T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM KORKUSUNA OLAN ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nalan YILMAZ KILIÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

ŞUBAT 2025
İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM KORKUSUNA OLAN ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nalan YILMAZ KILIÇ
(211219009)
(0009-0003-3879-2102)

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL

İstanbul 2025

T.C.

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

10/02/2025

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 10/02/2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL
Danışman
İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ATAK MERİÇ
Üye (İmza)
İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Üye (İmza)
İstanbul Bilim Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Gebelikte Eş Desteğinin Doğum Korkusuna Olan Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.(10.02.2025)

Nalan YILMAZ KILIÇ

ÖNSÖZ

Tez sürecimde beni her zaman destekleyen ve cesaretlendiren, bilgi ve önerileriyle araştırmama büyük katkılar sağlayan, değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL'a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere, veri toplama aşamasında uygun ortamın oluşmasında yardımcı olan hemşire arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimi boyunca desteğini her zaman hissettiğim dostum Cansu YAŞAR'a,

Eğitim hayatım boyunca her zaman desteğini, sabrını ve sevgisini esirgemeyen canım annem, babam, ablam ve kız kardeşime,

Hayatımın her alanında beni destekleyen, bana inanan, her koşulda yanımda olan en büyük destekçim sevgili eşim Onur KILIÇ'a çok teşekkür ederim.

Şubat 2025 Nalan YILMAZ KILIÇ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vi**
KISALTMALAR ..... **viii**
ÇİZELGE LİSTESİ ..... **ix**
ÖZET ..... **xi**
ABSTRAC ..... **xii**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Gebeliğin Tanımı ve Fizyolojisi 3
2.2. Gebelikte Anatomik, Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler 3
2.2.1. Gebelikte anatomik ve fizyolojik değişiklikler 3
2.2.2. Gebelikte psikolojik değişiklikler 6
2.3. Doğum Ağrısı 8
2.3.1. Doğum ağrısını etkileyen faktörler 9
2.4. Doğum ve Doğum Korkusu 10
2.4.1. Doğum korkusunun nedenleri 11
2.4.2. Doğum korkusunun belirtileri 13
2.4.3. Doğum korkusunun sosyodemografik etkisi 14
2.4.4. Psikolojik ve psikososyal faktörlerin doğum korkusuna etkisi 15
2.4.5. Doğum korkusunun sonuçları 17
2.4.6. Doğum korkusu ile ilgili yapılan çalışmalar 18
2.5. Gebelikte Eş Desteği 20
2.5.1. Gebelikte eş desteğinin önemi 21
2.5.2. Gebelikte eş desteğinin sağlanmasında sağlık sistemi ve hemşirelik rolü 22
2.5.3. Gebelikte sosyal destek 22
2.5.4. Gebelikte sosyal destek ve eş desteği ile ilgili yapılan çalışmalar 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM **26**
3.1. Araştırmanın Tipi 26

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 26
3.3. Araştırmanın Soruları 26
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 26
3.5. Veri Toplama Araçları 27
3.6. Verilerin Toplanması 29
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 30
3.10. Araştırmanın Değişkenleri 30
4. BULGULAR 31
5. TARTIŞMA 46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 50
6.1. Sonuç 50
6.2. Öneriler 51
KAYNAKLAR 53
EKLER 58
Ek-1: Gebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu 58
Ek-2: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği 64
Ek-3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği 67
Ek-4: İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurul İzni ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Ek-5: Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Ek-6: Ölçek İzinleri ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
ÖZGEÇMİŞ 72

KISALTMALAR

APGAR : Activity-Pulse-Grimace-Appearence-Respiration
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
n : Sayı
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SS : Standart Sapma
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
WHO : World Health Organization

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa No.

Çizelge 4.1: Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:265) 31
Çizelge 4.2: Gebelerin Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:265)32
Çizelge 4.3: Gebelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:265)..... 32
Çizelge 4.4: Gebelerin Doğuma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:265)..... 33
Çizelge 4.5: Gebelerin Doğum Korkusu ve Eş Desteğine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (N:265) 34
Çizelge 4.6: Gebelerin Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı 35
Çizelge 4.7: Gebelerin Yaş Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 35
Çizelge 4.8: Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 36
Çizelge 4.9: Gebelerin Gelir Düzeyine Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 36
Çizelge 4.10: Gebelerin Evlilik Süresine Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 37
Çizelge 4.11: Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 37
Çizelge 4.12: Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bilgi/Eğitim Alma Durumuna Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)... 38
Çizelge 4.13: Gebelerin Eşlerinin Destek Olma Durumuna Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 38
Çizelge 4.14: Gebelerin Eşleri ile Uyumlarına Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)..... 39
Çizelge 4.15: Gebelerin Eşleri ile Ev İçindeki Sorumlulukları Paylaşma Durumlarına Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265) 40
Çizelge 4.16: Gebelerin W-DEQ-A Değeri Ortalama Puanlarının Dağılımları..... 40

Çizelge 4.17: Gebelerin Yaş Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)..... 41
Çizelge 4.18: Gebelerin Eğitim Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)..... 41
Çizelge 4.19: Gebelerin Gelir Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265) 42
Çizelge 4.20: Gebelerin Evlilik Süresine Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)..... 42
Çizelge 4.21: Gebelerin Gebelik Sayısına Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265) 42
Çizelge 4.22: Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bilgi/Eğitim Alma Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)..... 43
Çizelge 4.23: Gebelerin Eşlerinin Destek Olma Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265) 43
Çizelge 4.24: Gebelerin Eşleri ile Uyumlarına Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265) . 44
Çizelge 4.25: Gebelerin Eşleri ile Ev İçindeki Sorumlulukları Paylaşma Durumlarına Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)..... 44
Çizelge 4.26: Gebelerin Eş Desteği Algısı ve Alt Boyutları ile W-DEQ-A Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (N:265) 45

ÖZET GEBELİKTE EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM KORKUSUNA OLAN ETKİSİ

ÖZET

Bu araştırma gebelikte eş desteğinin doğum korkusuna olan etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ilişki arayıcı tipteki bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinden sağlık hizmeti alan 265 gebe ile 14 Ekim 2024- 15 Kasım 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, Gebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu, Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır ve değerlendirilen araştırma verilerinin analizinde; sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama, standart sapma, Shao testi, Kruskall Wallis Testi ile Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin %41.1'inin 29-34 yaş aralığında olduğu, %50.2'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin eş desteği algı ölçeği toplam puan ortalaması 66.87 ± 11.76 olarak saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin bilişsel destek, duygusal destek ve maddi desteklerinin arttıkça gebelerin doğum korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği toplam puan ortalaması 53.58 ± 24.75 (orta derecede doğum korkusu) olarak saptanmıştır. Buna göre, eşi ile uyumlu ve problemi bulunmayan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları eşi ile uyumsuz olan gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak, yapılan araştırmada, gebelerin eş destek algı düzeyleri arttıkça doğum korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, sağlıklı bir aile ortamında eş desteğinin son derece önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu doğrultuda; gebe okullarındaki eğitim programlarına eş katılımının teşvik edilmesi, gebelerin doğum öncesi dönemde korkularını ifade etmelerine fırsat verilmesi ve hemşirelerin danışmanlık rollerini daha aktif şekilde kullanmaları önerilmektedir.

Kelime Anahtarları: Gebelik, Doğum, Doğum Korkusu, Eş Desteği.

THE EFFECT OF PARTNER SUPPORT ON FEAR OF LABOUR DURING PREGNANCY

ABSTRAC

This study was conducted to investigate the effect of spousal support during pregnancy on childbirth fear. This descriptive and relational study was carried out with 265 pregnant women receiving healthcare services from the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic of Kocaeli University Research and Application Hospital between October 14, 2024, and November 15, 2024. The data were collected using the Descriptive Information Form for Pregnant Women, the Perceived Spousal Support in Pregnancy Scale, and the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). SPSS 25.0 software was used for data analysis. The analyses included frequency, percentage distributions, mean, standard deviation, Shapiro-Wilk test, Kruskal-Wallis test, and Mann-Whitney U test.

The findings revealed that 41.1% of the participants were between the ages of 29-34, and 50.2% were university graduates. The total mean score of the Perceived Spousal Support in Pregnancy Scale was found to be 66.87 ± 11.76. It was determined that as the levels of cognitive, emotional, and financial support provided by spouses increased, the levels of childbirth fear among pregnant women decreased. The total mean score of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire was 53.58 ± 24.75, indicating a moderate level of childbirth fear. Additionally, pregnant women who reported harmony and no problems with their spouses had lower W-DEQ scores compared to those with spousal discord. In conclusion, this study demonstrated that higher levels of perceived spousal support during pregnancy were associated with lower levels of childbirth fear. This finding highlights the critical importance of spousal support in fostering a healthy family environment. in this context, it is recommended to: encourage spousal participation in educational programs conducted in antenatal classes, provide opportunities for pregnant women to express their fears during the prenatal period, support healthcare professionals, particularly nurses, in adopting a more active role in counseling and guidance.

Keywords: Pregnancy, Birth, Fear of Childbirth, Partner Support.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile, bireyler ve toplum için kritik bir öneme sahip, evrensel bir yapı olarak tanımlanabilir. ve bireyin sosyalizasyon sürecinden gelişim evrelerine kadar pek çok alanda önemli bir rol üstlenir. Çocuk gelişiminden eğitim olanaklarına, meslek seçiminden arkadaşlık ilişkilerine kadar birçok yaşam becerisinin edinilmesinde kritik bir işlev sağlar. Aile, bireyin toplumsal yaşamla entegrasyonunu destekleyerek kişisel kimliğinin oluşumunda temel bir yapı sunar. Barınma, sağlık, eğitim, beslenme, sevgi, saygı ve dayanışma gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında merkezi bir konumda yer alır. Evlilikteki duygusal bağlar, ailenin genel mutluluğunu artırarak bireyler arasındaki etkileşimleri güçlendirir. Ayrıca, aile içindeki görev dağılımının algılanışı, aile mutluluğunu etkileyen önemli bir faktör olarak öne çıkar (Canel, 2012).

Sosyal destek, bireylerin zorlu durumlarla baş etmelerine yardımcı olan, çevrelerinden (aile, eş, arkadaş, komşu) aldıkları maddi ve manevi yardımlar bütünüdür. Özellikle gebelik sürecinde, bireylerin eşleri tarafından sağlanan desteklerin rahatlatıcı etkisi oldukça belirgin hale gelir. Araştırmalar, hamile kadınların eşlerinden aldıkları desteklerin psikolojik ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Eşlerin sunduğu destek, çeşitli şekillerde kendini gösterebilir; örneğin, gebelere sağlıklı beslenmeyi teşvik eden önerilerde bulunmak, ağır eşyaların kaldırılmasına yardımcı olmak, ev işlerinde yardım etmek, doğum öncesi muayenelere katılmak ve diğer çocukların bakımını üstlenmek gibi pratik destekler bu tür yardımlar arasında öne çıkar. Bu tür yardımlar, yalnızca fiziksel rahatlık sunmakla kalmaz, aynı zamanda gebelerin ruhsal ve duygusal durumlarını da olumlu yönde etkiler. Destekleyici bir partnerin varlığı, hamile kadınlarda stres seviyelerini düşürerek kaygı ve depresyon riskini azaltabilir. Bunun yanında, eşlerin sağlayacağı motivasyon ve destek, hamile kadınların kendilerini daha güvende hissetmelerine ve doğum sürecine daha hazırlıklı olmalarına katkıda bulunur. Sonuç olarak, eşlerden alınan sosyal destek, gebelik sürecinde fiziksel sağlık kadar, psikolojik iyi oluş açısından son derece önemli bir rol oynamaktadır.

Bu sebeple sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, hamilelik sürecinin daha sağlıklı ve keyifli geçmesine büyük katkı sağlar (Sokoya vd., 2014).

Hemşireler, kadınların doğum süreçlerindeki korku ve endişelerini azaltarak, daha iyi bir hazırlık ve olumlu bir doğum deneyimi elde etmelerine yardımcı olma konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Doğum sürecinde çiftlerle en yakın ilişkiyi kuran hemşireler, kadınların duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamalı, haklarını korumalı ve yeterli bilgilendirme sağlamalıdır. Ayrıca, bireylerin kendilerini güvende hissetmesi için destekleyici bakım sunarak doğru bilgi akışı sağlamaları kritik öneme sahiptir (Karaçam vd., 2011).

Doğum korkusunun azaltmak ve bilgilendirmek, kadınların davranışlarını yönetmelerine, öz güvenlerini artırmalarına ve olumlu duygular deneyimlemelerine yardımcı olabilir; bu, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu bir şekilde iyileştirebilir. Sleutel, doğum eylemindeki hemşirelik bakımını "*kadının doğum yapma gücünü kendi kontrolünde kullanmasını sağlamak*" şeklinde ifade edilmiştir. Doğum eylemi sırasında uygulanan bazı müdahaleler, destekleyici bir nitelik taşımaktadır (Barnett, 2008).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin Tanımı ve Fizyolojisi

Erkek germ hücresi olan sperm ile kadın yumurtasından salınan ovumun döllenmesi, gebelik sürecinin başlangıcını oluşturur. Bu süreçte, gebelikteki bireyin vücudu, gelişen fetus için uygun bir ortam sunmakta ve ihtiyaçlarını karşılayarak gebeliği desteklemektedir. Hamilelik, temel bir fizyolojik olay olarak kabul edilmektedir. Genellikle 40 hafta veya 280 gün süren bu süreç, çeşitli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişimlere sahne olmaktadır. Bu değişiklikler, başlıca solunum, üreme, kas-üriner, kan, kardiyovasküler sistemler ile deri üzerinde gözlemlenmektedir. Doğum sonrası, annenin fizyolojik ve anatomik durumu, gebelik öncesi haline geri dönme eğilimindedir (Önay, 2006).

2.2. Gebelikte Anatomik, Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

2.2.1. Gebelikte anatomik ve fizyolojik değişiklikler

İnsan gebeliği, obstetrik açıdan 40 hafta süren bir süreç olarak tanımlanırken, embriyolojik açıdan ise bu süre 38 hafta olarak kabul edilmektedir. Gebeliğin obstetrik hesaplamaları, son adet tarihinin ilk gününden itibaren başlarken, embriyolojik hesaplamalar ise döllenmenin gerçekleştiği andan itibaren başlamaktadır. Bu iki farklı yaklaşım, gebelik sürecinin izlenmesi ve takibi açısından önemli farklılıklar ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, insan gebeliği hem obstetrik hem de embriyolojik yönlerden göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (Nalbant, 2008).

Kardiovasküler Değişiklikler: Gebelik dönemi, annenin kardiyovasküler sisteminde önemli fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler arasında kan hacminde artış, atım hacmi ve kardiyak debinin yükselmesi, kalp hızında artış, sol ventrikül boyutu ve kitlede büyüme ile birlikte sistemik vasküler direncin azalması yer almaktadır (Taşkın, 1998).

Endokrin ve Metabolik Değişiklikler. Hamilelikte pankreas beta hücrelerinde hiperplazi ve insülin sekresyonunda artış gözlemlenir. Bu artışın temelinde HPL, östrojen ve progesteron hormonları yatmaktadır. Tiroid bezinde hafif bir büyüme meydana gelir ancak fonksiyonlarında belirgin bir değişiklik olmaz (Nalbant, 2008).

Hematolojik Değişiklikler: Gebelerde prokoagülanların artması, fibrinolizin azalması ve venöz stazın yükselmesi durumu, gebelikte venöz tromboembolik olayların gebe olmayan kadınlara oranla beş kat daha sık yaşanmasının temel nedenlerini oluşturur (Nalbant, 2008).

Solunum Sistemindeki Değişiklikler: Gebelik sürecinde, fetüse yeterli oksijen sağlamak ve karbondioksidi etkili bir şekilde atmak amacıyla akciğerlerin işlevselliği belirgin bir şekilde artar. Bu artış, solunum hızı ve derinliğinde görülen hiperventilasyon ile kendini gösterir; bu durum fetüsün oksijenlenmesini desteklerken, annenin vücut yapısında da bazı değişiklikler meydana gelir. Büyüyen uterus, diyaframı yukarı iterek göğüs çapında genişlemeye neden olur. Bu genişleme, solunum sisteminin etkinliğini artırmakla birlikte, üst solunum yollarındaki kan akışının da artmasına sebep olur. Bu durum, mukozalarda ödem ve hiperemi gelişimine yol açabilir; dolayısıyla, gebelik sırasında kadınlar ses değişiklikleri, burundan nefes alımında zorluk, burundan sesli solunum ve burun kanamaları gibi çeşitli belirtiler yaşayabilirler. Tüm bu değişiklikler, anne adayının hem oksijen ihtiyacını karşılamak hem de fetüsün sağlığını korumak amacıyla gelişen doğal bir süreçtir ve bu süreçte meydana gelen tüm fiziksel belirtiler, aslında bedensel uyumun bir parçası olarak görülebilir (Büyükbayrak, 2016).

Üriner Sistemdeki Değişiklikler: Uterusun gebelik sürecinde büyümesi, mesanenin anatomik konumunda belirgin değişikliklere neden olur. Genişleyen uterus, mesane üzerinde yer değiştirerek onu yukarı doğru iter ve mesanenin ön-arka boyutunun yassılaşmasına yol açar. Bu durum, uterusun oluşturduğu basınçla birlikte idrar yapma sıklığında artışa ve mesanenin vaskülaritesinde belirgin bir artışa neden olur. Ayrıca, mesane tonusunun azalmasıyla mesanenin kapasitesi 1500 ml'ye kadar ulaşabilmektedir (Taşkın, 1998).

Gatrointestinal Sistem (GİS) Değişiklikleri: Gebelik döneminde kadınlarda genellikle iştah artışı gözlemlenir. Bununla birlikte, hormonal değişimlerin etkisiyle bazı kadınlarda, özellikle gebeliğin ilk trimesterinde, sabah bulantıları ve kusmalar

nedeniyle iştahın azaltılması ve buna bağlı kilo kaybı görülebilir. Bu dönemde tükürük salgısında artış yaşanabilir ve tükürüğün daha asidik hale gelmesi diş çürüğü riskini artırabilir. Ayrıca, diş etlerinde hipertrofi ve hiperemi gelişerek süngerimsi bir yapı kazanmalarına ve kolayca kanamalarına yol açabilir (Ganong, 2002).

