: Nobel & Güneş Tıp.

- Galt, E., (1965). Gebelik-Doğum ve Yenidoğan Çocuk, Ankara: Gürsoy.
- Gençtan, E. (1988). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Remzi.
- Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş.
- Gözükara, F., Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: Bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2), 89-100.
- Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Sarıkan, İ., Bayhan, G., Mungan, T. (2006). Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranları ve endikasyonları. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 3(4), 249-254.
- Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları [HKDDN.] (1992). Normal Doğumun Gidişi, Ankara: Apaydın.
- Hakkinen, P. (1994). Changes in Computer Anxiety in a Required Computer Course, *Journal of Research on Computing in Education*, 27(2), 141-154.
- Howard, G. S. ve R. Smith (1986). Computer Anxiety in Management Reality?, *Communications of the ACM*, 29(7), 611-615.
- Jay, T. (1981). Computerphobia: What to do about it, *Educational Technology*, 21, 47-48.
- Kalish, R. B, McCullough, L. B., Chervenak, F. A. (2008). Hastanın isteği üzerine sezaryen ile doğum. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Turkish Edition, 2(3), 128-132.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113-121.

- Karabulut, G. (2014). Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Karaman, S. (2009). Sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Kitapçioğlu, G., Yanıkkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler ve validasyon çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1), 47-54.
- Koca, A., Gül, A., Aslan, H., ve diğerleri. (1998). Eski Sezaryen Olgularında Vajinal Doğumun Güvenirliği. Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi, 5, 151-154.
- Konakçı, S. , Kılıç, B., (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1(4), 286-8.
- Köker İ. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Temel Bilgileri, İstanbul: Nobel Tıp.
- Köknel, Ö. (1989). *Genel ve Klinik Psikiyatri*, İstanbul: Nobel.
- Köknel, Ö. (2004). *Korkular, Takıntılar, Saplantılar*. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü Depresyon*. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Krishnamurti, J. (2009). *Korku Üzerine* (Çev. A. Tatlıer). İstanbul: Ayna.
- Kuğu N, Akyüz G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 61-64.
- Lazarus, R. ve S. Folkman. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. NY: Springer.
- Lee, Y. M., D'Alton, M. E. (2009). Anne isteğine bağlı sezaryenle doğum: Maternal ve neonatal komplikasyonlar. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 3(2), 52-58.

- Mikulincer, M., P. Kedem ve D. Paz (1990). Anxiety and Categorization-I: The Structure and Boundaries of Mental Categories, *Personality and Individual Differences*, 11(8), 805-814.
- Morgan, C. T. (1998). Psikolojiye Giriş, Çev. Karataş S., Hacettepe Üniversitesi, *Psikoloji Bölümü Yayınları*, Ankara.
- Önder, İ., (1994). Kadın Doğum Propedötik Normal Doğum Mekanizması, Ankara. Güneş.
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983. ss: 1-26.
- Öner, N. ve A. Le Compte (1985). *Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- Özcan, K. (1999), *Yöneticilerde Karar Verme ile Kaygı İlişkileri* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
- Özer, H. T. (2011). Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum ilk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Özer, K. (2005). Kaygı. İstanbul: Sistem.
- Özgüven, İ. E. (1994). *Psikolojik Testler*, Ankara: Yeni Doğu Matbaası.
- Özkan, T., Ergün, B., Akhan, S. E., Döver, Ş., Büyükören, A. (1999). Epidural analjezinin doğum eylemi üzerine etkileri ve epidural analjezi için kullanılan iki farklı kombinasyonun karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 9(2), 79-85.