Gebelik sürecinde, progesteron hormonu düz kas tonusunda belirgin bir azalma meydana getirir; bu da gastrointestinal sistemdeki hareketliliği azaltarak, mide boşalmasını yavaşlatarak besinlerin sindirim sisteminde daha uzun süre kalmasına yol açar. Bu süreç, besinlerin sindirim ve emilim sürecini etkileyerek, suyun sindirim sisteminde daha fazla emilmesine yol açar. Sonuç olarak, bu durum kabızlık riskini önemli ölçüde yükseltir. Ayrıca, progesteronun etkisiyle venöz dilatasyon da artar; bu, venöz sistemdeki basıncın yükselmesine ve dolayısıyla hemoroid gibi rahatsızlıkların gelişme olasılığının artmasına yol açar. Gebelik boyunca bu mekanizmaların bir araya gelmesi, hem kabızlık hem de hemoroid için risk faktörlerinin çoğalmasına neden olur ve bu durum, gebelerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Dolayısıyla, hafif ve dengeli bir diyet ile yeterli sıvı alımı bu süreçleri yönetmeye yardımcı olabili (Nalbant, 2008).

Genital Sistem Değişiklikleri: İlk altı hafta boyunca akıcı bir şekilde doğal şeklini koruyan uterus, 6-12. haftalar arasında yuvarlak bir şekil almaya başlar. 12. haftadan sonra pelvisin dışına çıkmaya ve hafif bir sağa doğru dönmeye başlar. İlk trimesterin sona ermesiyle birlikte, irregüler ve ağrısız kontraksiyonlar olarak bilinen Braxton-Hicks kasılmaları meydana gelir. Serviks, bu süreçte bir miktar yumuşayarak morumsu bir renk alır ve servikal kanal, kalın bir mukus tıkacı ile kapatılır (Nalbant, 2008).

Derideki Fizyolojik Değişiklikler. Gebelik döneminde ciltte genellikle hiperpigmentasyon, kloazma, nevüs, telenjiektazi, palmar eritem, stria gravidarum ve spider anjiom gibi koyulaşma ile karakterize değişiklikler görülür; bu değişiklikler çoğunlukla normaldir ve doğum sonrası kaybolur. Ayrıca, erken gebelikte memelerde dolgunluk ve hassasiyet hissi oluşurken, sekizinci haftadan itibaren meme yapısı daha lobüler hale gelir, cilt altındaki damarlar belirginleşir, meme uçları koyulaşır, büyür ve daha belirgin bir görünüm kazanır (Nalbant, 2008).

2.2.2. Gebelikte psikolojik değişiklikler

Gebelik dönemi, kadınların yaşamında yeni rollere uyum sağlamak zorunda olduğu bir kriz dönemi olarak değerlendirilse de bu süreç aynı zamanda fırsatlar sunan bir dönemdir. Çince'de "*kriz*" kelimesinin "*fırsatlar*" anlamına gelmesi gibi, gebelik de sadece stresli bir süreç değil, kadınların güçlü duygular yaşadığı, kendilerini tanıma ve yaratıcılıklarını ortaya koyma imkânı bulduğu önemli bir dönüm noktasıdır (Dökmen, 2003).

Her birey gebeliği farklı bir şekilde deneyimler. Bu süreçteki duygu ve tepkiler, kişinin geçmiş anıları, içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik koşullar, ayrıca kişisel istek ve korkularıyla yakından ilişkilidir. Gebelik, bireyin hayatındaki çeşitli dinamiklere bağlı olarak farklı renkler ve tonlar kazanır; bu nedenle, her kadının gebelik süreci kendine özgü ve benzersizdir. Bu durum hem duygusal hem de fiziksel olarak yaşanan deneyimlerin çeşitliliğini beraberinde getirir. Yani, gebelik sadece biyolojik bir olay olmanın ötesinde, bireyin yaşam koşullarına ve geçmiş deneyimlerine bağlı olarak şekillenen karmaşık bir süreçtir (Taşkın, 2000).

Birinci Trimestir. Birinci trimester, kadının en önemli gelişimsel görevlerinden biri, hamileliğini kabullenmesidir. Bu dönemin sonunda kadın, gebe olduğunu açıkça ifade edebilme yetisine ulaşmalıdır. Eğer kadın, gebeliği ve anneliği olumlu bir şekilde algılıyorsa, adaptasyonu genellikle daha iyi olmaktadır. Ancak, menstruasyona ve gebeliğe karşı olumsuz duygular taşımak, çeşitli olumsuz semptomların ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu semptomlar arasında baş ağrısı, bulantı ve emosyonel gerilim gibi durumlar yer alır. Dolayısıyla, bu süreçte kadının duygusal ve psikolojik durumu, gebelik sürecine adapte olma yeteneği açısından büyük bir önem taşımaktadır (Karanisoğlu, 1991).

Rosemary, Joan ve Wayne (2001) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşayan gebelerin, normal gebelere kıyasla bulantı, baş ağrısı ve sırt ağrısı gibi somatik problemler açısından anlamlı derecede daha fazla şikayet ettikleri belirlenmiştir. Bu çalışma, ruhsal sağlık durumunun gebelikteki fiziksel belirtiler üzerindeki etkilerini ortaya koyarak, psikolojik durumların gebelik sürecindeki rahatsızlıkları nasıl artırabileceğine dair önemli veriler sunmaktadır. Dolayısıyla, depresif ve anksiyete bozukluğu yaşayan gebelerin daha fazla fiziksel rahatsızlık hissetmeleri, bu durumların tedavi edilmesinin

gerekliliğini vurgulamaktadır. Araştırma, hem gebelik dönemi boyunca hem de doğum sonrası dönemde psikolojik destek ihtiyacının altını çizmektedir (Rosemarry, 2001).

Bu dönemde kadın, hem korku hem de umut duygularıyla iç içe geçmiş bir deneyim yaşar. Fiziksel rahatsızlıklar ve çelişkili duygular, onu psikolojik açıdan zorlayabilir ve bu süreçte duygularını anlamakta zorluk çekebilir. Özellikle birinci trimesterde, ambivalan duygular daha belirgin hale gelir; anne adayı, bebeğiyle ilgili mutluluk hissini oldukça az yaşayabilir. Bu aşamada daha içe dönük ve pasif bir tutum sergileyerek, eski aktivitelerinden uzaklaşabilir ve yalnız kalma isteği artabilir. Duygusal dalgalanmalar oldukça sık görüldüğü için, kendilerini bir an iyi hissederken birkaç dakika sonra ağlama isteği duymaları yaygın bir durumdur. Bu değişiklikler, kadının eşi ve ailesi için beklenmedik ve şaşırtıcı bir durum yaratabilir (Reeder ve Martin 1987).

Shereshefsky ve Yorrow, ilk trimesterde gebeliklerini kabullenip güven duygusu hisseden kadınların uyum süreçlerinin genellikle olumlu yönde ilerlediğini vurgulamışlardır. Bu süreçte, birinci trimestirin sona ermesiyle birlikte gebelikten duyulan hoşnutluk, mutluluk hissi, fiziksel rahatsızlıklara karşı gösterilen iyi tolerans ve kadının kendisi ile ailesinin gebelik ve doğum süreciyle başa çıkabileceğine dair hissettiği güven, özgüven ve umut duyguları ön plana çıkmaktadır. Tüm bu duygular, kadının gebeliği kabul ettiğinin ve bu dönemde yaşadığı değişimlere olumlu bir şekilde adapte olduğunun göstergeleri olarak değerlendirilmektedir (Reeder ve Martin 1987).

İkinci Trimestir:: Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde, başlangıçta rahatsızlık veren belirtilerin azalması veya tamamen geçmesi, kadının ruh halini olumlu yönde etkileyerek ona daha fazla huzur ve rahatlama sağlar. İlk aylarda yaşanan bulantı, halsizlik ve duygusal dalgalanmalar gibi belirtiler, zamanla yerini daha dingin bir sürece bırakır. Bu süreç, kadının hem kendi hem de ailesinin gebelik durumunu kabul etmesiyle başlar. Gebeliğin getirdiği bu yeni duruma uyum sağlama, kadının hem bedensel hem de ruhsal olarak daha güçlü hissetmesini teşvik eder. Ayrıca, başlangıçta soyut bir kavram olarak görülen fetüs, annenin hareketlerini hissetmesi, ultrason görüntüleri ile görünür hale gelmesi ve kalp seslerinin duyulmasıyla somut bir varlık olarak algılanır. Bu somutlaşma, anne için gebelik sürecini daha anlamlı ve görmek için büyük bir heyecan kaynağı haline getirir. Artık fetüs, sadece bir kavram

değil, aynı zamanda anneyle bağ kuran, içsel bir yaşam formudur. Bu süreçteki gelişmeler, kadının ruh halini sürekli olarak olumlu yönde etkileyerek ona bir amacın ve sevginin varlığını hissettirir. Gebelik, böylelikle daha derin bir bağ kurma fırsatı sunan, duygusal olarak zenginleştirici bir deneyim haline gelir (Gebelik, 2005).

İkinci trimesterde kadınlar, fetüslerini koruma konusundaki endişeleri nedeniyle kendilerine ve bebeklerine daha fazla odaklanırlar. Bu durum, narsistik bir eğilim ve içe kapanma şeklinde kendini gösterebilir. Kadınlar, kıyafetleri, beslenme seçimleri ve yaşadıkları çevre gibi faktörlere daha fazla önem verir hale gelirler. Çevresel etkilerin fetüs üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğini düşünerek, işlerine ve çevrelerindeki insanlara karşı ilgilerini azaltabilirler. İlk trimesterde vücut şekli çok fazla değişmezken, ikinci trimesterde karın belirginleşir, bel kalınlaşır ve memelerde büyüme gibi fiziksel değişiklikler görülmeye başlar. Bu dönemde kadının vücudu tüm hatlarıyla genişler ve beden sınırları giderek belirsizleşir. Gebelik sürecinde kadının vücudundaki değişimlere karşı hissettiği duygu ve düşünceler, onun kendisini nasıl tanımladığını ve kimlik algısını etkiler (Taşkın, 2000).

Üçüncü Trimestir: Gebeliğin son döneminde, annenin doğum ve bebek hazırlıkları yoğunlaşır. Bu dönemde, anne tüm eksikliklerini tamamlamak için çaba gösterirken, ikinci trimesterde başlayan içe dönüklük sürer duygusal dalgalanmalar yaşanırken, kadın gebeliği ile gurur duysa da doğumla ilgili korkular da taşır. Fiziksel görünümünde belirgin değişiklikler olur; gövdesi büyür ve daha hantallaşır. Zamanla gebelikten bıkmaya ve doğum konusunda kaygılar hissetmeye başlar. Artan fiziksel rahatsızlıklar ile gebeliğin getirdiği yük ve sorumluluklar, annenin psikolojik olarak doğuma hazırlanma ihtiyacını artırır. Bu süreçte, özellikle eşi gibi başkalarına daha bağımlı hale gelir. Kadın, daha duyarlı ve korumacı bir ruh haline bürünür; bebeğini kaybetme ya da ona zarar verme korkusu taşıyabilir. Bu sebeple kendisine çok dikkat eder. Son aylarda, ilk trimesterde hissettiği ambivalan duygular tekrar ortaya çıkar; gebelikten nefret etse de bebeğini istemekte ve doğumdan korkmaktadır (Taşkın, 2000).

2.3. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı, kadınların hayatlarında neredeyse evrensel bir deneyim olarak kendini gösterir, ancak bu süreçte yaşanan ağrı eşiği bireyler arasında büyük farklılıklar gösterebilir. Her kadının fiziksel ve ruhsal durumu, doğumdan önceki

deneyimleri ve destek sistemleri, doğum sırasında yaşadığı ağrının algısını etkileyen önemli faktörlerdir. Annenin, sonunda bebeğine kavuşacağını bilmesi, doğum ağrısını diğer ağrı türlerinden ayıran bir unsur olsa da bu süreçte yaşanan acı aynı zamanda annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde derin etkiler bırakabilir. Doğum esnasındaki ağrı, annenin bebeğiyle olan duygusal bağını şekillendirebilir ve doğum sonrası ruh hali ile bağlantılı olabilir. Ayrıca, gelecekteki doğumlara dair düşüncelerini etkileyerek, doğum memnuniyetini ve genel rahatlığını da belirleyebilir. Bu sebeple, doğum ağrısının yönetimi hem sağlık açısından hem de insani bakımdan son derece değerlidir. Uygun ağrı yönetimi yöntemleri, annenin doğum sürecini daha olumlu bir deneyim haline getirebilir ve bu durum, ebeveynlik yolculuğuna dair duygularını olumlu yönde etkileyebilir. Annenin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması ve empati ile yaklaşılması, doğum sürecinde yaşanan bu zorluğun üstesinden gelinmesinde kritik bir rol oynar (Topkara vd., 2024).

Doğum ağrısının ortaya çıkışında iki temel bileşen önemli rol oynamaktadır; birincisi fizyolojik faktörler, ikincisi ise psikolojik faktörlerdir.

2.3.1. Doğum ağrısını etkileyen faktörler

Fizyolojik Faktörler: Uterin hipoksi, doğumun ilk evrelerinde annenin deneyimlediği şiddetli ağrının temel nedenlerinden biridir. Her uterin kontraksiyon sırasında, uterusa giden kan damarlarının baskı altında kalması, uterin kasların yeterli oksijen alamamasına yol açarak hipoksi durumunu tetikler. Bu hipoksik durum, kasların kramp tarzında ağrı hissetmesine neden olur ve dolayısıyla doğum sürecindeki ağrı deneyimini etkiler (Kömürcü, 2008). Kontraksiyonların süresi ve şiddetinin artışının, ağrı seviyesindeki artış ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, kontraksiyonların intensiteleri ve süreleri ile ağrı deneyimi arasındaki korelasyonu vurgulamaktadır (Cunningham 2010).

Anneye ait özellikler, fiziksel durumun bozulması, malnütrisyon ve ağrı toleransının etkilenmesi gibi faktörlerin ağrı algısını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Ayrıca, gebelik yaşı ve doğum sayısı da ağrı üzerinde etkili diğer unsurlar arasında yer almaktadır. Özellikle primigravid bireylerde, sözel ağrı skorlarının daha yüksek seviyelerde rapor edildiği gözlemlenmiştir (Kömürcü, 2008).

Psikolojik Faktörler: Psikolojik faktörler, bireylerin ağrıya karşı tepkilerini şekillendirir. Doğum sürecindeki ağrı, solunum, kardiyovasküler, nöroendokrin ve

limbik sistem üzerinde etkiler yapar. Doğumu etkileyen faktörler arasında analjezi/doz, ilaç kullanımı, amniyotomi uygulamaları, fetüsün büyüklüğü ve pozisyonu, annenin psikolojik durumu, hemşirelik ve ebelik bakımı, doğum pozisyonu, doğum sayısı ve pelvik yapı yer alır. Bu çok boyutlu unsurlar, doğumun seyrini ve ağrının algılanmasını önemli ölçüde etkiler (Kömürcü, 2008).

Anksiyete, doğum ağrısının algısını belirgin biçimde etkileyerek hem fizyolojik hem de psikolojik mekanizmaları üzerinde önemli bir etki yaratabilir. Anksiyete durumu, ağrı korkusu, kontrol kaybı ve doğum sürecinin olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Annenin anksiyete düzeyinin yüksek olması, doğum eyleminin süresinin uzamasına ve annenin fiziksel olarak bitkin düşmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, doğum sürecinin uzamasına, fetal distrese ve bebeklerin düşük APGAR puanlarıyla doğmasına sebebiyet verebilir. Bu nedenlerle, anksiyete yönetimi ve uygun destekleyici tedavi stratejileri, doğum sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi açısından oldukça önemlidir (Uğur, 2010).

2.4. Doğum ve Doğum Korkusu

Gebelik sürecinde kadınlar, doğum yöntemleri konusunda düşünceler geliştirir ve genellikle kaygı yaşarlar. Doğum yöntemleri sezaryen ve vajinal doğum olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Sezaryen, başlangıçta tıbbi gereklilikler için tercih edilen bir yöntemken, günümüzde normal doğum korkuları nedeniyle sıkça bir alternatif olarak görülmektedir. Sezaryen tercihi, vajinal doğum deneyimi olan kişilerle yapılan görüşmeler, olumsuz doğum gözlemleri ve tıbbi yönlendirmeler gibi faktörlerden etkilenir. Buna karşın, normal doğumun daha sağlıklı olduğu, iyileşmenin kolaylaştığı ve anne-bebek bağının güçlendiği inancı, birçok kadının normal doğumu tercih etmesine neden olmaktadır (Özkan ve Demirci, 2018).

Gebelik ve doğum, doğası gereği fizyolojik süreçler olmasına rağmen, birçok kadın için doğum kaygısı önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Gebelik süresince yaşanan korku ve stres, doğum tercihlerini, anne adayının psikososyal sağlığını ve fizyolojik komplikasyonları etkileyen çeşitli faktörler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, doğum kaygısının yönetimi, hem maternal hem de fetal sağlık açısından kritik bir öneme sahiptir. Kadınlar, doğum esnasında çeşitli nedenlerden ötürü korkular yaşadıklarını ifade etmektedirler. Bu korkular arasında, doğum sırasında hissedilecek ağrı, bebeğe zarar verebilecek komplikasyonlar, doğum

masasında yatma durumu, doğumda başarı sağlanamama olasılığı, sağlık ekibinin yeterince ilgi göstermemesi, doğum esnasında çığlık atma, güvensizlik hissi ve doğum sırasında hem kendi hem de bebeğin ölümü gibi durumlar yer almaktadır (Wijma, 2003).

Gebeliğin son trimesterinde vajinal muayene yapılması, birçok kadının psikolojik olarak zor bir süreç geçirmesine neden olabilir. Bu muayeneler, doğumun yaklaştığını gösteren önemli bir işaret olsa da, bazı annelerde erken doğum eylemi geçirme endişesini artırabilir. Erken doğum riski, kadınları kaygılandıran bir durumdur; çünkü bu, hem bebeğin sağlığı hem de kendi sağlıkları açısından ciddi sonuçlar doğurabilir. Ayrıca, doğum sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar da, anne adaylarının zihninde tehditler oluşturmakta ve doğum sürecine dair olumsuz düşünceleri pekiştirmektedir. Bu kaygılar, beklenmedik durumlar karşısında acil sezaryen gerekliliği gibi senaryoları da gündeme getirir ki bu da endişeyi daha da artırır. Hastanede uzun süre kalma ihtimali ise, hem fiziksel hem de psikolojik olarak zorlayıcı bir durumdur; anne adayları, bu süre zarfında hem kendileri hem de bebekleri için endişelenmektedir. Tüm bu faktörler, doğum anına dair bilgi eksikliğiyle birleştiğinde, kaygı ve korkuları daha da şiddetlendirebilir. Sonuç olarak, gebeliğin son dönemlerinde yaşanan bu duygular, kadınların doğum deneyimlerini olumsuz etkileyebilir ve bu nedenle daha fazla bilgiye, destekleyici hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır (Özkan ve Demirci, 2018).

Doğum korkusunun artması, kadınların doğuma hazırlanma düzeyini azaltmakta ve doğuma uyum ile doğum sonrası memnuniyeti düşürmektedir. Bu durum, anne-bebek ilişkisini zayıflatmakta ve emzirme süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra, kadınların zayıf zihinsel sağlık durumları ve yetersiz sosyal destek, doğum korkusunun yüksek seviyelerde yaşanmasına katkıda bulunabilmektedir. Doğum korkusu öncelikle kadını etkileyerek, beklenmedik bir sezaryen doğuma yol açtığında, bu durum aynı zamanda kadının eşinin ruhsal sağlığını da olumsuz etkileyebilir (Tatarlar ve Tokat, 2016).

2.4.1. Doğum korkusunun nedenleri

Modern toplumlarda teknolojinin her alanda yaygın şekilde kullanılmasının doğum süreçlerine olan etkisi belirgin bir şekilde gözlemlenmektedir. Doğumun kolektif bir deneyim haline gelmesi, kadınların doğum performansını cinsiyetlerine

ait bir yetenek olarak sergileme zorunluluğu, kültürel normların "*kadınlık"* rolüne yüklediği ağır sorumluluklar ve bireysel kaygılar, kadınların doğum sürecine girmesini kaygıyla karşılamalarına yol açmaktadır. Kadınlarda doğum korkusunu tetikleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu korkular, negatif duygusal durumlar, önceden duyulan olumsuz deneyimler ve sağlık personelinin tutumları gibi çeşitli unsurlardan kaynaklanmaktadır (Melender, 2002).

Bebekle İlgili Korku: Geissbuehler ve Eberhard'ın araştırması, annelerin bebekleriyle ilgili endişelerinin korku düzeylerinin %50'sini oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Dönmez ve arkadaşları ise, katılımcı annelerin %60'ının hem kendi hem de bebeklerinin sağlığına dair endişe ve gerginlik içerisinde olduğunu belirtmişlerdir. Gebelik döneminde anneler, bebeğin kaybı, özürlü çocuk sahibi olma, fetal yaralanmalar, ölü doğum, yanlış davranışlarla fetüse zarar verme, doğum sürecinde bebeğin yaralanması ve doğum sonrası hastalıklar gibi çeşitli korkular taşımaktadırlar. Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının doğum korkusuna ilişkin gerçekleştirdiği çalışmada, hamilelik sürecinde bebek sağlığına yönelik endişelerin en yüksek seviyeye ulaştığı tespit edilmiştir (Kitapçıoğlu vd., 2008).

Kendisi ve Eşiyle İlgili Korku: Kadınlar doğum süreci sırasında çeşitli kaygılar ve korkularla karşı karşıya kalmaktadır. Doğumda acı çekme, sürecin olumsuz geçmesi, deneyimsizlik, anesteziye bağlı şiddetli ağrı, doğumun uzaması, panik hali gibi durumlar, kadınlar üzerinde önemli bir psikolojik yük oluşturmaktadır. Ayrıca, doğumda meydana gelebilecek müdahaleler (epizyotomi, rüptür vb.), kendine zarar verme riski, acil sezaryen gerekliliği, aşırı kanama, plasenta kalıntısı, hipertansiyon gibi komplikasyonlar da endişe kaynağıdır. Vajinal veya sezaryen doğum deneyimi yaşayan kadınlar, doğum sonrası olumlu duygusal deneyimlere sahip olmalarına rağmen, genellikle doğumun ağrılı, korkutucu ve hayati riskler taşıyan bir deneyim olduğunu belirtmektedirler. Bu durum, kadınların korkunun yanı sıra, başka yoğun duygusal durumlar ile de başa çıkmaya çalıştıklarını ortaya koymaktadır. Örneğin, Arap ülkelerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, kadınlar doğum deneyimini 'utanç', 'güçsüzlük' ve 'acı çekme' olarak tanımlamış, bu bağlamda partnerlerinin doğum sürecine tanıklık etmesini istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgular, doğumun kadınlar üzerindeki duygusal etkilerini ve kültürel unsurların rolünü vurgular niteliktedir (Melender, 2002).

Saisto (2006) araştırmasında, kadınların doğum deneyimiyle ilgili hissettikleri en yaygın duyguların utanç ve korku olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar, doğum süreci öncesinde çeşitli kaygılarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu kaygılar arasında, doğum için yeterince hazırlık yapamamış olma, eşlerinin bu süreçte kendilerine destek olup olamayacağı, eşlerinin iş yükü nedeniyle doğum anını kaçırma riski, ebeveynlik rollerini başarıyla yerine getirip getiremeyecekleri ve emzirme yetkinlikleri yer almaktadır (Subaşı vd., 2013).

Çeşitli araştırmalar, doğumun hiçbir aşamasında ağrının doğum korkusuyla ilişkili olmadığını göstermiştir. Alehagen ve meslektaşlarının yürüttüğü bir çalışmada ise epidural anestezi uygulanan kadınların ağrı hissetmemelerine karşın, daha yüksek düzeyde korku hissettiklerine dikkat çekilmiştir. Buna rağmen, kadınların doğum deneyimlerini tanımlarken sıklıkla 'ağrı' terimini kullandıkları görülmektedir (Alehagen vd., 2006).

Sağlık Personelinin Davranışıyla İlgili Korku: Gebelik döneminde sağlık personeliyle yaşanan olumsuz etkileşimler, kadınların korku düzeylerini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, kadınların sağlık personelinin hata yapma olasılığından duydukları endişeleri vurgulanmaktadır. Ayrıca, kadınlar arasında sağlık çalışanlarına olan güvensizliğin de korku hissinin önemli bir nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, sağlık personelinin korkunun yalnızca gebeden kaynaklanmadığını kavraması ve bu durumun üstesinden gelmek için yapıcı bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir (Subaşı vd., 2013).

Kadınların doğum korkusunu şekillendiren faktörler arasında, ağrı, sağlık personeline duyulan güvensizlik ve kendi ile bebeğiyle ilgili endişeler öne çıkmaktadır. Bununla beraber, Kadının toplumdaki yeri, modern kültürün kadına yüklediği etiketler ve medyada doğumun sürekli olarak korku ve ağrı ile ilişkilendirilmesi, doğum korkusunun temel nedenleri arasında yer almaktadır. Bu unsurlar, doğum deneyimine ilişkin algıları etkileyen karmaşık bir etkileşim ağı oluşturur (Reıger ve Dempsey, 2014).

2.4.2. Doğum korkusunun belirtileri

Doğum korkusu yaşayan kadınlar, genellikle gerginlik, huzursuzluk ve dikkat toplamakta zorluk gibi durumlar sergileyebilirler. Araştırmalar, gebelik sürecindeki kadınların yaklaşık %80'inin hafif doğum korkusu yaşadığını, %6-10'unda ise yüksek

korku seviyelerinin ortaya çıktığını göstermektedir. Bu korku, kabuslar, fiziksel rahatsızlıklar, ev ve iş hayatında zorluklar, karın ağrısı ve gebelik kusması gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Ayrıca korkunun şiddeti, sürekli bir gerginlik halinden periyodik anksiyete ataklarına kadar değişiklik gösterebilir. Doğum korkusu yaşayan kadınlar, genellikle gebelikten kaçınma eğilimindedirler; eğer gebe kalmışlarsa, doğumdan kaçınma isteği besleyebilirler. Ancak, gebelik süreci devam ettikçe doğum yaklaşmakta olduğundan, bu kadınlar istemli kürtaj ya da sezaryen gibi alternatif müdahale seçeneklerini tercih edebilirler (Wijma, 2003).

2.4.3. Doğum korkusunun sosyodemografik etkisi

Sosyo-demografik faktörler, bireylerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve gelir seviyeleri gibi unsurları içermektedir. Literatürde doğum korkusunun yaş ile ilişkisiz olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar mevcutken, diğer araştırmalar yaşın artışıyla birlikte doğum korkusunun da arttığını göstermektedir. İleri yaşın doğum korkusuna katkıda bulunmasının ardındaki nedenler arasında, kadınların daha planlı ve organize bir yaşam sürme eğilimleri, yaşamın çeşitli yönlerini fazla yapılandırma arzusu, modern dünyanın getirdiği baskılarla her şeyi kontrol altında tutma çabaları ve planlanan projelerin yarıda kalacağına dair endişelerin, bireylerin yaşamlarında bölünmelere yol açabileceği öne sürülmektedir. Öte yandan, bazı araştırmalar genç yaşta olan kadınların doğum korkusunun daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Genç gebelerin çoğunluğunun ilk kez hamile kalıyor olmaları ve doğum süreci hakkında yeterince bilgiye sahip olmamaları, bu durumun daha fazla doğum korkusu hissetmelerine yol açabileceği düşünülmektedir (Gao vd., 2015).

Araştırmalar, medeni durum ve eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında belirgin bir ilişki tespit edilemezken, düşük eğitim ve gelir seviyelerinin doğum korkusunu artırdığına dair bulgular mevcuttur. 2013'te İtalya'da yapılan bir çalışmada, yüksek eğitimli ve önceki doğumunu vajinal gerçekleştiren kadınların %80'i gelecekte de vajinal doğum tercih ettiklerini ifade etmiştir. Bu tercihler, bebeğiyle ilk dakikalarda ayrı kalmama, hastanede kalış süresinin kısalığı ve hızlı postpartum iyileşme isteği gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Sezaryen doğum tercih edenlerin %20'si ise ağrı korkusu, doğum planlama imkânı ve bebeğin travma riskinin azaltılması gibi sebepleri öne sürmüştür. Medeni durum, eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin etkileri konusunda farklı bulgular görünse de doğum korkusunun

yüksek seviyelerde kalması, konunun derinlemesine ele alınmasını gerektirmektedir. Bu durum, doğum korkusunun bireyler üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında önemli bir meseledir (Torloni vd., 2013).

2.4.4. Psikolojik ve psikososyal faktörlerin doğum korkusuna etkisi

Ruh sağlığı sorunlarının erken tanınması, yeni ebeveynler ve onların yakın ilişkileri üzerindeki etkilerini dikkate alarak, önleyici prenatal programların geliştirilmesi büyük öneme sahiptir. Ebeveynliğe geçiş, önemli ve gelişimsel bir dönüm noktasıdır; bu süreçte yaşanan stresin azaltılması hedeflenmelidir. Gebelik ve doğum, doğal süreçler olmalarına rağmen, birçok kadın için doğum kaygısı önemli bir problem oluşturabilmektedir. Gebelik sürecinde yaşanan kaygı ve stres, doğum tercihleri, annenin psikososyal sağlığı ve fizyolojik sorunlar gibi birçok faktör üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bu nedenle, doğum kaygısının kadınların gebelik deneyimine olan etkilerinin anlaşılması hem anne hem de bebek sağlığı açısından büyük bir önem taşımaktadır (Kuljanic vd., 2016).

Doğum öncesi ruhsal durumun doğum sonrası psikososyal sağlık üzerindeki etkileri, birçok araştırma ile ortaya konmuştur. Gebelik süreci, fiziksel değişimlerin yanı sıra duygusal ve psikolojik değişimlerin de yoğun yaşandığı bir dönemdir. Bu süreçte, duygusal destek alan kadınların, travmatik doğum deneyimi yaşama oranlarının daha düşük olduğuna dair bulgular bulunmaktadır. Destekleyici bir çevreye sahip olmak; gebelerin kaygı düzeylerini azaltmakta, stresle başa çıkmalarını kolaylaştırmakta ve doğum sonrası psikososyal sağlık durumlarının daha olumlu bir seyir izlemesine yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin rolü son derece kritiktir. Gebelik sürecinde kadınların hem fiziksel hem de psikolojik olarak detaylı bir değerlendirmeden geçmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri, gebelik döneminde potansiyel risk faktörlerini tanıyamalı ve her kadının bireysel ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde yeterli destek ve rehberlik sunmalıdır. Bu hem doğum öncesi hem de sonrası dönemlerde kadınların psikolojik iyilik hallerini güçlendirmek amacıyla son derece önemlidir. Böylece, gebelerin genel sağlık durumları da daha sağlam temellere oturtulmuş olacaktır (Dilcen ve Genç, 2019).

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından sunulan destek, tıbbi müdahalelerin azaltılmasına, doğum memnuniyetinin artırılmasına ve sezaryen doğum oranlarının düşmesine katkı sağlarken, hemşirelere olan güveni de

pekiştirmektedir. Bu destekler, obstetrik ve neonatal sonuçların iyileştirilmesine de olumlu etkilerde bulunmaktadır. Dolayısıyla, sosyal desteğin öneminin kavranmasıyla birlikte, her bir gebe bireylere gerekli destek sağlanmalı ve onlara yalnız olmadıkları hissiyatı verilmelidir. Ayrıca, gebenin eşinin iş birliğine dahil edilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmeleri açısından kritik bir öneme sahiptir. Gebelik dönemi, birçok kadın için doğumla ilişkili korkuların yaşandığı bir süreçtir. Bu korkular arasında bebekteki olası sağlık sorunları, doğum sırasında vajinal yırtıklar, doğum kontrolünü kaybetme durumu, acil sezaryen ihtiyacı ve sağlık personelinin olumsuz tutumları gibi unsurlar bulunmaktadır. Bu bağlamda, doğum korkusu taramasının gebelerin doğum öncesi bakım süreçlerinin rutin bir parçası haline getirilmesi önemlidir (Başkaya ve Sayıner, 2018).

Doğum öncesi eğitim programları, bireylerin doğum korkusunu azaltmada önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Bu tür programlar, gebelerin doğum süreçlerine dair bilgi sahibi olmalarını sağlayarak, doğum korkusunu hafifletme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda, doğum öncesi kontrol süreçlerinde gebelere doğum korkusunun varlığıyla ilgili sorular sorulması gerektiği vurgulanmaktadır. Doğum korkusu, kadınların doğum tercihlerini etkileyen önemli bir faktördür ve günümüzde sezaryen doğum oranlarındaki artışın arkasındaki en önemli sebeplerden biri olarak kabul edilmektedir. Gebe kadınların bu korkularının belirlenmesi, sağlık profesyonellerinin prenatal hizmetleri daha verimli bir şekilde planlamasına ve sunmasına olanak tanıyacaktır. Ayrıca, doğum korkusuyla ilişkili faktörlerin kültürel ve toplumsal bağlamda değişiklik göstermesi, her bireyin deneyiminin özgün olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sebeple, sağlık profesyonellerinin, doğum korkusunun kaynağını anlaması ve bunu ele alacak stratejiler geliştirmesi kritik bir öneme sahiptir. Gebe eğitim programları ve gebe okulları, kadınlara doğum süreci hakkında kapsamlı bilgi vererek, fiziksel ve duygusal hazırlıklarını destekleyebilir. Bilgilendirme ve hazırlıklar sayesinde, gebeler doğum korkularını daha iyi yönetebilir ve fetüs üzerindeki olumsuz etkileri minimize edebilirler. Sonuç olarak, doğum korkusunun üstesinden gelmek için sağlık profesyonellerinin etkin bir şekilde bilgilendirme yapmaları ve gebelerin ihtiyaçlarına yönelik eğitimler düzenlemeleri, sağlıklı bir doğum süreci için hayati bir öneme sahiptir (Demirci ve Şimşek, 2018).

Sağlık profesyonelleri, kadınların doğumla ilgili korku ve endişelerini yönetmelerine yardımcı olabilmek için psikoeğitim ve psikosomatik destek

sunabilirler. Doğum bakım uzmanlarının yaptığı kısa müdahaleler, bu duyguların kökenlerini araştırarak başa çıkma stratejileri geliştirilmesine olanak tanır. Ayrıca, doğum öncesi yoga ve eğitim gibi teknikler, gebelik sürecindeki stres ve kaygıyı azaltmada etkili olabilir. Bütünsel bir yaklaşım benimsemek, psikososyal, kültürel ve manevi desteklerle sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecine katkı sağlamaktadır (Khwepeya vd., 2018).

2.4.5. Doğum korkusunun sonuçları

Doğum korkusu, gebelik sürecini, doğum anını ve sonrasını olumsuz etkileyerek çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açabilir. Araştırmalar, bu korkunun genellikle gebelik öncesinde daha yaygın olduğunu ve anksiyete, uyku bozuklukları ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceğini göstermektedir. Kadınların %13'ü, bu korku nedeniyle gebeliklerini ertelemekte ya da gebelikten kaçınmaktadır. Ayrıca, gebelik durumu söz konusu olduğunda, bu korku nedeniyle bazı kadınlar gebeliklerine son verme kararı alabilmektedir. Araştırmalar, doğum korkusunun isteğe bağlı sezaryen oranlarını artırdığını da ortaya koymaktadır. Özellikle Handelzalts ve diğerleri (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, tıbbi bir gereklilik bulunmaksızın maternal isteğe bağlı olarak gerçekleştirilen sezaryen doğumlarının başlıca psikolojik nedeni olarak doğum korkusunun vurgulandığı belirtilmiştir (Handelzalts vd., 2015).