- Özkaya, O. (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak Dergisi, 12(4), 36-39.
- Pernoll, M. (1991). Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. NY: Prentice-Hall International.
- Richardson, F. ve R. Suinn (1972). The Mathematics Anxiety Rating Scale; Psychometric Data, *Journal of Counseling Psychology*, 19(6), 551-554.
- Rosen, L. D. ve M. M. Weil (1990). Computers, Classroom Instruction and the Computerphobic University Student, *Collegiate Microcomputer*, 8, 275-283.
- Rulman, L., Fawcett, J., Groblewski, L., & Silverman, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research*, 39(2), 70-75.
- Russell, P., Biswas, M., (1994). Normal Yenidoğanla İlgili Temel Bilgiler, Değerlendirme ve Bakım. Ankara: Barış.
- Sağlık Bakanlığı [SB.] (2010). Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi-Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara: Damla.
- Sağlık Bakanlığı [SB.] (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf adresinden edinilmiştir.
- Sakala, E., (1999). Obstetrik ve Jinekoloji . Ankara: Nobel Tıp.
- Scott, J., Disaiap, P., Spellacy, W., (1994). Danforth's Obstetrics and Gynecology. Philadelphia: J.B Lippincott Company- Publishing.
- Serçekuş, P., İsbir, G. G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), 97-102.
- Singata, M., Tranmer, J., Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and intake during labour. *Cochrane Database of Sistematic Reviews*, 8 Art. No:CD003930. DOI:10 1002/146551858.CD0003930.pub3.

- Songar, A. (1981). *Psikiyatri*, İstanbul: Minnetoğlu.
- Spielberger, C. D. (1966). The Effects of Anxiety on Complex Learning and Academic Achievement, İçinde C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behaviour* (ss. 361-398), NY: Academic.
- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and Methodological Issues in Anxiety Research. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (ss. 481– 492), NY: Academic.
- Spielberger, C. D. (1983), *State- Trait Anxiety Inventory for Adults*, California: Mind Garden Inc.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *State-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.
- Şahin, N. H. (2009). Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(2), 93-98.
- Şimşek, E. (1992). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, İzmir: Saray.
- Taşkın L. (2002). Riskli Gebelikler. İçinde (Ed: Taşkın L). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği'nde (ss. 155-202). Ankara: Sistem Ofset
- Taşkın, L., (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset.
- Tümerdam, R. (2007). Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi Kimya Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(6), 32-45.
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği [TJOD]. (2013). Türkiye’de Yüksek Sezaryen Oranı. Ankara: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. <http://www.medikalakademi.com.tr/wpcontent/uploads/2013/06/tjod-sezaryen-raporu2013.pdf>. adresinden edinilmiştir.

- Weil, M., L. Rosen ve D. Sears (1987). The Computerphobia Reduction Program: Year 1, Program Development and Preliminary Results, *Behaviour Research Methods Instruments and Computers*, 19, 180-184.
- Yapıcı, A. (2007). *Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*. Adana: Karahan.
- Yayın Kurulu, (1996) Özet Temel ve Klinik Bilimler, Ankara: Güneş.
- Yıldızhan, R., Yıldızhan, B., Turan, Y. B. (2008). Doğumda epidural analjezi. *Van Tıp Dergisi*, 15(4), 116-119.
- Yılmaz, Ş., Seviğ, Ü., (2000). Vajinal yol ve sezaryenle doğum yapan kadınların doğumdan sonra kendi ve yenidoğan bakımında yaşadığı sorunlar. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara.
- Yüksel, B. (2014). Kaygı belirtilerini açıklamada bağlanma, pozitif ve negatif duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi bütünleyici model arayışı (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Zwedberg, S., Blomquist, J., Sigerstad, E. (2015). Midwives experiences with mother-infant skin contact after a caesarean section: fighting an uphill battle. *Midwifery*, 31, 215-220.