Doğum süreci, kadınlar için pek çok fizyolojik ve psikolojik zorluk barındıran bir süreçtir. Bu süreçte, kadınların yaşadığı anksiyete ve korkunun en belirgin etkilerinden biri, vücutta katekolaminlerin (özellikle adrenalin ve norepinefrin) salınımının artmasıdır. Katekolaminlerin yüksek düzeyde salınması, uterin arter basıncını yükselterek uterin kontraksiyonların azalmasına sebep olur. Bu durum, doğum eyleminin uzamasına yol açabileceği gibi, aynı zamanda müdahaleli doğum gereksinimi ve acil sezaryen ihtiyacı gibi ciddi komplikasyonların ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Doğum korkusu, sadece annenin fiziksel sağlığını değil, fetusun sağlığını da olumsuz etkileyebilir. Bu korku, fetal kalp atışlarını olumsuz yönde etkileyerek fetal distrese neden olabilir; bu da fetüsün oksijen alımında ve genel sağlığında sorunlara yol açabilir. Ek olarak, yaşanan korku ve stres durumları annenin kan basıncını artırarak, ablasyo plasenta gibi tehlikeli durumların yanı sıra erken doğum eylemi gibi komplikasyon risklerini de artırabilir. Tüm bu faktörler,

hem annenin hem de fetusun sağlığı üzerinde derin etkiler bırakabileceğinden, doğum öncesi stres yönetimi ve psikolojik destek mekanizmalarının önemi daha da belirginleşmektedir (Aksoy, 2015).

Doğum sırasında korku ve ağrının artması, adrenalin seviyesini yükselterek oksitosin hormonunun azalmasına yol açar. Bu durum, doğumun ikinci evresinin uzamasına ve iletişim zorluklarına neden olarak klinik karar verme süreçlerini geciktirebilir. Yüksek anksiyete düzeyine sahip gebelerde kanama riski artmakta, doğum korkusu ise ağrının artmasıyla birleşerek olumsuz bir doğum deneyimine yol açmakta. Bu da anne ve bebek arasındaki bağlanmayı geciktirip emzirme sürecini olumsuz etkilemektedir (Çiçek ve Mete, 2015).

Doğum korkusu, kadınları yalnızca fiziksel olarak değil, psikolojik açıdan da olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu korku, anksiyete, duygu durum bozuklukları ve postpartum depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu durumlar hem annenin hem de fetal sağlık üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yaratarak, maternal ve fetal sağlığın bütünselliğini tehlikeye atmaktadır (Dağlar vd., 2019).

2.4.6. Doğum korkusu ile ilgili yapılan çalışmalar

Araştırmalar, doğum korkusundaki artışın sezaryen doğum tercihlerini artırabileceğini öne sürse de Mazzoni ve arkadaşlarının (2016) çalışması bu iki faktör arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Araştırmada ekonomik nedenlerle çalışan daha ileri yaşlardaki kadınların sezaryen doğum tercih ettikleri ve plansız, ileri yaşlarda gerçekleşen gebeliklerin doğum korkusunu artırdığı gözlemlenmiştir (Aslan ve Okumuş, 2017).

Sezen ve Ünvarsel (2018) tarafından yapılan bir araştırma, doğum korkusu yüksek olan gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu göstermiştir. Bu durum, gebelerin kaygı ve endişelerinin sosyal destek algısını olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Sosyal destek, gebelerin doğum korkularını azaltmada önemli bir rol oynayabilirken, bu desteğin eksikliği korkuları artırabilir. Diğer araştırmalar ise gebelerin doğum korkusunun normal sınırlar içinde olduğunu ve psikososyal sağlık ile doğum korkusu arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirlemiştir. Bu, gebelerin doğum korkusunu yönetmede farklılıklar gösterdiklerini ve çevresel faktörlerin doğum tercihlerini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, doğum korkusu ve sosyal destek arasındaki karmaşık ilişki, bireysel ve toplumsal faktörlerin incelenmesini gerektirirken, gebelikte psikososyal değişkenlerin anlaşılması sağlık profesyonelleri ve gebeler için önem taşımaktadır (Aksay vd., 2017).

Okumuş ve Şahin (2017) tarafından yapılan bir araştırmada, İstanbul'daki kadınların doğum korkusunun Siirt'teki kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.Araştırmada, primigravida (ilk kez doğum yapacak) ve multigravida (daha önce doğum yapmış) kadınlar arasında doğum korkusu açısından belirgin bir fark bulunmamış olması dikkat çekicidir. Bu durum, doğum deneyimlerinin, kadınların doğum korkusu üzerindeki etkisinin karmaşık olduğunu göstermektedir. Siirt'teki geniş aile ilişkilerine sahip kadınların, çekirdek aile yapısına sahip olanlara kıyasla daha düşük doğum korkusu yaşadığına dair bulgular, yakın akrabaların sağladığı destekle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu destek, kadınlara duygusal ve pratik açıdan büyük bir katkı sağlamakta ve doğum süreçlerine dair kaygılarını azaltmaktadır. Ayrıca, Beiranvand ve arkadaşları (2017) tarafından yürütülen bir diğer çalışmada, gebe bireyin ve eşinin eğitim düzeyleri ile doğum korkusu arasında bir ilişki saptanmış; bu da eğitim seviyesinin doğum öncesi kaygılar üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Ancak, gebelerin ve eşlerinin meslekleri ile doğum korkusu arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmaması, mesleki statünün bu korkular üzerinde belirgin bir etkisi olmadığına işaret etmektedir. Gelir durumu ile ilgili memnuniyetsizlik yaşayan gebelerin, gelirlerinden memnun olanlara kıyasla daha çok doğum korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durum, maddi güvencenin doğum korkusu üzerindeki etkisini ortaya koymakta ve ekonomik kaygıların, psikolojik durumu etkileyebileceğine dair önemli bir bulgudur. Ayrıca, vajinal doğum tercih eden kadınların, sezaryen doğum tercih edenlere göre daha yüksek doğum korkusu düzeylerine sahip olduğu gözlemlenmiştir; bu durum, vajinal doğumun daha doğal ve yaşamsal bir süreç olarak algılanmasından kaynaklanıyor olabilir. Son olarak, doğuma hazırlık sınıflarına katılmayan kadınların doğum korkusunun, katılanlara göre iki kat daha fazla olması, bu sınıfların kadınların doğum sürecine dair bilgilendirilmesinin ve hazırlanmalarının önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, doğum korkusunu etkileyen çok çeşitli faktörlerin olduğunu gösterirken, destek sistemleri ve eğitim imkanlarının kadınların bu

süreçteki deneyimlerini olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Aksay vd., 2017).

Mete ve arkadaşlarının (2017) araştırması, doğuma hazırlık sınıflarının kadınların vajinal doğum tercihlerini olumlu yönde etkilediğini ve doğuma hazırlık düzeylerini artırdığını göstermektedir. Bu sınıfların sağladığı bilgi ve destek ile birlikte, kadınların doğum deneyimlerine olan güvenlerinin arttığı belirlenmiştir. Ancak, bu çalışmada ilginç bir bulgu da ortaya çıkmıştır ki; doğum korkusu üzerinde belirgin bir olumlu etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer bir taraftan, Khwepeya ve arkadaşlarının (2018) Malavi'de gerçekleştirdikleri çalışmada ise kadınların doğum korkusu ile ilgili önemli sosyoekonomik faktörlere dikkat çekilmektedir. Araştırma, eğitim düzeyi düşük, istihdamda olmayan ve sosyal destekten yoksun olan kadınların doğum korkusu açısından daha yüksek bir risk taşıdıklarını ortaya koymuştur. Bu durum, düşük eğitim ve istihdamın, kadınların doğum süreçlerine yönelik bilgi ve destek eksikliği yaratması ile ilişkili olabilir. Ayrıca, çalışmada acil sezaryen gereksiniminin doğum korkusunu artırdığı, bu durumun da kadınların doğum deneyimlerinin belirsizliklere ve olumsuzluklara dönüşmesine neden olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte, doğum sayısı ve yaş ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonuç, doğum korkusunun karmaşık bir psikolojik yapıya sahip olduğunu ve sadece bireysel geçmişlerin değil, aynı zamanda çevresel ve toplumsal faktörlerin de bu korkunun oluşumunu etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda, hem doğuma hazırlık sınıflarının içeriklerinin gözden geçirilmesi hem de kadınların doğum korkusu ile ilgili sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, doğum süreçlerinin daha az kaygı verici hale gelmesine katkı sağlayabilir (Buran, G. 2020).

2.5. Gebelikte Eş Desteği

Sosyal destek, gebelikte bireyin eş, aile ve arkadaş çevresinden aldığı yardımları içerir. Özellikle eş desteği, gebe kadının doğum korkusunu azaltmada kritik bir rol oynamaktadır; bu da sağlıklı bir gebelik süreci için hayati öneme sahiptir. Araştırmalar, istenmeyen gebelik yaşayan kadınların psikososyal sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ve bulantı-kusma semptomlarının daha şiddetli yaşandığını göstermektedir. Dolayısıyla, eş desteğinin arttırılması ve geniş bir sosyal

destek ağına sahip olunması, gebelikle ilgili sorunların önlenmesi ve sürecin daha sağlıklı geçmesi için önemlidir (Gümüşdağ vd., 2014).

2.5.1. Gebelikte eş desteğinin önemi

Araştırmalar, gebelik döneminde destek alan kadınların istenmeyen gebelik yaşama olasılığının düştüğünü, doğum sonuçlarının iyileştiğini ve bulantı gibi olumsuz belirtileri daha hafif geçirdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, Dağlar ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, stresle başa çıkan bireylerin psikososyal sağlık düzeyinin, destek alan gruplar arasında daha yüksek olduğu bulunmuştur; bu, destek unsurlarının fizikselin yanı sıra duygusal ve sosyal boyutlarının da önemini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Bilgin ve Alpar'ın (2018) araştırması, eş desteği gören kadınların maternal bağlanma algısının arttığını ve annelik rolüne dair görüşlerinin olumlu yönde geliştiğini göstermektedir. Toptaş ve arkadaşlarının (2019) çalışması ise gebelerin en büyük desteği eşlerinden aldığını ve doğum sırasında onların yanlarında bulunma isteğinin önemini vurgulamaktadır; bu durum, hem fiziksel hem de duygusal destek arayan kadınlar için partner varlığının kritik rolünü sergilemektedir. Gebelik sürecinde kadınların destek görmesinin, cinsel yaşamın olumlu seyrine ve çiftler arasındaki bağlılığın artmasına katkı sağladığı gözlemlenmektedir. Yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalar, algılanan mahalle güvenliğinin azalmasının gebelerin psikososyal sağlık düzeyini olumsuz etkileyerek preterm doğum eylemini artırdığını saptamıştır; ayrıca, azınlık grupların destek olanaklarının sınırlı olmasının da bu gruplardaki bireylerin psikososyal sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Tüm bu bulgular, eşlerin gebeye sunduğu desteğin gebelerin dışa dönük olmalarını, tatmin edici ilişkiler geliştirmelerini ve stres faktörleriyle başa çıkma becerilerini artırdığını göstermektedir. Bu bağlamda, destekleyici bir çevre ve güçlü bir partner desteği, hem gebelerin sağlığı hem de bebek gelişimi üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Kuljanic vd., 2016).

Avustralya'da yapılan araştırmalar, eş şiddeti geçmişi olan annelerin antenatal depresyon belirtilerinin daha yaygın olduğunu göstermektedir. Aile içi şiddet, gebelik döneminde kadının ruhsal sağlığını olumsuz etkileyerek, doğum sonuçlarını kötüleştirebilir ve düşük doğum ağırlığı gibi sorunlara yol açabilir. Kadınların yaşadığı travmalar, antenatal depresyon ve kaygının artmasına neden olmaktadır; bu durum, doğum sürecini ve bebeğin gelişimini olumsuz etkileyebilir. Dolayısıyla, aile

içi şiddetle mücadele ve kadınların ruhsal sağlığını koruma çabaları, gebelik döneminde büyük önem taşımaktadır (Ogbo vd., 2018).

2.5.2. Gebelikte eş desteğinin sağlanmasında sağlık sistemi ve hemşirelik rolü

Doğum eyleminde aktif rol üstlenen hemşireler ve ebeler, gebenin doğum korkusunu azaltmada önemli bir sorumluluğa sahiptir. Doğum korkusunun temel nedenlerinden biri olarak görülen bilgi eksikliğini gidermek amacıyla, sağlık profesyonellerinin doğum öncesi dönemden itibaren gebe bireylerle sürekli bir iletişim içinde olmaları ve danışmanlık sağlamaları gerekmektedir. Danışmanlık sürecinde, gebelerin doğum korkusunu yaşama nedenlerinin farkında olmaları, risklerin değerlendirilmesi ve öncelikle doğru ve eksiksiz bir anamnez alınarak nedene dayalı müdahale planlaması önem taşımaktadır. Sağlık personeli, danışmanlık esnasında gebelerin kendilerini özgürce ifade edebilecekleri bir ortam oluşturmalı; bu sayede, doğuma yükledikleri anlamlar, annelik rolüne hazırlık durumları, geçmişte yaşadıkları deneyimler ve çevresel etkileşimler doğrultusunda doğum sürecine dair algılarını paylaşabilmelerini sağlaması gerekir (Uçar ve Gölbaşı, 2015).

Doğum korkusunu azaltmada etkili yöntemler arasında nefes egzersizleri, hidroterapi, hypno-birthing, yoga ve nonfarmakolojik teknikler yer almaktadır. Doğum öncesi gebe okullarında sunulan eğitimlerin, gebelerin doğum korkusunu azaltmada olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, gebe okullarının yaygınlaştırılması ve her gebeye bu eğitime katılma imkânı sağlanması önemlidir. Ayrıca, bu eğitimlere gebelerin eşlerinin de dahil edilmesi, onlara psikososyal destek sunarak faydalı bir yaklaşım oluşturmaktadır (Sezen ve Ünsalver, 2018).

2.5.3. Gebelikte sosyal destek

Gebelikte psikososyal sağlığın olumlu şekilde desteklenmesinde sosyal desteğin rolü oldukça büyüktür. Aile, eş ve arkadaşlardan gelen ilgi, bilgi ve şefkat, gebe kadınların bu süreçte yaşadıkları fiziksel ve duygusal zorluklarla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olur. Sosyal destek, sadece psikolojik olarak rahatlatmakla kalmaz, aynı zamanda kadınların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlar. Ancak, düşük yaşta annelik, geniş aile yapıları ve düşük eğitim seviyesi gibi bazı sosyoekonomik faktörler, sosyal destek algısını olumsuz yönde etkileyebilir.

Örneğin, genç yaşta anne olan kadınlar, deneyim ve bilgi eksikliği nedeniyle sosyal destek arayışında zorluk yaşayabilir. Bunun yanı sıra, fiziksel ve psikolojik değişimlerle birlikte, hamilelik sürecinde annenin ihtiyaçları da değişebilir; bu durum, sosyal destek arayışını etkileyebilir. Eğitim durumu, çalışma durumu ve aile gelir düzeyi gibi bireysel faktörler, sosyal destek kaynaklarının zenginliğini veya kısıtlılığını belirler. Eğer bir anne, yüksek eğitim seviyesine sahipse, sosyal destek bulma konusunda daha avantajlı olabilirken, düşük gelir düzeyine sahip biri daha fazla zorluk yaşayabilir. Bu nedenle, tüm bu faktörler göz önüne alındığında, sosyal destek, sağlıklı bir gebelik süreci için kritik bir öneme sahiptir. Annenin yaşayacağı bu süreçte etrafındaki insanlardan alacağı destek, hem ruhsal hem de fiziksel sağlığını olumlu yönde etkileyecek ve doğum sonrası dönemine de fayda sağlayacaktır (Kanığ ve Eroğlu, 2019).

2.5.4. Gebelikte sosyal destek ve eş desteği ile ilgili yapılan çalışmalar

Küçükkaya ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada, gebelerin psikososyal sağlık düzeylerini incelediklerinde, genel olarak bu sağlık seviyelerinin normal sınırlar içinde olduğunu belirlemişlerdir. Ancak, üçüncü trimesterdeki gebelerin psikososyal sağlık durumlarının, birinci ve ikinci trimesterdeki gebelere göre daha olumsuz olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, gebelik sürecindeki hormonel değişiklikler ve fiziksel zorlukların, özellikle son trimesterde daha yoğunlaşması gibi etmenlerden kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan, Bulut ve Yiğitbaş (2018) tarafından gerçekleştirilen başka bir araştırmada, gebeliğin ikinci trimesterindeki bireylerin psikososyal sağlık durumlarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir; bu, gebelerin stres ve duygusal baskı seviyelerinin trimesterler arasında değişiklik gösterdiğini göstermektedir. Bununla birlikte, yüksek gebelik sayısına sahip kadınlar, önceki gebeliklerinde sorun yaşamış olanlar ve plansız gebelik geçiren kadınlar arasında psikososyal sağlık durumunun daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, kadınların geçmiş gebelik deneyimlerinin mevcut gebeliklerini nasıl etkilediğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Ayrıca, bazı çalışmalarda gebelik sürecindeki psikososyal sağlığı olumsuz etkilenmiş bireylerin, daha şiddetli bulantı ve kusma deneyimledikleri tespit edilmiştir. Bu bulantı ve kusma, gebelik sürecinde yaşanan fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra psikososyal yükleri de artırabilir. Bunun yanı sıra, Partnerleri tarafından şiddet mağduru olan kadınların psikososyal sağlık durumlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir; bu durum, şiddetin yalnızca fiziksel

değil, aynı zamanda psikolojik sağlık üzerindeki yıkıcı etkilerini de gözler önüne sermektedir. Sonuç olarak, gebelik döneminde psikososyal sağlık, birçok faktörden etkilenmekte olup, bu durumun anlaşılması ve gerekli destek hizmetlerinin sağlanması kritik önem taşımaktadır (Bazarganipour vd., 2015).

Sosyodemografik özellikler arasında yaş grubu, eğitim durumu, ikamet yeri, istihdam durumu ve aylık gelir; obstetrik özellikler kapsamında ise gebelikte bilgi edinme yöntemleri, kontrollere katılma sıklığı, gebeliğin planlı olup olmadığı ve gebe bireyin hangi trimesterde bulunduğu, gebelerin psikososyal sağlık durumu ile anlamlı ilişkiler göstermiştir (Coutinho vd., 2015).

Araştırmalar, gebelik döneminde düşük sosyal desteğe sahip bireylerin psikososyal sağlıklarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Öz güvenli ve iyimser bir yaklaşım benimseyen gebelerin sosyal destek arama eğilimleri, psikososyal sağlıklarını iyileştirmektedir. Buna karşın, çaresizlik hissi yaşayan gebelerin psikososyal sağlık durumları belirgin şekilde daha kötü bir seyir izlemiştir (Aktaş ve Çalık, 2015).

Tunçel ve Süt (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, gebelik döneminin özellikle III. trimesterinde olan kadınların psikososyal sağlığındaki bozulmanın, doğum öncesi dönemde bebekle bağ kurma yetisini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu durum, gebelerin ruhsal durumlarının bebeğin sağlıklı gelişimi açısından kritik olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Öte yandan, Robinson ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, düşük gelir düzeyine sahip gebelerin depresyon ve kaygı oranlarının, diğer gruptaki kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmış; ayrıca, etnik azınlık içinde yer alan kadınların depresif belirtilerinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, yetersiz sosyal destek ve ekonomik zorlukların, ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen başlıca etkenler olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde, Ogbo ve arkadaşlarının (2018) Avustralya'daki araştırmasında, eş desteği eksikliği, yakın çevreden gelen şiddet, kültürel ve dilsel farklılıklar ile düşük sosyo-ekonomik durumun hem doğum öncesi hem de sonrası depresif belirtiler için önemli risk faktörleri olduğu ortaya konmuştur. Burada antenatal ve postnatal depresif belirtiler arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiş, bu da gebelik sürecinin psikososyal sağlığı üzerindeki etkisinin ne denli önemli olduğunu bir kez daha vurgulamıştır. Tüm bu araştırmalar, gebelerin ruhsal sağlıkları ile bebekleri arasındaki bağın, sosyal destek ve ekonomik koşullarla nasıl etkilendiğini

anlamak adına önemli veriler sunmakta ve bu bağlamda etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine ışık tutmaktadır (Ogbo vd., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde sağlık hizmeti alan hamilelerin eş desteğinin doğum korkusu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişki arayan bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinden sağlık hizmeti alan ve çalışmaya gönüllü katılan gebeler ile 14 Ekim 2024- 15 Kasım 2024 tarihleri arasında araştırmanın uygulaması yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Soruları

-Gebelerin eş desteği düzeyi nedir?

- Gebelerde doğum korkusu düzeyi nasıldır?

-Gebelerin eş destek düzeyi ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinden sağlık hizmeti alan gebeler oluşturmuştur. Hastane bilgi işlem kayıtlarına göre mevcut polikliniğe yıllık 5000 gebenin başvuru yaptığı bilinmektedir. Dolayısıyla bu sayı araştırmanın evrenini oluşturmuştur (N=5000). Araştırmaya başlamadan önce, G power 3.1.9.7 programı kullanılarak %95 teorik güç ile örneklem büyüklüğü veri toplama aşamasından önce hesaplanmıştır. Literatürde bu çalışmaya birebir benzeyen bir çalışma olmadığı için,

gebelerin eş destek düzeyi ve vajinal doğum korkusunun ayrı ayrı değerlendirildiği çalışmalar referans alındı (Doğrul & Dikmen, 2023; Barut &Uçar, 2018). Eş desteği ve vajinal doğum korkusu arasındaki ilişkinin Korelasyon (Spearman) analizi ile değerlendirileceği düşünüldüğünde, etki değerlerinin d=0.2 ile d=0.3 arasında değiştiği değerlendirildiğinde, d=0.5, %95 güven aralığında %95 güçle minimum (N=262) gebeye ulaşmanın uygun olacağı belirlendi. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olarak (N=265) gebe ile tamamlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada "*Gebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu*" (Ek-1), "*Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği*" (Ek-2) ve "*Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği*" (Ek-3) kullanılmıştır. Bu formlar ve ölçekler, gebelerin deneyimlerini ve algılarını değerlendirmek amacıyla tercih edilmiştir.

Gebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1): Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, sosyodemografik özellikler, gebelerin eş desteği ve doğum korkularına yönelik 26 sorudan oluşmaktadır (Doğrul & Dikmen, 2023; Barut &Uçar, 2018; Körükçü et al., 2017; Güler Kaya, 2020; Bilge et al., 2022).

Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (Ek-2): Yurdakul ve ekibi tarafından 2020 yılında geliştirilen bu ölçek, bireylerin gebelik süreçlerinde eşlerinden aldıkları destek ile ilgili olarak 16 madde ve 3 alt boyut içermektedir. Bu alt boyutlar, bilişsel, duygusal ve maddi destek olarak sınıflandırılmıştır. Ölçekteki ifadeler arasında, "Eşim gebelikle ilgili bilgilerini benimle paylaşıyor," "*Eşim doğum hakkında bilgi edinmeye çabalıyor," "Gebeliğim süresince eşim hissettiklerimi anlıyor," ve "Eşim bebek bakımıyla ilgili bilgi edinmeye çalışıyor*" gibi cümleler yer almaktadır. Bu bağlamda, ölçek, eşlerin gebelik dönemindeki bilgi paylaşımı ve duygusal destek düzeylerini değerlendirmeye yönelik bir araç olarak işlev görmektedir.

Ölçeğin Alt Boyutları

Bilişsel destek alt boyutunda toplam altı madde yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 6 olarak belirlenmiştir.

Duygusal destek alt boyutunda toplam beş madde yer alır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan ise 5 olarak belirlenmiştir.

Maddi destek alt boyutunda bulunan beş maddeyle en yüksek puan 25, en düşük puan ise 5 olarak saptanmıştır.

Ölçek, puanları 16 ile 80 arasında değişen bir aralığa sahiptir. Alınan yüksek puanlar, gebelik döneminde algılanan eş desteğinin güçlü olduğunu gösterirken, düşük puanlar ise algılanan eş desteğinin zayıf olduğunu belirtir. Ölçeğin genelinde yapılan analizler sonucunda elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,89 olarak saptanmıştır. Bu değer, ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Yurdakul et al., 2020).

Bu araştırmada GEDA ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak tespit edilmiştir. GEDA ölçeği alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri ise sırasıyla; bilişsel destek 0.91, duygusal destek 0.87 ve maddi destek 0.85 olarak hesaplanmıştır.

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Ek-3)

W-DEQ A versiyonu, gebelik dönemi yaşayan kadınların doğum korkusu seviyesini ölçmek amacıyla Türkçeye uyarlanmış ve 33 maddeden oluşan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek, Körükçü ve arkadaşları tarafından hazırlanmış olup, gebelerin doğum anındaki kaygı ve korkularını sistematik bir şekilde değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Yanıtlar, altılı Likert tipi bir ölçek ile sıralanmış olup, katılımcılara 0 ile 5 arasında bir skala sunulmaktadır. Burada 0, "*tamamen"* ifadesini, 5 ise "*hiç"* ifadesini temsil etmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 165 arasında değişmekte; bu bağlamda yüksek bir puanın, yüksek düzeyde korku ve kaygıyı yansıttığı belirtilmektedir. Puan aralıklarına göre ise, 37 veya daha düşük puan hafif düzeyde korkuyu, 38-65 arası puan orta düzeyde korkuyu, 66-84 arası şiddetli düzeyde korkuyu ve 85 veya daha yüksek puan ise klinik düzeyde korku olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçek içerisinde yer alan bazı sorular, negatif yönde yüklenmiş olup (soru numaraları: 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31), bu soruların puanlaması, daha iyi bir değerlendirme sağlanabilmesi için ters yönde çevrilerek yapılmaktadır. W-DEQ A versiyonunun güvenirlik ölçütü de önemli bir parametre olarak öne çıkmakta; primipar gebeler için Cronbach’s alfa kat sayısı 0.88, multipar gebeler için ise 0.90 olarak belirlenmiştir. Bu değerler, ölçeğin hem güvenilir hem de geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermekte ve gebelik dönemi

psikolojisi üzerine yapılacak çalışmalar için önemli bir kaynak teşkil etmektedir (Korukcu et al., 2012).

Bu araştırmada ölçek Cronbach Alpha değeri ise, 0.93 bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma yüz yüze gerçekleştirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere formlar sunulmuştur. Formların doldurulması ortalama 10-15 dakika sürmekte olup, herhangi bir süre kısıtlaması getirilmemiştir. Katılımcılar, formları kendi hızlarında doldurmaları için serbest bırakılmıştır.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizi için SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılmış ve elde edilen veriler üzerinde gerçekleştirilen istatistiksel analizlerde, öncelikle sayı ve yüzdelik dağılımları hesaplanmış; ardından merkezi eğilim ve yayılma ölçüleri olan ortalama ve standart sapma değerlendirilmiştir. İstatistiksel testlerin geçerliliğini sağlamak amacıyla tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık seviyesi 0.05 olarak belirlenmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Shao testi uygulanmış ve sonuçlar, Skewness (eğiklik) ve Kurtosis (basıklık) değerleriyle desteklenmiştir. Analizler sonucunda, araştırma verilerinin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bu nedenle, normal dağılıma uymayan veri setlerinde bağımsız gruplar arasındaki ölçek ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskall Wallis testi kullanılmış, elde edilen sonuçların detaylı incelemesi için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltme yöntemi ile daha güvenilir sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda uygulanan istatistiksel yöntemler, verilerin incelenmesi ve yorumlanmasında kapsamlı bir yaklaşım sunarak araştırmanın bulgularının güvenilirliğini artırmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma kapsamında, Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'na 27.08.2024 tarihli 2024/8 sayılı toplantıda başvuru yapılarak gerekli etik onay elde edilmiştir **(Ek-4).** Ayrıca, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.10.2024 tarihli 2024/366 sayılı toplantı sonucunda onay alınmış ve araştırma sürecine başlanmıştır **(Ek-5).** Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi'nin temel ilkeleri dikkate alınmış, katılımcı gebe bireylere araştırmanın amacı hakkında detaylı bilgi verilerek onamları alınmıştır. Katılımcılara, istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilecekleri ve toplanan bilgilerin yalnızca araştırma amaçları doğrultusunda kullanılacağı hususunda sözlü bilgilendirme yapılmış ve bu bilgilerin ardından *"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"* ile onamları temin edilmiştir. Ayrıca, araştırmada kullanılan ölçekler için gerekli izinler ilgili yazarlardan e-posta aracılığıyla alınmıştır **(Ek-6).**

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yalnızca belli bir bölgede ve belli bir hastaneden sağlık hizmeti alan gebeler ile yapılması araştırmanın en önemli sınırlılıklarındandır. Ayrıca araştırma verilerinin gebelerin ifadelerine dayanması, gözlemsel bir araştırma olmaması ise araştırmanın diğer sınırlılıklarındandır. Araştırmanın daha farklı şehirlerde ve bölgelerde yer alan gebelerin de dahil edilerek geniş örneklem sayısı ile yapılmasının literatüre daha fazla katkı sunacağı düşünülmektedir.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; doğum korkusu ile eş desteği algısı düzeyi bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler; gebelerin sosyo-demografik özellikleri, gebelik ve sürecine ilişkin özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen veriler istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiş ve bulgular çizelgelerle desteklenerek sunulmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin demografik özellikleri, eş desteği algıları ve doğum korkusu düzeyleri arasındaki ilişki incelenerek, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki etkileşimler değerlendirilmiştir. Ayrıca, gruplar arasındaki farklılıklar belirlenmiş ve istatistiksel analiz sonuçları anlamlılık düzeyleriyle birlikte yorumlanmıştır.

Çizelge 4.1: Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:265)

Değişkenler	**Min-Maks**	**Medyan**	**Ort.±ss**
Yaş	19-45	26,0	29,89 ± 4,90
		n	**%**
Yaş	18-22	17	6,4
	23-28	89	33,6
	29-34	109	41,1
	35 yaş ve üzeri	50	18,9
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	5	1,9
	Okuryazar	4	1,5
	İlköğretim	17	6,4
	Ortaöğretim	106	40,0
	Üniversite	33	50,2
Yaşadığı Yerleşim Yeri	Köy/İlçe	50	18,9
	Şehir/Büyükşehir	215	81,1
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	150	56,6
	Ücretli bir iş	67	25,3
	Serbest meslek	15	5,7
	Diğer(memur,özel sektör)	33	12,5
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	39	14,7
	Gelir gidere eşit	185	69,8
	Gelir giderden fazla	41	15,5
Sosyal Güvence	Var	234	88,3
	Yok	31	11,7
Evlilik Süresi	1-5 yıl	154	58,1
	6-10 yıl	70	26,4
	11 yıl ve üzeri	41	15,5

Araştırmaya katılan gebelerin (n=265) demografik analizine göre, katılımcıların %41,1'inin 29-34 yaş aralığında bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca,

katılımcıların %50,2'sinin üniversite mezunu olduğu, %81.1'inin büyükşehirlerde ikamet ettiği ve %56,6'sının çalışmadığı gözlemlenmiştir. Gelir ve gider dengesi açısından, katılımcıların %69,8'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvence durumuna ilişkin veriler doğrultusunda, katılımcıların %88,3'ünün sosyal güvencelerinin bulunduğu, evlilik süresi açısından ise %58,1'inin 1-5 yıl aralığında evli olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2: Gebelerin Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:265)

Değişkenler		n	%
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	5	1,9
	Okuryazar	4	1,5
	İlköğretim	31	11,7
	Ortaöğretim	109	41,1
	Üniversite	116	43,8
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	2	0,8
	Ücretli bir iş	135	50,9
	Serbest meslek	64	24,2
	Memur, özel sektör vb.	64	24,2

Gebelerin eşlerinin (n=265) %43,8'inin üniversite mezunu olduğu ve %50,9'unun ücretli bir işte çalıştığı bulunmuştur (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3: Gebelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:265)

Değişkenler		n	%
Gebelik sayısı	İlk kez	133	50,2
	2	58	21,9
	3	54	20,4
	4 ve üzeri	20	7,5
Canlı Doğum Sayısı	yok	54	58,1
	1	73	27,5
	2	30	11,3
	3	8	3,0
Düşük Sayısı	yok	206	77,7
	1	26	9,8
	2	26	9,8
	3	3	1,1
	4 ve üzeri	4	1,5
Yaşayan Çocuk Sayısı	yok	165	62,3
	1	61	23,0
	2	29	10,9
	3	7	2,6
	4 ve üzeri	3	1,1
Ölü Doğum Yapma Durumu	Evet	13	4,9
	Hayır	252	95,1

Gebelerin gebeliğe ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; %50,2'sinin ilk gebeliği olduğu, %58,1'inin hiç canlı doğum yapmadığı, %77,7'sinin hiç düşük yapmadığı; %62,3'ünün henüz yaşayan çocuğunun olmadığı ve %95,1'inin ölü doğum yapmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4: Gebelerin Doğuma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:265)

Değişkenler		**n**	**%**
Mevcut Gebelikte Bebeği İsteme Durumu	Evet	265	100
	Kendi istiyor, eşi istemiyor	0	0
	Eşi istiyor, kendisi istemiyor	0	0
	Hayır	0	0
Gebelikte Bulunulan Ay	0-3 ay	26	9,8
	4-6 ay	65	24,5
	7 ay ve üzeri	174	65,7
Doğum Şekli Tercihi	Normal	138	52,1
	Sezaryen	127	47,9
En Son Yapılan Doğum Şekli	Normal	43	16,2
	Sezaryen	79	29,8
	Hiç doğum yapmamış	143	54,0
Düzenli Gebelik Kontrolüne Gitme Durumu	Evet	256	96,6
	Hayır	9	3,4
Doğum Sürecine İlişkin Bilgi/Eğitim Alma Durumu	Evet	157	59,2
	Hayır	108	40,8
Cevabı evet olanların bilgi kaynağı	Doktor	46	17,4
	Ebe/Hemşire	80	30,2
	Kitap	6	2,3
	İnternet	4	1,5

Gebelerin doğuma ilişkin özellikleri incelendiğinde; tamamının (%100) şu an ki gebelikte bebeğini istediği, %65,7'sinin gebelikte 7.ay ve üzerinde olduğu, %52,1'inin normal doğum şeklini tercih ettiği; %54'ünün hiç doğum yapmadığı, %96,6'sının düzenli gebelik kontrolüne gittiği, %59,2'sinin doğum sürecine ilişkin bilgi/eğitim aldığı ve eğitim alanların %30,2'sinin ebe/hemşirelerden eğitim aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5: Gebelerin Doğum Korkusu ve Eş Desteğine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (N:265)

Değişkenler		n	%
Doğum Sürecine İlişkin Korkuların Düzeyi	Hiç korkusu yok	21	7,9
	Az korkuyor	165	62,3
	Korkuyor	47	17,7
	Çok korkuyor	32	12,1
Doğum Sürecine İlişkin Korkular	Doğum ağrısı	140	52,8
	Kanama	87	32,8
	Vajinal Tuşe	106	40,0
	Normal doğumda kesi	67	25,3
	Sezaryen sonrası uyanamama	74	27,9
	Enfeksiyon	55	20,3
	Bebeğinde herhangi bir sorun yaşanması	163	61,5
	Sütünün yetmemesi veya emzirememek	71	26,8
	Sağlık personelinin yeterince ilgilenmemesi	51	19,2
	Ekonomik yetersizlikler	3	1,1
	Eşi ile cinsel sorun yaşamak	9	3,4
	Çevreden duyduğu olumsuz doğum hikayeleri	65	24,5
Eşinizin Size Destek Olma Durumu	Destek oluyor	234	88,3
	Kısmen destek	28	10,6
	Hiç destek olmuyor	3	1,1
Eşiniz ile Uyumunuz	Eşi ile çok uyumlu, problemi yok	247	93,2
	Aile büyükleri/yakınları tarafından müdahaleye maruz kalıyor	16	6,0
	Eşi ile uyumsuz, problemleri var	2	0,8
Eşinizle Ev İçindeki Sorumlulukları Paylaşma Durumunuz	Evet, her zaman	169	63,8
	Bazen	91	34,3
	Hiçbir zaman	5	1,9

Gebelerin doğum korkusu ve eş desteğine yönelik özelliklerinin dağılımına bakıldığında, %62,3'ünün doğum sürecine ilişkin korkusunun az düzeyde olduğu, %61,5'inin bebeğinde herhangi bir soruna yönelik korkusunun olduğu, %52,8'inin doğum ağrısına yönelik korkusunun olduğu; %88,3'ünün eşinin destek olduğu,

%93,2'sinin eşi ile uyumlu olduğu ve %63,8'inin eşi ile ev içindeki sorumlulukları paylaştığı belirlenmiştir(Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6: Gebelerin Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Min-Maks	Medyan	Ort.+ss.
Ölçek Toplam Puanı (GEDAÖ)	26.00-80.00	70.00	66.87 ± 11.76
Bilişsel Destek Alt Boyutu	7.00-30.00	26.00	24.50 ± 5.11
Duygusal Destek Alt Boyutu	6.00-25.00	22.00	20.68 ± 4.12
Maddi Destek Alt Boyutu	6.00-25.00	23.00	21.68 ± 3.58

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği

Araştırmaya katılan gebelerin eş desteği algı ölçeği toplam puan ortalaması 66.87 ± 11.76 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise; bilişsel destek alt boyutu 24.50 ± 5.11, duygusal destek alt boyutu 20.68 ± 4.12 ve maddi destek alt boyutu puan ortalamaları ise 21.68 ± 3.58 bulunmuştur (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7: Gebelerin Yaş Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Yaş		**Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları**			
		Bilişsel	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
18-22	17	26.64 ± 0.59	21.70 ± 0.70	21.29 ± 0.70	69.64 ± 1.17
23-28	89	25.28 ± 0.46	21.37 ± 0.37	22.00 ± 0.39	68.65 ± 1.12
29-34	109	24.04 ± 0.49	20.41 ± 0.43	21.65 ± 0.34	66.13 ± 1.18
35 yaş ve üzeri	50	23.32 ± 0.89	19.72 ± 0.62	21.32 ± 0.51	64.36 ± 1.85
X^2		5.231	3.998	1.903	3.944
p		0.156	0.262	0.593	0.268

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi.