İZİN BELGESİ

KIRSEHIR SAĞLIK BAKANLIĞI-AHI EVRAN
UNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
KIRSEHIR SAĞLIK BAKANLIĞI-AHI EVRAN
UNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İNSAN KAYNAKLARI BİRİMİ
12/02/2016 09.39 - 7590205 - 903.05.99 - E.378

00010113370

Sayı : 75990205/903.05.99
Konu : Anket Uygulaması

Sn:Neslihan ÖZDEMİR
Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
KIRŞEHİR

İLGİ:11.02.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgili dilekçeniz incelenmiş olup, hastanemiz doğum servisinde anket uygulamanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Mehmet YETİŞ
Hastane Yöneticisi

EK: 2

ANKET

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma ile, “Doğum Şekillerine Göre Annelerde Kaygı Düzeylerinin Kırşehir İli Örneklerinde Değerlendirilmesi” amaçlamaktadır. Araştırma, sadece akademik amaçlı olup, vereceğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için sorulara tam ve doğru yanıtlar vermeniz gerekmektedir. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Neslihan ÖZDEMİR

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Medeni durumunuz? : ☐ Evli ☐ Bekâr
2. Eğitim durumunuz? : ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans
☐ Lisansüstü
3. Yaşınız? : (Lütfen Belirtiniz) ☐ 18 – 23 yaş arası ☐ 24 – 29 yaş arası ☐ 30 – 35 yaş arası
☐ 36 yaş ve üzeri
4. Sigara Kullanıyor musunuz? : (Lütfen Belirtiniz) ☐ Evet ☐ Hayır
5. Bu Kaçınıcı Gebeliğiniz? (Lütfen Belirtiniz) ☐ Birinci gebelik ☐ İki ve üzeri gebelik
6. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi? (Lütfen Belirtiniz) ☐ Evet ☐ Hayır
7. Önceki doğum yönteminiz nedir? ☐ Vajinal doğum ☐ Sezaryen (Not: Bu ilk doğumunuzsa bu soruyu geçiniz)
8. Önceki doğumunuz zor muydu? ☐ Evet ☐ Hayır (Not: Bu ilk doğumunuzsa bu soruyu geçiniz)
9. Doğum hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
10. Doğum korkusu yaşıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
11. Kendiniz ve bebek için sağlık endişesi taşıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
12. Şu anda gergin misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
13. Çalışma durumunuz nedir? ☐ Kamu ☐ Özel Sektör ☐ Çalışmıyor
14. Şu andaki doğum şekliniz nedir? ☐ Normal ☐ Sezaryen
15. Gelir durumunuz nedir? ☐ Gelir Giderden Az ☐ Gelir Gidere Denk ☐ Gelir Giderden Fazla

ÖLÇEK-1:

	Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.	HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakınım	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖLÇEK-2:

	Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: Neslihan ÖZDEMİR

Uyruğu: T. C.

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara / 1981

Tel: 0 386 280 53 41

E-posta: nesliooldemir40@gmail.com

Yazışma Adresi: Ahi Evran Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

KIRŞEHİR

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Ahi Evran Üniversitesi – Fen Bilimleri Enstitüsü – Biyoloji ABD	-
Yüksek Lisans	Kafkas Üniversitesi – Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Farmakoloji ve Toksikoloji ABD	2010
Lisans	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu – Ebelik	2003

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2015-	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü- Öğretim Görevlisi	Öğretim Görevlisi
2013-2015	Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı-Hemşire	Hemşire
2011-2013	Sağlık Bakanlığı Kırşehir Ahi Evran Aile Hekimliği-Aile Sağlığı Elemanı	Aile Sağlığı Elemanı
2010-2011	Sağlık Bakanlığı Kırşehir Kaman Toplum Sağlığı Merkezi Demirli Sağlık Evi-Ebe	Ebe
2010-2010	Sağlık Bakanlığı Kırşehir Çiçekdağı Aile Hekimliği-Aile Sağlığı Elemanı	Aile Sağlığı Elemanı
2008-2009	Sağlık Bakanlığı Erzurum Pasinler Merkez Sağlık Ocağı-Ebe	Ebe
2004-2007	Ankara Bayındır Hastanesi (BAYEK)-Kadın Doğum Servisi Hemşiresi	Kadın Doğum Servisi Hemşiresi