Gebelerin sosyodemografik özellikleri arasında yer alan yaş ile GEDA ölçeği ve onun alt boyutları arasındaki puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bağlamda, ölçek ve alt boyut puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8: Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Eğitim Durumu		Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları			
		Bilişsel	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
Okuryazar değil (1)	5	27.00 ± 0.00	21.00 ± 0.00	19.00 ± 0.00	67.00 ± 0.00
Okuryazar (2)	4	26.50 ± 1.75	22.75 ± 0.25	22.01 ± 0.27	73.25 ± 2.46
İlköğretim (3)	17	22.52 ± 1.00	19.05 ± 0.81	22.05 ± 1.07	63.64 ± 2.44
Ortaöğretim (4)	106	24.18 ± 0.58	20.14 ± 0.46	21.24 ± 0.39	65.57 ± 1.35
Üniversite (5)	133	24.84 ± 0.38	21.25 ± 0.31	24.00 ± 0.57	68.12 ± 0.88
X^2		5.310	8.556	10.473	5.756
p		0.257	0.073	**0.033 5>4**	0.218

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3,4,5 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırmada, gebelerin eğitim düzeyi ile GEDA ölçeğinin bilişsel destek ve duygusal destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p > 0.05). Ancak, gebelerin eğitim durumu ile maddi destek alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p = 0.033). Bu ilişkiyi daha ayrıntılı incelemek amacıyla Bonferroni Post Hoc düzeltmesi uygulanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, üniversite mezunu olan gebelerin maddi destek alt boyutu puanlarının anlamlı ölçüde daha çok olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.9: Gebelerin Gelir Düzeyine Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Gelir Düzeyi		Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları			
		Bilişsel	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
Gelir giderden az (1)	39	25.35 ± 0.88	20.87 ± 0.78	21.94 ± 0.73	68.17 ± 2.19
Gelir gidere eşit (2)	185	24.29 ± 0.37	20.41 ± 0.28	21.61 ± 0.25	66.32 ± 0.85
Gelir giderden fazla (3)	41	24.63 ± 0.71	21.73 ± 0.67	21.73 ± 0.48	68.09 ± 1.66
X^2		3.470	10.368	3.873	4.248
p		0.176	**0.006 3>2**	0.144	0.120

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Çalışma bulgularına göre, gebelerin gelir düzeyi ile GEDA ölçeği ve bilişsel destek ile maddi destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p > 0.05). Bununla birlikte, gebelerin gelir düzeyi ile duygusal destek alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p = 0.006). Farkın kaynaklarını daha iyi anlamak amacıyla Bonferroni Post Hoc düzeltmesi uygulanmış ve yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, gelir düzeyi giderlerinden fazla olan

gebelerin duygusal destek alt boyutundaki puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.10: Gebelerin Evlilik Süresine Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Değişken		**Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları**			
Evlilik Süresi		**Bilişsel**	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
1-5 yıl (1)	154	25.20 ± 0.38	21.60 ± 0.29	21.71 ± 0.30	68.51 ± 0.89
6-10 yıl (2)	70	23.57 ± 0.58	19.54 ± 0.50	21.58 ± 0.40	64.70 ± 1.39
11 yıl ve üzeri (3)	41	23.46 ± 0.99	19.19 ± 0.74	21.73 ± 0.54	64.39 ± 2.12
X^2		6.418	19.795	0.746	6.236
p		**0.040 1>2**	**0.000 1>2=3**	0.689	**0.044 1>2**

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Yapılan araştırmada, gebelerin evlilik süreleri ile GEDA ölçeği ve bilişsel ile duygusal destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). İkili karşılaştırma sonuçları, 1-5 yıl aralığında evli olan gebelerin GEDA ölçeği (p=0.044), bilişsel destek (p=0.040) ve duygusal destek alt boyutlarının (p=0.000) daha yüksek değerlere sahip olduğunu göstermiş. Bununla birlikte, ölçek alt boyutlarından maddi destek ile evlilik süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p >0.05) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11: Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Değişken		**Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları**			
Gebelik Sayısı		**Bilişsel**	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
1 (1)	133	25.84 ± 0.37	21.93 ± 0.29	22.21 ± 0.29	70.05 ± 0.86
2 (2)	58	23.18 ± 0.59	19.48 ± 0.21	20.91 ± 0.38	63.58 ± 1.38
3 (3)	54	23.40 ± 0.71	18.85 ± 0.61	21.09 ± 0.57	63.35 ± 1.38
4 ve üzeri (4)	20	22.30 ± 1.88	20.85 ± 0.95	21.60 ± 0.94	64.75 ± 3.65
X^2		18.960	31.109	16.664	25.814
p		**0.000 1>2=3**	**0.000 1>2=3**	**0.000 1>2**	**0.000 1>2=3**

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3,4 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Gebelerin gebelik sayısına göre eş desteği algısı ölçeği (GEDA) ve alt boyutları değerlendirilmiş; yapılan analizler sonucunda GEDA ölçeği (p=0.000), bilişsel destek (p=0.000), duygusal destek (p=0.000) ve maddi destek (p=0.000) alt boyutları ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p < 0.05). İkili karşılaştırma sonuçlarına göre, bir kere gebelik yaşamış bireylerin GEDA ölçeği ve alt boyutlarındaki destek algılarının daha yüksek düzeylerde olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.12: Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bilgi/Eğitim Alma Durumuna Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Değişken		**Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları**			
Bilgi/Eğitim Alma		**Bilişsel**	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
Evet	157	24.29 ± 0.39	20.15 ± 0.35	21.35 ± 0.29	65.80 ± 0.96
Hayır	108	24.79 ± 0.51	21.45 ± 0.32	22.16 ± 0.33	68.41 ± 0.06
z		7837.50	7050.50	7130. 00	7316.50
p		0.293	**0.019**	**0.026**	0.058

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği z: Mann Whitney U testi, p <0.05

Doğum sürecine ilişkin bilgi ve eğitim alma durumu ile GEDA ölçeğinin bilişsel destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir (p > 0.05). Ancak, duygusal destek (p = 0.019) ve maddi destek (p = 0.026) alt boyutları ile gebelerin doğum sürecine dair bilgi ve eğitim alma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p < 0.05). Özellikle, doğum süreci hakkında bilgi ve eğitim almayan gebelerin duygusal ve maddi destek düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.13: Gebelerin Eşlerinin Destek Olma Durumuna Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Değişken		**Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları**			
Destek Olma		**Bilişsel**	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
Destek oluyor (1)	234	25.02 ± 0.31	21.23 ± 0.24	22.10 ± 0.21	68.36 ± 0.69
Kısmen destek oluyor (2)	28	20.57 ± 1.13	16.25 ± 0.95	18.53 ± 0.82	55.35 ± 2.72
Hiç destek olmuyor (3)	3	20.33 ± 1.33	19.00 ± 1.00	18.33 ± 1.33	57.66 ± 1.66
X^2		17.571	25.360	24.336	25.524
p		**0.000 1>2**	**0.000 1>2**	**0.000 1>2**	**0.000 1>2**

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırma sonucunda, gebelerin eşlerinin destek sağlama durumları ile GEDA ölçeği ve bu ölçeğin bilişsel destek, duygusal destek ve maddi destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. ($p < 0.05$). Özellikle, eşlerinin destek sağladığı gebelerin GEDA ölçeği ile bilişsel, duygusal ve maddi destek alt boyutlarının Anlamlı bir şekilde daha yüksek bir seviyede olduğu tespit edilmiştir. ($p=0.000$). Bu bulgular, eş desteğinin gebelik dönemindeki önemli rolünü vurgulamaktadır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.14: Gebelerin Eşleri ile Uyumlarına Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Değişken		**Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları**			
Eş ile Uyum		**Bilişsel**	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
Eşi ile uyumlu, problemi yok (1)	247	24.71 ± 0.31	20.83 ± 0.25	21.87 ± 0.21	67.42 ± 0.70
Aile büyükleri/yakınları tarafından müdahaleye maruz kalıyor (2)	16	21.93 ± 1.81	18.56 ± 1.53	19.25 ± 1.26	59.75 ± 4.51
Eşi ile uyumsuz, problemleri var (3)	2	19.00 ± 0.00	20.00 ± 0.00	17.00 ± 0.00	56.00 ± 0.00
X^2		5.140	2.475	9.238	5.515
p		0.077	0.290	**0.290**	0.63
				1>2=3	

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, $p < 0.05$

Araştırma bulguları, gebelerin eşleriyle uyumlu olma durumları ile GEDA ölçeği alt boyutları olan bilişsel destek ve duygusal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir ($p > 0.05$). Bununla birlikte, ölçek alt boyutlarından maddi destek ile eş ile uyum durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Eşiyle uyumlu olan ve herhangi bir sorun yaşamayan gebelerin maddi destek algı düzeyleri, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek düzeyde olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.15: Gebelerin Eşleri ile Ev İçindeki Sorumlulukları Paylaşma Durumlarına Göre Eş Desteği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:265)

Değişken		Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları			
Sorumlulukları Paylaşma		**Bilişsel**	**Duygusal**	**Maddi**	**GEDAÖ**
	n	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**	**Ort.+ss**
Evet, her zaman (1)	169	26.00 ± 1.64	22.20 ± 0.73	24.60 ± 0.24	72.80 ± 2.130
Bazen (2)	91	25.18 ± 0.32	21.39 ± 0.26	22.26 ± 0.15	68.84 ± 0.76
Hiçbir zaman (3)	5	19.28 ± 0.52	19.28 ± 0.52	20.43 ± 0.40	62.87 ± 1.46
X^2		4.953	8.503	26.323	11.478
p		**0.004 1 >2**	**0.014 1>2**	**0.000 1>2**	**0.003 1>2**

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Gebelerin eşleri ile ev içindeki sorumluluklarını paylaşma durumları ile GEDA ölçeği ve alt boyutları olan bilişsel destek, duygusal destek ve maddi destek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Analiz sonuçları, GEDA ölçeği için p=0.003, bilişsel destek için p=0.004, duygusal destek için p=0.014 ve maddi destek için p=0.000 olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Eşleri ile ev içindeki sorumluluklarını sürekli olarak paylaşan gebelerin, GEDA ölçeği ve alt boyutları olan bilişsel destek, duygusal destek ve maddi destek düzeylerinde anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. Bu bulgular, sorumluluk paylaşımının gebelerin psikososyal destek algıları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.16: Gebelerin W-DEQ-A Değeri Ortalama Puanlarının Dağılımları

	Min-Maks	**Medyan**	**Ort.+ss.**
W-DEQ-A Ölçek Toplam Puanı	1.00-128.00	52.00	53.58 ± 24.75

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu

Araştırmaya katılan gebelerin WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği toplam puan ortalaması 53.58 ± 24.75 (Orta derecede doğum korkusu) olarak saptanmıştır (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.17: Gebelerin Yaş Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Yaş		W-DEQ-A Ölçeği
	n	Ort.+ss
18-22 (1)	17	30.76 ± 4.35
23-28 (2)	89	51.40 ± 2.56
29-34 (3)	109	59.55 ± 2.54
35 yaş ve üzeri (4)	50	52.22 ± 2.55
X^2		21.551
p		**0.000 1< 2=3**

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3,4 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırmaya katılan gebelerin yaşları ile WİJMA ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması sonucunda, ölçek puan ortalaması ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p = 0.000; p < 0.05). Bu farklılığın kaynaklarını belirlemek amacıyla Bonferroni Post Hoc düzeltmesi uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalar neticesinde, 18-22 yaş grubundaki gebelerin WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği puan ortalamasının diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.18: Gebelerin Eğitim Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Eğitim Durumu		W-DEQ-A Ölçeği
	n	Ort.+ss
Okuryazar değil (1)	5	23.40 ± 3.60
Okuryazar(2)	4	36.25 ± 10.30
İlköğretim (3)	17	37.52 ± 3.80
Ortaöğretim (4)	106	55.71 ± 2.50
Üniversite (5)	133	55.59 ± 2.07
X^2		20.030
p		**0.000 1=3 <4,5**

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3,4,5 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Eğitim durumu ile WİJMA ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya konulmuştur (p=0.000; p<0.05). İkili karşılaştırmalar neticesinde, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu gebelerin WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği puan ortalamalarının, diğer eğitim seviyelerine sahip bireylerle kıyaslandığında belirgin bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.19: **Gebelerin Gelir Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)**

Gelir Durumu		**W-DEQ-A Ölçeği**
	n	**Ort.+ss**
Gelir giderden az	39	60.28 ± 4.60
Gelir gidere eşit	185	52.08 ± 1.82
Gelir giderden fazla	41	53.97 ± 3.02
X^2		4.202
p		0.122

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu z: Mann Whitney U testi, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3,4 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırma bulguları, gebelerin gelir düzeyleri ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir (p > 0.05). Ancak, gelirleri giderlerine eşit olan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamalarının, diğer gelir gruplarına göre belirgin bir şekilde daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.20: Gebelerin Evlilik Süresine Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Evlilik Süresi		**W-DEQ-A Ölçeği**
	n	**Ort.+ss**
1-5 yıl	154	55.90 ± 2.14
6-10 yıl	70	50.31 ± 2.70
11 yıl ve üzeri	41	50.43 ± 3.10
X^2		2.078
p		0.122

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu, x^2: Kruskal Wallis testi. p <0.05

Evlilik süresi 11 yıl ve daha fazla olan gebelerde, WİJMA ölçeği puan ortalamalarının daha düşük seviyelerde olduğu gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, ölçek puan ortalaması ile evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p > 0.05) (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.21: Gebelerin Gebelik Sayısına Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Gebelik Sayısı		**W-DEQ-A Ölçeği**
	n	**Ort.+ss**
1 (1)	133	56.51 ± 2.08
2 (2)	58	42.87 ± 2.93
3 (3)	54	60.05 ± 3.67
4 ve üzeri (4)	20	47.70 ± 4.52
X^2		17.372
p		**0.001 2> 1=3**

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3,4 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırmaya katılan gebeler arasında gebelik sayısı ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p = 0.001), bu durum p < 0.05 kriterine uygunluk göstermektedir. Özellikle, gebelik sayısı iki olan bireylerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları, gebelik sayısı bir ve üç olan bireylerinkine kıyasla daha düşük olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.22: Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bilgi/Eğitim Alma Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Bilgi/Eğitim Alma		**W-DEQ-A Ölçeği**
	n	**Ort.+ss**
Evet	157	54.35 ± 2.12
Hayır	108	52.46 ± 2.10
z		8270.00
p		0.734

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu z: Mann Whitney U testi, x^2: Kruskal Wallis testi, p <0.05

Doğum süresine ilişkin bilgi/eğitim almayan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları bilgi/eğitim alan gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Doğum sürecine ilişkin bilgi/eğitim alma durumu ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık saptanmamıştır (p > 0.05) (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.23: Gebelerin Eşlerinin Destek Olma Durumuna Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Bebeği İsteme		**W-DEQ-A Ölçeği**
	n	**Ort.+ss**
Destek oluyor (1)	234	50.78 ± 1.51
Kısmen destek oluyor (2)	28	72.14 ± 4.75
Hiç destek olmuyor (3)	3	98.66 ± 14.67
X^2		22.735
p		**0.000 1 <2=3**

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırma bulgularına göre, hamile kadınların eşlerinden aldıkları destek ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir bağlantı bulunmuştur (p=0.000). Elde edilen bulgulara göre, eşinden destek alan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları, kısmen destek alan ve hiç destek almayan gebelerinkiyle kıyaslandığında, istatistiksel olarak daha düşük seviyelerde belirlenmiştir (p < 0.05). Bu durum, eş desteğinin gebelerin psikolojik durumları üzerinde olumlu bir etki yarattığını göstermektedir (Çizelge 4.23).

Çizelge 4.24: Gebelerin Eşleri ile Uyumlarına Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Eş ile Uyum		W-DEQ-A Ölçeği
	n	Ort.+ss
Eşi ile uyumlu, problemi yok (1)	247	52.02 ± 1.49
Aile büyükleri/yakınları tarafından müdahaleye maruz kalıyor (2)	16	73.87 ± 8.44
Eşi ile uyumsuz, problemleri var (3)	2	84.00 ± 1.00
X^2		9.659
p		**0.008 1<2**

W-DEQ-B: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Araştırmada, gebelerin eşleriyle uyum durumları ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0.008; p < 0.05). Bu bağlamda, eşi ile uyumlu ve herhangi bir sorunu bulunmayan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamalarının, eşi ile uyumsuz olan gebelere göre belirgin şekilde daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 4.24).

Çizelge 4.25: Gebelerin Eşleri ile Ev İçindeki Sorumlulukları Paylaşma Durumlarına Göre W-DEQ-A Değerleri (N:265)

Sorumlulukları Paylaşma		W-DEQ-A Ölçeği
	n	Ort.+ss
Evet, her zaman (1)	149	39.40 ± 12.31
Bazen (2)	91	49.53 ± 2.50
Hiçbir zaman (3)	5	56.18 ± 1.91
X^2		7.589
p		**0.022 1<3**

W-DEQ-A: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu z: Mann Whitney U testi, x^2: Kruskal Wallis testi. 1,2,3 Bonferroni Post Hoc testine göre farklılıkları gösterir, p <0.05

Eşleri ile ev içindeki sorumlulukları paylaşan gebeler ile paylaşmayan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir (p = 0.022, p < 0.05). Eşleri ile ev içi sorumluluklarını paylaşan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları, işbirliği yapmayan gebelere kıyasla daha az seviyelerde saptanmıştır (Çizelge 4.25).

Çizelge 4.26: Gebelerin Eş Desteği Algısı ve Alt Boyutları ile W-DEQ-A Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (N:265)

Korelasyon		Bilişsel	Duygusal	Maddi	GEDAÖ	W-DEQ-A
Bilişsel	r	1				
	p					
Duygusal	r	0.780	1			
	p	**< .001***				
Maddi	r	0.744	0.744	1		
	p	**< .001***	**< .001***			
GEDAÖ	r	0.936	0.917	0.890	1	
	p	**< .001***	**< .001***	**< .001***		
W-DEQ-A	r	-0.369	-0.352	-0.355	-0.317	1
	p	**< .001***	**0.014****	**0.011****	**< .001***	

*r= Pearson korelasyon, *p<0.001 ** p<0.05 W-DEQ-B: WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği*

Gebelerin eş desteği algısı ve bu algının alt boyutları ile W-DEQ-A ölçeği arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu bağlamda, GEDA ölçeği ile W-DEQ-A ölçeği arasında negatif yönde orta seviyede bir ilişki olduğu bulunmuştur. (r=0.317, p <.001). Gebelerin eş destek algı düzeyleri arttıkça doğum korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca GEDA ölçeği alt boyutları incelendiğinde; bilişsel destek ile W-DEQ-A ölçeği (r=0.317, p <.001), duygusal destek ile W-DEQ-A ölçeği (r=-0.352, p = 0.014) ve maddi destek alt boyutu ile W-DEQ-A ölçeği (r=-0.355, p =0.011) arasında da Negatif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Gebelerin eşlerinin bilişsel destek, duygusal destek ve maddi desteklerinin arttıkça gebelerin doğum korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.26).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, gebelikte eş desteğinin doğum korkusu üzerindeki etkisi incelenmiş ve gebelerin eş desteği algısı ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ-A) arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDA) ile W-DEQ-A arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki mevcut olduğunu göstermektedir; bu da, gebelerin eş destek algı düzeyleri arttıkça doğum korku düzeylerinin azaldığını ifade etmektedir. Ayrıca, GEDA'nın alt boyutları açısından yapılan analizlerde bilişsel destek, duygusal destek ve maddi destek ile W-DEQ-A arasında negatif orta düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir. Bu bulgular, gebelik sürecinde eş desteklerinin (bilişsel, duygusal ve maddi) artışının doğum korkusunu azalttığını ortaya koymaktadır. Gebelikte eş desteği algısı ile doğum korkusu arasındaki bu etkileşimler, doğum deneyimlerinin psikolojik boyutunu anlamak açısından önemli sonuçlar sunmaktadır.

Bu çalışmada, gebelerin eş desteği algı düzeylerinin ortalamanın üzerinde, yüksek bir seviyede olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulguları ile benzerlik gösteren, Tosun Güleroğlu ve Onat (2023) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, gebelerin eş desteği algısı ölçeği toplam puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca, bilişsel, duygusal ve maddi destek alt boyutları ile toplam puan ortalamalarının da yüksek düzeyde olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (Güleroğlu, F. T., ve Onat, T. 2023). Yüksekal ve Yurdakul (2019) ise, gerçekleştirdikleri çalışmada gebelerin eş desteği puan ortalamalarını bu araştırma ile uyumlu bir aralıkta bulmuşlardır (Yüksekal ve Yurdakul, 2019). Derman (2020) son trimesterdeki gebelere yönelik çalışmasında, gebelerin algıladıkları eş desteğini yüksek düzeyde değerlendirerek, eşlerinin desteklerinden memnun olduklarını saptamıştır (Derman, 2020). Literatür incelemeleri sonucunda, gebelerin büyük ölçüde eş desteğine sahip olduğu söylenmektedir. Kültürel bağlamda, gebelik süreci ve doğum, anne ve baba için manevi açıdan önemli bir durum teşkil etmektedir. Bu süreçte eşlerin gebelere sağladığı maddi, manevi, duygusal ve fiziksel destek, sürece

anlam katan bir değer olarak değerlendirilmelidir. Dolayısıyla, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar genel olarak beklenen bir durumu yansıtmaktadır.

Araştırmada gebelerin eğitim durumu ile maddi destek alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0.033). İkili karşılaştırmada üniversite mezunu olan gebelerin maddi destek alt boyutunun anlamlı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yıldırım ve Işık (2017) yürüttükleri araştırmalarında eğitim düzeyi arttıkça sosyal desteğin arttığını saptamışlardır (Yıldırım ve Işık, 2017). Literatür incelendiğinde, bu çalışma ile paralellik gösteren başka bir çalışmada, gebelerin öğrenim seviyesi yükseldikçe, aldıkları eş desteği de artış göstermektedir (Ölçer vd., 2016) (Cohen vd., 2016). Benzer şekilde Cheng ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, gebe eğitimleri ile eş desteği arasında olumlu bir bağlantı bulunduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, gebelerin eğitim seviyelerinin, eşlerinden aldıkları destek üzerinde önemli bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, kadının iş gücüne katılımı ve ailenin ekonomik durumunun iyileşmesi beklenir. Bu durum, daha eşitlikçi ve paylaşımcı aile yapılarını teşvik edebilir. Ayrıca, yüksek eğitim düzeyi bireylerin ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını ve destek taleplerini ifade etmelerini kolaylaştırabilir. Bu bağlamda eğitim seviyesi daha yüksek olan gebelerin isteklerini dile getirme ve eşleri ile açıkça konuşma becerilerinin yüksek olmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, GEDA ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile yaş arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak, Kanığ ve Eroğlu (2019) araştırmasında yaş ilerledikçe gebelerin algıladığı sosyal destek puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. (Kanığ ve Eroğlu,2019). Okanlı ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, gebe kadınların yaşı ile algıladıkları sosyal destek arasında bir bağlantı tespit edilmemiştir (Okanlı vd., 2003). Literatürde bulgular ile paralellik gösteren ve göstermeyen çalışma sonuçları bulunmaktadır (Kanığ ve Eroğlu,2019) (Okanlı vd., 2003).

Bu araştırmada, 1-5 yıl aralığında evli olan gebelerin GEDA ölçeği, bilişsel destek ve duygusal destek alt boyutlarının daha üst bir seviyede olduğu belirlenmiştir.

Yüksekal ve Yurdakul (2021)'un yaptığı çalışmada, gebelerin evlilik sürelerine göre gruplar halinde GEDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Yüksekal ve Yurdakul, 2021). Evlilik süresi daha az olan gebeliklerde genellikle ilk gebelik olduğu düşünüldüğünde, ilk gebeliğin heyecanı, anne ve baba olacağı hissiyatının verdiği mutluluk gebelere eşlerinin daha fazla destek olmasını sağlayabilir. Tüm bunlar ele alındığında, daha kısa süreli evliliklerde gebelikte eş desteği daha fazla ön plana çıkabilir.

Bu araştırmada, Gebelerin gebelik sayısına göre eş desteği algısını ölçen GEDA ölçeği ve alt boyutları incelenmiştir. Sonuçlar, GEDA ölçeğinin bilişsel destek, duygusal destek ve maddi destek alt boyutları ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu göstermiştir.İkili karşılaştırma sonucu doğrultusunda, bir kez gebelik durumu olan bireylerin GEDA ölçeği ve ölçek alt boyutlarının daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

Yüksekal ve Yurdakul (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, ilk gebelik deneyimine sahip kadınların algıladığı eş desteği düzeyinin, çoklu gebelik yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özellikle dört veya daha fazla gebeliği bulunan bireylerin, algıladıkları eş desteği düzeyinin belirgin şekilde azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, Ölçer ve arkadaşları (2016) tarafından yürütülen araştırmada, ilk gebeliği yaşayan kadınların sosyal destek algısının, diğer gebelik deneyimlerine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Ölçer vd., 2016).

Bu çalışmaya katılan gebelerin WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği toplam puan ortalaması 53.58 ± 24.75 olarak belirlenmiş olup, bu da katılımcıların orta düzeyde doğum korkusu yaşadıklarına işaret etmektedir. Bilge ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği araştırmada, gebelerin doğum korkusu puan ortalaması 52.48 ± 15.70 olarak bulunmuştur. Lazoğlu ve ekibinin (2014) çalışmasında ise ortalama puan 61.88 ± 13.35 olarak saptanmıştır (Bilge vd., 2022; Lazoğlu vd., 2014). Benzer çalışmaların sonuçları da bu araştırma ile örtüşmektedir; örneğin, Adams ve arkadaşlarının (2012) bulguları 56.66 ± 19.49, Hall ve ekibinin (2012) çalışmasındaysa 52.87 ± 19.66 olarak ortaya çıkmıştır (Adams vd., 2012; Hall vd., 2012). Literatürdeki bu bulgular, araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun orta düzeyde doğum korkusu deneyimlediğini doğrulamaktadır. Sonuçlar, mevcut literatürü destekleyici niteliktedir.

Bu çalışmada, doğum sürecine ilişkin bilgi/eğitim alma durumu ile GEDA ölçeği ve ölçeğin bilişsel destek alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat gebelerin doğum sürecine ilişkin bilgi veya eğitim alma durumları ile duygusal ve maddi destek alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Doğum sürecine ilişkin bilgi/eğitim almayan gebelerin duygusal destek ve maddi destek alt boyutlarının daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda gebelerde bilgi düzeyi arttıkça doğum korkusunun azaldığı belirlenmiştir (Hişmioğulları ve Aksoy, 2024).

Yapılan bir araştırmada, gebelerin trimester dönemleri, eşlerinden aldıkları destek, daha önceki gebelik deneyimleri ve doğum korkusu puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun yanı sıra, canlı doğum sayısı, önceki doğum şekli ile doğum öncesinde gebelik ve doğum konusundaki bilgi düzeyleri arasında Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Bilge vd., 2022). Bu araştırma ise, gebelikte eşinden destek alan, eşi ile uyumlu, ev işlerinde sorumluluğu paylaşan durumlar değerlendirildiğinde WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan gelir durumu, evlilik süresi, gebenin aldığı bilgi/eğitim alma durumu ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık saptanmamıştır. Bu çalışma, Bilge ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Araştırmaya katılan gebelerin eş desteği algı ölçeği toplam puan ortalaması 66.87 ± 11.76 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise; bilişsel destek alt boyutu 24.50 ± 5.11, duygusal destek alt boyutu 20.68 ± 4.12 ve maddi destek alt boyutu puan ortalamaları ise 21.68 ± 3.58 bulundu. WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği toplam puan ortalaması ise 53.58 ± 24.75 (orta derecede doğum korkusu) olarak saptanmıştır.
- Gebelerin doğum korkusu ve eş desteğine yönelik özelliklerinin dağılımına bakıldığında, %62.3'ünün doğum sürecine ilişkin korkusunun az düzeyde olduğu, %61.5'inin bebeğinde herhangi bir soruna yönelik korkusunun olduğu, %52.8'inin doğum ağrısına yönelik korkusunun olduğu; %88.3'ünün eşinin destek olduğu, %93.2'sinin eşi ile uyumlu olduğu ve %63.8'inin eşi ile ev içindeki sorumlulukları paylaştığı belirlenmiştir
- Gebelerin eşlerinin destek olma durumları ile WİJMA ölçeği puan ortalamaları ($p=0.000$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Buna göre, eşinden destek alan gebelerin WİJMA ölçeği puan ortalamaları kısmen destek alan ve hiç destek almayan gebelere göre daha düşük bulunmuştur.
- Gebelerin eş desteği algısı ve alt boyutları ile W-DEQ-A ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, gebelerin eş destek algı düzeyleri arttıkça doğum korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Gebelerin eşlerinin bilişsel destek, duygusal destek ve maddi desteklerinin arttıkça gebelerin doğum korku düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

- **Doğuma hazırlık eğitimlerinde sosyal desteğin önemi**: Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal desteğin kritik rolü göz önüne alındığında, eş destek algısı zayıf olan gruplara yönelik danışmanlık hizmetleri sunulması, eş katılımını teşvik etmelidir.
- **Geniş örneklem gruplarıyla araştırmalar**: Gebelik semptomlarının yaşanmasında eş desteğinin rolünü ve bu semptomlarla başa çıkma becerisini daha geniş örneklem gruplarıyla keşfetmek amacıyla tanımlayıcı çalışmalar gerçekleştirilmelidir.
- **Gebelerin ve sağlık çalışanlarının farkındalığı**: Gebelerin ve gebelere hizmet sunan sağlık çalışanlarının gebelikte eş desteği konusundaki farkındalığı artırılmalı ve bu konuyla ilgili sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.
- **Baba adaylarının süreçlere katılımı**: Baba adaylarının gebelik öncesi danışmanlık ve doğum öncesi bakım hizmetlerine aktif bir şekilde katılımlarının teşvik edilmesi önemlidir.
- **Aile Sağlığı Merkezlerinde danışmanlık hizmetleri**: Gebelere doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrasında yaşadıkları korku ve kaygıları azaltmaya yönelik danışmanlık hizmetleri sağlanmalı; eşlerin de bu eğitime katılması teşvik edilmelidir.
- **Doğum korkusunun önlenmesinin önemi**:

Doğum korkusu doğum süresini uzatabilir ve komplikasyon riskini artırabilir.

Posttravmatik stres bozukluğu riskini artırabilir ve sezaryen oranlarının yükselmesine yol açabilir.

Doğum korkusunun azalması, doğum sonrasında aile bağlarını güçlendirir, emzirme alışkanlıklarını artırır ve anne ile bebek arasındaki bağı kuvvetlendirir.

- **Toplum temelli farkındalık çalışmaları**: Toplumda eş desteğinin önemine yönelik farkındalık çalışmaları artırılmalı ve bu konuda eğitim programları düzenlenmelidir.

- **Gebe eğitim sınıflarına katılımın artırılması**: Gebelerin eğitim sınıflarına katılımı teşvik edilmeli, bu amaçla sağlık profesyonelleri arasında iletişim hastane protokolleriyle güçlendirilmelidir.
- **Empatik iletişim eğitimleri**: Sağlık profesyonellerinin empatik iletişim becerilerini geliştirmek için hizmet içi eğitimler artırılmalı, bakım ekibi yılda en az iki kez bu eğitimleri almalıdır.
- **Kanıta dayalı uygulamalar ve saha çalışmaları**: Doğum korkusuyla ilgili kanıta dayalı yöntemlerin yaygınlaştırılması için daha fazla araştırma yapılmalı ve bu yöntemlerin pratikte uygulanabilirliğinin güçlendirilmesi desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(10), 1238-1246.

Aksay, Y., Gülhan, YB., Saygın, N., Körükçü, Ö. (2017). Gebelerin Psikososyal Sağlığı Doğum Tercihini Etkiler mi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4):138-145.

Aksoy, A.N. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2(3):161-165.

Aktaş, S., Çalık, K.Y. (2015). Gebelikte Depresyonu Etkileyen Faktörler ve Sosyal Destek ile Gebelik Depresyonu Arasındaki İlişki. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9).

Alehagen S., Wıjma B., Wıjma K., (2006). '*Fear Of Childbirth Before, During, And After Childbirth' Acta Obstetricia et Gynecologica,* 85 (56-62)

Barnett, G. V. (2008). A New Way To Measure Nursing: Computer Timing Of Nursing Time And Support Of Laboring Patients. *CIN: Computers Informatics Nursing*, 26(4), 199–206.

Başkaya, Y., Sayıner, F.D. (2018). *Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları.* HSP, 5(1): 113-119.

Bazarganipour, F., Mahmoodi, H., Shamsaee, B., Taghavi, S.A. (2015). The Frequency and Severity of Nausea and Vomiting during Pregnancy and its Association with Psychosocial Health. *Journal of Midwifery & Reproductive Health,* 3(3):401- 407.

Bilge, Ç., Dönmez, S., Olgaç, Z., & Pirinççi, F. (2022). Gebelikte doğum korkusu ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, *12*(2), 330-335.

Buran, G., Olgaç, Z., & Karaçam, Z. (2020). *Doğuma Hazırlık Sınıflarının Kadınların Doğum Şekli, Korkusu ve Deneyimine Etkisi:* Sistematik Derleme. *Life Sciences*, 15(4), 41-54.

Büyükbayrak E. (2016) Gebelik izlemi: Dünyadaki uygulamalar; Klavuzlar ne öneriyor? Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, *Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D Perinatoloji Ünitesi*. Harbiye Askeri Müze – İstanbul.

Canel, A. N. (2012). *Evlilik ve aile hayatı* (2. bs., ss. 37-43). İstanbul: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Cheng, E. R., Rifas-Shiman, S. L., Perkins, M. E., Rich-Edwards, J. W., Gillman, M. W., Wright, R. ve Taveras, E. M. (2016). Doğum öncesi

partner desteğinin gebelik sonuçları üzerindeki etkisi. *Kadın sağlığı dergisi*, *25*(7), 672-679.

Cohen, K., Capponi, S., Nyamukapa, M., Baxter, J., Crawford, A., & Worly, B. (2016). Hamilelik sırasında partner katılımı ve anne sağlığı davranışları. *Anne ve çocuk sağlığı dergisi*, *20*, 2291-2298.

Coutinho, E., Almeida, F., Duarte J, Chaves, C., Nelas, P., Amaral, O. (2015). Factors related to domestic violence in pregnant women. Procedia-*Social and Behavioral Sciences,* 171:1280-1287.

Cunningham, FG. and JW. Williams, Williams obstetrics. (2010). 23nd edition. New York: *McGraw-Hill Medical.*

Dağlar, G., Nur, Naim., Bilgiç, Dilek., Özkan, S.A. (2019). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Çukurova Medikal Journal,* 44(3):1-9.

Derman, G. (2020). Son Trimesterdeki Gebe Kadınların Psikososyal Sağlık Durumunun Doğum Korkusu ve Eş Desteği ile İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Dilcen, H.Y., Genç, R.E. (2019). Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebenin Rolü. *Life Sciences,* 14(3):64-73.

Dökmen Ü., (2003) *Varolmak Gelişmek Uzlaşmak*. (7. baskı). Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Ganong, WF. (2002), "*Tıbbi Fizyoloji* " Çeviren: Ateş N. 20. Baskı Ankra. Nobel Tıp Kitabevi. 248-252.

Gao, L. L., Liu, X. J., Fu, B. L., & Xie, W. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. Midwifery, 31, 865-870.

Gebelik (2005). http://gebelik.org/dosyalar/frequent.html (Erişim Tarihi: 25.11.2024).

Güleroğlu, F. T., & Onat, T. (2023). Gebelerde Algılanan Eş Desteği ve Gebelik Semptomları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *12*(2), 416-424.

Gümüşdağ, M., Apay, S.E., Özorhan, E.Y. (2014). *Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psikososyal Sağlıklarının Karşılaştırılması.* HSP, 1(2):32-42.

Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K. ve Brown, H. (2012). Düşük riskli Britanya Kolombiyalı kadınlar arasında psikolojik faktörlerin ve uykunun obstetrik müdahaleler, doğum şekli ve yenidoğan sonuçları üzerindeki etkilerinin prospektif bir çalışması. *BMC gebelik ve doğum*, *12*, 1-10.

Handelzalts, J.E., Becker, G., Ahren, M.P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z., Sadan., O. (2015). Personality, *Fear of Childbirth and Birth Outcomes in Nulliparous Women. Archives of Gynecology and Obstetrics,* 291(5):1055–1062.

Hişmioğulları, Z. A., & Aksoy, H. (2023). Gebelerde Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörlerin Araştırılması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *18*(3), 303-311.

Kanığ, M., Eroğlu, K. (2019). Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 16(2):125-133.

Karaçam Z., Akyüz E. Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakımve Ebe/Hemşirenin Rolü, İ.Ü.F.N. *Hemşirelik Dergisi,* 19(1): 45-53.

Karanisoğlu H., (1991) Gebelerde Ruhsal Durum ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*. 19, 49–51.

Khwepeya, M., Lee, G.T., Chen, S., Kuo, S. (2018). Childbirth Fear and Related Factors Among Pregnant and Postpartum Women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 18(1):391-401.

Kitapçıoğlu G., Yanıkkerem E., Sevil Ü., Yüksel D., (2008). Gebelerde Doğum Ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme Ve Validasyon Çalışması, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*; 9:1 (47 – 54)

Kömürcü, N. ve Ergin, A.B. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.

Körükcü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, *7*(4), 159-165.

Kuljanic, K., Dorcic, T.M., Bistrovic, I.L., Fischer, A.B. (2016). *Prospektife Fathers: Psychosocial Adaptation and İnvolvement in the Last Trimester of Pregnancy. Psychiatria Danubina,* 28(4):386-394.

Melender, H.L. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 *Pregnant Women. Birth: Issues in Perinatal Care,* 29(2):101–111.

Mete, S., Çiçek, Ö., Tokat, M.A., Çamlıbel, M., Uludağ, E. (2017). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, *Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci,* 9(3):201-206.

Nalbant, S. (2008). Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. *Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, *39*, 40. Ogbo, F.A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K.E.

Ogbo, F. A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K. E., Barnett, B., & Page, A. (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC psychiatry*, *18*, 1-11.

Okanli, A., Tortumluoglu, G., & Kirpinar, İ. (2003). Gebe kadinlarin ailelerinden algiladiklari sosyal destek ile problem çözme becerileri arasindaki iliski1/The relationship between pregnant women perceived social support from family and problem solving skill. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *4*(2), 98.

Okumuş, F., Şahin, N. (2017). *Fear of Childbirth in Urban and Rural Regions of Turkey: Comparison of Two Resident Populations. Northern Clinics of* İstanbul, 4(3):247-256.

Ölçer, Z., Bakır, N., & Oskay, Ü. (2016). Yüksek Riskli Gebelerin Öz Yeterlilik Ve Sosyal Destek Algıları. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *19*(1).

Önay, D. (2006). *Konya İl Merkezinde Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları ve Bunun Yeni Doğan Üzerine Etkileri*, (Doktora Tezi), Ankara, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, s:4-9.

Özkan, F.S., Demirci, N. (2018). *Factors Affecting Delivery Preference of Primigravida Women: A Qualitative Study.* Türkiye Klinikleri, 10(2):103-114.

Reeder S., ve Martin L., (1987). *Maternity Nursing. Lippincoat Company*, Philadelphia.

Reıger K., Dempsey R., (2006). '*Performing Birth In A Culture Of Fear: An Embodied Crisis Of Late Modernity' Health Socioology Review*, 15 (364-373)

Rosemarry H., Kelly M., (2001) *Somatic complaints among pregnant Women. General Hospital Psychiatry*. 23, 107–113.

Sezen, C., Ünsalver, B.Ö. (2018). Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Gözden Geçirme ve Pilot Çalışma. *The Journal of Neurobehavıoral Scıences*, 5(1):29-36.

Sokoya, M., Farotimi, A., Ojewole, F. (2014). Women's perception of husbands' support during pregnancy, labour and delivery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*,3(3), 45-50

Subaşı B., Özcan H., Pekçetin S., Göker B., Tunç S., Budak B., (2013). *'Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi' Selçuk Tıp Derg,* 29:4 (165-167).şi

Şimşek, H.N., Demirci, H., Bolsoy, N. (2018). Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 8(2): 97-103.

Taşkın L., (1998). Doğum Eylemi. In: Taşkın L.(Ed), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset*, 155-175

Taşkın L., (2000). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (4. baskı). Sistem Ofset, Ankara.

Tatarlar, A., Tokat, M.A. (2016). Vajinal Doğum Sırasında Yaşanan Korkunun Laktasyona, Emme Davranışlarına ve İlk Emzirme Sonuçlarına Etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2):83-91.

Topkara, N., Dağlı, E., & Reyhan, F. A. (2024). Doğum Ağrısı Yönetiminde Sanal Gerçeklik Uygulaması Kullanımına Yönelik Bir Literatür İncelemesi. *Instıtute of Health Sciences Journal*, *9*(2), 250-256.

Torloni, M. R., Betrán, A. P., Montilla, P., Scolaro, E., Seuc, A., Mazzoni, A., & Merialdi, M. (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (78), 1-8.

Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 4(2):54-58.

Uğur F. (2010). Doğum Analjezisi: 2010 Erciyes Üni. Ders Notları.

Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'? Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24(3):141-143.

Yıldırım, H., & Işık, K. (2017). Çalışmayan Evli Kadınların Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tip Dergisi*, *9*(2).

Yüksekal, Z., & Yurdakul, M. (2021). Gebelerin eş desteği algıları ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *15*(4), 800-808.

EKLER

Ek-1: Gebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?

a) 18-22

b) 23-28

c) 29-34

d) 35 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil

b) Okuryazar

c) İlköğretim

d) Ortaöğretim

e) Üniversite

3. Yaşadığınız yerleşim yeri nedir?

a) Köy / ilçe

b) Şehir / büyükşehir

4. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışmıyor

b) Ücretli bir işte çalışan

c) Serbest Meslek

d) Diğer (belirtiniz)

5. Gelir düzeyinizi nasıldır?

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

6. Ne kadar süredir evlisiniz?

a) 1-5 yıl

b) 6-10 yıl

c) 11 yıl ve üzeri

7. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Var

b) Yok

8. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil

b) Okuryazar

c) İlköğretim

d) Ortaöğretim

e) Üniversite

9. Eşinizin mesleği nedir?

a) Çalışmıyor

b) Ücretli bir işte çalışan

c) Serbest Meslek

d) Diğer (belirtiniz)

10. Kaç kez gebe kaldınız?

a) İlk kez

b) 2

c) 3

d) 4 ve üzeri

11. Kaç kez canlı doğum yaptınız?

a) Hiç yapmadım

b) 1

c) 2

d) 3

e) 4 ve fazlası

12. Kaç kez düşük yaptınız?

a) Hiç yapmadım

b) 1

c) 2

d) 3

e) 4 ve üzeri

13. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

a) Henüz yok

b) 1

c) 2

d) 3

e) 4 ve üzeri

14. Şimdiye kadar ölü doğum yaptınız mı?

a) Evet

b) Hayır

15. Bu bebeği istiyor musunuz?

a) Evet

b) Ben istiyorum, fakat eşim istemiyor

c) Eşim istiyor, fakat ben istemiyorum

d) Hayır

16. Şu anda gebeliğiniz kaçıncı ayındasınız?

a) 0-3 ay

b) 4-6 ay

c) 7 ay ve üzeri

17. Doğum şekli tercihiniz nedir?

a) Normal

b) Sezaryen

18. En son yaptığınız doğum şekli nedir?

a) Normal

b) Sezaryen

c) Henüz hiç doğum yapmadım

19. Düzenli gebelik kontrolüne gidiyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

20. Doğum sürecine ilişkin bilgi/eğitim aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

21. Cevabınız evet ise nereden?

a) Doktor

b) Ebe/Hemşire

c) Kitap

d) İnternet

e) Diğer (belirtiniz…….……....)

22. Doğum süreci boyunca korkularınız ne düzeydedir?

a) Hiç korkum yok

b) Az korkuyorum

c) Korkuyorum

d) Çok korkuyorum

23. Doğum sürecine ait korkularınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Doğum ağrısı

b) Kanama

c) Vajinal tuşe (vajinal elle muayene)

d) Normal doğumda yapılan kesi

e) Sezaryen sonrası uyanamamak

f) Enfeksiyon

g) Bebeğimde herhangi bir sorun yaşanması

h) Sütümün yetmemesi veya emzirememek

i) Sağlık personelinin yeterince ilgilenmemesi

j) Ekonomik yetersizlikler

k) Eşimle cinsel sorun yaşamak

l) Çevreden duyduğum olumsuz doğum hikayeleri

m) Diğer (belirtiniz……..…..…)

24. Eşinizin size destek olma durumu nasıldır?

a) Destek oluyor

b) Kısmen destek

c) Hiç destek olmuyor

25. Eşiniz ile uyumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Eşimle çok uyumluyuz, problemimiz yok

b) Aile büyükleri/yakınlarımız tarafından müdahaleye maruz kalıyoruz

c) Eşimle uyumsuzuz, problemlerimiz var

d) Diğer (……..)

26. Eşinizle ev içindeki sorumlulukları paylaşıyor musunuz?

a) Evet, her zaman

b) Bazen

c) Hiçbir zaman

Ek-2: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği

Sayın Anne Adayı,

Yeterli sosyal destek almanın gebelerin ve çocuklarının sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, anne adaylarının gebelikleri süresince eşlerinden aldıkları destek konusundaki duygu ve düşüncelerini incelemeyi amaçlayan bilimsel bir çalışmanın verilerini elde etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Sizden istenen, ölçekte yer alan her ifadeyi okuduktan sonra bu ifadeye katılma düzeyinizi (1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Ara sıra, (4) Çoğunlukla, (5) Her zaman seçeneklerinden uygun olanını işaretleyerek belirtmenizdir. Verdiğiniz bilgiler yalnızca bu araştırmanın verileri olarak kullanılacak olup, gizlilik esastır. Araştırmanın sonuçlanabilmesi için hiçbir ifadeyi cevapsız bırakmamanızı rica eder, araştırmaya yapmış olduğunuz katkı için teşekkür ederiz.

KİŞİSEL BİLGİLER

1) Yaşınız (lütfen belirtiniz) …….

2) Kaç yıllık evlisiniz?

( ) 0-2 yıl ( ) 3-5 yıl ( ) 6-8 yıl ( ) 9-11 yıl

( ) 12 yıl ve daha fazla

3) Kaçıncı gebeliğiniz:

( ) ilk ( ) İkinci ( ) Üçüncü ( ) Dördüncü ve daha fazla

4) Gebeliğiniz kaç haftalık:

5) Eğitim Düzeyiniz:

( ) okuryazar ( ) ilkokul ( ) ortaokul

( ) lise ( ) yüksekokul ( ) lisans ( ) lisansüstü

6) Eşinizin eğitim düzeyi:

( ) okuryazar ( ) ilkokul ( ) ortaokul

( ) lise ( ) yüksekokul ( ) lisans ( ) lisansüstü

7) Mesleğiniz:

( ) Ev hanımı ( ) Öğretmen ( ) Doktor

( ) Bankacı

( ) Emekli ( ) Diğer (lütfen belirtiniz): …….

8) Eşinizin mesleği:

( ) İşsiz ( ) Öğretmen ( ) Doktor ( ) Bankacı

( ) Emekli ( ) Diğer (lütfen belirtiniz): …….

	Her zaman	**Çoğunlukla**	**Ara sıra**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
Eşim doğum ile ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
Gebeliğim süresince eşim nasıl hissettiğimi anlar.					
Eşim karnıma dokunarak bebeğimiz ile iletişim kurmaya çalışır.					
Eşim bebek bakımı ile ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
Gebelik eşimle duygusal yakınlığımızı arttırdı.					
Eşim gebelikle ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
Eşim gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıklarla (bulantı, kusma vb.) baş etmemde yardımcı olur.					
Eşim gebeliğim süresince beni çekici bulduğunu hissettirir.					
Eşim gebeliğim süresince ev işlerinde (temizlik, yemek hazırlığı, diğer çocukların bakımı vb.) yardımcı olur.					
Eşim gebelikle ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					

Eşim doğum ile ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
Bebek ile ilgili hazırlıkları (alışveriş, oda hazırlığı vb.) eşimle birlikte yaparız.					
Eşimle bebeğimizle ilgili hayaller kurarız.					
Gebelikte eşim giysilerimi/ayakkabılarımı giymek ve çıkarmak gibi yapmakta zorlandığım durumlarda yardımcı olur.					
Eşim bebek bakımı ile ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
Gebeliğim süresince eşim ihtiyacım olduğunda yanımda olur.					

Ek-3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

(W-Deq) A Versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

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

I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1 0 1 2 3 4 5

Son derece mükemmel — Hiç mükemmel değil

2 0 1 2 3 4 5

Son derece korkunç — Hiç korkunç değil

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

3 0 1 2 3 4 5

Son derece yanlız — Hiç yalnız değil

4 0 1 2 3 4 5

Son derece güçlü — Hiç güçlü değil

5 0 1 2 3 4 5

Son derece kendinden emin — Hiç kendinden emin değil

6 0 1 2 3 4 5

Son derece korkmuş — Hiç korkmamış

7 0 1 2 3 4 5

Son derece yüzüstü bırakılmış — Hiç yüzüstü bırakılmamış

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

8 0 1 2 3 4 5

Son derece güçsüz — Hiç güçsüz değil

9 0 1 2 3 4 5

Son derece güvende — Hiç güvende değil

10 0 1 2 3 4 5

Son derece bağımsız — Bağımlı

11 0 1 2 3 4 5

Son derece umutsuz — Hiç umutsuz değil

12 0 1 2 3 4 5

Son derece gergin — Gerginlik yok

13 0 1 2 3 4 5

Son derece memnun — Hiç memnun değil

14 0 1 2 3 4 5

Son derece hoşnut — Hiç hoşnut değil

15 0 1 2 3 4 5

Son derece terkedilmiş — Hiç terkedilmemiş

16 0 1 2 3 4 5

Tamamen kendine hakim — Hiç kendine hakim değil

17 0 1 2 3 4 5

Son derece rahat — Hiç rahat değil

18 0 1 2 3 4 5

Son derece mutlu — Hiç mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19 0 1 2 3 4 5

Aşırı panik — Hiç panik değil

20 0 1 2 3 4 5

Aşırı ümitsizlik — Ümitsizlik yok

21 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa kavuşma isteği — Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22 0 1 2 3 4 5

Aşırı öz güvenli — Öz güveni yok

23 0 1 2 3 4 5

Son derece güvenli — Kendine güvensiz

24 0 1 2 3 4 5

Aşırı ağrılı — Hiç ağrı yok

IV Doğum sancılarızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5

Son derece kötü bir şekilde davranacağım — Kötü bir şekilde davranmayacağım

26 0 1 2 3 4 5

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

27 0 1 2 3 4 5

Kontrolümü tamamen kaybedeceğim — Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5

Son derece keyif verici — Hiç keyif verici değil

29 0 1 2 3 4 5

Son derece doğal — Hiç doğal değil

30 0 1 2 3 4 5

Tamamen olması gerektiği gibi — Hiç olması gerektiği gibi değil

31 0 1 2 3 4 5

Son derece tehlikeli — Hiç tehlikeli değil

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

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

0	1	2	3	4	5
Hiç					Çok sık

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

0	1	2	3	4	5
Hiç					Çok sık

ÖZGEÇMİŞ

ÖĞRENİM DURUMU:

- Lisans : 2012, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
- Yüksek lisans : 2025, İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

MESLEKİ DENEYİM:

- 2015-2025 Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi
- 2013-2015 İstanbul Memorial Şişli Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi
- 2012-2013 İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi