TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ANKSİYETE VE DOĞUM KORKUSU ARASINDAKİ İLİŞKİ

FİLİZ SOYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. DİLEK COŞKUNER POTUR

2022-İSTANBUL

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

FİLİZ SOYHAN

İmza

II. TEŞEKKÜR

Araştırmamım planlama ve yürütülmesinin her aşamasında bilgisi ve deneyimi ile desteğini benden esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Dilek COŞKUNER POTUR'a,

Yüksek lisans eğitimi süresince emekleri için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği değerli, öğretim üyelerine,

Her anlamda arkamda olan beni destekleyen ve cesaretlendiren kıymetli ailem, annem Asiye SOYHAN, babam Nihat SOYHAN 'a ve kardeşlerime,

Verdikleri cevaplarla araştırmama katkı sağlayan tüm gebe kadınlara,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDİYORUM…

Filiz SOYHAN

İstanbul, 2022

III. İÇİNDEKİLER

IV.KISALTMALAR……Vİ

V. TABLOLAR LİSTESİ…….....Vİİ

1. ÖZET ……....1

2. SUMMARY……..2

3. GİRİŞ VE AMAÇ……..…3

4. GENEL BİLGİLER……..…7

4.1. Gebelik……7

4.2. Doğum Öncesi Bakım, Önemi ve Amacı…….....7

4.2.1. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım ve Kapsamı…….……...8

4.3. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı…….....9

4.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması……...…...10

4.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi…….....12

4.3.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler……...…14

4.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi……....16

4.4. Anksiyete Tanımı…….....17

4.4.1. Anksiyete Düzeyleri……...18

4.4.2. Anksiyete Belirtileri……...19

4.4.3. Anksiyete Nedenleri…….....20

4.4.4. Gebelikte Anksiyete…….....21

4.5. Doğum Korkusu Tanımı……...….23

4.5.1. Doğum Korkusunun Prevalansı……..24

4.5.2. Doğum Korkusunun Belirtileri…….....25

4.5.3. Doğum Korkusunun Nedenleri……..26

4.5.4. Doğum Korkusunun Sonuçları…….....29

4.5.5. Doğum Korkusuyla Baş Etmede Hemşirelik Bakımı ve Hemşirenin Sorumlulukları……30

4.6. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı, Doğum Korkusu ve Ansiyete……....31

5. GEREÇ VE YÖNTEM…….....34

5.1. Araştırmanın Amacı……...……...34

5.2. Araştırmanın Tipi……...……...34

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……...……...34

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……..……..34

5.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri……...……...35

5.6. Araştırmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri……...36

5.6.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri……...……36

5.6.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri……...…....36

5.7. Veri Toplama Araçları……...…....36

5.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1)……...…..37

5.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (Ek-2)……..……37

5.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-3)……...…….38

5.7.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Ek-4)……...…...38

5.8. Araştırmanın Uygulanması……...39

5.9. Araştırmanın Etik Yönü……39

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi……40

5.11. Araştırmacının Yaşadığı Olumsuzluklar/Sıkıntılar……...……..40

5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları……...41

6. BULGULAR……...42

6.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Fiziksel Özelliklerine İlişkin Bulgular……...43

6.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular……..…45

6.3. Gebelerin Gebelikteki Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular……..……...46

6.4. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular…..……48

6.5. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonuna İlişkin Bulgular…….49

6.6. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Düzeylerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Bulgular……68

6.7. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonundan Alınan Ortalama Puanlar Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular……..…….70

7. TARTIŞMA VE SONUÇ…….....71

7.1. Tartışma……71

7.1.1. Gebelerin Sosyodemografik, Obstetrik Özellikler ve Sağlık Davranışları/Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması…….....71

7.1.2. Gebelerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (TSOY-32) İlişkin Bulguların Tartışılması……..75

7.1.3. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeğine (BAÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması……..78

7.1.4. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonun (W-DEQ A) İlişkin Bulguların Tartışılması…….80

7.1.5. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonundan Alınan Ortalama Puanlar ArasındakiKorelasyonlara İlişkin Bulguların Tartışılması……..83

7.2. Sonuç……..…….…..86

7.3. Öneriler……90

8. KAYNAKLAR……...91

9. EKLER……136

IV. KISALTMALAR

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BUN : Blood Urea Nitrogen

BKİ : Beden Kitle İndeksi

ÇKS : Çocuk Kalp Sesi

DÖ : Doğum Öncesi

DÖB : Doğum Öncesi Bakım

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

TSH : Tiroid Stimulan Hormon

TNSA : Türkiye Nüfus Araştırması

TSOY : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

RH : Rhesus

USG :Ultrasonografi

W-DEQ :Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 6.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 6.2. Gebelerin fiziksel özellikleri ve genel sağlık alışkanlıklarına ilişkin bulgular

Tablo 6.3. Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 6.4. Gebelerin prekonsepsiyonel dönem ve gebelikteki sağlık davranışlarına ilişkin bulgular

Tablo 6.5. Gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumlarına ilişkin bulgular

Tablo 6.6. Beck Anksiyete Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

Tablo 6.7. TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyutu puanlarına ilişkin bulgular

Tablo 6.8. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının parite açısından karşılaştırılması

Tablo 6.9. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının parite açısından karşılaştırılması

Tablo 6.10. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının planlı gebelik durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 6.11. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının planlı gebelik durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 6.12. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının gebelerin planladıkları doğum şekli açısından karşılaştırılması

Tablo 6.13. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının gebelerin planladıkları doğum şekli açısından karşılaştırılması

Tablo 6.14. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 6.15. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının prekonsepsiyonel bakım ve dıanışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 6.16. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının doğum öncesi eğitim alma durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 6.17. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının doğum öncesi eğitim alma durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 6.18. Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarına göre anksiyete düzeylerinin sınıflandırılması

Tablo 6.19. W-DEQ A Ölçek puan ortalamalarına göre korku düzeylerinin sınıflandırılması

Tablo 6.20. TSOY-32 Ölçek puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınıflandırılması

Tablo 6.21. Beck Anksiyete Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arası korelasyon katsayıları

1. ÖZET

Gebelerde Sağlık Okur Yazarlığı, Anksiyete ve Doğum Korkusu Arasındaki İlişki

Öğrenci Adı: Filiz SOYHAN

Danışmanı: Doç. Dr. Dilek COŞKUNER POTUR

Anabilim Dalı: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Çalışma gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı çalışma olarak tasarlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32, Beck Anksiyete Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 28,55±4,49 yıl olduğu hesaplanmış olup, %43,10'unun lise ve %21,10'ununda üniversite mezunu idi. Çalışmaya katılan gebelerin %56,1'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olup, %38,6'sı orta düzeyde anksiyete yaşıyor iken, %46,1'inin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan 360 gebenin TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması 30,87±8,70 olduğu, BAÖ toplam puan ortalaması 16,56 ± 7,98 olarak elde edilmiş. Katılımcıların BAÖ toplam puanı ile W-DEQ A toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki gözlenmişken ; W-DEQ A toplam puanı ile TSOY-32 toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki gözlenmiştir.

Sonuç: Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, doğum korkularının azaldığı, doğum korkuları azaldıkça da anksiyete düzeylerinin azaldığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, doğum korkusu, anksiyete, gebelik

2. SUMMARY

Relationship Between Health Literacy, Anxiety and Birth Fear in Pregnant Women

Student Name: Filiz SOYHAN

Name of Supervisor: Assoc. Prof. Dilek COŞKUNER POTUR

Department: Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Objective: The study was planned to determine the relationship between health literacy, anxiety and fear of childbirth in pregnant women.

Materials and Methods: Designed and executed as descriptive, cross-sectional, and relationship-looking work The population of the study consisted of women who applied to the Obstetrics and Gynecology Polyclinic of a Training and Research Hospital in Istanbul. The data were collected through The Descriptive Information Form, Turkey Health Literacy Scale 32, Beck Anxiety Scale, Wijma Birth Expectation/Experience Scale A Version. In statistical analysis of the data; percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation, normal distribution, ki-square or t test in comparisons, relationship seeker correlation and Cronbach's Alpha reliability analysis tests were used.

Results: The mean age of the participants was calculated to be 28.55±4.49 years, and 43.10% were high school graduates and 21.10% were university graduates. Of the women who participated in the study, 56.1% had limited health literacy levels, 38.6% experienced moderate anxiety, while 46.1% experienced severe fear of childbirth. The total score of the THLS-32 scale of the 360 pregnant women was 30.87± 8.70, and the BAI total score was 16.56 ±7.98. While a statistically significant, positive and low level correlation was observed between the participants' BAI total score and W-DEQ A total score; A statistically significant, negative and low level correlation was observed between W-DEQ A total score and TSOY-32 total score.

Conclusion: It was found that as the health literacy level of pregnant women increased, their fear of birth decreased, and as their fear of birth decreased, their anxiety level decreased.

Keywords: Health literacy, fear of childbirth, anxiety, pregnancy

3. GİRİŞ VE AMAÇ

"Sağlık okuryazarlığı" okuryazarlıkla ilişkili olarak yaşam kalitesini yükseltme ve devam ettirme çabaları doğrultusunda günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesiyle ilgili kararlar almak amacıyla, sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve kullanma için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterliliktir. (Sørensen ve ark., 2012).

Bir başka tanıma göre sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık ile ilgili etkin ve uygun kararlara yönelebilmesi için sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneğidir (Sørensen ve ark., 2015). Bilgiye erişimin kolaylaşması, kronik hastalıkların artması ve bu hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerinde değişim arayışları gibi çağımızda yaşanan sağlık sorunları sebebiyle sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır (Ceylan, 2018).

Hastalıklardan korunmak ve sağlıklı yaşamak için sadece bir doktor, klinik ya da hastaneye başvurmak yeterli olmamaktadır. Günlük hayatta da sağlığı korumak gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunmasına yardımcı olur ve insanların herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarında bu süreci daha iyi yönetmelerini sağlar (CDC, 2016).

Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan toplumlarda, hastaneye yatış ve acil servise başvurularda artış, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha az kullanımı, ilaç prospektüslerinin, reçetelerin ve sağlık mesajlarının doğru şekilde yorumlanamaması, 65 yaş üzeri bireylerin genel sağlık durumlarının kötü olması ve mortalite oranlarının daha yüksek olması gibi olumsuz etkileri mevcuttur (Health Literacy, 2004).

Tanrıöver ve arkadaşları (2014) tarafından, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle 2009-2012 yılları arasında Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu araştırmada; 12 bölgede, 23 farklı ilde çalışmaya katılan 4924 kişiye ulaşılarak Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre; Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama 30,4 olarak saptanmış olup, toplumun %24,5'inin yetersiz,

%40,1'inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Tanrıöver ve ark., 2014).

Kadın yaşamının önemli noktalarından biri olan gebelik; doğal bir olay olup anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere sebep olur (Fenkçi, 2004). Gebeliğin belirlenmesiyle başlayıp doğuma kadar olan süreçte anne ve fetüsün sağlığının düzenli aralıklarla sağlık çalışanı (ebe, hemşire, doktor) tarafından takip edilmesine doğum öncesi bakım (DÖB) denir. DÖB prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak da isimlendirilir (Taşkın, 2020).

DÖB amaçları; anne adayında gebelik öncesinde ve gebelik döneminde oluşabilecek hastalık veya komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmak, kadın sağlığının korunup gelişmesini desteklemek, Rh kan uyuşmazlığı, anemi, TORCH enfesiyonları gibi gebelik sürecinde meydana gelebilecek riskli durumların erken tespit edilip gerekli tedavinin yapılmasını sağlanmak, anne adayını hijyen, egzersiz, beslenme, emzirme, bebek bakımı, gebelik öncesi folik asit kullanımı gibi konularda bilgilendirmek ve gebeyi doğuma hazırlayıp postpartum döneme yönelik eğitimlerle destekleyip bilinçlenmesini sağlamaktır (Öner ve ark., 2018).

Kadın vücudunda büyüyen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi sağlamak ve sürdürmek, doğum eylemine ve doğum sonu döneme hazırlamak için tüm sistemlerde değişim yaşanır (Taşkın, 2012; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Gebelikte meydana gelen tüm değişikler gebede yük, kaygı, stres yaşanmasına, gebelik anksiyetesi ve depresyonu gibi olumsuz psikolojik deneyimlere sebep olabilmektedir (Brenda, 2009; Erdoğan, 2010).

Kadınların hayatları boyunca anksiyete yaşama oranları oldukça yüksektir. Bu oran neredeyse %30'ları bulmaktadır. Özellikle kadınların en hassas olduğu dönemde yani gebelik döneminde ise en yüksek prevelansa ulaşır (Kocabaşoğlu ve Başer 2008, Vesga-Lopez ve ark 2008, Leight ve ark 2010). Gebeliğin üç trimesterinde de farklı düzeylerde anksiyete meydana gelir. Yapılmış bir araştırma sonucunda çalışmaya katılan gebelerin durumluluk kaygı puanı birinci trimesterde 37,0, ikinci trimesterde 38,4 ve son trimesterde 40,6 olarak bulunmuştur (Qiano ve ark., 2012; Martini ve ark., 2010).

Gebelik sürecinde anksiyeteye sebep olabilecek nedenlere bakıldığında; yaşam koşullarının iyi bir seviyede olmaması, eğitim seviyelerinin düşük olması, mutsuz evlilik hayatı, olumsuz ekonomik şartlar, perinatal stres kaynakları, aile ilişkilerindeki bozukluklar ve bunun neticesinde sosyal desteğin azalması gebelik sürecinde anksiyete yaşanma riskini arttırmaktadır (Vırıt ve ark., 2008; Vesga-Lopez ve ark., 2008; Karataş 2012; Güleç ve ark., 2014).

Gebe, doğum eylemine kadar geçen gebelik sürecinde özellikle son trimesterde nasıl doğum yapacağını düşünmekte ve huzursuzluk yaşamaktadır (Okumuş ve ark., 2009). Doğumdan önce, doğum esnasında ve doğumdan sonraki süreçte yaşanan korku doğum korkusu olarak adlandırılmaktadır (Wijma ve ark., 1998).

Yapılan araştırmalar gebelerin %75-80'nin hafif düzeyde (Rondung ve ark., 2016; Demšar ve ark., 2015), %30-45'nin orta düzeyde (Körükcü ve ark., 2017; Bülbül ve ark., 2016; Güleç ve ark., 2014), %5-13'ünün ise şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığını göstermektedir (Mazúchová ve ark., 2017; Toohill ve ark., 2014).

Doğum korkusunun, gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır (Nieminen ve ark., 2009; Molgora ve ark., 2018). Bununların yanında, normal doğumdan çeşitli nedenlerle korkan ve başarabileceğine inancı olmayan gebeler sezaryen doğumu tercih etmektedirler. Bu sebeple doğum korkusu son yıllarda sezaryen oranlarının artmasına sebep olan önemli faktörlerden birisi olmuştur (Wiklund ve ark., 2008; Nieminen ve ark., 2009).

İnsanlar bilmediği şeyden korkarlar, bu nedenle gebeye doğum eyleminin fizyolojisi, doğum sırasında yaşayacakları ve postpartum döneme ilişkin profesyonel bir şekilde bilgi aktarılarak doğum korkuları giderilmelidir (Wijma ve ark., 1998). Gebe izlemlerinde özellikle gebenin ihtiyacına yönelik olarak eğitim ve danışmanlık verilmelidir (DÖB Rehberi, 2018).

Gebenin sağlıkla ilgili temel bilgileri sağlama, anlama, kullanma, kendisi ve bebeği için uygun sağlık kararları verebilme yeteneği sağlık okuryazarlık düzeyinden etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmesi, bu düzeyin iyileştirilmesinin ilk basamağıdır (Renkert ve Nutbeam, 2001).

Sağlık hizmetlerinden yararlanan gebelerin sağlıkla ilgili konuları anlama ve kavrama düzeylerinin bilinmesi, sorunu tanımlayarak gebelere verilecek olan sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin etkinliğini arttıracaktır. Böylece daha iyi sağlık bilgisine kavuşan gebeler yaşam tarz ve koşullarını değiştirerek kendilerinin, ailelerinin ve dolayısıyla toplumun sağlığını iyileştirecek davranışlara yönelecektir (Filiz, 2015).

Yapılan çalışmalar sonucunda kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almalarını arttırıp, aile ve toplum sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Gebelik ve doğum kadın yaşamının önemli dönüm noktalarından biri olup literatürde bazı kaynaklar tarafından anksiyete kaynağı olarak nitelendirilmektedir. Sağlık okuryazarlığı artan kadın daha az bilinmezlikle karşı karşıya kalır ve uygun baş etme stratejileri geliştirebilir.

Hemşireler aldıkları eğitim sonucu sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmada anahtar role sahiptirler. Hemşirelere özellikle gebelerin doğum korkusu ve anksiyetelerini azaltma konusunda büyük görevler düşmekte olup, gebe izlemleri sırasında fizyolojik durumun yanı sıra gebelerin psiko-sosyal sağlık durumlarını da değerlendirip buna yönelik gebeye uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önemlidir.

Yapılan literatür incelemesinde gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma sonuçlarının gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin bilimsel verilerini ortaya koyarak literatüre katkı sağlayacağı, daha ileri araştırmalara temel oluşturacağı ve sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı farkındalığını arttıracağı düşünülmektedir. Bu bağlamda bu araştırmada;

- Gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyi nedir?
- Gebelerin anksiyete yaşama düzeyi nedir?
- Gebelerde görülen doğum korkusunun düzeyi nedir?
- Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile doğum korkusu arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin sağlık okuryazarlığı ve anksiyeteleri arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin doğum korkusu ve anksiyeteleri arasında ilişki var mıdır?

sorularına yanıt aranacaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Gebelik

Kadının hayatındaki dönüm noktalarından belki de en önemlisi anne olmaktır. Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası ebeveynlik sürecinde kadınlar farklı rol ve sorumluluklar üstlenir (Arslan, 2010).

Gebelik, döllenme ile başlayıp, doğum ile sona eren 280 günlük doğal bir süreçtir Gebelik, ilk üç ay (birinci trimester), ikinci üç ay (ikinci trimester), üçüncü üç ay (üçüncü trimester) olmak üzere üç dönemden oluşmakta ve ortalama 40-42 hafta sürmektedir (Kocatürk, 2017).

Gebelik her ne kadar doğal bir süreç olsa da anne adaylarında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere sebep olur (Taşkın, 2012). Kadın vücudunda büyüyen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi sağlamak ve sürdürmek, doğum eylemine ve doğum sonu döneme hazırlamak için tüm sistemlerde değişim yaşanır (Taşkın, 2012; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016).

4.2. Doğum Öncesi Bakım, Önemi ve Amacı

Doğum öncesi bakım (DÖB), gebeliğin belirlenmesiyle başlayıp doğuma kadar olan süreçte anne ve fetüsün sağlığının düzenli aralıklarla sağlık çalışanı (ebe, hemşire, doktor) tarafından takip edilmesidir. Bu hizmet prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak isimlendirilir (Taşkın, 2020). Ayrıca DÖB, muayene süresince gerekli kontrollerin (kan basıncı, hemogram, varis, ödem, kilo, çocuk kalp sesi (ÇKS) takibi, beslenme, ilaç kullanma, bağışıklama, vb.) yapıldığı, gerekli danışmanlıkların verildiği, anne ve bebek açısından olumsuz olabilecek durumların erken dönemde belirlenip, giderildiği gerekli bakım ve tedavilerinin sağlık personelince sağlandığı bir bakım ve izlem sürecidir (Çatak ve ark., 2014; Demirbaş ve Kadıoğlu, 2014).

DÖB kadında gebelik öncesi var olan hastalık veya gebelik döneminde meydana gelen problemlerin erkenden saptanıp, müdahele edilmesini sağlar (DSÖ, 2019). Her bireye özgü nitelikli bir DÖB hizmeti sağlanması annede oluşabilecek komplikasyonların (postpartum kanama, düşük gibi) önlenmesine katkıda bulunur (Başar ve Çiçek, 2018).

Dünyada her gün 810 kadın gebelik veya doğuma bağlı komplikasyonlar sebebiyle doğum öncesi dönemde, doğumda ve doğum sonu dönemde hayatını kaybetmektedir. Gebelik boyunca, doğum ve doğumdan sonraki 42 gün içerisinde herhangi bir kaza ya da nedenden kaynaklanmayıp, tamamen obstetrik sebepler nedeniyle meydana gelen ölümlere anne ölümü denir (Kılınç ve ark., 2012). Literatüre baktığımızda 2017 senesinde dünyada yaklaşık olarak 295 bin anne ve 2,5 milyon yenidoğan ölümü gerçekleşmiştir. Günümüzde halen gebelik döneminde ve doğum esnasında yeterli seviyede sağlık hizmetine ulaşılamaması sebebiyle anne ve bebek ölümleri olmaktadır. Anne ve bebek mortalite hızlarında yıllar içinde azalma olmasıyla beraber gebelik ve doğum sırasında yeterli düzeyde sağlık hizmetine ulaşılamaması sebebiyle hala pek çok ölüm gerçekleşmektedir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde olup ve tamamına yakını nitelikli doğum öncesi ve doğum sonu bakım ile önlenebilir ölümlerdir (DSÖ, 2019).

Doğum öncesi bakımın amaçları; anne adayında gebelik öncesinde ve gebelik döneminde oluşabilecek hastalık veya komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmak, kadın sağlığının korunup gelişmesini desteklemek, Rh kan uyuşmazlıkığı, anemi, TORCH enfesiyonları gibi gebelik sürecinde meydana gelebilecek durumların erken tespit edilip gerekli tedavinin sağlanması, anne adayını hijyen, egzersiz, beslenme, emzirme, bebek bakımı, gebelik öncesi folik asit kullanımı gibi konularda bilgilendirmek ve gebeyi doğuma hazırlayıp doğum sonu sürece yönelik eğitimlerle destekleyip bilinç kazanmasını sağlamaktır (Öner ve ark., 2018).

4.2.1. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım ve Kapsamı

Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında birinci basamakta aile hekimliği modeli uygulanmaya başlanmıştır. Düzce ilinde 2005 yılında pilot uygulamasına başlanmış olan aile hekimliği modeli 2011 yılı başında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır (Akdağ 2012). Aile hekimliği uygulaması ile doğum öncesi izlem görevi aile hekimlerine ve birlikte çalıştıkları aile sağlığı çalışanlarına (hemşire, ebe) verilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 09 Aralık 2004, sayı: 25665).

2008 yılında Sağlık Bakanlığı kaliteli ve standartlara uygun bir DÖB hizmeti uygulanması ve ulusal boyutta olması için "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'' ni hazırlayıp yürürlüğe koymuştur. Rehber 2017 yılında revize edilmiştir. Bu rehbere göre

bütün gebelerin gebeliğinin ilk 14 haftası içerisinde gebelik tespiti yapılmalıdır. Dolayısıyla ilk izleminin bu 14 hafta içerisinde olması gerekmektedir. İkinci izlem 18-24. haftalarda, üçüncü izlem 30-32. haftalarda ve dördüncü izlem ise 36-38. haftalarda yapılmalıdır. Yine bu rehberde gebelerin her izlemde fizik muayene, gerekli ölçümler (tansiyon, kilo vb) tetkik ve tabii ki danışmanlık alt basamaklarıyla açıkça anlatılmıştır (Öner ve ark., 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre en az bir kez DÖB alan kadın sıklığı %96'dır. Kadınların %4'üne doğum öncesi dönemde hiç izlem yapılmamıştır. Ülkemizde yıllar içinde dört ve daha fazla DÖB alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. Ancak, bu değişim hızı 2013'ten bu yana belirgin olarak azalmıştır. Dört ve daha fazla sayıda DÖB alan kadınların sıklığı 1993 yılında %54'e, 1998'de %58'e, 2003'te %58'e, 2008'de %74'e, 2013'te %89'a ve 2018 yılında %90'a yükselmiştir. TNSA verilerine göre gebeliklerinin ilk üç ayı içerisinde ilk DÖB alan kadınların sıklığı 1993 yılında %36, 1998 yılında %42, 2003 yılında %54, 2008 yılında %74, 2013 yılında %89 ve 2018 yılında %90'dır.

4.3. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974'te sosyal politika oluşturulması ile ilgili bir bildiride yer almıştır. Sağlık eğitiminin geliştirilmesi konusunda yapılan girişimlerin sonucu olarak sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır (Selden, 2000). Gelişmekte olan sağlık okuryazarlığı kavramı ise Don Nutbeam tarafından ortaya konulmuştur. Nutbeam'a göre ise "bireylerin sağlığı iyileştirmek ve korumak için bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerilerini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal becerileri ifade eder" (Nutbeam, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı; insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda karar verebilmeleri, sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ile yaşam kalitesinin yükseltilmesinde sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, bu bilgileri ve mesajları doğru olarak yorumlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir (DSÖ, 2013).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC)'nin tanımına göre sağlık okuryazarlığı, "bireyin sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilmek için temel sağlık bilgi ve hizmetlerini

alabilme, iletişim kurabilme, bilgiyi işleyebilme ve anlayabilme kapasitesine sahip olmasıdır" (CDC, 2019).

Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (HHS) sağlık okuryazarlığını "bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgilerini bulma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi" olarak tanımlamaktadır (U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 2010).

Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla ilişkili olarak, yaşam kalitesini yükseltme ve sürdürme çabaları doğrultusunda günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak amacıyla, sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve kullanma için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterliliktir (Sørensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı, okuma, dinleme, çözümleme ve karar verme becerilerine sahip olmanın yanı sıra bu becerileri sağlıkla ilgili durumlara uyarlama becerisini de gerektirmektedir (NIH, 2020). Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili broşürleri okuyabilmek ve söylenenleri yapabilmekten daha fazlasını ifade eden bir kavramdır (Nutbeam, 1998).

Sağlık okuryazarlığı okuma yazma becerisinden ziyade sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru ve zamanında kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, tıbbi cihazları doğru kullanabilmeyi kapsar (Aslantekin ve ark., 2014; Yılmazel ve ark., 2016)

4.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

SOY düzeyini belirlemek için eğitim, sağlık ve toplum faktörleri dikkate alınarak sağlık okuryazarlığının çerçevesi oluşturulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı çok yönlü bir kavram olduğundan sınıflandırma yapılırken, bu kavramın farklı boyutları ele alınmış ve farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. Literatürde Nutbeam, Zarcadoolas ve arkadaşlarının ve sınıflandırmalarına sık vurgu yapılmaktadır. Don Nutbeam (2000), üç düzeyli bir sınıflama geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını işlevsel, etkileşimli ve eleştirel okuryazarlık olarak sınıflamıştır (Nutbeam, 2000; Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; Yıldırım ve Keser, 2015).

İşlevsel sağlık okuryazarlığı; bireylerin temel okuma ve yazma becerilerini ifade etmesidir. Kişi bu basamakta pasiftir ve sağlık risklerini nasıl yöneteceği veya sağlık sistemini nasıl kullanacağı belirlenir (Collins, 2012). Bu düzeyde bireyler sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı konularındaki sağlık eğitim materyallerini (prospektüsleri, reçeteleri vb.) okuyup anlayabilirler (Nutbeam, 2000).

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı; bireylerin daha fazla bilişsel kazanımlarına ve sosyal becerilere sahip olmasıdır. Bu düzeyde kişiler sağlık aktivitelerinde bulunmakta, sağlık mesajlarını anlamakta ve sağlık koşulları değiştiğinde mevcut bilgilerini kullanabilmektedir (Nutbeam, 2000).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı; bireylerin ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerilere sahip olmasıdır. Bu düzeydeki kişiler, sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine göre davranabilirler. Ayrıca sağlık profesyonelleri ile etkin iletişim kurabilir ve kendi sağlık durumları ile ilgili kararları alabilirler (Nutbeam, 2000).

Bu sınıflandırma şekli, sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselişinde daha fazla özerklik ve kişisel yetkilendirme olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda seviyeler arasındaki ilerleme sadece bilişsel gelişime değil farklı bilgi ve mesajlara maruz kalmaya da bağlıdır (Nutbeam, 2000).

Zarcadoolas ve arkadaşları (2005) ise sağlık okuryazarlığını dört boyutta sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma aşağıdaki gibidir:

Temel Okuryazarlık: Sağlıkla ilgili olan verileri okuma, yazma, konuşma ve sayısal verileri anlama becerilerini kapsayan sağlık okuryazarlık sınıflandırmasıdır (Kutner ve ark., 2006).

Bilim Okuryazarlığı: Bireyin sağlık konusundaki bilim ve teknoloji süreçleri ile ilgili farkındalığı ve bunları kullanabilme becerisine sahip olmasını içeren sağlık okuryazarlık sınıflandırmasıdır (Kutner ve ark., 2006).

Sivil Okuryazarlık: Bireylerin sağlıkla ilgili toplumsal konulardaki farkındalığı, eleştirel yaklaşım ve karar verme sürecine katılma yeteneklerini kapsayan sağlık okuryazarlık sınıflandırmasıdır (Kutner ve ark., 2006).

Kültürel Okuryazarlık: Bireylerin inançlarını, ananelerini ve sosyal kimliklerini sağlıkla ilgili konularda kullanabilme durumunu değerlendiren sağlık okuryazarlık sınıflandırmasıdır (Kutner ve ark., 2006).

4.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Gelişen teknoloji ile beraber sağlık alanındaki ihtiyaçlar doğrultusunda çeşitli gelişmeler olmuştur. Tedavisi olmayan çoğu hastalığın tedavisi bulunmuş, birçok hastalığın ilerleyişi önlenmiş ya da yavaşlatılmıştır. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı olarak devam ettirebilmeleri amacıyla uygun şekilde sağlık bilgisini edinmeleri, anlamaları ve bu bilgi doğrultusunda davranış geliştirmeleri önem kazanılmış olup sağlık okuryazarlığı tanımını ortaya çıkarmıştır (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

Toplumun sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, sağlık alanındaki harcamalarda artış ve sağlıkla ilgili bilgilerin aktarılamaması gibi nedenlerden dolayı sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır (Kanj ve Mitic, 2009).

Hastalar, genellikle tetkikleri anlama, ilaç dozlarını doğru hesaplama, kendileri için yarar-zarar oranını değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve bu bilgileri anlamlandırma gibi kendileri için karmaşık olan durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Tanrıöver ve ark., 2014). Avrupa'da yapılan bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha kötü sağlık düzeylerine ve sağlık hizmetleri için daha yüksek taleplere neden olduğu görülmektedir (Sørensen ve ark., 2015). Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine göre daha kötü sağlık sonuçlarına neden olur. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi; düşük kişisel bakıma, hastalıklar hakkında daha az bilgiye, bireysel yönetimin kötü olmasına, düşük tarama oranları ve ilaç uyumu düzeyine, yüksek hastane yatışlarına sebep olur. Tüm bunlara ek olarak, yüksek sağlık okuryazarlığının yararları arasında, daha fazla koruyucu bakım hizmetlerinin kullanımı ve hastalıkların erken teşhisi, kronik hastalıkların yönetiminin ve sağlık bakımına en uygun şekline ulaşma yetenekleri bulunur (Taggart ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvuruda geç kaldıkları, koruyucu hizmetlerden yararlanmadıkları, bunun sonucu olarak da hastaneye yatış oranlarının artmış olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşüklüğü

sağlık bilgilerinin anlaşılmasını da engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin sağlık profesyonelleri tarafından verilen direktifleri yerine getirmede zorlanmaya ve sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşanmasına neden olduğu gösterilmiştir (Erdağ, 2015).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin hastane harcamalarının yüksek, hastanede yatış sürelerinin uzun ve gereksiz tahlil ve tetkik yaptırma yüzdelerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu kişilerin acil servislere gereksiz başvurularının da arttığı bilinmektedir. Tüm bu sayılanlar, işgücü kaybına ve artmış sağlık maliyetine sebebiyet vermektedir (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz bireyler, sağlık hizmetlerine ulaşımda ve hizmetleri kullanmada zorluklarla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Hekimlerin tıbbi durumlarını anlattıkları kelimeleri, kendi anlayabilecekleri gibi seçemediğini ifade etmişlerdir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Bu bireylerde, hastalık belirtilerini anlatma, verilen talimatları anlama, sağlık hizmetlerine erişme, verilen bilgiyi değerlendirme gibi önem arz eden durumlarda zorluk yaşadığı gösterilmiştir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler sağlık hizmetine erişimde gecikme yaşamakta ve koruyucu sağlık hizmetlerini araştırmamaktadır. Ayrıca bu insanlar düşük sağlık okuryazarlığı düzeyini saklamak için sağlık personeli ile olan iletişimlerini de sınırlandırmaktadır. Koruyucu bakım almaya karar vermiş olsalar dahi, fizyolojik değişiklikler yapmak için yeterli bakım alamamakta bu da değişikliklerin devam etmesi ve desteklenmesinde başarısız sonuçların oluşmasına neden olmaktadır (Joshi ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadın sağlığını etkileyen faktörlerden biridir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadının sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını etkilemektedir. Kadının, sağlığı konusunda gerekli bilgileri anlama ve kullanma oranı artıkça hastalıkları önleme ve hastalıklarda erken tanıyı sağlama davranışları da artmaktadır. Literatürde, kadının sağlık okuryazarlığı düzeyinin kanserden korunma davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (Shieh ve Halstead, 2009). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişiler, sağlıkları hakkındaki önemli bilgileri anlamayabilirler. Ayrıca tarama testlerinin kanserin önlenmesi ve hastalığın erken tanısındaki rolünün farkında olmayabilirler (Davis ve ark., 2001). Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi

düşük olan kadınların daha az mamografi çektirdikleri belirlenmiştir (Guerra ve ark., 2005). Başka bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınların serviks kanseri taramasının amacını, önemini ve tarama için kullanılan metotları anlama oranının düşük olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığının, serviks kanseri tarama bilgisi için eğitim ve etnik kökenden daha belirleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir (Lindau ve ark., 2006).

Gebelerde sağlık okuryazarlığı ise iki nedenle önemlidir. Birincisi, gebelik, bir kadının sağlık sistemi ile ilk deneyimi olabilir. Aslında, böyle karmaşık bir sistemle ilk kez uğraşmak, yeterli sağlık okuryazarlık becerilerine sahip olanlar için bile sürprizlerle dolu olabilir. Ayrıca, sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kadınlar, yeni bilgi edinmeyi veya verilen talimatları takip etmeyi çok zor bulacaktır. İkincisi, bir kadının sağlık durumu ve gebelik öncesinde, sırasında, büyüme ve gelişme yıllarında sağlık bilgilerini kavrayışı, çocuğunu doğrudan etkileyecektir (Ferguson, 2008). Akça ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkinin olduğu sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir. Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan gebelerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gebelere göre gebelikteki tarama testlerini daha iyi anladıkları belirlenmiştir (Cho ve ark., 2007).

Tüm bu durumlar göz önüne alındığında görülmektedir ki; düşük sağlık okuryazarlığı kötü sağlık sonuçları ve sağlık kalitesinde azalmaya, hastane yatışları, acil servis kullanımı, gereksiz tetkik yapılması, tedaviye uyumsuzluk ve sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Etkilenen kişi sayısının fazla olması, kronik hastalıkların giderek artması, sağlık hizmet maliyetleri, sağlık bilgisine olan ihtiyaç gibi durumlar doğrudan etkilenerek ülkelerin sağlık politikalarını etkileyecek derecede önem arz etmektedir (Joshi ve ark., 2014).

4.3.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin iyi bilinmesiyle sağlık okuryazarlığı kavramı daha anlaşılır olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler;

- Kişisel özellikler,
- Sosyodemografik ve sosyokültürel özellikler,

- Psikososyal faktörler,
- Genel okuryazarlık durumu,
- Daha önce hastalık durumunda yaşanamış deneyimler ve sağlık hizmeti sistemi şeklinde sıralanabilir (Sørensen ve ark., 2012).

Kişisel faktörler: Kişinin işitme, görme, konuşma, yazma ve okuma becerileriyle hafıza, anlamlandırma, sosyal, fiziksel, kognitif becerileri sağlık okuryazarlığı etkileyen kişisel faktörlerdir (Sørensen ve ark., 2012). Bu becerilerin azalması veya herhangi birinin olmaması sağlık okuryazarlığı seviyesini olumsuz etkilemektedir. Bir hastalığı tecrübe etmek; hastalığın süresi, tipi, şiddeti, tedavisi, tedavinin karmaşıklığı ve komplikasyonu, başka bir hastalığın varlığı şeklinde sayılabilir (Inoue ve ark., 2013; AHRQ, 2011). Kişinin tedavi süreci uzadıkça, tedavisi zorlaştıkça, üzerine başka hastalıklar eklendikçe, sağlık okuryazarlığı düzeyleri de etkilemektedir (Inoue ve ark., 2013).

Sosyodemografik ve sosyokültürel özellikler: Cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum, eğitim, gelir ve çalışma durumu ise sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörlerdir. Genel olarak bakıldığında ise, ileri yaş gruplarında, bekarlarda, eğitim ve gelir durumu düşük bireylerde sağlık okuryazarlığı daha düşük seviyelerdedir (Paasche-Orlow ve ark., 2005; Morris ve ark., 2013).Kültürel faktörler kişinin dâhil olduğu etnik grup, dil farklılığı ve göçmenlik olarak sayılabilir. Bu gibi durumlar sağlıkla ilgili bilgileri anlamayı, okumayı yazmayı ve kavrayıp uygulayabilmeyi zorlaştıran özelliklerdir (Chiarelli, 2006).

Psikososyal faktörler: Sosyal desteğin varlığı, öz yeterlilik davranışı, sağlıkla ilgili problemleri bilgisi ile anlamak gibi özellikler sağlık okuryazarlığını etkileyen psikososyal faktörler olarak sayılabilmektedir. Sağlıkla ilgili inanç algılarının yeterli seviyede olmaması ve bu inançları davranışlara, uygulamaya dökememeleri, sağlık ve hastalık konusundaki bilgi eksiklikleri, aileden ve çevreden gelen sosyal desteğin az olması kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasına sebep olmaktadır (Ussher ve ark., 2010).

Genel okuryazarlık durumu: Genel okuryazarlık düzeyi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir fakat yüksek okuryazarlık düzeyine sahip bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin de buna paralel olarak yüksek olacağı anlamına gelmemektedir. Yapılan araştırmalar okuryazarlık seviyesi düşük kişilerin sağlıkla alakalı bilgileri kavrama konusunda zorluk

çektiğini saptamasına rağmen okuryazarlık seviyesi yüksek olan kişilerin de sağlık okuryazarlığının yetersiz olabileceğini göstermektedir (ACSQHC, 2013).

Daha önce hastalık durumunda yaşanmış deneyimler ve sağlık hizmeti sistemi: Bireyin daha önce hastalık durumunda yaşadığı deneyimler ve sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık hizmetine kolay erişilebilirlik, doktor hasta ilişkisi ve sağlık güvencesini kapsamaktadır. Adı geçen bu etmenler ise bireylerin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkileyen etmenler olarak gösterilebilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009).

Bir bireyin içinde bulunduğu eğitim düzeni, sağlık sistemi, toplumsal ve kültürel faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini ve sağlıkla alakalı çıktıları etkileyip, sağlık okuryazarlığının biçimlenmesini sağlar (Nielsen-Bohlman, 2004).

4.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Dünyada sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarını, farklı tekniklerle değerlendirip ölçmeyi amaçlayan pek çok ölçüm araçları geliştirilmiş ve kullanılmaktadır. İlk olarak kelime okuma ve telaffuz yeterliliği hususunu değerlendirmişlerdir, daha sonrasında sayısal verileri kullanabilme ve anlama eklenmiştir. Son dönemdeki ölçüm araçları ise, sağlık okuryazarlığının daha iyi anlaşılması, bileşenlerinin kavramsal bir çerçeveye oturtulması sonrasında her bileşenin ve bütünün değerlendirilmesi yönünde geliştirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2019).

Genel olarak kullanılan ölçüm araçları incelendiğinde; temel okuryazarlık, kelime telaffuzu, okuduğunu anlama gibi işlevsel becerilerin değerlendirildiği görülmektedir (Al Sayah ve ark., 2012; Balçık ve ark., 2014; Peiravian ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığı spesifik gruplar için ölçülebildiği gibi aynı zamanda belirlenen hedef kitlenin veya toplumun geneli için de ölçülebilmektedir (IOM, 2013).

Dünya çapında kullanılan ölçeklerden en sık kullanılanları şunlardır:

- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA)
- Yetişkinlerde Okuryazarlığın Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM)

- En Yeni Yaşamsal Bulgu (Newest Vital Sign – NVS)
- Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Questionnaire – HLQ)
- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü (Adult Health Literacy Measure – AHLM)
- Tıbbi Terim Tanıma Testi (Medical Term Recognition Test – METER)
- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index - HLI)
- Sağlık Okuryazarı Sağlık Kurumları-10 (HLHO-10)
- Okul Çağı Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığının Türkçe Versiyonu (HLSAC-T)

Sağlık Okuryazarlığının ölçülmesinde kullanılan; Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOYSEN), Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenirlik ve geçerlik çalışmasıyla geliştirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2019).

Literatürde sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirmesine yönelik araçların daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Bunun sebebi belirli küçük gruplardan ziyade araştırılmak istenen hedef kitlede veya genel olarak toplumda sağlık okuryazarlığının genel görünümünün ortaya konulmak istenmektedir (Tanrıöver ve ark., 2014).

4.4. Anksiyete Tanımı

Anksiyete (anxiety); Latince *anxietas* kelimesinden gelmektedir. Anxietas, zihindeki üzüntü, sıkıntı, dert, rahatsızlık, eziyet, arıza anlamlarına gelmektedir. Darlık ve sıkışma anlamına gelen anksiyete kelimesi "angh" kelimesinden gelmektedir. Anlamı farklı dillerde benzerlik göstermektedir. Türkçe sözlükte kaygı, üzüntü ve tasa kavramlarına karşılık gelmektedir (Alkın ve Onur, 2007; Marakoğlu ve ark., 2003; Saatçioğlu, 2001).

Kötü bir şey olacakmış gibi içten gelen sıkıntılı durum anksiyete olarak adlandırılır. Yaşamı tehdit eden bir çeşit alarm duygusu da denilebilir. İçten veya dıştan gelen tüm tehlike veya tehlikeli durumlara karşı oluşacak durumdur (Kuş, 2016).

Anksiyete, günlük yaşam içerisinde normal olarak kabul edilen bir duygudur. Kişinin yaşamını devam ettirip, olumsuz yaşam olayları ile başa çıkabilmesi adına gereklidir.

Ancak bu duygu uzun süre şiddetli bir şekilde yaşanıp, kişinin yaşamsal işlevlerini sekteye uğratıp sosyal hayatını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başladığında kişi de ruhsal bir problem olarak kendisini göstermektedir (Kuş, 2016). Anksiyete bozuklukları toplum içerisinde sıklığı ve şiddetinin fazla görüldüğü ruhsal bir problemdir. Toplumda görülme sıklığı %17,7 olup kadınlar da %30,5 erkekler de ise %19,2 oranındadır (Ertan, 2008).

Normal anksiyete organizmanın biyolojik koruma sistemidir ve tehdit edici olarak algılanan bir olayın varlığında, organizmanın tehdit ediciden kaçmasını veya onunla savaşmasını sağlamak üzere ortaya çıkar. Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için var olması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu noktadan sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır (Bülbül ve ark., 2014). Çoğu kişi anksiyete, korku ve depresyon kavramlarının aynı şey olduğunu düşünmesine rağmen birbirinden farklıdır. Anksiyete herhangi bir nesneye karşı olmayıp sadece iç tehlikelere karşı oluşan bir durum iken, korku ise bir nesneye karşı hissedilen duygu durumdur (Alkın ve Onur, 2007; Kocamanoğlu, 2008).

4.4.1. Anksiyete Düzeyleri

Toplumda her bireyin anksiyete düzeyi birbirinden farklı düzeyde olabilmektedir. Anksiyete evrensel, subjektif ve gözlemlenebilir bir olaydır. Bu nedenle, anksiyetenin varlığı bireyde belirtilerin fark edilmesi ve gözlemlenen davranışlarla anlaşılır. Anksiyete hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere dört düzeyde incelenmektedir (Avcıbay, 2009).

Hafif anksiyete: Bireyin algılama alanı fazlasıyla geniştir. Birey, daha uyanıktır ve kendi davranış ve hareketlerini daha iyi gözlemleyebilmektedir. Bağlantılarını sözlü olarak başka kişilere aktarabilmekte ve bireyin konuşma hızı ile şiddeti, konuşmanın içeriği ile uyumludur. Sözel olmayan davranışlar, bireyin her zaman tetikte, güvenli, göreceli olarak tehlikeden uzak olduğunu göstermektedir (Bahar ve ark., 2005).

Orta Derecede Anksiyete: Güven hissi bireyde azalmıştır. Birey, endişeli, tedirgin, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilmektedir. Bireyin algılama alanı kısıtlı olarak gözlemlenebilir. Bireyin konuşma hızı ve şiddeti çoğunlukla artar, vücut şeklini sıklıkla değiştirmektedir. Ara sıra göz teması kurmaktadır. Orta derecede anksiyete yaşayan bireyler, sorumluluk alma ve sosyal toplantılara katılma konusunda tedirginlerdir (Bahar ve ark., 2005).

Şiddetli Anksiyete: Bireyin algılama alanı oldukça sınırlanmıştır. Dikkatini yaşanan olaylar üzerinde toplayabildiği halde olaylar arasında bağlantı kuramaz, fiziksel ve duygusal tedirginlik vardır. Yüksek ses tonuyla ve hızlı bir şekilde konuşmaktadır. Birey göz teması kurmakta zorlanır. Sözsüz davranışlar, elleri ovalama, yüzün buruşturulması, ileri geri yürümeler şeklinde görülmektedir (Bahar ve ark., 2005).

Panik Anksiyete: En şiddetli anksiyete çeşididir. Birey odaklandığı konuyu çarpıtır ve abartır. Bireyler uyum sağlamada zorluk yaşamaktadır. Birey panik duygusu yaşamamak için olaylardaki kendilerine yönelik durumları görmezlikten gelirler. Bireyin rahatlaması için yardıma ihtiyacı vardır. Korku ve dikkatsizlik hakimdir, kişi olayları gerçek dışı algılayabilmektedir (Bahar ve ark., 2005).

4.4.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete fizyolojik, davranışsal, duygusal ve bilişsel (kognitif) belirtiler olmak üzere dörde ayrılır.

Fizyolojik Belirtiler: Sinir sisteminin çalışmasındaki farklılıklar sonucu meydana gelmektedir. Vücutta çeşitli değişimler olur. Ellerde terleme, nabzın artması, kalbin hızlı attığını hissetme, uykuya dalmada güçlük, tansiyon değişiklikleri, yüzde kızarma, senkop, aritmi, nefes darlığı, bronşiyal darlık, karın ağrısı, bulantı, iştah değişiklikleri, kaslarda gerginlik hissi, ses tonunda değişimler, ağızda kuruma ve sulanma, mide ve bağırsak şikâyetleridir (Alkın ve Onur, 2007).

Davranışsal Belirtiler: Anksiyeteli bireyler genellikle bilinçli olmadan anksiyeteden kaçınmak, anksiyeteyi indirgemek veya mümkünse ortadan kaldırmak için bazı davranışlar sergilerler (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008). Bu davranışlar bireyin algıladığı tehdidin yoğunluğuna, kişinin onu algılamasına, o anki durumuna ve geliştirdiği savunma stratejilerine göre farklılık gösterebilir. Kişiler savunma sisteminde anksiyeteye karşı

savaş ya da kaç tepkisi verirler. Bu savaş ya da kaç tepkisi kas iskelet sistemini etkiler ve kişide baş ağrısı ve vücudun diğer bölgelerinde ağrı meydana gelir. Ayrıca etrafı dağıtmak, bilinçsizce kendi etrafında dönmek, saçlarını karıştırmak, belirlediği bir şeyleri saymak gibi uyum davranışları gösterebilirler. Daha uyumsuz olan davranışlar ise; başkalarına karşı düşmanca duygular, saldırı, genellikle bir nesneye veya insana zarar verme olabilir. Bu esnada gülme, ağlama, küfür gibi davranışlar da sergilenebilir (Alkın ve Onur, 2007; Köroğlu, 2014).

Duygusal Belirtiler: Tanımlanamayan nedeni ve nesnesi olmayan bir korku duygusu tarifleyen anksiyeteli kişilerde seste heyecanlanma, telaş içerisine olup titreme, konuşmasa zorluk durumu vardır. İletişim kurarken kişi gergin, endişeli ve huzursuzdur (Kocabaşoğlu, 2008). Çaresizlik, panik hali, dikkatte azalma, kararsızlık, çekingenlik, yaratıcılıkta azalma, sinirlilik duyguları hâkimdir. "Korkutuyorlar, karabasan göğsüme bastırıyor gibi" ifadelerle o an yaşadığı anksiyeteyi, duygu durumunu anlatırlar (Alkın ve Onur, 2007).

Bilişsel (Kognitif) Belirtiler: Bilişsel belirtiler kavramsal, duygusal ve düşünce zorluğu olmak üzere üçe ayrılır:

- Kavramsal zorluklar: Korku içeren düşünceler, bilişsel (kognitif) sapma durumu, ölüm korkusu, baş edememe korkusu ve kontrolü kaybetme korkusu denilebilir (Alkın ve Onur, 2007).

- Duygusal zorluklar: Bulunduğu ortamın daha farklı algılanması, zihin bulanıklığı, kendini fazla takip edip gözlemleme ve etraftaki eşyaları uzaktaymış gibi görmedir (Alkın ve Onur, 2007).

- Düşünce zorlukları: Dikkatin dağılması, nesnel düşünme zorluğu, düşünceyi kontrol edememe ve duraksamalar, konsantre olamamadır (Alkın ve Onur, 2007).

4.4.3. Anksiyete Nedenleri

Anksiyete durumunda bireyler sırasıyla içe dönme, dışa vurma, bedene yansıtma, kaçınma ve problem çözme davranışları gösterip baş edebilirler. Anksiyete sonucunda genellikle ilk etapta içe dönme meydana gelir. Agresif davranışların gösterilmesi ise dışa vurma aşaması olarak görülür. Bedene yansıtma ise anksiyetenin bedendeki yansımasıdır,

göz seğirmesi, etrafta ileri geri gidip gelme, ellerle oynama gibi davranışlar sergilenir. Kaçınma ise kaçarak veya o durumdan uzaklaşarak kontrolü sağlama yetisidir. Bu dört davranışın tam tersi olarak problem çözme bireyi iyileştiren ve geliştiren davranış şeklidir (Roundy ve ark., 2005).

İnsan hayatında pek çok durum anksiyete yaşamaya sebep olabilir. Başarı, ekonomik sorunlar, işsizlik, iş değiştirme, duygusal kayıp ve ayrılıklar, hastalık, tecavüz, ölüm, boşanma, kültürel baskı, gebelik ve ebeveyn olma ise bu durumlardan sadece birkaçı olarak sayılabilmektedir. Anksiyetedeki en önemli faktörlerden biri de belirsizlik oluşturabilecek durumlardır. Çünkü anksiyetede belirsizlik kişinin karar vermesini zorlaştırıp öfke, çaresizlik, gerginlik gibi duygulara neden olmaktadır (Roundy ve ark., 2005).

4.4.4. Gebelikte Anksiyete

Bir kadını yaşam süresi boyunca anksiyete yaşama oranı çok yüksektir hatta %30'lara varabilmektedir. Gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası doğurganlık dönemlerinde ise daha da yaygınlaşır (Kocabaşoğlu ve Başer 2008; Vesga-Lopez ve ark., 2008; Leight ve ark., 2010).

Gebeliğin üç trimesterinde de farklı düzeylerde anksiyete meydana gelir. Yapılmış bir araştırma sonucunda çalışmaya katılan gebelerin durumluluk kaygı puanı birinci trimesterde 37,0, ikinci trimesterde 38,4 ve son trimesterde 40,6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara istinaden gebeliğin özellikle üçüncü trimesterinde yaşanan anksiyete, gebelik komplikasyonlarına sebep olmaktadır (Qiano ve ark., 2012; Martini ve ark., 2010).

Gebelik döneminde anksiyete yaşanma sıklığı artmasına rağmen tespit edip tedaviye başlanılan gebe sayısı çok azdır (Vesga-Lopez ve ark., 2008). Çünkü gebelik döneminde yaşanan değişim ve farklılıklar anksiyete ile benzer durumlar olmasıdır. Gebelikte yaşanan sürekli uyuma isteği, iştahsızlık, enerji ve isteksizlik durumu anksiyetede de görülen benzer değişimlerdir (Kocabaşoğlu, 2008). Bu nedenle gebeler çok dikkatli ve titiz takip edilip, izlenmelidir (Leight ve ark., 2010).

Gebelikte anksiyetenin en önemli faktörleri arasında, bebeğin sağlık durumu, doğum şekli ve doğum süreci ile ilgili kaygılarının olmasıdır. Yapılan çalışmalar gebelik anksiyetesi

yaşayanların hipertansiyon, preeklampsi ve düşük yaşama oranlarında artış olduğunu saptamıştır (McCubbin ve ark., 1996).

Arch ve arkadaşları perinatal anksiyete için risk faktörlerini; etnik köken, evlenmemiş olmak, düşük yaş, düşük eğitim seviyesi, ilk çocuğuna gebe olmak, düşük sosyoekonomik durum olarak bildirmişlerdir. İnfertilite tedavisi sonrasında oluşan gebelikler de anksiyete bozukluğu için risk faktörü olarak bildirilmektedir (Arch ve ark., 2013).

Eğitim seviyesinin düşük olması, ekonomik koşulların kötü olması, gebenin aile ilişkilerinin iyi olmamasına bağlı olarak sosyal desteğin azlığı, gebelik sürecinde anksiyete yaşanmasına sebep olan faktörler arasındadır (Vırıt ve ark., 2008; Vesga-Lopez ve ark., 2008; Karataş, 2012; Güleç ve ark., 2014).

Yüksek perinatal anksiyete annenin sağlığını (Johnson, 2003; Migrom, 2008), intrauterin yaşamda fetüsün, ilerleyen yaş dönemlerinde çocuğun bilişsel (Bergman ve ark., 2010) duygusal ve davranış gelişimini (O'Connor ve ark., 2002), anne ile kurduğu bağlanmayı (Stevenson-Hinde, 2011) olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olması uterin arter direncini artırarak yenidoğanda düşük doğum ağırlığı ve düşük Apgar puanına, kalp ve motor aktivitede değişikliklere; annede preeklampsiye sebep olabilmektedir (Field ve ark., 2010; Stein ve ark., 2000).

Yapılan çalışmalarda gebelik anksiyetesinin sigara kullanmaktan daha çok fetüse zarar verdiği bulunmuştur. Gebede anksiyetenin meydana gelmesi, fetüsün beyin gelişimi, nöroendokrin tepkiler, hiperaktivite ve davranış problemlerine sebep olduğu saptanmıştır. Özellikle 12-22. gebelik haftalarında meydana gelen gebelik anksiyetesinin çocuğun 8-9 yaşında iken yaşayabileceği ruhsal sıkıntıların zeminini hazırladığı bulunmuştur (Van den Bergh ve Marcoen, 2004). Gebelerin sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmelerine yardımcı olmak ve anksiyetelerini azaltmak için doğuma dair inançlarını tespit etmek oldukça önemlidir. Doğum öncesi sağlık hizmeti sunumunda kadınların gebelikle ilgili anksiyete durumları tespit edilmeli ve anksiyeteye neden olan doğum inançları göz ardı edilmemelidir (Durgun Ozan ve Alp Yılmaz, 2020).

Hemşireler gebelerin rahatça iletişim kurdukları, gebeye en yakın sağlık profesyonelleridir. Prenatal bakım sürecinde hemşire gebeyi birey ve çevresi ile bütünsel olarak, sahip olduğu sosyoekonomik ve kültürel değerler çerçevesinde biyo-psiko-sosyal

yaklaşımla ele almalı ve bu dönem boyunca gebelere karşı güven verici, açıklayıcı ve öğretici bir tavırda olmalıdır. Gebelik sürecinde ebeler ve hemşireler, hem gebenin hem de ailesinin gebeliğe uyumunu kolaylaştırmalı, gebelik izlemlerini düzenli bir şekilde sürdürmeli, anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem alabilmeli, gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek bakım ve tedavi sürecini yürütebilmeli (Koyun ve ark., 2011; Taşkın, 2012; Özorhan ve ark., 2014), anksiyetelerinin azaltılması için yoga (Veronica ve ark., 2020), masaj (Hall ve ark., 2020), müzik dinleme (Sidorenko, 2000), spiritüel etkinlikler (Irmawati ve ark., 2020) gibi önerilerde de bulunabilmelidir.

4.5. Doğum Korkusu Tanımı

Gebe olmak ve doğum yapmak kadınların hayatında bir geçiş süreci veya geçilmesi gereken varoluşsal bir eşik olarak tanımlanmaktadır (Höjeberg, 2000). Doğum her kadın için eşsiz, karmaşık, sosyal koşullardan etkilenen çok boyutlu bir deneyimdir (Larkin ve ark, 2009). Bununla birlikte kadınların gebelik ve doğum ile ilgili beklentileri ve deneyimleri olumlu duygular ile birlikte korku ve endişe gibi olumsuz duyguları da içermektedir (Storksen ve ark, 2015).

Doğum eylemi gebelerce merak edilen bir olay olup bu durum gebelerde bilinmezlikten kaynaklı bir korkuya yol açar. İlk kez anne olacak kadınlar doğumun nasıl gerçekleşeceğine ilişkin düşünce içerisinde olurken, multipar kadınlar da yaşayacakları yeni doğumun ne getireceğiyle ilgili düşünceler içerisinde olup korku hissi yaşayabilir. Aynı zamanda gebeler doğum sırasında vücut bütünlüğünün zarar görmesi, ağrı gibi durumlarla karşılaşma ve beden kontrollerini kaybetmeyle ilgili de anksiyete yaşayabilirler (Terzioğlu, 2005; Şahin ve ark., 2009).

Ufak çaplı korkular gebenin doğuma hazırlanmasına destek olurken korkunun patolojik düzeyde olması "tokofobi" olarak adlandırılır (Alessandra, 2013; Molgora ve ark., 2018). Tokofobi kelimesi Yunanca "*tokos*" doğum ve korku anlamına gelen "*phobos*" kelimelerinden meydana gelmiştir. Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklinde üç grupta incelemek mümkündür (Hofberg ve Ward, 2003).

Primer Tokofobi: Adölesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan, gebelik öncesi başlayan tokofobi türüdür. Bu korku nedeniyle kadın gebe kalmaktan kaçınabilir

(Bakshi ve ark., 2000; Hofberg ve Brockington, 2000). Primer tokofobisi olan kadınlar isteyerek gebe kalmış olsalar bile gebeliği sonlandırabilir veya elektif sezaryen isteyebilir (Hofberg ve Brockington, 2000).

Sekonder Tokofobi: Travmatik obstetrik bir olay sonrası genellikle de travmatik doğum eylemi sonrası oluşur. Ancak normal doğum, düşük yapma, ölü fetus ya da gebeliğin sonlandırılması da kadın için travmatik olabilir ve bu olaylar sonrasında da tokofobi gelişebilmektedir (Bakshi ve ark., 2000; Hofberg ve Ward, 2003).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: Gebelikle beraber ortaya çıkan depresyon, nadir olarak kendisini tokofobiyle birlikte gösterebilir. Kadınlar, sürekli olarak bebeklerini doğuramamaktan ve doğum yapsa bile öleceğinden korkmaktadır (Hofberg ve Brockington, 2000).

4.5.1. Doğum Korkusunun Prevalansı

Birçok ülkede yapılan araştırmalarda doğum korkusunun prevalansı ile ilgili değişik sonuçlar literatüre geçmiştir. Yapılan çalışmalarda doğum korkusunun prevalansı kültürel yapı, gebelik haftası ve doğum korkusunu belirlemede kullanılan farklı yöntemlerden dolayı farklı oranlarda rapor edilse de ortalama %15-20 olarak belirtilmektedir (Aksoy, 2015).

Doğum korkusuna yönelik çalışmaların çoğunlukla İskandinav ülkelerinde olduğu (Greathouse, 2014) ve düşük riskli gebeliklerde kadınların %20'sinin doğum korkusu yaşadığı görülmektedir (Pang ve ark., 2008). Doğum korkusu hafiften şiddetliye farklı düzeylerde yaşanmaktadır (Toohill ve ark., 2014). Araştırmalar göstermektedir ki gebelerin %75 ile %80'inin hafif düzeyde (Rondung ve ark., 2016; Demšar ve ark., 2015), %30 ile %45'inin orta düzeyde (Körükcü ve ark., 2017; Bülbül ve ark., 2016; Güleç ve ark., 2014), %5 ile%13'ünün ise şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşamaktadır (Mazúchová ve ark., 2017; Toohill ve ark., 2014). Şiddetli doğum korkusu prevalansı %3,7 ile %43 arasında değişmektedir.

Ülkemizde doğum korkusuyla ilgili yapılan araştırma sonuçlarına baktığımızda ise gebelerin %30 ile %45'inin orta düzeyde (Bülbül ve ark., 2016; Güleç ve ark., 2014), %8'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Bülbül ve ark., 2016). Deliktaş ve Kukulu'nun çalışmasında ise her 100 kadından 21'inin klinik düzeyde korku

yaşadığı belirtilmiştir. Özellikle, ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesinde doğum korkusunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Deliktaş ve Kukulu, 2019). Komplikasyon riski taşımayan gebelikler incelendiğinde, gebelerin %20'sinin doğumdan aşırı derecede korktuğu belirlenmiştir (Alehagen ve ark., 2006; Nilsson ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda ise gebelerin %5-10'unun doğum ile ilgili ciddi anksiyete ve kaygılarının olduğu saptanmıştır (Kjaergaard ve ark., 2008; Rouhe ve ark., 2015; Ryding ve ark., 2007). Doğum korkusu, primiparlarda multiparlara oranla daha yoğun yaşanmaktadır (Nieminen ve ark., 2009; Saisto ve ark., 2003). Ayrıca önceki gebeliğinde travmatik bir doğum deneyimi yaşayan multiparların, ilk gebeliklerine göre daha fazla doğum korkusu yaşadıkları belirlenmiştir (Adams ve ark., 2012). İsveç'te yapılan bir çalışmada, tüm gebelerin yaklaşık %20'sinin doğum korkusu yaşadığı, %5'inin doğum korkusu nedeniyle günlük yaşamda ruhsal dengesizlikler yaşadığı ve yaklaşık %2'sinin travmatik doğum deneyimi nedeniyle ciddi psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Rouhe ve ark., 2015).

4.5.2. Doğum Korkusunun Belirtileri

Korku durumu esnasında sempatik sistemin aktivasyonuna bağlı olarak adrenalin ve kortizol hormonları salınır. Bu hormonlar vücutta bazı fizyolojik değişimlere sebep olur. Bu değişimler metabolizma hızında artma, solunum sayısında artma, nabzın artması, tansiyonda değişiklikler, baş dönmesi, bulantı, kaslarda gerginlik, tüylerin dikken diken olması, sindirimde problem yaşama ve sık sık idrara çıkma şeklinde sıralanabilir (Çakar ve ark., 2002);

Doğum korkusu olan kadınlar korkularını farklı şekillerde göstermektedir. Genel olarak doğum korkusu belirtileri; korkular hakkında sürekli düşünme, ağlama, uykusuzluk, sezaryen isteğinde bulunma, çarpıntı, baş dönmesi, dispne, sinirlilik, gebelik ve doğumdan kaçmayı istemektir (Rouhe, 2015). Doğum korkusu olan kadınların ayrıca içe kapanıp kimse ile konuşmayıp iletişim kurmadığı, kendi kendine sıkıntı çektiği ve duygularını üzüntü, dehşete kapılma, endişe, gerginlik, kaçma isteği, panik olma, depresyon ve paranoya gibi farklı olarak tanımlayabildikleri ifade edilmiştir (Serçekuş, 2005).

Doğum korkusu, gebelerin günlük yaşamını da çeşitli şekillerde etkileyebilir. Doğum korkusu olan gebeler paranoya ile ilgili durumlar yaşayabilir, fetal hareketleri

gerektiğinden daha fazla sayabilir ve gebeliklerinden memnuniyetsizlik duyabilirler (Lyberg ve ark., 2010), hatta korkularından dolayı sezaryen doğum yapmayı isteyebilirler (Rouhe, 2015; Rouhe ve ark., 2011; Rouhe ve ark., 2015; Fenwick ve ark., 2010). Travay boyunca gebelerin, yalnız kalmaktan kaçınma, huzursuzluk, davranış kontrolünde güçlük, iletişimden kaçınma, yüksek sesle veya sessizce ağlama, avuçlarını veya herhangi bir şeyi sıkma, dudak ısırma, yakınma, çığlık atma, sürekli gezinme ve çevresindeki kişileri suçlama gibi davranışları da doğum korkusunun belirtileri arasındadır (Coşar ve Demirci, 2012).

Çıtak Bilgin ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada, doğum korkusunu belirleyen psikososyal değişkenlerin öz-yeterlik, sürekli kaygı düzeyi ve eş desteği olduğunu göstermişlerdir. Psikososyal değişkenlerin doğum korkusunu tahmin etmenin anahtarı olacağını ifade etmişlerdir. Bu sebeple psikososyal sağlık değerlendirme hizmetleri rutin doğum öncesi bakımın bir parçası olmalıdır (Rondung, 2016).

4.5.3. Doğum Korkusunun Nedenleri

Gebelerde doğum korkusunun oluşmasına etken olan bir çok sebep vardır. Altta yatan faktörleri, sebepleri bilmek doğum korkusunun ortaya çıkarılmasınd faydalı olacaktır (Rathfisch, 2012). Doğum korkusuna birçok faktörün sebep olduğu söylenebilir. Bu faktörler sosyodemografik, obstetrik ve psikososyal faktörler başlığı altında sınıflandırılmıştır (El-Aziz ve ark., 2017; Güleç ve ark., 2014; Rouhe ve ark., 2011;2009).

Sosyo-demografik faktörler; Bu sınıflandırma şekline göre bir gebede doğum korkusu oluşmasını etkileyen faktör yaş, eğitim ve gelir durumudur. Yapılan çalışmalara iki görüş vardır bir grup gebenin yaşı arttıkça doğum korkusunun da arttığını arttığı (Nieminen ve ark., 2009; Büyükbayrak ve ark., 2010) savunurken; diğer grup ise daha genç yaştaki anne adaylarının daha yüksek seviyede doğum korkusu yaşadığını (Saisto ve ark., 2003; Laursen ve ark., 2008; Gao ve ark., 2015) savunmaktadır. Eğitim seviyesine baktığımızda ise; eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin, eğitim seviyesi düşük olan gebelere göre daha az doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Laursen ve ark., 2008; Gao ve ark., 2015). Gelir durumu ise; gelir seviyesi yüksek olan, ekonomik kaygısı olmayan gebelerin gelir seviyesi düşük olan gebelere göre daha az doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Alessandra, 2013; Saisto ve ark., 2003; Laursen ve ark., 2008; Waldenstrom ve ark., 2006).

2013 yılında İtalya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre eğitim seviyesi yüksek, ileri yaşta ve bir önceki doğumu normal doğum olan kadınların %20'sinin doğum ağrısından korkmaları, bebeğin travmaya uğramaması ve rahatça doğum planı yapabilmeleri sebebiyle normal doğumu tercih etmediğini ifade ederken %80'lik kısımdaki kadınlar ise yaşamın ilk dakikalarında bebeğinden ayrı kalmak istememeleri, hastanede kalış sürelerinin az olması ve iyileşme sürecinin daha hızlı olması sebebiyle tekrar doğum yapacak olsalar normal doğum planlayacaklarını ifade etmişlerdir (Torloni ve ark., 2013).

O**bstetrik faktörler:** Parite, gebelik haftası ve önceki obstetrik deneyimler doğum korkusuna yol açan obstetrik faktörlerdir. Primipar gebelerin belirsizlik ve bilinmezlik içerisinde olmaları, daha önce doğum eylemi deneyimlememeleri sebebiyle korkularının olduğu saptanmıştır (Melender, 2002). Multipar gebelerin ise daha önceki gebeliklerinde travmatik obstetrik öyküye (aşırı kan kaybı, plasenta retansiyonu, tromboz, anal sfinkter yırtığı, zor doğum vb.) sahip olmaları sebebiyle yaklaşan doğuma karşı korkularını arttıracağı saptanmıştır (Zar ve ark., 2001; Melender, 2002; Uçum ve ark., 2010; Storksen ve ark., 2012; Molgora ve ark., 2018). Yalnızca doğum eylemi değil geçmişte yaşanılan abortus deneyimi olan kadınlarında bir sonraki gebeliklerinde daha yüksek seviyede doğum korkusu yaşadıkları bulgulanmıştır (Gao ve ark., 2015)

Gebeliğin son trimesterinde doğuma ilişkin anksiyete ve korkuların artığı görülürken (Kitapçıoğlu ve ark., 2008; Üst ve ark., 2013), buna karşın gebeliğin ilk trimesterinde de görülebilmektedir (Nieminen ve ark., 2009). Doğum ağrısı fizyolojik bir süreç olmasına (Shakeri, 2014) rağmen doğum korkusuyla en çok ilişkilendirilen durumdur (Geissbuehler ve Eberhard, 2002). Kadınların bazıları ağrı sebebiyle bebeğini kaybedeceğini düşünürken, bazıları ise ağrıyı anneliğin bir parçası olarak görmektedir (Sani, 2015). Yapılan çalışmalara göre doğum korkusu yüksek olan gebelerin daha fazla doğum ağrısı yaşadığı saptanmıştır (Karabulutlu, 2012; Sayıner ve ark., 2009; Gözükara ve Eroğlu, 2008).

Psiko-sosyal faktörler: Doğum korkusuna zemin hazırlayan psikososyal faktörler; gebenin öz yeterliliğin az olması, anksiyete seviyesinin yüksek olması (Gao ve ark., 2015), eş ve sosyal desteğin olmaması (Çıtak Bilgin ve ark., 2020), benlik saygısının düşük olması, geçmişte istismara uğraması (Alessandra, 2013; Lukasse ve ark., 2011) ya da önceden yaşanan travmaya bağlı (Fairbrother ve Woody, 2007; Soderquist ve ark.,

2009) anksiyete bozukluğudur (Çiçek ve Mete, 2015). Bu durumların bilinmesi doğum korkusunun ön görülebilmesini sağlar (Çıtak Bilgin ve ark., 2020). Sosyal desteği ve eş desteği yeterli olmayan gebelerin doğumdan daha çok korktukları belirlenmiştir (Saisto ve ark., 2001; Laursen ve ark., 2008; Alessandra, 2013; Gao ve ark., 2015). Coşkuner Potur ve arkadaşları (2017) gebeliğe ve annelik rolüne adaptasyonu düşük olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Gebelerin benlik saygılarının düşük olması, kendilerine yeteri kadar güven duymamaları ve inanmamaları sebebiyle doğum korkusu yaşadığı düşünülmektedir (Lowe, 2000; Lukasse ve ark., 2011; Gao ve ark., 2015). Uluslararası yapılan araştırma sonuçlarına göre doğum korkusu yaşayan kadınların %6-10'u herhangi bir tıbbi bir endikasyon olmaksızın, sadece doğum korkusu sebebiyle sezaryen doğumu tercih etmektedirler (Storkesen ve ark., 2012; Sydsjö ve ark., 2012). Ülkemizde yapılan Ergöl ve Kürtüncü'nün çalışmasında ise bu oran %47,4'tür (Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Sağlık Bakanlığı genel itibariyle sezaryen doğum oranlarının azaltılması için çeşitli idari ve yasal önlemler almıştır. Özellikle sezaryen oranlarını medya vasıtasıyla halka duyurma, oranların azaltılması için farkındalık oluşturma ve hekimlere yönelik önlemler alma gibi politikalar izlemiştir (Filiz, 2020). En son 12 Temmuz 2012, 28351 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanuna göre; 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 153. maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmış ve maddeye aşağıdaki fıkralar eklenmiştir. "Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması hâlinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir" şeklinde değiştirilmiştir (Resmi Gazete, 2012). Bu yüzden doğum korkusu nedeni ile sezaryen doğuma tercih oranlarına ilişkin net oranlar bilinmemektedir.

Sosyal medyada doğuma ilişkin olumsuz travmatik deneyimlerin paylaşılması, "ürkütücü, korkunç, çok riskli, ağrılı" gibi çağrışımlarla ifade edilmesi kadınların doğuma ilişkin bakış açısını olumsuz etkileyip kadınların doğum korkularının artmasına sebep olmaktadır (Reiger ve Dempsey, 2006). Çevreden duyulan kulaktan dolma bilgilerle olumsuz travmatik hikâyelerin negatif doğum algısı oluşmasına sebep olduğu belirtilmektedir (Melender, 2002). Bu sebeplerden dolayı maalesef ki daha önce hiç doğum yapmamış kadınlar bile doğumu "ürkütücü, korkunç, ağrılı" olarak tanımlamaktadır (Lowe, 2000).

4.5.4. Doğum Korkusunun Sonuçları

Doğum, sonucu önceden tahmin edilemeyen bir dönem olduğu için gebelikte yaşanan belirsizlikler korkuya neden olmaktadır (Demirsoy ve Aksu, 2015; Çiçek ve Mete, 2015). Doğum korkusu bazı gebelik komplikasyonları, doğum sürecinin disfonksiyonu ve postpartum komplikasyonlar ile bağlantılıdır (Bektaş, 2008). Doğum korkusu, gebelerde bazı duygusal ve davranışsal farklılıklara neden olduğu için günlük yaşantısını da etkileyebilmektedir (Sydsjö, 2013). Gebede; uyuyamama, huzursuzluk, sinirlilik hali, ağlama krizleri, iştah azalması ve fiziksel aktivitede azalma gibi durumlar meydana gelebilir. Bazen gebelikten hoşlanmama ve buna bağlı olarak paranoid düşünceler de ortaya çıkabilmektedir (Bakshi ve ark., 2007).Yapılan bir çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınlarda uyuma güçlüğü, kâbus görme ve kaygı nedeniyle dalgınlık yaşadıkları belirlenmiştir (Sydsjö, 2013).

Doğum korkusu anne adayının ruhsal sağlığına etki eden bir kaygı durumudur. Artmış korku annenin tansiyonunda artışa ve erken doğum eylemine neden olabilir. Stres yaşayan ve doğum korkusu içinde olan gebelerde katekolamin salınımı artar. Yükselen katekolamine bağlı olarak uterus arter direnci artar, uterusa gelen kan miktarı azalır ve uterus kaslarının normal kasılım dengesi bozulur. Sonuç olarak doğum eyleminin uzaması, müdahaleli doğum eylemi ve acil sezaryen gereksinimi meydana gelebilir (Aksoy 2015). Yapılan bir çalışmada doğum sırasında korku yaşamanın özellikle de primiparlarda doğumun ilk ve ikinci fazlarında daha fazla analjezi kullanımına yol açtığı bulunmuştur. Korkunun vücutta gerilimi arttırarak ağrıyı arttırdığı, daha çok ağrının daha çok korkuya yol açtığını desteklenmektedir (Melender, 2002). Doğum korkusu yaşayan kadınlarda doğum süresinin 1 saat 32 dakika uzadığı, daha fazla epidural analjezi ve yardımcı yöntemler kullanıldığı belirlenmiştir (Adams ve ark., 2012). DSÖ sezaryen ile doğum oranının en fazla %15 olması gerektiğini bildirmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 (TNSA 2013) verilerine göre ise ülkemizde gerçekleşen sezaryen doğum oranı %48 iken, TNSA 2018 verilerinde bu oran %52 ‘ye yükselmiştir (TNSA, 2018). Doğum korkusu genel olarak ağrı korkusuyla güçlü bir şekilde ilişkilidir ve olumsuz doğum hikayesi olan kadınlar arasında sezaryen doğumu istemelerine yol açan bir etkendir (Saisto ve Halmesmäki, 2003).

Doğum korkusu fetüste de düşük apgar skoru, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, asfiksi gibi bazı olumsuz durumlara sebebiyet verebilmektedir (Bakshi ve ark., 2007; ,Saisto ve ark., 2001). Maternal anksiyetenin erken çocukluk dönemindeki zihinsel ve motor becerileri de geciktirebileceği ve amniyotik mayide yüksek olan kortizolun de fetusun beyin gelişimini dolayısıyla sosyal beceri, bellek ve dil yeteneklerini etkileyebileceği bildirilmektedir (Bakshi ve ark., 2007; Alessandra ve Roberta, 2013). Ayrıca, doğum korkusunun postpartum dönemde travma sonrası stres bozukluğu, emzirme ile ilgili zorluklar ve bağlanma ile ilişkili bozukluklar da dahil olmak üzere olumsuz psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir (Guszkowska, 2014).

4.5.5. Doğum Korkusuyla Baş Etmede Hemşirelik Bakımı ve Hemşirenin Sorumlulukları

Doğum eylemi ve ebeveynliğe geçiş mutluluk veren bir durum olmasına karşın aynı zamanda bilinmezliklerle doludur. Doğum korkusu gebelerin çok sık yaşadığı bir durumdur. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi olumsuz şekilde etkilemektedir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Gebelikte ya da doğum için hastaneye başvuran gebenin kapsamlı ve detaylı biçimde değerlendirilmesi, gözlenmesi, bilgilerinin kaydedilmesi ve diğer ekip üyeleri ile bu kayıtların paylaşılıp, gerekli notlar alınarak gebenin bakım gereksinimleri belirlenmelidir. Bu hususta hemşireler aktif rol almaktadır (Yılmaz, 2001). Gebelikte kadının yaşadığı korku tespit edilerek, bu korkuya yönelik baş etme yöntemlerini kullanmak olumsuz etkileri aza indirecek ve kadının olumlu doğum deneyimi yaşamasına katkı sağlayacaktır. Doğum ile ilgili danışmanlık yapan sağlık çalışanları gebeyi doğum korkusu, geçmişteki doğum yaşantıları ve düşüncülerini açıklaması konusunda cesaretlendirmelidirler (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Doğuma yönelik korkuların azalmasında gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi verilmesi ve doğum ağrısıyla baş etmede gevşeme tekniklerinin öğretilmesi bakımından doğum öncesi hazırlık sınıfları çok önemlidir. Doğum öncesi eğitimler gebeliğin kabulünü arttırıp, annelik rolüyle özdeşleşmeyi sağlayıp doğum korkusunu azaltır (Karabulut ve ark., 2015). Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda korkuların azalmasında, kadınların aile üyeleri veya sağlık personeliyle korkularını paylaşmalarının, doğum hakkında bilgi almanın ve doğuma ilişkin kendisinin veya diğerlerinin pozitif deneyimlerini düşünmenin etkili olduğu bildirilmiştir (Nerum, 2006; Ryding ve ark., 2003).

Coşar ve Demirci (2012)' nin yapmış olduğu çalışmada hazırlık sınıflarına katılan ve doğuma yönelik destek verilen kadınların doğuma uyumlarının daha güzel olduğu ve doğuma olumlu yönde bakış kazandıkları belirtilmiştir. Doğum öncesi eğitimler gebeliğin kabulünü arttırıp, annelik rolüyle özdeşleşmeyi sağlayıp doğum korkusunu azaltmaktadır.

Bıyık ve Aslan (2020)' nın çalışmasında ise gebelikte eğitim almayanlarda sezaryen oranı %37,2 iken, eğitim alanlarda %10 olarak bulunmuştur. Gebe bilgilendirme sınıflarının nihai hedeflerinden biri olan sezaryen oranlarını azaltma konusunda eğitimin etkili olduğunu göstermiştir.

Doğum öncesi eğitimin son trimesterde olan gebelerin doğum korkularının ve doğuma yönelik negatif düşüncelerinin azalmasını sağladığı belirtilmektedir (Subaşı ve ark 2013). Bu nedenle, doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve her kadın için ulaşılabilir düzeyde olması önemlidir (Serçekuş ve Okumuş, 2007). Ayrıca, bu eğitimlere eşlerin dahil edilmesi hem kadının sosyal desteğinin artmasına hemde ailenin geçiş sürecine uyumuna katkı sağlamaktadır (Alessandra, 2013). Ancak, doğum korkusu yüksek seviyede olan kadınların korkuları doğuma hazırlık eğitimi almalarına rağmen devam edebilmektedir, hatta bazen kadınların ihtiyacından fazlasını bilmesi doğum korkusunu artırabilmektedir (Melender, 2002; Hildingsson, 2012; Körükcü ve ark., 2017). Bu gibi eğitimler ve danışmanlıkla doğum korkusunun azaltılamadığı durumlarda kadınların psikolog ya da psikiyatri uzmanına yönlendirilmeleri gerekmektedir (Stoll ve ark., 2018).

4.6. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı, Doğum Korkusu ve Ansiyete

Günümüzde yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler doğrultusunda sağlık sistemlerinde sağlık sorunlarına ilişkin tarama, tanı ve tedavi seçeneklerinin sayısı artmıştır. Birçok sağlık sorunu tarama, tanı ve tedavisinde tek ve en iyi seçenek olmayıp uygulanacak yöntemler kişilerin isteklerine ve kararına göre çeşitlilik sağlanabilmektedir. Gebelerin istenilen şekilde DÖB alma, taramalara katılma ve yapılan taramalar sonucunda kendisinin ve/veya bebeğinin sağlığı ile ilgili durumları nasıl yönetileceği gebelerin kendi kararına bağlıdır (Stacey ve ark., 2011). Genel olarak kadınlar sadece kendi sağlıklarından değil, ailelerinin sağlıklarından da sorumlu olup gebelik dönemlerinde bu sorumlulukları artmaktadır. Dolayısıyla gebelerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinin yararları, riskli durumlarda uygulanacak tedavinin riskleri ve komplikasyonları açısından bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir (Waldenström, 2006).

Gebenin sağlıkla ilgili temel bilgileri sağlama, anlama, kullanma, kendisi ve bebeği için uygun sağlık kararları verebilme becerisi sağlık okuryazarlık düzeyinden etkilenmektedir (Shieh, 2009).

Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması, sağlık sorunlarının olduğu durumlarda doğru yere, doğru zamanda, doğru şekilde ulaşmayı sağlar. Bu nedenle "sağlık okuryazarlığı" kadın sağlığı açısından ele alınması gereken önemli bir konudur (Yıldırım ve Keser, 2015). Çünkü kadınlar gebelik ve doğum sebebiyle sağlık sistemini erkeklerden daha fazla kullanmaktadırlar (Gordon, 2004). Literatürde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınların doğum öncesi bakıma başlama zamanı ve takip sıklığı, gebelikte kazanılan ağırlık, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası, doğumun şekli, folik asit, demir ilacı kullanma durumu ve yenidoğanın doğum ağırlıklarında olumlu farklılıkların olduğu bildirilmektedir (Kohan ve ark., 2007). Yapılan bir çalışmada, doğumu olumsuz etkileyebilecek çeşitli faktörlerin düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Endres ve ark., 2004).

Kadınların gebelik ve doğum hakkında bilgi sahibi olması, bu süreçte alınan kararları yönetebilmeleri açısından önemlidir. Fakat birçok kadın bu süreçte doktorlar tarafından verilen tıbbi talimatları ya da yazılan reçeteleri anlamamaktadır. Bu durum onların sağlıksız bir gebelik geçirmesine, anksiyete ve doğum korkusu yaşamalarına ve gebeliklerinin sağlıksız bir şekilde sonuçlanmasına neden olmaktadır (Mojoyinola, 2011). Doğum eylemi birçok kadın için, bilinmezlikle karşılaşılan, sonucu tahmin edilemeyen bir süreç olarak tanımlanır (Kjærgaard ve ark., 2008). Doğum sürecinde kadın çeşitli deneyimleri yaşamanın yanı sıra birçok fiziksel ve duygusal faktörden etkilenir. Sürece ilişkin faktörler ise genellikle kadınlarda anksiyete ve korkuya neden olmaktadır (Demirsoy ve Aksu, 2015). Bu sebeple birçok kadın gebeliği boyunca veya gebelik öncesinde farklı boyutlarda doğum korkusu yaşar. Bu korkunun normal bir boyutta yaşanması kadını doğuma hazırlamakta faydalı olabilir fakat korkunun şiddetli boyutta yaşanması patolojik bir hal alır (Büyük, 2017). Kadın doğum korkusu sebebiyle gebelikten kaçınabilir, hatta gebeliği devam ettirmeyip, sonlandırabilir. Bazen de gebenin hekiminden elektif sezaryen istemesine sebep olabilir (Rouhe ve ark., 2009). Literatür sonuçlarına göre gebelikte hissedilen korkunun doğum sonrası depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Laursen ve ark., 2008). Gebenin yaşadığı anksiyete prematür

ya da postmatür doğuma neden olabilmektedir. Sjögren yaptığı çalışmasında doğum korkusu deneyimleyen gebelerde uykuya dalmada güçlük, kötü rüyalar görme ve doğuma ilişkin endişe kaynaklı düşünce sürecinde sorunlar ortaya çıktığını belirtmektedir (Sjögren, 1997).

Tüm bu bilgiler ışığında gebelikte sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması, gebenin yeterli bir doğum öncesi bakımı almasını, uygun tarama testleri, kontroller ve tedavilerini yaptırmasını, gebelikteki anksiyeteyi yönetmeyi, uygun teknikler kullanarak doğum korkusuyla başetmeyi, doğum sırasında ağrı yönetimini, obstetrik müdahalelere kadar birçok konuyu öğrenmesi için önemli katkı sunar (Yıldırım ve Keser, 2015).

Sonuç olarak, gebenin sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenip olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması, olumlu faktörlerin ise geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve geliştirilmesi toplumun sağlık politikaları arasında yer almalıdır. Gebelere yönelik sağlık hizmetleri planlanırken sağlık okuryazarlığı düzeyleri göz önünde bulundurulmalı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır (Yıldırım ve Keser, 2015)

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

5.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı çalışma olarak tasarlanmış ve yürütülmüştür.

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Doğum Polikliniğinde Eylül 2020 - Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Poliklinik hafta içi her gün 08:30-16:30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Randevular internet ve telefonla oluşturulmaktadır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Eylül 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Doğum Polikliniklerine doğum öncesi kontrol amacı ile başvuran kadınlar oluşturan 28 ve üzeri gebelik haftasına sahip kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde kadın doğum polikliniğine 7900 gebe başvurmuştur.

Çalışmanın örneklemine; çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan Kadın doğum Polikliniğine ve Jinekoloji polikliniğe başvuran kadınlar alınmıştır. Örneklem büyüklüğü; tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak tasarlanan çalışma için Türkiye'de yapılan bir araştırmada gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi %64'ünün düşük olduğu (Filiz, 2015) belirlenmiş, örneklem evreni bilinen hesaplama yöntemi ile hesaplanmış %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile yapılan hesaplamada

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki X'in gözlenme oranı, q (1-p): X'in gözlenmeme oranı

$t\alpha$: α= 0,05 için 1,96 değeri

d= Örneklem hatası

Evrendeki birey sayısı biliniyorsa;

$$n = \frac{N.\ (t1-\alpha)^2.\ p.q}{d^2\ (N-1) + (t1-\alpha)^2\ P.q}$$

Formülü ile hesaplanır. Burada;

N: 7900

p: % 64 = 0,64

q: 1-0.64 = 0.36

d: 0,05

t1-α : 1,96 değerlerini yerine koyduğumuzda

$$n: \frac{7900 \times (1{,}96)^2 \times 0{,}64 \times 0{,}36}{(0{,}05)^2 \times 7899 + (1{,}96)^2 \times 0{,}64 \times 0{,}36}$$

n ≈ 338.89 olarak hesaplanmıştır. Araştırma yaptığımız dönemde hastanenin kadın doğum polikliniklerine başvuran ve örnekleme alınma kriterlerimize uyan toplam 360 gebe örnekleme alınmıştır.

5.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Türk Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32, Beck Anksiyete Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler:

- Yaş
- Eğitim düzeyi
- Çalışma durumu
- Gebelik Sayısı
- Kronik Hastalık Durumu
- Sağlık Güvencesi
- Sigara, alkol, madde alışkanlığı
- Aile tipi

5.6. Araştırmaya Alınma/Dışlanma Ölçütleri

5.6.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- Gebeliği spontan gelişmiş olmak,
- Gebeliğin son trimesterinde olmak (28- 40. haftalar)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşın üzerinde olmak
- Türkçe konuşabilen ve iletişim kurulabilen
- Okur-yazar olmak

5.6.2. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

- Kronik sistemik bir hastalığın olması
- Şimdiki gebeliğinde komplikasyon olması
- İletişim kurma problemi olması
- Fetüste komplikasyon saptanmış

5.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında;

- Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1),
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (Ek-2),
- Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-3),
- Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Ek-4).

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

5.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan formda sosyodemografik (yaş, eğitim, çalışma durumu, meslek, gelir, aile tipi, evlilik süresi, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanım durumu), obstetrik (gebelik, kürtaj, düşük, yaşayan çocuk sayısı), var olan gebeliğe ilişkin öyküsünü (gebelik haftası, planlı gebelik olup olmadığı, doğuma hazırlık eğitimi alıp almadığı, folik asit ve demir hapı kullanma durumu, tetanoz aşısı yaptırma durumu vb.) genel sağlık algısını belirlemek(doktor kontrollerine düzenli gitme, reçetesiz ilaç kullanma alışkanlığı vb.) amacı ile oluşturulan 41 sorudan oluşmaktadır.

5.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (Ek-2)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinde (TSOY-32), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasının kavramsal çerçevesi temel alınmış olup 32 sorudan oluşan ölçektir. TSOY-32, 15 yaşın üzerinde ve okuryazar olan bireylerde sağlık okuryazarlığını düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. TSOY-32'nin, orijinal ölçek olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinden temel farkı, üç yerine iki temel boyutu kapsamasıdır. Matris iki boyut (Tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili "bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olarak toplamda sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri, 0,92 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise genel Cronbach Alpha değeri 0,971 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kavramsal çerçevesi, sağlıkla ilişkili iki boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili süreçlerde karar alma ve kararları uygulama ile ilişkili dört bilgi edinme sürecini (ulaşım, anlama, değerlendirme ve kullanım) kapsamaktadır. Ölçekteki her madde için 1=çok kolay, 2=kolay, 3=zor, 4=çok zor ve 5=fikrim yok şeklinde 5 kod kullanılmıştır. Hesaplama kısmında ise toplam puan 0-50 arasında bir değer alacak biçimde aşağıdaki formülle belirtilmiştir:

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Ölçekte 0 puan en düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığını, gösterirken 50 puan ise en yüksek düzeydeki sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sorulara verilen cevaplardan elde edilen puan değerine göre dört sayısal veri aralığında değerlendirilmektedir. Bu puan aralıkları aşağıda gösterilmiştir (Abacıgil ve ark., 2018):

0-25 Puan: Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

26-33 Puan: Sınırda- Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

34-42 Puan: Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

43-50 Puan: Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

5.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-3)

Beck tarafından geliştirilen anksiyete belirtilerini ölçmeye ve anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koyan 21 maddeden oluşan bir ölçektir (Kabacoff vd., 1997).

Ulusoy ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüştür (test tekrar test güvenilirlik katsayısı r=0,57). Çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenli kullanılabileceği belirtilmiştir (Ulusoy vd., 1998).

21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için ‘”Hiç”, “Hafif Derecede”, “Orta Derecede”, “Ciddi Derecede” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. En yüksek 63 puandır, puanın yüksekliği anksiyetenin şiddetini gösterir. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar, 3 maddede hem somatik hem kavrama semptomlarını simgelemektedir (Kabacoff vd., 1997).

Beck ve diğerleri tarafından yapılan analizlerde ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92 iken bizim çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0,84 olarak hesplanmıştır.

5.7.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Ek-4)

Gebelerin yaşadığı doğum korkusu düzeyinin belirlenmesi amacıyla Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunu Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlaması 2009 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından

yapılmıştır. W-DEQ A versiyonu 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki yanıtlar 0'dan başlayıp 5'e kadar numaralandırılmış olmakla birlikte, altılı likert tipte bir ölçektir. Sıfır "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0 iken, maksimum puanı 165'dir. Toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Kesme değeri olarak 85 puan alınmaktadır. 85 ve üzeri puan klinik düzeydeki korkuyu göstermektedir.

- W-DEQ puanı ≤ 37 hafif düzeyde,

- W-DEQ puanı = 38-65 orta düzeyde,

- W-DEQ puanı = 66-84 şiddetli düzeyde,

- W-DEQ puanı ≥ 85 klinik düzeyde korkusunu belirtmektedir.

Negatif yönlü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükcü ve ark. (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89 değeri hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

5.8. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma için etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındıktan sonra, İstanbul ili Bağcılar ilçesinde bulunan Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine Eylül 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında doğum öncesi kontrol amacı ile başvuran örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yapıldı.

Araştırmacı, gebeye kendini tanıttı, öğrenci kimliğini gösterdi ve çalışma hakkında bilgilendirme yaptı. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılarak çalışmaya başlanılmıştır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alındı (Ek-5). Araştırmanın yapılacağı İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bağlı olduğu

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum (Ek-6) alındıktan sonra ilgili birim yöneticilerine bilgi verildi ve araştırmaya başlandı. Kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek-7).

Çalışmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Her gebeye, Gönüllü Bilgilendirme Formu ve Katılımcı Beyanı okutulup, anlatılarak Gönüllü Onay Formu alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınları çalışmaya alırken gönüllülük ilkesine uyuldu, veriler araştırmacı tarafından kişilerle bire bir görüşülerek elde edilmiştir. Katılımcılara kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı garantisi verildi ve doldurulan formlar araştırmacının evinde dosyalandıktan sonra çalışma tamamlandığında yok edileceği hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. Poliklinik çalışanlarına iş yükü yüklenmemiş ve tüm Covid-19 (maske, sosyal mesafe, hijyen vb) önlemleri alınmıştır.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, normal dağılım, karşılaştırmalarda ki-kare ya da t testi, ilişki arayıcı korelasyon ve Cronbach's Alpha güvenirlik analiz testleri kullanılmıştır. Ölçek toplam puanlarına ait dağılımların normallik testleri sonuçları ve eğiklik-basıklık değerleri incelendiğinde normallik varsayımı sağlanmadığı gözlenmiş ve nonparametrik analizler kullanılmıştır. Analiz sonuçları %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

5.11. Araştırmacının Yaşadığı Olumsuzluklar/Sıkıntılar

Covid-19 pandemisi nedeniyle çalışma için planlanan örneklem sayısına daha uzun bir zamanda ulaşılmıştır. Ayrıca verilerin topğlandığı dönemde Covid-19 pandemisinin aktif zamanında olması araştırmaya katılan gebelerin Covid-19 endişesi ile sorulara hızlı yanıt vermelerine sebep olduğu düşünülmektedir. Araştırmacının Kadın Doğum Polikliniği dışında farklı birimde çalışması verilerin toplanması için polikliniğe gitmede sıkıntı yaratmıştır. Ayrıca Veri Toplama Formundaki soru ve ölçeklerin sayısının fazla olması gönüllülerin yanıtlarken sıkılmasına ve formu eksik bırakmalarına ve poliklinik ortam fiziksel koşullarının soruları cevaplamaya uygun olmaması nedeniyle araştırmanın uygulanması sırasında güçlükler yaşanmasına sebep olmuştur.

5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece kendi evrenine genellenebilir. Gebelerin ölçeklere verdikleri beyanlarla sınırlıdır.

6. BULGULAR

Çalışmamızda elde edilen bulgular 7 bölümde incelenmiştir.

- Gebelerin sosyodemografik ve fiziksel özelliklerine ilişkin bulgular
- Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular
- Gebelerin gebelikteki sağlık davranışlarına ilişkin bulgular
- Gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumlarına ilişkin bulgular
- Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonuna ilişkin bulgular
- Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu düzeylerinin sınıflandırılmasına ilişkin bulgular
- Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonundan alınan ortalama puanlar arasındaki korelasyonlara ilişkin bulgular

6.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Fiziksel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (n:360)

Özellikler	Min.-Max.	X̄±Ss
Yaş	18-40	28,55±4,49
Evlilik Süresi	1-22	5,82±4,58
	n	**%**
Eğitim Durumu		
İlköğretim	129	35,8
Lise	155	43,1
Üniversite	76	21,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	87	24,2
Çalışmıyor	273	75,8
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	42	11,7
Gelirim giderime denk	284	78,9
Gelirim giderimden fazla	34	9,4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	341	94,7
Geniş aile	19	5,3

X̄: Ortalama, **Ss:** Standart Sapma

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1.'de yer almaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28,55±4,49 yıl olup, %43,1'inin lise mezunu olduğu, %75,8'inin çalışmadığı, %78,9'unun gelirinin giderine denk olduğu, %94,7'sinin çekirdek ailesi ile yaşadığı belirlendi. Katılımcıların evlilik süresi ortalaması 5,82±4,58 yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 6.2. Gebelerin fiziksel özellikleri ve genel sağlık alışkanlıklarına ilişkin bulgular

	Min.-Max.	$\bar{X}$±Ss
Boy (cm)	144-182	164,50±5,41
Vücut ağırlığı (kg)	51-100	71,02±7,86
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	20,2-39	26,27±2,93
	n	**%**
Beden Kitle İndeksi		
Normal Kilolu	116	32,2
Fazla Kilolu	210	58,3
Obez	34	9,4
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	12	3,3
Hayır	348	96,7

$\bar{X}$: Ortalama, **Ss:** Standart Sapma

Tablo 6.2.'de gebelerin fiziksel özellikleri ile genel sağlık alışkanlıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Gebelerin boy ortalamaları 164,50±5,41 cm, vücut ağırlıkları 71,02±7,86 kg, BKİ ortalamaları 26,27±2,93 olduğu ve BKİ sınıflaması yönünden %58,3'ünün fazla kilolu olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan gebelerin sigara kullanım oranları ise %3,3 (n:12) olarak bulunmuştur.

6.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.3. Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Özellikler	Min.-Max.	X̄±Ss
Gebelik sayısı	1-8	2,51±1,28
Kürtaj sayısı	0-2	0,19±0,42
Düşük sayısı	0-5	0,44±0,70
Şuan ki gebelik haftası	28-40	31,82±2,84
	n	**%**
Kürtaj olma durumu		
Evet	66	18,3
Hayır	294	81,7
Düşük yapma		
Evet	125	34,7
Hayır	235	65,3
Gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	263	73,1
Hayır	97	26,9
Doğum şekli tercihi		
Normal doğum	231	64,2
Sezaryen	129	35,8
Normal doğum tercihi nedeni *		
Daha sağlıklı	175	75,8
İyileşme süreci daha hızlı	41	17,7
Daha güvenli	8	3,5
Doğum sürecini tamamen hissetmek istiyorum	7	3,0
Sezaryen tercihi nedeni **		
Sezaryen öyküsü var	94	72,9
Doğum korkusu	16	12,4
Doğum sırasında bebeğin zarar görmesi korkusu	6	4,7
İkiz gebelik	8	6,2
Makat geliş	4	3,1
Fiziksel yorgunluk	1	0,8

X̄: Ortalama, **Ss:** Standart Sapma

*Doğumunu normal planlayan gebelerin tercih nedenleri değerlendirildi.

**Doğumunu sezaryen planlayan gebelerin tercih nedenleri değerlendirildi.

Tablo 6.3.'de gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin toplam gebelik sayıları ortalaması 2,51±1,28 olduğu, %40,8'inin ilk gebeliği olduğu, %73,1'inin şu an ki gebeliğinin planlı gebelik olduğu ve

ortalama gebelik haftalarının 31,82±2,84 olduğu belirlendi. Katılımcıların %18,3'ünün daha önce kürtaj yaptırdığı, %34,7'sinin daha önceki gebeliklerinde düşük deneyimlediklerini ifade ettiler. Çalışmaya katılan gebelerin %64,2'sinin normal doğumu, %35,8'inin ise sezaryen doğumu tercih ettiği bulundu. Normal doğumu tercih edenlerin %75,8'inin daha sağlıklı olması sebebiyle tercih ettiği, sezaryen doğumu tercih eden %72,9'unun ise sezaryen öyküsü varlığı sebebiyle tercih ettiği bulunmuştur.

6.3 Gebelerin Gebelikteki Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.4. Gebelerin prekonsepsiyonel dönem ve gebelikteki sağlık davranışlarına ilişkin bulgular (n:360)

	n	%
Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma		
Evet	117	32,5
Hayır	243	67,5
Gebelikte tetanoz aşısı yaptırma		
Evet	235	65,3
Hayır	125	34,7
Gebelik öncesi folik asit kullanma		
Evet	94	26,1
Hayır	266	73,9
Gebelikte demir hapı kullanma		
Evet	325	90,3
Hayır	35	9,7
Kendi kendine meme muayenesi yapma		
Evet	125	34,7
Hayır	235	65,3
Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı		
Her ay düzenli	6	4,8
Düzenli olarak yapmıyorum aklıma geldikçe	119	95,2
Reçetesiz / danışmadan ilaç kullanma durumu		
Var	17	4,7
Yok	343	95,3
Pap smear testi yaptırma durumu		
Hiç yaptırmadım	281	78,1
Şimdiki gebelik öncesi	79	21,9
Doğumdan sonra aile planlaması yöntemi tercihi		
Yok	38	10,6
Kondom	116	32,2
Geri çekme	109	30,3
RİA	71	19,7
Hap	18	5,0
Tüp ligasyon	5	1,4
Deri altı implant	1	0,3
Üç aylık iğne	2	0,6

Tablo 6.4.'te çalışmaya katılan gebelerin prekonsepsiyonel dönem ve gebelikteki sağlık davranışlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Gebelerin %32,5'inin prekonsepsiyonel bakım kavramı hakkında bilgi sahibi olduğu, **%**42,5'inin gebelik öncesi herhangi bir sebeple sağlık kontrolü yaptırdığı, %65,3'ünün gebelik döneminde tetanoz aşısı yaptırdığını, %26,1'inin gebelik öncesi folik asit kullandıkları ve %90,30'unun ise gebelik döneminde demir hapı kullandığı belirlendi. Çalışmaya katılan gebelerin %34,7'sinin kendi kendine meme muayenesi yaptığı, kendi kendisine meme muayenesi yaptığını belirten gebelerin %4,8'inin ise her ay düzenli olarak yaptığı belirlendi. Gebelerin %4,7'sinin reçetesiz/danışmadan ilaç kullanma alışkanlığının olduğu, %21,9'unun şimdiki gebeliğinden önce pap smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Gebelerin doğumdan sonra aile planlaması yöntemi tercihleri incelendiğinde ise %10,6'sının herhangi bir aile planlaması yöntemi tercihinin olmadığı, %32,2'sinin kondom, %30,3'ünün geri çekme yöntemini tercih edeceği bulunmuştur.

6.4. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.5. Gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumlarına ilişkin bulgular (n:360)

	n	%
Şimdiki gebelikte doğum öncesi eğitim alma		
Evet	90	25
Hayır	270	75
Kimden eğitim aldığı		
Sağlık personelinden	24	26,7
Gebe eğitim kitaplarından	35	38,9
İnternet üzerinden	31	34,4
Doğum konusunda eğitim alma durumu		
Evet	87	96,7
Hayır	3	3,3
Emzirme konusunda eğitim alma durumu		
Evet	88	97,8
Hayır	2	2,2
Bebek bakımı konusunda eğitim alma durumu		
Evet	86	95,6
Hayır	4	4,4
Beslenme konusunda eğitim alma durumu		
Evet	84	93,3
Hayır	6	6,7
Verilen eğitimi yeterli bulma		
Evet	88	97,8
Hayır	2	2,20
Verilen bilgileri anlamakta zorlanma		
Evet	14	15,6
Hayır	76	84,4
Doğumdan sonra bebeğini emzirmeyi düşünme		
Evet	360	100
Hayır	0	0

Tablo 6.5.'te gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların şimdiki gebelikleri sırasında doğum öncesi eğitim alma durumlarına bakıldığında; %75'inin eğitim almadığı, doğum öncesi eğitim aldığını belirten 90 kişinin eğitimi kimden aldıkları incelendiğinde ise, %26,7'sinin sağlık personelinden, %38,9'unun gebe eğitim kitaplarından, %34,4'ünün de internet üzerinden eğitim aldığı belirlendi. Doğum öncesi eğitim aldığını belirten gebelerin, %96,7'si doğum, %97,8'i emzirme, %95,6'sı bebek bakımı, %93,3'ü beslenme konusunda eğitim aldığını ve %97,8'inin verilen eğitimi yeterli bulduğu belirlendi. Çalışmaya katılan gebelerin tamamının doğumdan sonra bebeğini emzirmeyi düşündüğü bulunmuştur.

6.5. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonuna İlişkin Bulgular

Tablo 6.6. Beck Anksiyete Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

	Min.-Max.	$\bar{X}$ ±SS
BAÖ Puanı	0-46	16,56±7,98
W-DEQ A Puanı	1-148	73,80±22,46

$\bar{X}$: Ortalama, **Ss:** Standart Sapma

Tablo 6.6'da Beck Anksiyete Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin BAÖ toplam puan ortalaması 16,56±7,98, W-DEQ A Versiyonu toplam puan ortalaması 73,80±22,46 bulunmuştur.

Tablo 6.7. TSOY-32 Ölçeği toplam ve alt boyutu puanlarına ilişkin bulgular

	Min.-Max.	$\bar{X}$±Ss
TSOY-32 Ölçeği	0-50	30,87±8,70
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0-50	31,43±10,60
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0-50	32,14±8,85
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0-50	26,45±9,39
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	12,5-50	32,45±9,38
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0-50	32,92±10,14
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0-50	34,06±8,71
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0-50	27,52±9,79
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	0-50	30,42±9,89

$\bar{X}$: Ortalama, **Ss:**StandartSapma

Tablo 6.7.'de TSOY-32 ölçeği toplam ve alt boyutu puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. ''TSOY-32 Ölçeği'' toplam puan ortalaması 30,87±8,70 olduğu belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından; ''Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma'' toplam puan ortalaması 31,43±10,60, ''Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama'' toplam puan ortalaması 32,14 ±8,85, ''Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme'' toplam puan ortalaması 26,45±9,39 olduğu bulunmuştur.

Tablo 6.8. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının parite açısından karşılaştırılması

		n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
BAÖ	Primipar	87	16,00(11,00-22,00)	181,88	11755,50	0,887
	Multipar	273	15,00(12,00-21,00)	180,06		
W-DEQ A	Primipar	87	70,00(57,00-83,00)	166,84	10687,50	0,160
	Multipar	273	74,00(64,00-84,50)	184,85		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.8.'de Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının parite açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda, primipar katılımcıların multipar katılımcılara göre Beck Anksiyete Ölçek puanı (U=11755,50; p>0,05) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanı (U=10687,50; p>0,05) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 6.9. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının parite açısından karşılaştırılması

	Parite	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
TSOY-32 Ölçeği	Primipar	87	31,25(28,64-47,39)	227,99	7743,50	0,000
	Multipar	273	29,16(26,04-32,29)	165,36		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Primipar	87	33,33(29,16-50,00)	226,45	7704,00	0,000
	Multipar	271	29,16(25,00-33,33)	164,43		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Primipar	87	25,00(29,16-50,00)	222,83	8019,00	0,000
	Multipar	271	29,16(25,00-33,33)	165,59		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Primipar	87	33,33(20,83-45,83)	211,60	8995,50	0,001
	Multipar	271	25,00(20,83-29,16)	169,19		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Primipar	87	33,33(29,16-50,00)	221,11	8168,00	0,000
	Multipar	271	33,33(25,00-33,33)	166,14		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Primipar	87	33,33(33,33-50,00)	224,37	8059,00	0,000
	Multipar	273	33,33(29,16-33,33)	166,52		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Primipar	87	33,33(33,33-50,00)	224,31	8064,00	0,000
	Multipar	273	33,33(29,16-33,33)	166,54		
Hastalıklardan Korunma/Sağ. Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Primipar	87	29,16(25,00-45,83)	224,10	8082,00	0,000
	Multipar	273	25,00(22,22-29,16)	166,60		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Primipar	87	33,33(27,77-50,00)	224,45	8052,00	0,000
	Multipar	273	29,16(25,00-33,33)	166,49		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.9.'da gebelerin parite açısından TSOY-32 Ölçek toplam puan ve alt boyutları puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, primipar katılımcıların

multipar katılımcılara göre TSOY-32 Ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark görülmüştür (U=7743,50; p<0,001). Primipar katılımcıların TSOY-32 Ölçek toplam puan ortalaması multipar katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; primipar katılımcıların multipar katılımcılara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark görülmüştür.

Tablo 6.10. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının planlı gebelik durumu açısından karşılaştırılması

	Planlı Gebelik Durumu	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
BAÖ	Evet	263	15,00(11,00-20,00)	173,74	10976,50	0,042
	Hayır	97	17,00(12,00-24,00)	198,84		
W-DEQ A	Evet	263	72,00(63,00-83,00)	176,89	11807,00	0,279
	Hayır	97	74,00(58,50-91,50)	190,28		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.10.'da çalışmaya katılan gebelerin planlı gebelik durumu açısından Beck Anksiyete ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, gebeliği planlı olan katılımcıların BAÖ puanı ile gebeliği planlı olmayan katılımcıların BAÖ puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık görülmüştür (U=10976,50; p<0,05). Gebeliği planlı olmayan gebelerin BAÖ puan ortalaması gebeliği planlı olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir.

Analiz sonucuna göre gebeliği planlı olan katılımcıların W-DEQ A Versiyonu Ölçek puanı ile gebeliği planlı olmayan katılımcıların W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (U=11807,00; p>0,05).

Tablo 6.11. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının planlı gebelik durumu açısından karşılaştırılması

	Planlı Gebelik Durumu	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
TSOY-32 Ölçeği	Evet	263	30,20(27,08-33,33)	194,60	9047,50	0,000
	Hayır	97	27,60(24,72-31,21)	142,27		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evet	261	33,33(25,00-37,50)	192,78	9193,50	0,000
	Hayır	97	25,00(20,83-33,33)	143,78		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evet	261	33,33(29,16-37,50)	193,30	9058,00	0,000
	Hayır	97	29,16(25,00-33,33)	142,38		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evet	261	25,00(20,83-33,33)	189,25	10115,00	0,003
	Hayır	97	25,00(20,83-29,16)	153,25		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evet	261	33,33(25,00-33,33)	185,88	10994,50	0,049
	Hayır	97	33,33(25,00-33,33)	162,35		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evet	263	33,33(33,33-33,33)	193,99	9208,50	0,000
	Hayır	97	33,33(25,00-33,33)	143,93		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evet	263	33,33(33,33-33,33)	190,29	10180,50	0,001
	Hayır	97	33,33(29,16-33,33)	153,95		
Hastalıklardan Korunma/Sağ. Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evet	263	27,77(25,00-33,33)	193,02	9462,50	0,000
	Hayır	97	25,00(20,83-29,16)	146,55		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evet	263	29,16(25,00-33,33)	190,70	10072,50	0,002
	Hayır	97	29,16(22,91-33,33)	152,84		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.11.'de çalışmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliklerini planlamış olma durumlarına göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan ve alt boyutları puanları karşılaştırılması yer almaktadır. Gebeliği planlı olan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ile gebeliği planlı olmayan katılımcıların toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=9047,50; p<0,001). Gebeliği planlı olan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması gebeliği planlı olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; gebeliği planlı olan katılımcıların gebeliği planlı olmayan katılımcılara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür.

Tablo 6.12. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının gebelerin planladıkları doğum şekli açısından karşılaştırılması

	Doğum Şekli	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
BAÖ	Normal	231	16,00(12,00-21,00)	182,81	14365,50	0,572
	Sezaryen	129	15,00(12,00-21,00)	176,36		
W-DEQ A	Normal	231	72,00(63,00-82,00)	172,88	13139,50	0,063
	Sezaryen	129	75,00(64,50-87,00)	194,14		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.12.'de çalışmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliklerinde planladıkları doğum şekli açısından Beck Anksiyete Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanları karşılaştırılmıştır.

Şimdiki gebeliğinde normal doğumu planlayan katılımcıların BAÖ puanı ile sezaryen doğumu tercih eden katılımcıların BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($U=14365,50$; $p>0,05$). Doğumunu normal planlayan gebelerin W-DEQ A versiyonu ölçek puanı ile doğumunu sezaryen planlayan gebelerin W-DEQ A versiyonu ölçek puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($U=13139,50$; $p>0,05$).

Tablo 6.13. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının gebelerin planladıkları doğum şekli açısından karşılaştırılması

	Doğum Şekli	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
TSOY-32 Ölçeği	Normal	231	30,20(27,08-33,33)	191,52	12354,00	0,007
	Sezaryen	129	29,16(25,26-32,24)	160,77		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Normal	231	33,33(25,00-37,50)	189,65	12323,00	0,011
	Sezaryen	127	29,16(25,00-33,33)	161,03		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Normal	231	33,33(29,16-33,33)	190,42	12145,00	0,006
	Sezaryen	127	29,16(25,00-33,33)	159,63		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Normal	231	25,00(20,83-29,16)	187,37	12851,50	0,049
	Sezaryen	127	25,00(20,83-29,16)	165,19		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Normal	231	33,33(25,00-33,33)	183,35	13780,00	0,329
	Sezaryen	127	33,33(25,00-33,33)	172,50		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Normal	231	33,33(29,16-33,33)	189,70	12773,50	0,016
	Sezaryen	129	33,33(29,16-33,33)	164,02		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Normal	231	33,33(33,33-33,33)	191,94	12256,00	0,002
	Sezaryen	129	33,33(29,16-33,33)	160,01		
Hastalıklardan Korunma/Sağ. Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Normal	231	27,77(25,00-33,33)	192,20	12196,00	0,004
	Sezaryen	129	25,00(20,83-29,16)	159,54		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Normal	231	29,16(25,00-33,33)	189,01	12934,50	0,034
	Sezaryen	129	29,16(25,00-33,33)	165,24		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.13.'de gebelerin şimdiki gebeliklerinde planladıkları doğum şekli açısından TSOY-32 Ölçeği toplam puan ve alt boyutları puanları karşılaştırılmıştır.
Yapılan analiz sonucunda, şimdiki gebeliğinde normal doğumu planlayan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ile sezaryen doğumu planlayan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=12354,00; p<0,01). Normal doğum planlayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması sezaryen doğum planlayan gebelerin puan ortalamasından daha yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; normal doğumu tercih eden katılımcıların sezaryen doğumu tercih eden katılımcılara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür.

Tablo 6.14. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından karşılaştırılması

	Bilgi Sahibi Olma	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
BAÖ	Evet	117	15,00(11,00-19,00)	171,91	13211,00	0,277
	Hayır	243	16,00(12,00-21,00)	184,63		
W-DEQ A	Evet	117	67,00(49,00-79,00)	140,68	9557,00	0,000
	Hayır	243	75,00(67,00-87,00)	199,67		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.14.'de çalışmaya katılan gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından Beck Anksiyete Ölçeği ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanları karşılaştırılmıştır.
Yapılan analiz sonucunda, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin, bu kavram hakkında bilgisi olmayan gebelere göre Beck Anksiyete Ölçek puan (U=15626,50; p>0,05) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Analiz sonucuna göre prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hakkında bilgi sahibi olan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek puanı ile

kavram hakkında bilgisi olmayan gebelerin ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=126833,00; p<0,01). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olmayan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek puan ortalaması prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını hakkında bilgi sahibi olan gebelerin puan ortalamasından daha yüksektir.

Tablo 6.15. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından karşılaştırılması

	Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık bilgi	n	Ortanca (1.ve 3.Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
TSOY-32 Ölçeği	Evet	117	32,81(29,62-46,87)	245,74	6582,00	0,000
	Hayır	243	28,64(25,00-30,72)	149,09		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evet	117	33,33(29,16-50,00)	243,10	6657,50	0,000
	Hayır	243	29,16(20,83-33,33)	148,62		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evet	117	33,33(31,25-50,00)	244,26	6521,00	0,000
	Hayır	243	29,16(25,00-33,33)	148,06		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evet	117	29,16(25,00-41,66)	230,20	8167,00	0,000
	Hayır	243	25,00(20,83-29,16)	154,89		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evet	117	33,33(33,33-50,00)	229,67	8228,50	0,000
	Hayır	243	29,16(25,00-33,33)	155,14		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evet	117	33,33(33,33-50,00)	237,76	7516,50	0,006
	Hayır	243	33,33(29,16-33,33)	152,93		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evet	117	33,33(33,33-50,00)	235,67	7761,00	0,000
	Hayır	243	33,33(29,16-33,33)	153,94		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evet	117	29,16(25,00-41,66)	232.07	8182,00	0,000
	Hayır	243	25,00(20,83-29,16)	155,67		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evet	117	33,33(29,16-50,00)	232,79	8098,00	0,003
	Hayır	243	29,16(25,00-33,33)	155,33		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.15.'de çalışmaya katılan prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından TSOY-32 Ölçeği toplam puan ve alt boyutları puanları karşılaştırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin, kavram hakkında bilgi sahibi olmayan gebelere göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan (U=11010,00; p<0,001) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür.

Prekonsepsiyonel bakım kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puanı kavram hakkında bilgi sahibi olmayan gebelerin puan ortalamasından yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin, kavram hakkında bilgi sahibi olmayan gebelere göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür.

Tablo 6.16. Beck Anksiyete Ölçeği ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanlarının doğum öncesi eğitim alma durumu açısından karşılaştırılması

	D.Ö. Eğitim	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
BAÖ	Alan	90	15,00(11,00-19,25)	175,88	11734,00	0,626
	Almayan	270	16,00(12,00-21,00)	182,04		
W-DEQ A	Alan	90	66,00(50,75-76,25)	132,31	7813,00	0,000
	Almayan	270	75,00(66,00-86,00)	196,56		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.16.'da çalışmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliğinde doğum öncesi eğitim alma durumu açısından Beck Anksiyete ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanları karşılaştırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, doğum öncesi eğitim alan gebelerin, doğum öncesi eğitim almayanlara göre BAÖ puan (U=11734,00; p>0,05) ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark görülmemiştir. Doğum öncesi eğitim alan gebelerin W-DEQ A Versiyonu puanı ile doğum öncesi eğitim almayan gebelerin ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($U=7813,00$; $p<0,001$). Doğum öncesi eğitim almayan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek puan ortalaması doğum öncesi eğitim alan gebelerin puan ortalamasından daha yüksektir.

Tablo 6.17. TSOY-32 Ölçeği ve alt boyut puanlarının doğum öncesi eğitim alma durumu açısından karşılaştırılması

	D.Ö Eğitim	n	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Sıralar Ortalaması	U	P
TSOY-32 Ölçeği	Alan	90	32,71(29,44-46,87)	242,39	6579,50	0,000
	Almayan	270	29,16(26,04-31,33)	159,87		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Alan	90	37,50(29,16-50,00)	240,36	6583,00	0,000
	Almayan	270	29,16(25,00-33,33)	159,06		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Alan	90	33,33(29,16-50,00)	241,49	6481,00	0,000
	Almayan	270	29,16(25,00-33,33)	158,68		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Alan	90	29,16(24,30-41,66)	230,07	7509,00	0,000
	Almayan	270	25,00(20,83-29,16)	162,52		
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Alan	90	33,33(33,33-50,00)	227,20	7797,00	0,000
	Almayan	270	33,33(25,00-33,33)	163,48		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Alan	90	33,33(33,33-50,00)	235,60	7191,00	0,000
	Almayan	270	33,33(29,16-33,33)	162,13		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Alan	90	33,33(33,33-50,00)	235,39	7209,50	0,000
	Almayan	270	33,33(29,16-33,33)	162,20		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Alan	90	29,16(25,00-41,66)	232,80	7443,00	0,000
	Almayan	270	25,00(22,22-29,16)	163,07		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Alan	90	33,33(27,08-50,00)	219,57	8633,50	0,000
	Almayan	270	29,16(25,00-33,33)	167,48		

U: Mann-Whitney U Testi değeri

Tablo 6.17.'de çalışmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliklerinde doğum öncesi eğitim durumu açısından TSOY-32 Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda; doğum öncesi eğitim alan gebelerin, doğum öncesi eğitim almayanlara göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan (U=6579,50; p<0,001) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Doğum öncesi eğitim alan gebelerin, TSOY-32 ölçek toplam puanı doğum öncesi eğitim almayanların puan ortalamasından yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; doğum öncesi eğitim alan gebelerin, doğum öncesi eğitim almayan gebelere göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür.

6.6. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Düzeylerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.18. Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarına göre anksiyete düzeylerinin sınıflandırılması(n=360)

BAÖ Sınıflandırma	n	%
Minimal Düzeyde Anksiyete (0-7 puan)	40	11,1
Hafif Düzeyde Anksiyete (8-15 puan)	141	39,2
Orta Düzeyde Anksiyete (16-25 puan)	139	38,6
Şiddetli Düzeyde Anksiyete (26-63 puan)	40	11,1

Tablo 6.18.'de araştırmaya katılan gebelerin BAÖ puan ortalamalarına göre anksiyete düzeylerinin dağılımları verilmiştir. Gebelerin sırası ile %11,1'i şiddetli düzeyde anksiyete, %38,6'sı orta düzeyde anksiyete, %39,2'si hafif düzeyde anksiyete, %11,1'i minimal düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 6.19. W-DEQ A Ölçek puan ortalamalarına göre korku düzeylerinin sınıflandırılması

Wijma Sınıflandırma	n	%
Hafif Düzeyde Doğum Korkusu (≤ 37 puan)	17	4,7
Orta Düzeyde Doğum Korkusu (= 38-65 puan)	88	24,4
Şiddetli Düzeyde Doğum Korkusu (= 66-84 puan)	166	46,1
Klinik Düzeyde Doğum Korkusu (≥ 85 puan)	89	24,7

Tablo 6.19.'da araştırmaya katılan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımları belirtilmiştir. Gebelerin sırası ile %24,7'si klinik düzeyde, %46,1'i şiddetli düzeyde, %24,4'ü orta düzeyde, %4,7'si hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 6.20. TSOY-32 Ölçek puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınıflandırılması

TSOY-32 Sınıflandırma	n	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (0-25 puan)	65	18,1
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı (26-33 puan)	202	56,1
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı (34-42 puan)	42	11,7
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı (43-50 puan)	51	14,2

Tablo 6.20.'ye göre araştırmaya katılan gebelerin TSOY-32 ölçek puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımları belirtilmiştir. Gebelerin sırası ile %14,2'si mükemmel, %11,7'si yeterli, %56,1 sorunlu-sınırlı, %18.1'i yetersiz sağlık okuryazarlığı yaşadığı bulunmuştur.

6.7. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonundan Alınan Ortalama Puanlar Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular

Tablo 6.21. Beck Anksiyete Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arası korelasyon katsayıları

(n=360)	BAÖ TOPLAM	WİJMA TOPLAM	TSOY-32 TOPLAM
BAÖ TOPLAM			
W-DEQ A TOPLAM	0,181**		
TSOY-32 TOPLAM	-0,042	-0,232**	

****p<0,01**

Tablo 6.21.'de Beck Anksiyete Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arası korelasyon katsayıları verilmiştir. Gebelerin BAÖ toplam puanı ile W-DEQ A Versiyonu ölçek toplam puanı ($r=0,181$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki, BAÖ toplam puanı ile TSOY-32 Ölçek toplam puanı ($r=-0,042$; $p<0,01$) arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki görülmüştür.

Çalışmaya katılan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek toplam puanı ile TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ($r=-0,232$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki görülmüştür.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Tartışma

Sağlık okuryazarlığı, kadın sağlığını etkileyen faktörlerden biridir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadının sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Shieh, 2009). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması sağlık sorunlarının olduğu durumlarda doğru yere doğru zamanda, doğru şekilde ulaşmayı sağlar. Bu nedenle "sağlık okuryazarlığı" kadın sağlığı açısından ele alınması gereken önemli bir konudur (Yıldırım ve Keser, 2015).

Gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla araştırmanın bulgularıyla ilgili literatür bilgileri 4 bölümde tartışılmıştır;

- Gebelerin sosyodemografik, obstetrik özellikler ve sağlık davranışları/eğitim alma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
- Gebelerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (TSOY-32) ilişkin bulguların tartışılması
- Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonuna (W-DEQ A) ilişkin bulguların tartışılması
- Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeğine (BAÖ) ilişkin bulguların tartışılması
- Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonundan alınan ortalama puanlar arasındaki korelasyonlara ilişkin bulguların tartışılması

7.1.1. Gebelerin Sosyodemografik, Obstetrik Özellikler ve Sağlık Davranışları/Eğitim Alma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadının toplumdaki yerini belirleyen en temel faktörlerin başında; eğitimi, çalışma durumu ve ekonomik bir gelire sahip olması gelmektedir. Bu faktörler kadının sağlık düzeyinde ve sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmasında etkili

unsurlardır. Gebelik ise kadının yaşamı boyunca, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere yol açan ve bu değişimlere uyum gerektiren gelişimsel bir dönemdir (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2003).

Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması 28,55±4,49 yıldır. Özer'in (2022) çalışmasında gebelerin yaş ortalaması 27,50±5,20, Arkalı'nın (2021) çalışmasında gebelerin yaş ortalamalarının 27,15±5,72, yıldır. Benzer şekilde Akaç'ın (2021) çalışmasında gebelerin %60'ının 26-35 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir. TNSA 2018 verilerine göre yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaşları arasında en yüksek orandadır. Literatüre baktığımızda gebelerin yaş ortalaması doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaşlardadır ve bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Literatürde gebelerle yapılan çalışmalarda eğitim durmuna baktığımızda baktığımızda Özer'in çalışmasında %40,9'u lise mezunu, Yurtsal ve Eroğlu'nun yaptıkları çalışmada (2020) %57,7'sinin lise mezunu olduğu bulunmuştur. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %41'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipken %58'i ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip veya eğitimsizdir (TNSA, 2018). Bizim çalışmamıza katılan gebelerin ise %43,1'i lise mezunudur bu oran Türkiye gerçeklerine yakın olması örneklemin temsil gücünün yüksek olduğunu düşündürtmektedir.

Gebelik döneminde sigara tüketmek veya sigara dumanına maruz kalmak, fetüsün gelişimini ve doğumu olumsuz etkilemekte, düşük ağırlıklı doğum, erken doğum veya ölü doğum gibi riskli sonuçlara yol açabilmektedir. Gebelikte kronik hastalık varlığı ve sigara içilmesi gebelik kayıp riskini artırdığı bu sebeple fetal ve maternal sağlığı korumak için nitelikli DÖB hizmeti alınması ve sigaranın bırakılması gerektiği literatür bilgileriyle desteklenmektedir (Tarhan ve Yılmaz, 2016). Yapılan çalışmalarda gebelerin sigara kullanım oranı %3-11,9 arasında değişmektedir (Çiçek, 2009; Tarhan ve Yılmaz, 2016; Akaç, 2021; Oymak, 2022). Bizim araştırmamızda ise gebelerin yalnızca %3,3'ü gebelikleri süresince sigara kullanmaya devam ettiklerini ifade etmiştir. Bu bulgu diğer araştırma sonuçlarına nazaran daha düşük bulunmuştur ve olumlu bir durum olarak

değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarının farklılığı bu araştıma sonuçlarının verilerinin pandemi döneminde toplanılmış olacağından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin planladıkları doğum şekli incelendiğinde, %64,2'sinin normal doğum yapmayı tercih ettiği, normal doğumu tercih eden gebelerin ise %75,8'inin daha sağlıklı olması sebebiyle tercih ettiği bulunmuştur. Salımlı (2021) ve Yaşar (2006) çalışmalarında gebelerin normal doğumu, sezaryen doğumdan daha üstün gördüğü ve normal doğumu tercih edeceğini belirtmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar göstermektedir ki kadınların normal doğumu anne ve bebek sağlığı için daha iyi olacağını düşünmelerinden dolayı tercih etmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Sayıner ve ark., 2009; Karabulutlu, 2012; Güzel, 2014; Erciyes, 2016).

Sezayen doğum acil durumlarda anne ve bebeğin hayatını kurtarmasına rağmen normal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Fenwick ve ark., 2010; Gözükara ve Eroğlu, 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sezaryen doğum tercihinin %12 ile %40 arasında değiştiği görülmektedir (Karabulutlu, 2012; Aktaş ve Gökgöz 2015; Gözükara ve Eroğlu, 2008). DSÖ'nün maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen oranı %15'tir. 2008 yılında tüm doğumların %37'si, 2013 yılında %48'i, 2018 yılında %52'si sezaryenle yapılmıştır (TNSA, 2018). 2007 yılında Wiklund ve arkadaşlarının tıbbi gerekçe olmaksızın elektif sezaryen nedenlerini araştırdıkları çalışmada gebelerin %84,5'inin elektif sezaryen planladığını saptamıştır. Pang ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise gebelerin %30'unun sezaryen doğumu planladığı bulunmuştur. Çalışmamıza katılan gebelerin %35,8'i sezaryen doğum planlamakta olup sezaryen doğum planlayan gebelerin %72,9'unun sezaryen doğum öyküsü sebebiyle tercih ettiği, ardından en yüksek olarak %12,4'ünün doğum korkusu sebebiyle sezaryen doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda gebelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri öncelikli olarak, önceki doğumun sezaryen olması ve normal doğumdan korkmaları olarak saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da sezaryen doğum tercihinin başlıca nedenleri yapılan çalışmamıza benzer olarak; doğumdan ve doğum ağrısından korkma (Fenwick ve ark., 2010; Ergöl ve Kürtüncü, 2014), bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme

(Karabulutlu, 2012; Taşçı Duran ve Ünsal Atan, 2011; Gözükara ve Eroğlu, 2008) ve annenin/ bebeğin sağlık problemlerinin olmasıdır (Wiklund ve ark., 2007; Aktaş ve Gökgöz, 2015).

2005 yılında Sağlık Bakanlığı gebelere demir ve multivitamin desteği programını başlatmıştır. Eğer gebe bu desteği gebelik döneminde alamadı ise postpartum dönemde bu destek verilmesi önerilmiştir (Özkan ve Mete, 2010). Prekonsepsiyonel dönemde folik asit desteğinin nöral tüp defektlerinin insidansını azaltmadaki etkisi yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır (Liew, 2016). Çakmak ve arkadaşlarının (2006) Ankara merkezli doğum yapan gebelerde yürüttüğü bir çalışmada folik asit kullanımına gebelik öncesi dönemde başlayan gebe oranı %8'dir. Gebeliğin hiç bir döneminde folik asit desteği almayanların oranı ise %29'dur. Düzcede yapılan başka bir çalışmada, prekonsepsiyonel dönemden itibaren folik asit desteği alanların oranının %12, folik asit desteğine gebelik tanısı netleştikten sonra başlayanlar %46,5 olarak bulunmuştur (İlyas ve ark., 2017). Gebelerde yapılan başka bir çalışmada ise şimdiki veya önceki gebeliklerinde folik asit desteği alanlar %81 olarak bulunmuş olup prekonsepsiyonel dönemde başlayanların oranı %25 bulunmuştur (Yılmazel ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda ise prekonsepsiyonel dönemde folik asit desteği alan gebelerin oranı %26,1'dir. Literatür verilerini incelediğimizde genel olarak gebelerin prekonsepsiyonel dönemde folik asit alma oranı, gebelik tanısı belli olduktan sonraki süreçte folik asit alma oranınından düşüktür. Çalışmalar bu konuda bilgilendirme eksikliğinin olduğunu düşündürmektedir. Gebelerin genellikle gebe kaldıktan sonra kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurduğu göz önüne alınırsa birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebe, hemşire ya da doktorlar tarafından gebelik planlamakta olan yani prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlara bakanlık desteği ile gerek broşürler gerekse sağlık hizmetine başvuruları esnasında gerekli bilgilendirmelerin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

Doğum öncesi eğitim programlarında amaç; anne adayının gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin doğru kararlar almasına ve bu dönemlerini en güzel şekilde geçirmelerine yardımcı olmaktır. Bu eğitimler sayesinde anneler, bu dönemde yaşadıkları deneyimin anne adayı, bebek ve diğer aile bireylerinin tüm yaşamını etkileyeceğini

öğrenirler. Literatüre baktığımızda ise yapılan çalışmalarda gebelerin doğum öncesi eğitim alma oranı %25-66,6 arasında değişmektedir (Ravlı, 2010; Erciyes, 2016; Ateş ve Demirbağ, 2021; Taş ve ark., 2019). Çalışmıza katılan gebelerin ise sadece %25'inin doğum öncesi eğitim aldığı bulunmuştur. Bunun sebebi araştırmanın yapıldığı tarihlerde pandemi olması sebebiyle çalışmayı yaptığımız kamu hastanesinde gebe okullarında eğitim yapılmıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.1.2. Gebelerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (TSOY-32) İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınlar toplumun yaklaşık yarısını oluşturan kız evlat, kız kardeş, eş ve anne gibi rolleri olan ailenin önemli bir parçasıdır. Kadın sağlığı aynı zamanda aile sağlığı, toplumda var olan sosyokültürel yapıdan, normlardan ve değerlerden etkilenir. Kadının yaşı, eğitim düzeyi, sağlıkla ilgili inançları ve sağlık hizmetlerine ulaşma durumu kadın sağlığını etkileyen faktörlerdir (Toker ve Çıtak, 2021). Kadın sağlığını, koruma ve geliştirme davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerden biri ise sağlık okuryazarlığı seviyesidir (Davis ve ark., 2001; Shieh ve Halstead, 2009).

Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı seviyesinin hedeflenilenin altında olduğunu göstermektedir (DeWalt ve Hink, 2009; Kanj ve Mitic, 2022). Korkmaz'ın (2021) çalışmasında gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması 32,81±9,93 olarak saptandı. Bizim çalışmamızda gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması 30,87±8,70 olarak saptandı. Bulgularımız Korkmaz'ın çalışması ile benzerlik gösterip gebelerin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Araştırma bulgularından sağlık okuryazarlığı kategorik değerlendirildiğinde Korkmaz'ın (2021) gebelerin %21,9'unun yetersiz, %21,9'unun da mükemmel, %23'ünün yeterli, %33,2'sinin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur yani neredeyse her üç gebeden birinin sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlıdır. Izaridad ve ark.'nın (2017) çalışmasında ise gebelerin %21,6'sının yetersiz, %26'sının yeterli, %36,2'sinin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Pirdehghan ve ark.'nın (2020) çalışmasında gebelerin %18,3'ü yetersiz, %36,5'i yeterli ve %45,2'si sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Dadipoor ve arkadaşlarının (2017) İran'da yaptığı araştırmada sırasıyla gebelerin %42,8'inin yeterli, %41,7'si sorunlu-sınırlı ve %15,5'inin yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma srularımızdan "Gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyi nedir?" sorusunun cevabı bulgularımıza göre gebelerin %18,1'i yetersiz, %11,7'si yeterli ve %56,1'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Çalışma sonucumuz literatür ile benzer şekilde gebelerin büyük çoğunluğu sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir fakat oran olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Oranın yüksek olması, çalışmamızın İstanbul'un sosyoekonomik ve eğitim düzeyi daha düşük olan bir semtte yapılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Gebelikte sağlık okuryazarlığına ilişkin yapılan ulusal çalışmalarda gebelik sayısı arttıkça kadınların sağlık okuryazarlığı ölçek puanı azalmaktadır yani primipar gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi multipar gebelerin sağlık okuryazarlığından daha yüksektir (Aktan ve Özdemir, 2020; Korkmaz, 2021; Musaoğlu, 2021; Yeşilçınar ve ark., 2021; Pazarözyurt, 2021; Erkan, 2021; Şipal, 2022). Aynı şekilde bizim çalışmamızda da primipar gebelerin ölçek puan ortalamaları multipar gebelere göre daha yüksektir. Çalışmanın bu sonucu literatüre benzerlik göstermektedir. Gebelik sayısı ve doğum sayısı yükseldikçe sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşmesi, kadınların ailede bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısının fazla olması sebebiyle kendilerine ayırdıkları zamanın azalmasından ve kadınların eğitim ve refah seviyeleri arttıkça daha bilinçli ebeveyn olmaya bağlı daha az çocuk sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Toksoy'un (2019) çalışmasında sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması ve gebeliğin planlı olması arasında anlamlı fark bulunamamışken; Aydın ve Aba (2019) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması ve gebeliğin planlı olması arasında anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir (Aydın ve Aba, 2019). Endres ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan gebelerde planlı gebelik oranının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer bir şekilde gebeliği planlı olan kadınların TSOY-32 Ölçek puan ortalaması gebeliği planlı olmayan kadınların puan

ortalamasından daha yüksek ve istatiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlarn farklı olması bu konuda yapılması gereken daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük/yetersiz olan gebelerin mevcut olan tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlamaları ve doğru bir şekilde yapabilmeleri, öz bakımlarını gerçekleştirebilmeleri ve gebelik sürecini yönetmeleri zorlaşmaktadır (Lagan, 2011).

Bizim çalışmamızda da normal doğumu planlayan gebelerin TSOY-32 ölçek puanı sezaryen doğumu planlayan gebelerin ölçek puanından yüksek olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de ve tüm dünyada sezaryen oranı giderek artmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre; primer sezaryen oranları %26,3 total sezaryen oranı ise %52'dir. DSÖ maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen oranı ise %15'tir (TNSA, 2018). Bu noktada kadın doğum doktorları, ebeler ve hemşireler, kadınları normal doğuma teşvik edebilecek sağlık profesyonellerinin başında gelmektedirler. Gebelere, hatta gebe olmayan tüm kadınlara doğumun kadınların fizyolojik yapısına uygun bir olay olduğu, toplum tarafından travmatize edilmesinin aslında bilgi eksikliğinden kaynaklandığı ve en önemlisi her doğumun kişiye özel olduğu hatırlatılıp bu konuda bilinçlendirilmelidirler.

Sağlıklı yaşam tarzının ve sağlığı geliştirici davranışların sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi birçok çalışmada gösterilmekle beraber bu konuda daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu belirtilmektedir (Berkman ve ark., 2010). Cho ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu bir araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan gebelerin, düşük olanlara göre prenatal tarama testlerini daha çok anladıkları bulgulanmıştır (Cho ve ark., 2007). 2005 yılında yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan gebelerin, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan gebelere göre daha az oranda düşük kilolu bebek, prematüre bebek ve daha az sayıda infant ölümleriyle karşılaşıldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan gebelerin doğum sonrası dönemde bebeğini anne sütüyle besleme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ohnishi ve ark., 2005).

Kohan ve ark.'nın (2007) çalışmasında yeterli prenatal bakım alan gebelerin tamamının yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, yeterli prenatal bakım almayan

gebelerin de %60'ından fazlasının sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da prekonsepsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara istinaden sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gebelerin olumsuz obstetrik sonuçlar açısından riskli grupta olduğunu söylemek mümkündür.

Yapılan bir çalışmaya göre gebelerin büyük bir çoğunluğu doğum öncesi kliniklere başvurmasına rağmen burada verilen doğum öncesi eğitimlerden faydalanmadığı saptanmıştır (Anya ve ark 2008). Mojoyinola (2011) çalışmasında maternal sağlık okuryazarlığının antenatal bakım alma ve sağlıklı gebelik ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda da literatürle paralel olarak doğum öncesi eğitim alan gebelerin TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum sağlık okuryazarlığı yüksek olan gebelerin daha fazla doğum öncesi eğitim aldığının göstergesi olduğu söylenebilir.

7.1.3. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeğine (BAÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik, kadının beden görünümünde, sosyal ilişkilerinde ve aile bireylerinin rollerinde farklılık yaratan fizyolojik bir olaydır. Gebelik dönemi, gebelerin biyopsikososyal durumunu etkilemektedir. Gebelik kadın yaşam dönemlerinden birçok biyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyolojik değişikliklerin yaşandığı gelişimsel kriz dönemi olarakta tanımlanan bir süreçtir. Gebenin bu karmaşık süreçte sosyal destek alması sürece uyumunu ve istenmeyen olaylarla baş etmesini sağlayan önemli faktörlerden biridir (Şahin ve Kılıçaslan 2010; Metin 2014). Bu bağlamda literatür incelendiğinde, gebelik sürecindeki psikososyal değişikliklerin anksiyete düzeyini ve diğer ruh sağlığı sorunlarını artırdığı belirtilmiştir (Gümüşdaş, 2014).

Gebelikte anksiyete prevalansına yönelik literatür incelendiğinde; anksiyete sıklığı %32-48,3 arasında değişmektedir (Tunç ve ark., 2012; Çakır ve Can, 2012; Süt ve Süt, 2016; Öztürk, 2019; Aykaç, 2021). Bizim çalışmamızda gebelerin %11,1'i minimal düzeyde anksiyete, %39,2'si hafif düzeyde anksiyete, %38,6'sı orta düzeyde anksiyete, %11,1'i

şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Araştırma sorularımızdan "Gebelerde anksiyete yaşama düzeyi nedir?" sorusunun cevabı araştırma bulgularımıza göre BAÖ puan ortalaması 16,56±7,98 olarak bulunmuş olup gebelerin orta düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Onrat'ın (2018) çalışmasında gebelerin BAÖ puan ortalaması 13,52±8,65 olup hafif düzeyde anksiyete, Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmasında ise gebelerin BAÖ puan ortalaması 19,2±10,1 olarak bulunmuş olup orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Literatür ve çalışma sonuçlarımızı karşılaştırdığımızda gebelerin büyük bir kısmının gebelik boyunca minimal düzeyde dahi olsa anksiyete yaşadığı görülmüştür.

Çalışmamızda primipar ve multipar gebelerin BAÖ puan ortalamaları benzer bulunmuştur. Yapılan araştırmaları incelediğimizde primipar ve multipar gebelerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark saptamamıştır (Doğru ve Aslan, 2008; Öztürk, 2019; Akgör ve ark., 2021; Uslukaya, 2021; Maharlouei ve ark., 2021).

Kaplan ve arkadaşları (2007), Aktaş ve arkadaşları (2008), Çakır Koçak (2014) Lebel ve arkadaşları (2020), Daryani ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmalarda ise primipar kadınların, multipar kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde gebelik anksiyetesi yaşadığını bildirmişlerdir. Bu durumun primiparların gebelik deneyimini ilk kez yaşamaları, deneyimsiz ve nasıl bir durum olduğunu tam algılayamamalarından kaynaklandığı

düşünülebilir. Tüm bunlardan farklı olarak Üst ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında paritenin artmasının kadına daha fazla sorumluluk yükleyeceğinden dolayı gebelerin anksiyete düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Literatürde 3 farklı yoruma rastlanması daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstergesidir.

Bu araştırmada gebeliği planlı olmayan gebelerin BAÖ puan ortalaması gebeliği planlı olan gebelerin puan ortalamasından yüsektir. Literatür incelendiğinde gebeliği planlı olan gebelerin, istemeyerek gebe kalanlara göre düşük düzeyde anksiyete yaşadığı tespit edilmiş ve bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermiştir (Kaplan ve ark., 2007; Üst ve ark., 2012; Koçak ve Ege, 2016; Öztürk, 2019). Plansız gebeliklerde bir belirsizlik durumu mevcuttur. Anksiyete ise belirsizlik durumundan kaynaklanır. Bu nedenle plansız

gebeliklerin gebelerde anksiyete oluşturmasının beklenilen bir sonuç olduğu söylenilebilir.

Gebelerin planladığı doğum şekli ile BAÖ puanı arasında istatiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Bulgumuza paralel şekilde Chen ve arkadaşları (2017) 12619 sezaryen ve 12619 normal doğum olmak üzere 25238 gebe ile yaptıkları araştırmada anksiyetenin sezaryen ve normal doğum grupları arasında farklılaşmadığı sonucuna ulaşmıştır. Diğer taraftan Olieman ve arkadaşları (2017) tarafından 65 yayının incelendiği meta-analiz çalışmasında gebelik döneminde yüksek anksiyeteye sahip olanların sezaryen doğumu tercih ettiği belirtilmiştir. Çalışma bulgularının farklılığı araştırmaların farklı bölgelerde ve kültürlerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektir.

Gebelerin doğumun tıbbi veya doğal bir süreç olduğuna dair inançları ile doğum korkusu, engelli çocuk doğurma kaygıları, kendi görünümüyle ilgili endişeler arasında ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmelerine yardımcı olmak ve anksiyetelerini azaltmak için doğuma dair inançlarını tespit etmek oldukça önemlidir. Doğum öncesi sağlık hizmeti sunumunda kadınların gebelikle ilgili anksiyeteleri tespit edilmeli ve anksiyeteye neden olan doğum inançları göz ardı edilmemelidir (Durgun Ozan ve Alp Yılmaz, 2020).

7.1.4. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonun (W-DEQ A) İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadın yaşamındaki en doyum verici ve güçlü tecrübelerden birisi doğumdur (Okumuş ve Şahin, 2017). Doğum korkusu, gebelik ve doğum sürecinde kadın sağlığını etkileyen yaygın görülen bir sorundur (Nilsson ve ark., 2018). Korku, kişisel kontrol ve sorumluluk kaybını içermektedir (Sen ve ark., 2015).

Literatürde doğum korkusunu ölçen birçok ölçek olmasına rağmen en sIk kullanılan ölçek Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeğidir. Araştırmamızda kullandığımız W-DEQ A ölçek puanına göre; ≤37 hafif, 38-65 orta, 66-84 şiddetli ve ≥85 klinik düzeyde korkuyu göstermektedir (Wijma ve ark., 1998).

Ülkemizde, gebelerin şiddetli doğum korkusu deneyimini inceleyen bir meta-analizde; W-DEQ A Ölçek puan ortalamalarının 67,2 olup şiddetli doğum korkusuna sahip oldukları ve her 100 kadından 21'inin klinik düzeyde korku yaşadığı belirtilmiştir ve özellikle, ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesinde doğum korkusunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Deliktaş ve Kukulu, 2019). Bizim çalışmamızda ise gebelerin W-DEQ A Ölçek puan ortalaması 73,8 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza paralel olan literatür sonuçlarına baktığımızda ise Körükçü ve arkadaşları'nın (2017) çalışmasında W-DEQ A ölçek puan ortalaması 79,9, Barut ve Uçar'ın (2018) çalışmasında 73,3, Işık'ın (2021) çalışmasında 78,5, olarak bulunmuştur, yani çalışmaya katılan gebeler şiddetli düzeyde doğum korkusu göstermektedir.

Bizim bulgumuzdan farklı olarak Toohill ve arkadaşları (2014) yaptığı çalışmada W-DEQ A Ölçek puan ortalamasını 49,5, Güleç ve arkadaşları (2014) çalışmasında 46,4, Demir'in (2020) çalışmasında 46,2, Çelik'in (2020) çalışmasında 56,2, olup çalışmaya katılan gebelerin orta düzeyde korku yaşadığı saptanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise W-DEQ A Ölçek puan ortalamasını 85,6, olup klinik düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını belirlemiştir. Çalışma bulgularının farklılığı çalışmaların yapıldığı bölgeden, gebelerin eğitim seviyesinden, multipar ve primipar olmalarından, gebeliği algılama ve kabullenmelerine bağlı olarak farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Doğum korkusunun yaygınlığının belirlenmesi, sağlık personellerinde doğum korkusuna yönelik farkındalık oluşturulması, doğum korkusunun kadınların özellikle de gebelerin sağlık durumunun ne ölçüde etkilediğinin gösterilmesi ve bu bağlamda uygulanacak sağlık politikalarının belirlenmesi açısından önemlidir. Araştırma sorularımızdan "Gebelerde görülen doğum korkusu düzeyi nedir?" sorusunun cevabı araştırma bulgularımıza göre gebelerin sırası ile %24,7'si klinik düzeyde, %46,1'i şiddetli düzeyde, %24,4'ü orta düzeyde, %4,7'si hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında çalışma bulgumuza benzer şekilde gebelerin büyük çoğunluğunun şiddetli düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu gösterilmiştir (Körükçü ve ark., 2012; Toohil ve ark., 2014; Demirsoy ve Aksu, 2015; Bülbül ve ark., 2016; Gün, 2018; Gülçelik, 2019).

Araştırma bulgularımızdan farklı çalışmaları incelediğimizde ise Güneysu'nun (2016) çalışmasında, Parla'nın (2019) çalışmasında, Demir'in (2020) çalışmasına, Salımlı'nın (2021) çalışmasında, gebelerin büyük çoğunluğunun orta düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu, Kaya'nın (2020) ve Geldi'nin (2020) çalışmalarında ise gebelerin büyük çoğunluğunun düşük düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu saptamıştır. Bu farklılığın araştırmanın yapıldığı örneklemin sosyoekonomik ve kültürel durumundan, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinden, gebelerin obstetrik öykülerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin parite durumuna göre doğum korku düzeyleri karşılaştırıldığında, primar ve multipar gebelerin W-DEQ A ölçek puan ortalamaları benzer bulunmuştur. Bizim bulgumuzla paralel olarak Güleç ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada doğum sayısının doğum korkusunu etkilemediği saptanmıştır. Bizim bulgumuzun aksine literatürde primiparların multiparlardan daha çok doğum korkusu yaşadıklarını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Körükçü ve ark., 2010; Toohill ve ark. 2014; Ryding ve ark. 2015; Özen Gün, 2018). Çalışma bulgularının farklı olmasının sebebi, her doğum kendine özgü olup, multiparların travmatik doğum öyküsüne sahip olması, primiparların ise bir bilinmezlik içinde olması, belki de sağlık sistemiyle ilk kez tanışıyor olmaları sebebiyle korku düzeylerinin değiştiği düşünülmektedir. Bu sebeple primipar ve multipar gebelerin ayrı örneklem gruplarıyla değerlendirilmesinin daha güvenilir sonuçları yansıtacağı düşünülmektedir.

Doğum öncesi eğitimler gebelerin kendilerini doğuma hazır hissetmelerini, gelişebilecek komplikasyon ve risk durumlarının bilincinde olmalarını ve zorluklarla başedebilmelerini sağlamaktadır (Lowe, 2000; Saisto ve ark., 2003). Yılmaz Esencan ark. (2018), doğum korkusunu doğuma hazırlık eğitimi alan gebeler özelinde araştırmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre kadınların doğuma hazırlık eğitimi alması ile birlikte doğum şekli, emzirme gibi süreçlerde kadınların daha az sorun yaşamasını beraberinde getirdiği görülmüştür. Başka bir deyişle gebelerin doğum eğitimi almaları ile birlikte doğum korkuları azalmaktadır. Bizim çalışmamızda da doğum öncesi eğitim almayan gebelerin W-DEQ A Versiyonu Ölçek puanı doğum öncesi ağitim alan gebelerden daha yüksektir

yani doğum korkuları daha yüksek bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde çalışmamıza paralel olarak gebelere verilen doğum öncesi eğitiminin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir (Fink ve ark., 2012; Byrne ve ark., 2014; Toohill ve ark., 2014; İsbir ve ark., 2015; Karabulut ve ark., 2016; Kızılırmak ve Başer, 2016; Serçekuş ve Başkale, 2016; Haapio ve ark., 2017; Duncan ve ark., 2017; Körükçü ve ark., 2017; Mete ve ark., 2017; Akın ve ark., 2018; Unutkan, 2018; Boylu 2021). Mevcut araştırma bulguları literatürü desteklemektedir. Gebelere verilen doğum öncesi eğitim ile doğumda kendi bedenine güvenip başarabileceğine inanan, doğumlarına sahip çıkıp savunuculuğunu yapan, doğum korkuları azalmış bilinçli bireylere dönüşmelerini sağladığı söylenebilir.

7.1.5. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonundan Alınan Ortalama Puanlar Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadın sağlığının en önemli dönemlerinden biri gebelik ve doğumdur. Bir kadının gebelik ve doğum hakkında bilgi sahibi olması oldukça önemlidir, çünkü bu dönemde oluşabilecek risk durumlarında veya komplikasyon varlığında alınan kararları anlayıp yönetebilmesini sağlar. Fakat buna rağmen birçok kadın sağlık profesyonelleri tarafından verilen önerileri, talimatları ve reçeteleri anlayıp süreci yönetememektedir. Bu durum sağlık okuryazarlığı düşük bir gebenin sağlıksız bir gebelik geçirmesine, anksiyete ve doğum korkusu yaşamasına hatta gebeliğinin sağlıksız bir şekilde sonuçlanmasına neden olmaktadır (Mojoyinola, 2011). Bu bilincin yerleşmesi uzun bir süreci kapsaması sebebiyle sağlık profesyonellerinin bu konuda farkındalıklarının açık olması gerekmektedir. Fakat literatürde bu konuda yapılan çalışmaların eksikliği göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda gebelerin BAÖ toplam puanı ile W-DEQ A Versiyonu ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde elde edilen sonuç ($r=0,181$; $p<0,01$) gebelerde anksiyete arttıkça doğum korkusunun arttığı yönündedir. Araştırma sorularımızdan "Gebelerde doğum korkusu ve anksiyeteleri arasında ilişki var mıdır?"

sorusunun cevabı araştırma bulgularımıza göre gebelerde doğum korkusu ve anksiyeteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki olduğudur. Gebelerde anksiyete arttıkça, doğum korkusunun da artacağı veya gebelerde anksiyete azaldıkça, doğum korkusunun da azalacağı söylenebilir.

Gebelik anksiyetesi gebeliğin ilk trimesterinde yeni bir sürecin başlamasına uyumla ilgili iken gebeliğin sonlarına doğru yani üçüncü trimesterde yaklaşan doğum ve doğum korkusuna yönelik olduğu ve bu trimesterde en fazla olduğu söylenebilir (Abdollahpour ve Khosravi, 2018; Schetter ve Tanner, 2012). Yapılan araştırma sonuçlarına göre gebelikteki psikoloji ne kadar iyi düzeyde ise gebelik süreci, fetüsün sağlığı, doğum ve postpartum dönem daha iyi etkilenmektedir (Huizink ve ark., 2004; Saisto ve ark., 2001). Bunun aksine gebelikteki psikolojik iyiliğin azalması sonucu amniyon sıvısındaki kortizol seviyesinin artmasıyla fetüsün iyilik hali de doğrudan doğruya etkilenmektedir (Dehestani ve ark., 2019).

Doğum korkusu gebelerin, doğum esnasındaki tutum ve davranışlarını, süreci yönetebilmesini, kendine inacını, anne bebek arasındaki bağlanma duygusunu ve doğum memnuniyetini etkiler (Taghizdeh ve ark., 2017). Buna rağmen psikolojide doğum korkusunun altında yatan sebepler hakkında çok az şey bilinmektedir (Rondung ve ark., 2016). Literatürü incelediğimizde genel olarak doğum korkusu olan gebelerin anksiyete ve/veya depresyon yaşadığı (Schetter ve Tanner, 2012; Fenwick ve ark., 2015), bununla beraber doğum sürecinin ve postpartum döneminde psikolojik olarak etkilediği saptanmıştır (Rouhe ve ark., 2014).

Gebelerin BAÖ toplam puanı ile TSOY-32 Ölçeği aldıkları ortalama puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde elde edilen sonuç ($r=-0,042$; $p<0,01$) gebelerde sağlık okuryazarlığı arttıkça anksiyetelerinin azaldığı yönündedir. Araştırma sorularımızdan "Gebelerin sağlık okuryazarlığı ve anksiyeteleri arasında ilişki var mıdır?" cevabı araştırma bulgularımıza göre gebelerde sağlık okuryazarlığı ve anksiyeteleri arasında arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki görülmüştür. Çalışma sonucumuza göre gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, anksiyetelerinin azaldığı söylenebilir.

Gebelik kadının sağlık sistemiyle ilk kez karşılaştığı dönem olabilmektedir. Aslında, böylesi karmaşık bir sistemle ilk kez uğraşmak, yeterli sağlık okuryazarlık becerilerine sahip olanlar için bile sürprizlerle dolu olabilir bu durumda gebeler anksiyete yaşayabilmektedir. Yani ne kadar az bilinmezlik olursa o kadar az anksiyete yaşanacaktır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi artmış kadınlar ise hem kendi hem ailesinin sağlık sorunlarını, risklerini ve koruma davranışlarını doğru anlama ayrıca tedavileri doğru uygulama konularında bilinçlenecektir. Böylece toplum genelinde sağlık konusunda olumlu gelişmeler yaşanacak ve sağlık sisteminin etkin bir biçimde kullanımı kolaylaşacaktır.

Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Ölçek toplam puanı ile TSOY-32 Ölçeği aldıkları ortalama puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde elde edilen sonuç ($r=-0,232$; $p<0,01$) gebelerde sağlık okuryazarlığı arttıkça doğum korkusu azaldığı yönündedir. Araştırma sorularımızdan "Gebelerin sağlık okuryazarlığı ile doğum korkusu arasında ilişki var mıdır?" cevabı araştırma bulgularımıza göre gebelerde sağlık okuryazarlığı ve doğum korkusu arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki görülmüştür. Çalışma sonucumuza göre gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça doğum korkusu azalmaktadır veya gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi azaldıkça doğum korkusu artmaktadır.

Sağlığın nasıl algılandığı bireyin sağlık davranışını ve sağlık durumu hakkındaki düşüncesini etkilemektedir (IOM 2004). Gebenin sağlık davranışları doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde hem kendisinin hem de bebeğinin sağlık durumunun belirleyicisidir (Lindgren 2005).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük/yetersiz olan gebelerin mevcut olan tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlamaları ve doğru bir şekilde yapabilmeleri, öz bakımlarını gerçekleştirebilmeleri ve gebelik sürecini yönetmeleri zorlaşmaktadır (Lagan ve ark., 2011). Genel olarak, eğitim seviyesi arttıkça kadınların sağlık hizmetlerinden daha etkin, korkusuz ve özgür faydalanıldığı söylenebilir. Aynı şekilde kadınların eğitim düzeyi arttıkça, sağlıkla ilgili okuma ve yazma becerileri değişir, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi hakkındaki etkinliklere daha fazla katılabilir ve yaşam

süresinin ve kalitesinin artmasına, kendiyle beraber ailesinin ve toplumun sağlığını olumlu yönde etkilenmesine katkıda bulunabilirler.

7.2. Sonuç

Gebelerde sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir

- Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28,55±4,49 yıl olup, %43,1'inin lise mezunu olduğu, %75,8'inin çalışmadığı, %78,9'unun gelirinin giderine denk olduğu, %94,7'sinin çekirdek ailesi ile yaşadığı belirlendi. Katılımcıların evlilik süresi ortalaması 5,82±4,58 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 6.1.).
- Gebelerin boy ortalamaları 164,50±5,41 cm, vücut ağırlıkları 71,02±7,86 kg, BKİ ortalamaları 26,27±2,93 olduğu ve BKİ sınıflaması yönünden %58,3'ünün fazla kilolu olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan gebelerin sigara kullanım oranları ise %3,3 (n:12) olarak bulunmuştur (Tablo 6.2.).
- Çalışmaya katılan gebelerin toplam gebelik sayıları ortalaması 2,51±1,28 olduğu, %40,8'inin ilk gebeliği olduğu, %73,1'inin şu an ki gebeliğinin planlı gebelik olduğu ve ortalama gebelik haftalarının 31,82±2,84 olduğu belirlendi (Tablo 6.3.).

- Çalışmaya katılan gebelerin %64,2'sinin normal doğumu, %35,8'inin ise sezaryen doğumu tercih ettiği bulundu. Normal doğumu tercih edenlerin %75,8'inin daha sağlıklı olması sebebiyle tercih ettiği, sezaryen doğumu tercih eden %72,9'unun ise sezaryen öyküsü varlığı sebebiyle tercih ettiği bulunmuştır (Tablo 6.3.).
- Gebelerin %32,5'inin prekonsepsiyonel bakım kavramı hakkında bilgi sahibi olduğu, **%**42,5'inin gebelik öncesi herhangi bir sebeple sağlık kontrolü yaptırdığı, %65,3'ünün gebelik döneminde tetanoz aşısı yaptırdığını, %26,1'inin gebelik öncesi folik asit kullandıkları ve %90,30'unun ise gebelik döneminde demir hapı kullandığı belirlendi (Tablo 6.4.).
- Katılımcıların şimdiki gebelikleri sırasında doğum öncesi eğitim alma durumlarına bakıldığında; %75'inin eğitim almadığı, doğum öncesi eğitim aldığını

belirten 90 kişinin eğitimi kimden aldıkları incelendiğinde ise, %26,7'sinin sağlık personelinden, %38,9'unun gebe eğitim kitaplarından, %34,4'ünün de internet üzerinden eğitim aldığı belirlendi (Tablo 6.5.).

- Primipar katılımcıların multipar katılımcılara göre TSOY-32 Ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark görülmüştür (U=7743,50; p<0,001). Primipar katılımcıların TSOY-32 Ölçek toplam puan ortalaması multipar katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; primipar katılımcıların multipar katılımcılara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark görülmüştür (Tablo 6.9.).

- Gebeliği planlı olan katılımcıların BAÖ puanı ile gebeliği planlı olmayan katılımcıların BAÖ puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık görülmüştür (U=10976,50; p<0,05). Gebeliği planlı olmayan gebelerin BAÖ puan ortalaması gebeliği planlı olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 6.10.).

- Gebeliği planlı olan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ile gebeliği planlı olmayan katılımcıların toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=9047,50; p<0,001). Gebeliği planlı olan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması gebeliği planlı olmayan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; gebeliği planlı olan katılımcıların gebeliği planlı olmayan katılımcılara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (Tablo 6.11.).

- Şimdiki gebeliğinde normal doğumu planlayan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ile sezaryen doğumu planlayan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=12354,00; p<0,01). Normal doğum planlayan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması sezaryen doğum planlayan gebelerin puan ortalamasından

daha yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; normal doğumu tercih eden katılımcıların sezaryen doğumu tercih eden katılımcılara göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (Tablo 6.13.).

- Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hakkında bilgi sahibi olan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek puanı ile prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgisi olmayan gebelerin ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=126833,00; p<0,01). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olmayan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek puan ortalaması prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlıkm kavramını hakkında bilgi sahibi olan gebelerin puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 6.14.).

- Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin, kavram hakkında bilgi sahibi olmayan gebelere göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan (U=11010,00; p<0,001) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Prekonsepsiyonel bakım kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin TSOY-32 Ölçeği toplam puanı kavram hakkında bilgi sahibi olmayan gebelerin puan ortalamasından yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramı hakkında bilgi sahibi olan gebelerin, kavram hakkında bilgi sahibi olmayan gebelere göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (Tablo 6.15.).

- Doğum öncesi eğitim alan gebelerin W-DEQ A Versiyonu puanı ile doğum öncesi eğitim almayan gebelerin ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (U=7813,00; p<0,001). Doğum öncesi eğitim almayan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek puan ortalaması doğum öncesi eğitim alan gebelerin puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 6.16.).

- Doğum öncesi eğitim alan gebelerin, doğum öncesi eğitim almayanlara göre TSOY-32 Ölçeği toplam puan (U=6579,50; p<0,001) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Doğum öncesi eğitim alan gebelerin, TSOY-32 ölçek toplam puanı doğum öncesi eğitim almayanların puan ortalamasından yüksektir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında; doğum öncesi eğitim alan gebelerin, doğum öncesi eğitim almayan gebelere göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (Tablo 6.17.).

- Araştırmaya katılan gebelerin BAÖ puan ortalamalarına göre anksiyete düzeylerinin dağılımları verilmiştir. Gebelerin sırası ile %11,1'i şiddetli düzeyde anksiyete, %38,6'sı orta düzeyde anksiyete, %39,2'si hafif düzeyde anksiyete, %11,1'i minimal düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur (Tablo 6.18.).

- Araştırmaya katılan gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımları belirtilmiştir. Gebelerin sırası ile %24,7'si klinik düzeyde, %46,1'i şiddetli düzeyde, %24,4'ü orta düzeyde, %4,7'si hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 6.19.).

- Araştırmaya katılan gebelerin TSOY-32 ölçek puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımları belirtilmiştir. Gebelerin sırası ile %14,2'si mükemmel, %11,7'si yeterli, %56,1 sorunlu-sınırlı, %18,1'i yetersiz sağlık okuryazarlığı yaşadığı bulunmuştur (Tablo 6.20.).

- Gebelerin BAÖ toplam puanı ile W-DEQ A Versiyonu ölçek toplam puanı (r=0,181; p<0,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde ilişki, BAÖ toplam puanı ile TSOY-32 Ölçek toplam puanı (r=-0,042; p<0,01) arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki görülmüştür.

- Çalışmaya katılan gebelerin W-DEQ A Versiyonu ölçek toplam puanı ile TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ($r=-0,232$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki görülmüştür (Tablo 6.21.).

7.3. Öneriler

- Doktor, ebe ve hemşireler sağlık hizmeti sundukları gebelerin öğrenim düzeyinin farkında olmalı ve buna yönelik açıklamalarda bulunmalıdır.

- Gebelik döneminde kadınların sağlık hizmeti alma sıklıkları artmaktadır. Gebenin her başvurusu genel sağlık durumunu değerlendirme ve eğitim verme için bir fırsat olarak görülmeli ve izlemler sadece nicelik olarak değil nitelik olarak da değerlendirilmelidir.

- Gebelerin sağlık okuryazarlığını düzeyini değerlendirmek amacıyla uygulanabilir ölçekler geliştirilmelidir.

- Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi için doğum öncesi eğitimlerin doğuma hazırlık sınıflarında sağlıkla ilgili bilgiye güvenilir erişim kaynakları konusunda bilgi verme ve onlarda farkındalık oluşturulması sağlanabilir.

- Sağlık okuryazarlığı konusu ilköğretim, lise ve üniversite müfredatında yer almalıdır.

- Gebelerin anksiyete düzeyini azaltmak için eğitim verirken daha az tıbbi terminoloji kullanılmalı, kısa açık ve net cümleler ile ifade edilmelidir.

- Doğuma hazırlık eğitimi ile gebelerin doğum korkularının giderilmesi ve bu eğitimlerin gebeler için ulaşılabilir ve anlaşılabilir olması sağlanmalıdır.

- Çalışma sonuçlarının ülke genelini temsil edebilmesi için farklı bölgelerde de çok sayıda kişiye uygulanması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Abacigil F, Harlak H, Okyay P, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. Health promotion international. 2018;1-10.

Abdollahpour S, Khosravi A. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian Pregnant Women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018, 23(1):45-50.

Adams S, Gian M, Eskild A. Fear of Childbirth an Duration of Labour, British Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012; 119 (10): 1238-1246.

Agency for Healthcare Research and Quality Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Rockville; AHRQ Publication; 2011.

Akaç Eİ. Gebe Kadınların Beslenme Bilgileri, Beslenme Alışkanlıkları Ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Bursa (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Tayar).

Akça E, Gökyıldız SŞ, Akbaş M. Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı Ve İlişkili Faktörler. 2020. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020; 8(3):630-642.

Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme raporu (2003-2010). Ankara, 2012.

Akgör U, Fadıloğlu E, Soyak B, Unal C, Cağan M, Temiz BE, Erzenoğlu BE, Ak S, Gültekin M, Özyüncü O. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. Archives of gynecology and obstetrics. 2021; 304(1), 125–130.

Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B. Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. Life Sciences (NWSALS). 2018; 13(2):11-20.

Aksoy AN. Doğum korkusu: Literatür değerlendirmesi. Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015; 2(3):161-165.

Aktan Vural G, Özdemir F. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi. Çukurova Medical Journal. 2020; 45: 352-361.

Aktaş D. Gökgöz N. Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Düşünce Ve Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; (1-2-3), 65-81

Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte Depresyon, Depresyona Etki Eden Faktörler Ve Gebelik Depresyonu İle Sosyal Destek Arasında İlişki. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, 2008; 459-460.

Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of Childbirth Before, During, and After Childbirth. Acta Obstetricia et Gynecologica. 2006; 85:56-62.

Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology MJCP ISSN. 2013; I(1):2282–1619.

Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. İçinde: Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 2007, ss: 296-303.

Al Sayah F, Williams B, Johnson JA. Measuring Health Literacy In Individuals With Diabetes: A Systematic Review And Evaluation Of Available Measures. Health Education & Behavior. 2012; 40(1):42-55.

Anya SE, Hydara A, Jaiteh LES. Antenatal care in The Gambia: missed opportunity for information, education and communication. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008; 8, 9.

Arch JJ. Pregnancy-Specific Anxiety: Which Women Are Highest And What Are The Alcohol-Related Risks? Compr Psychiatry Elsevier. 2013; 54:217–28.

Arkalı GT. Gebelikte Uyku Kalitesi İle Gebelik Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Aydın (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Keziban Amanak).

Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. Tepecik Eğit Hast Dergisi. 2011; 21(2): 79-84.

Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı Ve Ölçümü, TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13:327-334.

Atalay Z. Konya İl Merkezinde 1. 2. Ve 3. Trimesterlerinde Olan Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları İle Gebe Beslenmesi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Konya (Danışman: Prof. Dr. Didem Önay Derin).

Ateş T, Demirbağ BC. Hastane ve evde lohusalık dönemindeki annelerin konfor durumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK). 2021; 6(1):23-39.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety And Quality. Consultation Paper. Sydney, 2013.

Aydın D, Aba YA. Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Ile Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2019; 12(1).

Aykaç EG. Gebe Kadınlarda Mizaç Özelliklerinin Prenatal Bağlanma Özellikleri, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hakan Karaş)

Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Adana (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan).

Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. (2005). Huzurevinde Yasayan Yaşlıların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 4(1):227-239.

Bakshi R, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear Of Pregnancy and Childbirth. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2007;10.

Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okuryazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13(4):321-326.

Barut S, Uçar T. Gebelerde Doğum Öz yeterlilik Algısının Doğum Korkusu ile İlişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 11(2).

Başar F, Çiçek S. Annelerin Yeterli Prenatal Bakım Alma Durumları Ve Etkileyen Faktörler. OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2018; 9(16), 2574-2596.

Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Op. Dr. Esra Esim Büyükbayrak).

Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG. Maternal Prenatal Cortisol And Infant Cognitive Development: Moderation By Infant–Mother Attachment. Biol Psychiatry Elsevier. 2010; 67:1026–32.

Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010; 15, 9- 19.

Bıyık İ, Aslan MM. Gebelikte Eğitimin Doğum Korkusu Ve Sezaryen Oranlarına Etkisi. Kocaeli Med J. 2020; 9; 2:77-82.

Boylu İ. Gebelere Dinletilen Müziğin Ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusu Ve Öz-Yeterlilik Düzeyine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Özlem Duran Aksoy).

Bülbül F, Çöpoğlu ÜS, Demir B, Bulut M. Psikiyatrik Hastalığı Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören Gebe Hastaların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri Ve İzlem Sonuçları. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2014; 27: 21-26.

Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin Doğum Korkusu Ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının Incelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 25 (3):126-130.

Büyük DŞ. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Manisa (Danışman Yrd. Doç. Dr. Aynur Çetinkaya).

Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AY, Bektaş E, Ünal O, Turan C. Caesarean Delivery Or Vaginal Birth: Preference Of Turkish Pregnant Women And Influencing Factors. Journal of Obstetrics ve Gynaecology. 2010; 30(2):155-158.

Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. Journal of Midwifery & Women's Health. 2014; 59(2):192-197.

Centers for Disease Control and Prevention. Science says: Findings you can use. Retrieved May 26, 2014.

Chen HH, Lai JC, Hwang SJ, Huang N, Chou YJ, Chien LY. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. 2017; 44(4):369- 76.

Chiarelli L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. Canadian Public Health Association Publication; 2006.

Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. Prenatal Diagnosis. 2007; 27(5):463-467.

Collins SA, Currie LM, Bakken S, et al. Health Literacy Screening Instruments For Ehealth Applications: A Systematic Review. J Biomed Inform. 2012; 45(3):598-607.

Coşar F, Demirci N. Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi. 2012; 3(1):18-30.

Coşkuner Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlaci Y. Association Between Fear Of Childbirth And Maternal Acceptance Of Pregnancy. International Nursing Review. 2017; 64:576–583.

Çakar L, Şahin G, Yermen N. Otonom Sistemi Fizyolojisi : Tıbbi Fizyoloji , Textbook of Medical Physiology, Guyton AC, Hall JE. Editör: Ateş N. 20.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2002, ss: 248–52.

Çakır Koçak, Y. (2014). İlk Kez Anne-Baba Olacaklara Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dilek Çakır).

Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Turkish Family Physician. 2012; 3(2).

Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, ve Özbek R. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Sahada Izlemi Ve Değerlendirilmesi: Bursa Örneği. Türk Aile Hek Derg. 2014; 18(2): 63-69.

Çakmak P, Minareci Y, Yuvanç O, Var T, Güngör T, Mollamahmutoğlu L. Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı. Turk J Obstet Gynecol. 2006; 3:157-161.

Çelik H. Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu Ve Etkileyen Faktörler. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. Nuran Tosun)

Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Maternal Fizyoloji. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 2004; 161–76.

Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. DEUHFED. 2015; 8(4):263-268.

Çıtak Bilgin N, Coşkun H, Coşkuner Potur D, İbar Aydın E, Uca E. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology; 2020.

Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. Pregnant Women's Health Literacy In The South Of Iran. Journal Of Family & Reproductive Health. 2017; 11: 211-218.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2014; 36:429-441.

Daryani FE, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Yngyknd SG, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. BMC psychology. 2020; 8(1), 99.

Davis TC, Nolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler A, et al. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. Cancer Investigation. 2001; 19(2):193-200.

Dehestani H, Moshfeghy Z, Ghodrati F, Akbarzadeh M. The Relationship of Spiritual Health and Mother's Forgiveness With Her Anxiety in the Labor of the Pregnant Women. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. 2019; 7(2), 174–179.

Deliktaş A, Kukulu K. Pregnant women in Turkey experience severe fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis. Journal of Transcultural Nursing. 2019; 30(5): 501-511.

Demir G. Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Doğum Korkusu Düzeylerinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Öğr. Gör. Emine Ekici).

Demirbaş H, Kadıoğlu H. Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. MÜSBED. 2014; 4(4):200-206.

Demirsoy G, Aksu H. Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. Kadın Sağlığı ve Hemşireliği. 2015; 2:36-45.

Demšar K, Velikonja VG, Svetina M, Verdenik I. Fear of childbrith. Midwifery in the international context, challenges and visions for the future. In: Petročnik P, Došler A, Eds. Proceedings of scientific papers with peer review. Ljubljana: University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences. 2015; 135.

DeWalt DA, Hink A. Health Literacy And Child Health Outcomes: A Systematic Review Of The Literature. Euro Health Net. 2009; 124: 265-S74.

Doğru YS, Arslan E. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Anksiyete Düzeyi İle Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi. 2008; 553-543.

DSÖ (2019). Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017.

Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17(1): 140.

Durgun Ozan Y, Alp Yılmaz F. Is there a relationship between basic birth beliefs and pregnancy-related anxiety in Turkey. J Obstet Gynaecol Res. 2020; 46(10):2036-2042.

Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. Diabetes Care. 2004; 27, 331-34.

Erciyes Ü. Vajinal Doğum Yapan Lohusaların Gebelik Ve Doğum Deneyimleri Ve Doğum Şekline İlişkin Düşünceleri. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş).

Erdağ GÇ. Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A (Editörler). Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2015; 1-15.

Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 26-34.

Erkan R. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Funda Özdemir).

Ertan T. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008; 62:25-30.

Fairbrother N, Woody SR. Fear Of Childbirth And Obstetrical Events As Predictors Of Postnatal Symptoms Of Depression And Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Psychosomatic Obstetric ve Gynaecology. 2007; 28:239–242.

Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why Do Women Request Caesarean Section in A Normal, Healthy First Pregnancy? Midwifery. 2010; 26:394-400.

Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL. Effects of a midwife psycho education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15:284; 1-8.

Ferguson B. Health literacy and health disparities the role they play in maternal and child health. Nurs Womens Health. 2008; 12:286–98.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, Schanberg S, Kuhn C. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. Infant Behav Dev Elsevier. 2010; 33:23–9.

Filiz E (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, Konya (Danışman: Prof. Dr. Abdurrahman Said Bodur).

Filiz M. Türkiye'de Sezaryen Ameliyatlarına Yönelik Yapılan Çalışmaların İncelenmesi. AÇÜ Uluslarası Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; 6(4):74-83.

Fink N, Urech C, Cavelti M, Alder J. Relaxation During Pregnancy; What Are the Benefits for Mother, Fetus, and the Newborn? A Systematic Review of the Literature. J Perinat Neonat Nurs. 2012; 26 (4): 296–306.

Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. Midwifery. 2015; 31:865-870.

Geissbuehler V, Eberhard J. Fear Of Childbirth During Pregnancy: A Study Of More Than 8000 Pregnant Women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2002; 23(4):229-35.

Geldi B. Gebe Kadınlarda Stres Ve Doğum Korkusu İlişkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, 2020, Ordu (Danışman: Prof. Dr. Nülüfer Erbil).

Gordon DL. Women & Health Literacy. National Women's Health Report. 2004; 26(5), 1-8.

Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008; 32–46.

Greathouse K. "The "nightmare" of childbirth: the prevalence and predominant predictor variables for tokophobia in american women of childbearing age", In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology, A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology, Chicago. 2014; p2.

Guerra CE, Krumholz M, Shea JA. Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. Journal Health Care Poor Underserved. 2005; 16(1):152-166.

Guszkowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal. 2014; 27 (2):176-189.

Gülçelik F. Gebeliğin Planlanma Durumuna Göre Gebelikte ve Doğum Sonu Dönemdeki Doğum Korkusu Beklentisi ve Algısı. Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Yozgat (Danışman: Doç. Dr. Şule Ergöl).

Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu Ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri J GynecolObst. 2014; 24(1):36-41.

Güleç D, Öztürk R, Şen S, Güneri Er S. Hiperemezis Gravidarum ve Sağlıklı Gebeliklerde Psikolojik Semptomların Karşılaştırılması: Bir Olgu Kontrol Sunumu. Gaziantep Medical Journal. Gaziantep, 2014; 20(2):136-140.

Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan E. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2014; 1(2):32- 42.

Gümüşsoy S, Kavlak O. Gebelikte Fizyolojik Değişimler. Ü Sevil, G. Ertem içinde, Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitap Evleri, İzmir, 2016, s: 101- 124.

Güneysu S. Kadınların Doğum Öncesi Ve Sonrası Dönemde Doğum Korkusuna Ilişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. Elif Gürsoy).

Güngör İ. Babaların Doğuma Katılmasının Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, İstanbul (Danışman: Nezihe Kızılkaya Beji).

Güzel M. Zonguldak'ta Kadın Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerin Bilgi Tutum Ve Deneyimlerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Zonguldak (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Ali Kurçer).

Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Astedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. Scand J Caring Sci. 2017; 31(2): 293-301.

Haines HM, Pallant JF, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Toohill J. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. Sexual&Reproductive Healthcare. 2015; 6:204–210.

Hall HG, Cant R, Munk N, Carr B, Tremayne A. Fogarty S, Lauche R. The effectiveness of massage for reducing pregnant women's anxiety and depression; systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2020; 102818.

Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth: A Series of 26 Cases. The British Journal of Psychiatry. 2000; 176(1):83-5.

Hofberg K, Ward MR. Fear of Pregnancy and Childbirth. Postgraduate Medical Journal. 2003; 79(935):505–10.

Höjeberg P. Threshold women. In: Childbirth as Culture. Carlsson, Stockholm, 2000.

Huizink AC, Mulder EJH, Robles de Medina PG, Visser GHA, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev. 2004; 79(2): 81–91

Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study Of Primary Care in Japan, BMC Family Practice. 2013; 14(40):1-9.

Institute of Medicine (IOM). Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. Washington: The National Academies Press, 2013.

IOM. Health literacy: a prescription to end confusion. 2014, Washington DC: National Academies Press.

Irmawati Hadju V, Syamsuddin S, Arundhana Aİ The effect of listening to the recitation of Qur'an (Murottal Ar-Rahman surah) on the level of anxiety of pregnant women in Siti Fatimah maternal and child hospital. Enferm Clin.2020; 2:238-242.

Işık M. Adölesan Gebelerin Doğum Hakkında Bilgilendirilmesiyle Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Asiye Kocatürk).

Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A, Masoudy G. Relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women. Journal of Health Literacy. 2017; 2: 141-147.

İlyas P, Gülsüm Z, Atilla M. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Obstetri Polikliniğine Başvuran Gebelerin Folik Asit Bilgi, Farkındalık ve Kullanma Durumu. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi / Duzce Medical Journal. 2017; 19(3):65-69.

İsbir GG, Inci F, Onal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. Appl Nurs Res. 2016; 32:227-232.

İsbir GG, Serçekuş P, Çoker H. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Deneyimi ve Doğumdan Memnuniyet Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2015; 1(1):10-15.

Johnson RC, Slade P. Obstetric Complications And Anxiety During Pregnancy: Is There A Relationship? J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24:1–14.

Joshi C, Jayasinghe UW, Parker S, Del Mar C, Russell G, Lloyd J et al. Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? a multilevel analysis. BMC Family Practice 2014; 15(1):171-80.

Kabacoff RL. Psychometric Properties and Diagnostic Utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory With Older Adult Psychiatric Outpatients. Journal of Anxiety Disorders. 1997; 11 (1):33-47.

Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Nairobi: World Health Organization, 2009; 10-32.

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10: 1.

Kaptı Ata K, Hotun Şahin N. Gebelik Öncesi Beden Kitle Indeksinin Perinatal Ve Neonatal Sonuçlara Etkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2015; 46(4):112–117.

Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşire YO Derg. 2012; 20(3): 210-8.

Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? International Nursing Review. 2015; 63:60 (67).

Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2012; 20(3):210-218.

Karataş T. Gebelikte Bulantı ve Kusma İle Sosyal Destek arasındaki İlişkinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2012; 5(2):47-52.

Kaya A. (2020). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Öncesi İle İlgili İlişkinin İncelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2020, Konya.

Kendir Çopurlar C, Kartal M. What is health literacy? How to measure it? Why is it important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016; 10(1):42-7.

Kılınç AS, Çatak B, Sütlü S, Akın A. Dünya'da Ve Türkiye'de Kadın Sağlığının Durumu. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2012; 22(2), 3-10.

Kızılırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. App Nurs Res. 2016; 29: 19-24.

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

Kjaergaard H, Wijma K, Dykes A, Alehagen S. Fear of Childbirth in Obstetrically Lowrisk Nulliparous Women in Sweden & Denmark. J Reprod Infant Psych. 2008; 26:340-350.

Kocabaşoğlu N, Başer ZS. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi. 2008; 62:349-354.

Kocamanoğlu B. Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Samsun (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Rıfat Şahin).

Kocatürk A. Doğuma hazırlık. Gebe Okulu. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017, ss: 1-3.

Koçak V, Ege E. Prenatal Tarama Testi Uygulanan Gebelerin Anksiyete Düzeyi Ve İlişkili Faktörler. Genel Tıp Dergisi. 2016; 26(4):113-120.

Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. Iran J Nurs Midwifery Res. 2007; 12(4):146-52.

Korkmaz B. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Aydın).

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1):67-99.

Köken GN, Derbent AU, Erol O, Saygın N, Ayık H, Karaca M. Awareness And Use Of Folic Acid Among Reproductive Age And Pregnant Women. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2013; 1;14(2):87-91.

Kömürcü N. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 11. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul; 2000.

Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara; ss: 113-129.

Körükçü HÖ. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik güvenilirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2009, Antalya (Danışman: Doç. Dr. Kamile Kukulu).

Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Investigation of the relationship between the psychosocial health status and fear of childbirth in healthy pregnancies. Clinicial and Experimental Health Sciences. 2017; 7:152-8.

Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K. Tokofobi: Şiddetli doğum korkusu. In. Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikosomatik Yansımaları. Edit. Kabukcuoğlu K. 1. Baskı. Detay Yayınları: Ankara; 2017.

Körükcü Ö, Kukulu K, Fırat MZ. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) With Pregnant Women. J Ment Health Nurs. 2012; 19(3):193–202.

Kuş C. (2016). Eşi gebe olan Erkeklerde Anksiyete Düzeyinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, 2016, Kahramanmaraş (Danışman: Doç. Dr. Mustafa Haki Sucaklı)

Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy, 2006.

Kwee A, Cohlena BJ, Kanhai HH, Bruinsea HW, Gerard HA. Caesarean section on request: a survey ın the Netherlands. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2004; 113:186–190.

Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. What is the impact of theInternet on decision-making in pregnancy? A global study. 2011; 38: 336-345.

Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. Midwifery. 2009; 25(2):49–59.

Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG. 2008; 115(3): 354-360.

Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. Journal of affective disorders. 2020; 277, 5–13.

Leight KL, Fitelson EM, Weston CA, Wisner KL. Childbirth and Mental Disorders. International Review of Psychiatry. 2010; 22(5):453-471.

Liew SC. Folic Acid and Diseases - Supplement It or Not? Rev Assoc Med Bras (1992). 2016; 62(1):90-100.

Lindau ST, Basu A, Leitsch SA. Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal Pap smear: A prospective study. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(8):829-834.

Lindgren K. Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2005; 34:465-72.

Lowe NK. Self-Efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. J Psychosom Obstet Gyneco. 2000; 21(4):219-224.

Lukasse M, Vangen S, Qıan P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: A longitudinal study. Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica. 2011; 90(1):33-40.

Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care-a follow-up study. J Nurs Manag. 2010; 18:383-390.

Maharlouei N, Keshavarz P, Salemi N, Lankarani KB. Depression and anxiety among pregnant mothers in the initial stage of the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic in the southwest of Iran. Reproductive health. 2021; 18(1), 111.

Marakoğlu D, Demirer S, Özdemir D, Sezer H. Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyi. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2003; 6(2):73–79.

Mazúchová L, Škodová Z, Kelčíková S, Rabárová A. Factors associated with childbirth–related fear among slovak women. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2017; 8(4):742–748.

McCubbin JA, Lawson EJ, Cox S, Sherman JJ, Norton JA, Read JA. Prenatal maternal blood pressure response to stress predicts birth weight and gestational age : a preliminary study. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175:706-712.

Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth. 2002; 29:101-111.

Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi Ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri. 2017; 9(3).

Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. J Affect Disord 2008; 108:147–57.

Mojoyinola JK. Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. An International Multi-Disciplinary Journal. 2011; 5(3):28-39.

Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rolle L, Sechi C, Trovato A, et all. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. Women and Birth. 2018; 31:117–123.

Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. The Diabetes Educator. 2013; 39(5):638-646.

Musaoğlu E. Gebe Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Genital Hijyen Davranışları Ve Bunlarla İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Tip Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2021, Sakarya (Danışman: Prof. Hasan Çetin Ekerbiçer).

Nawapun K, Phupong V. Awareness Of The Benefits Of Folic Acid And Prevalence Of The Use Of Folic Acid Supplements To Prevent Neural Tube Defects Among Thai Women. Arch Gynecol Obstet. 2007; 276(1):53-7.

Nerum H, Halvorsen L, Sørlie T, Øian P. Maternal Request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented couseling? Birth. 2006; 33(3):221-8.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: National Academies Press. 2004; 31-55.

Nieminen K, Stephansson O, Ryding E. Women's Fear of Childbirth and Preferences for Caesarean Section - a Cross Sectional Study at Various Stages of Pregnancy in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; 88:807-813.

Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et all. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18:28.

Nilsson C, Lundgren I. Women's Lived Experience of Fear of Childbirth. Midwifery; 2009; 25:1-9.

Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International. 1998; 13(4):349-64.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15(3):259-267.

O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Br J Psychiatry RCP, 2002; 180:502–8.

Oğurlu M. Gebelerde Eş Şiddetinin Doğum Korkusuna Etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, 2020, Ordu (Danışman: Prof. Dr. Nülüfer Erbil).

Ohnishi M, Nakamura K, Takano T. Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. Health Policy. 2005; 72(2):157-64.

Okumuş F, Şahin N. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. North Clin Istanb. 2017; 4(3):247-256.

Okyay P, Abacigil F. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara; 2019, ss: 10-5.

Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. BMC pregnancy and childbirth. 2017; 17(1):195.

Onrat T. Gebelerde Anksiyete Ve Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. Fatma Deniz Sayıner).

Oymak B. Bazı Gebelerin Gebelikte Beslenme, Anne Sütü Ve Bebek Beslenmesine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sare Mıhçıokur).

Öner C, Çatak B, Sütlü S, Kılınç S. Effect of Social Factors on Cesarean Birth in Primiparous Women: A Cross Sectional Study Iran. J Public Health. 2018; 45(6):768-73.

Özen Gün E. Primipar Ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu Ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Konya (Danışman: Prof. Dr. Emel Ege).

Özer E. Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi. Sağlik Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gülten Güvenç).

Özkan İA, Mete S. Pregnancy Planning And Antenatal Health Behaviour: Findings From One Maternity Unit In Turkey. Midwifery. 2010; 26, 338–347.

Özorhan EY, Apay SE, Altun ÖŞ. Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2014; 3(2):33-42.

Öztürk B. Gebelerde Prenatal Bağlanma Ve Durumluk Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Sivas (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Erbaş)

Öztürk E. Algılanan Sosyal Desteğin Prenatal Bağlanma Ve Gebelikte Yaşanan Anksiyete Üzerine Etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, (Danışman: Danışman: Doç. Dr. Aslı Göker).

Paasche Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. MS. The Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine. 2005; 20:175-184.

Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. Birth. 2008; 35(2):121–8.

Parla S. Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı Ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu İle İlişkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Sivas (Danışman: Prof. Dr. Zehra Gölbaşı)

Pazarözyurt A. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Hava Özkan).

Peiravian F, Rasekh HR, Hashemi HJ, Mohammadi N, Jafari N, Fardi K. Drug Literacy in Iran: the Experience of Using "The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool". Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR. 2014; 13(Suppl), 217.

Pirdehghan A, Eslahchi M, Esna-Ashari F, Borzouei S. Health literacy and diabetes control in pregnant women. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020; 9: 1048.

Ravlı E. Kadınların Sezaryen Ve Normal Doğum Yapma Nedenlerinin Belirlenmesi. ME. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Mersin.

Reiger K, Dempsey R. Performing birth in a culture of fear: An embodied crisis of late modernity. Health Socioology Review. 2006; 15:364-373.

Resmi Gazete, 12 Temmuz 2012 Perşembe, Sayı : 28351.

Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. Journal of Anxiety Disorders. 2016; 44:80–91.

Roundy K, Cully JA, Stanley MA. Are anxiety and depression addressed in primary care patients with chronic obstructive pulmonary disease? Journal Clinical Psychiatry. 2005; 7 (5):213-215.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009; 116:67–73.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. Mental Health Problems Common in Women with Fear of Childbirth. BJOG. 2011; 118: 1104-1111.

Rouhe H, Aro KS, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obstetric outcome after ıntervention for severe fear of childbirth ın nulliparous women randomised trial. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2013; 120:75–84.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, Saisto T. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. Psychosom Obstet Gynaecol, 2014; Early Online: 1–9.

Rouhe H. Fear of Childbirth. Academic Dissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology. Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Helsinki Unigrafia, Finland, 2015.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding E, Saisto T. Group Psychoeducation With Relaxation For Severe Fear of Childbirth Improves Maternal Adjustment and Childbirth Experience – A Randomised Controlled Trial. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2015; 36(1):1-9.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Life Satisfaction, General Well Being and Cost of Treatment for Severe of Fear of Childbirth in Nulliparous Women By Psychoeducative Group or Conventional Care Attendance. Nordic Federation of Societies of Obstetric and Gynecology. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2015; 94:527-533.

Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. Acta Obstetica et Gynecologica Scandinav. 2003; 82:10–17.

Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An Evaluation Of Midwives' Counseling Of Pregnant Women In Fear Of Childbirth. Acta Obstet Gyneco Scand. 2015; 82(1):10–17.

Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg I, Sjogren B, Edman G. Personality and Fear of Childbirth. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2007; 86 (7):814-820.

Saatçioğlu Ö. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklasımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001; 11(1): 60–77.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Doğum Öncesi Bakım Rehberi, Ankara, 2018.

Salımlı N. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine Başvuran 28 Hafta Üzeri Nullipar Gebelerin Doğum Korkusu Ve Doğum Şekli Tercihleri Arasında İlişki: Kesitsel Araştırma. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2021, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur).

Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2001; 108(5):492–8.

Saisto T, Halmesmaki E. Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma. Acta Obstetica et Gynecologica Scandinavica. 2003; 82:201-208.

Sayıner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; (2)3: 143-8, 2009.

Schetter DC, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry. 2012; 25(2):141-8.

Selden CR, Zorn M, Ratzan S, Parker RM. Health literacy; current bibliographies in medicine. National Institue of Health CBM. U.S. Department of Health and Human Services. 2000; 1-33.

Sen E, Dal NA, Dağ H, Senveli S. The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. Nursing Practice Today. 2015; 2(1):25-33.

Serçekuş P. Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, İzmir (Danışman: Prof.Dr. Hülya Okumuş).

Serçekuş P, Başkale H. Effects Of Antenatal Education On Fear Of Childbirth, Maternal Self-Efficacy And Parental Attachment. Midwifery. 2016; 34:166-172.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery. 2007; 25(2):155–162.

Shieh C, Halstead JA. Understanding The Impact Of Health Literacy On Women's Health, Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, Pubmed, National Center For Biotechnology Information. 2009; 38:601-612.

Sidorenko VN. Clinical Application of Medical Resonance Therapy Music in High-Risk Pregnancies. Integrative Physiological and Behavioral Science. 2000; 35(3):199-207.

Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth ın 100 pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1997; 18:266-272.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12(1):80.

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health. 2015; 25(6):1053-8.

Springer D, Jiskra J, Limanova Z, Zima T, Potlukova E. Thyroid in pregnancy: From physiology to screening. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. 2017; 54:2.

Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 10(10).

Stein DJ, Ipser JC, Balkom AJ van. Pharmacotherapy for social anxiety disorder. Cochrane Libr, 2004.

Stevenson-Hinde J, Shouldice A, Chicot R. Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. Attach Hum Dev Routledge. 2011; 13:199–215.

Stoll K, Fairbrother N, Thordarson DR. Childbirth fear: Relation to birth and care provider preferences. K Psych J MidwiferyWomens Health. 2018; 63: 58–67.

Storksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15(1):1-10.

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

Süt HK, Süt N. Gebelik trimesterlerine göre anksiyete ve depresyon. 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Adana, 26-29 Mayıs 2016. Bildiri kitabı, PP 059.

Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Balkan Med J. 2010; 27:51-8.

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2009; 40(2):57-62.

Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Family Practice. 2012; 13(1):49-60.

Taghizdeh Z, Ebadi A, Dehghani M, Gharacheh M, Yadollahi P. A time for psychospiritual transcendence: The experiences of Iranian women of pain during childbirth. Women and Birth. 2017; 30:491–496.

Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2014:17-52.

Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. HSP. 2016;3(3):140–147.

Tatar Çiçek GM. Kahramanmaraş İl Merkezindeki Gebe Kadınların Anne Sütü Ve Bebek Beslenmesine İlşkin Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. Osman Günay).

Taş F, Gülpak M, Oktay A A, Demir N. Kadın doğum ve çocuk hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2019; 14(1):24-30.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2012.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Özyurt Matbaacılık, Ankara; 2020.

Taşçı Duran E. Ünsal Atan Ş. Kadınların sezaryen/ vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(3):83-88.

T.C. Resmi Gazete. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. 09 Aralık 2004. Sayı: 25665, Ankara.

Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2005.

Toker S, Çıtak G. Türkiye'de Üreme Çağındaki Kadınların Güncel Sağlık Göstergeleri, TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 1: 72-84.

Toksoy KH. Primipar Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Emzirme Tutumu Arasındaki İlişki. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Büşra Cesur).

Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D K, Buist A, Ryding E L. Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: an Australian study. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014; 4:531-543.

Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D. Pregnancy and Childbirth. 2014; 14:274.

Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13(78):1-8.

Tunç S, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S, Danışman N. Antenatal Dönemde Anksiyete ve Depresyonun Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. The Journal of Gynecology-Obsestrics an Neonatology. 2012; 9(35):1431-1435.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SB). (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (Yayın No. 814).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018, Ankara.

Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 4(2):54-58.

Uçum EY, Kitapçıoğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5(13):108-118.

Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. 1998, Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J. Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. 1998; 12:163-172.

Unutkan A. Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları Ve Konforuna Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Antalya (Doç. Dr. Hatice Balcı Yangın).

US Department of Health and Human Services. National action plan to improve health literacy. US Department of Health & Human Services, 2010.

Uslukaya A. Gebelerin Covıd-19 Pandemisi İle İlişkili Korku Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2021, Sakarya (Danışman: Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer).

Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A and Rowlands G. Psychosocial Correlates of Health Literacy Among Older Patients with Coronary Heart Disease. Journal of Health Communication: International Perspective. 2010; 15(7):788-804.

Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(2):110-115.

Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. Child Dev. 2004; 75:1085-1097.

Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65(7):805-815.

Veronica PA, Enggar Lastri GE, Rafiah S. The effect of prenatal yoga on the anxiety level of pregnant women. Enferm Clin. 2020; 6:331-334.

Vırıt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008; 45(1):9-13.

Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2006; 85(5):551-60.

Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of chilbirth and ıts association with subsequent caeserean section and experince of childbirth. BJOG. 2006; 113:638-646.

Wiklund I, Edman G, Andolf E. Caesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth ad signs of depression among first-time mothers. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2007; 86:451-456.

World Health Organization. (2013). Health literacy: The solid facts.

Yamamoto S, Wada Y. Awareness, use and information sources of folic acid supplementation to prevent neural tube defects in pregnant Japanese women. Public Health Nutrition. 2018; 21(4), 732-739.

Yaşar Ö. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri Ve Bunu Etkileyen Faktörler. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, 2006, Afyon (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Figen Kır Şahin).

Yeşilçınar İ, Şahin E, Mercan D. Postpartum Dönemdeki Kadınların Sağlık Okuryazarlığı ile Geleneksel Uygulamalara Başvurmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021; 15: 594- 601.

Yıldırım F, Keser A. (2015). Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, 2015.

Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 2001; 1(4):49-58.

Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Ünal AK, Küçükoğlu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018; 26(1), 31-43.

Yılmazel G, Büyükkayacı-Duman N, Güngör T. Doğurgan yaş grubundaki kadınlarda folik asit kullanımı, bilgi ve farkındalığı. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2015; 12(6):209-12.

Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(1):69-74.

Yurtsal Z, Eroğlu V. Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Gebelik Deneyimi Için Tavsiye Ettiği Rutin Doğum Öncesi Bakımı Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020; 29(3):197–206.

Zar M, Wijma K. Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy. 2001; 30(2):75–84.

9. EKLER

Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Bu anket formu Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan ***" Gebelerde Sağlık Okur Yazarlığı, Anksiyete ve Doğum Korkusu Arasındaki İlişki"*** başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır.Buradaki bilgileriniz tamamen gizli kalacaktır, yalnız bilimsel amaçla kullanılacaktır. Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonucu açısından önemlidir. Araştırmaya katılmak isteğinize bağlıdır. Teşekkür ederiz.

Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Coşkuner Potur

Hemş. Filiz Soyhan

1.Yaşınız.....

2.Boy uzunluğunuz.....cm

3. Şu an ki vücut ağırlığınız.....kg

4.Gebelik öncesi vücut ağırlığınız.....kg

5. Eğitim durumunuz 1)Okur-yazar 2)İlköğretim 3)Ortaöğretim 4)Üniversite 5)Yüksek lisans/doktora

6.Çalışma durumunuz1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor

7.Ekonomik durumunuz 1) Geliri giderinden az 2) Gelirim giderime denk 3) Gelirim giderimden fazla

8. Aile tipiniz 1)Çekirdek aile 2)Geniş aile

9.Evlilik süreniz.....

10.Sürekli ilaç kullandığınız bir hastalığınız var mı?

1)Yok 2)Var (açıklayınız).....

11. Sigara kullanma durumu 1)Evet (Günde kaç adet.....) 2)Hayır 3) Bıraktım (Bırakma süresi.....)

12. Alkol kullanma durumu 1)Evet (Miktar.....) 2)Hayır 3) Bıraktım (Bırakma süresi.....)

13. Bağımlılık yapıcı diğer madde kullanma durumu 1)Evet 2)Hayır 3) Bıraktım (Bırakma süresi.....)

14.Kaçıncı gebeliğiniz?.....

15.Şuan kaç haftalık gebesiniz? Yazınız.....

16.Daha önce hiç düşük yaptınız mı? 1)Hayır yapmadım 2)Evet yaptım (16. soruya yanıtınız hayır ise 18. soruya geçiniz.)

17.Düşük sayısı.....

18.Daha önce hiç küretaj oldunuz mu? 1)Hayır olmadım 2)Evet oldum (18. soruya yanıtınız hayır ise 20. soruya geçiniz.)

19.Küretaj sayısı.....

20.Yaşayan çocuk sayınız?..... (yaşayan çocuk yok ise 22. Soruya geçiniz)

21. Daha önce doğum yaptı iseniz doğum şekliniz? (Sebebini belirtiniz.)

1. Doğum Normal doğum(Neden.....)
2)Sezaryen(Neden.....)

2. Doğum Normal doğum (Neden.....)
2)Sezaryen(Neden.....)

3. Doğum Normal doğum (Neden.....)
2)Sezaryen(Neden.....)

22. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1)Evet planlıydı 2)Hayır planlı değildi.

23. Doğum şekli tercihi(Sebebini belirtiniz.)

1)Normal doğum (Neden.....)
2)Sezaryen(Neden.....)

24. Gebelik süresince kaç kez kontrole gittiniz?.....

25.Gebelik öncesi (Prekonsepsiyonel) bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu? 1)Evet 2)Hayır

26.Gebelik öncesi sağlık kuruluşuna başvurup sağlık durumunuza yönelik kontrol yaptırdınız mı? 1)Evet 2)Hayır

27. Gebelikte tetanoz aşısı yaptırdınız mı? 1)Evet 2)Hayır

28. Gebe kalmadan önce Folik asit kullandınız mı? 1)Evet 2)Hayır

29. Gebelikte Demir hapı kullandınız mı? 1)Evet 2)Hayır

30.Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı? 1)Evet 2)Hayır (Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.)

31. Kimden eğitim aldınız? 1) Sağlık personelinden 2) Gebe eğitim kitaplarından 3) Doğum öncesi eğitim sınıfları 4) İnternetten 5)Diğer.....

32.Hangi konularda eğitim aldınız? 1)Doğum 2)Emzirme 3)Bebek bakımı 4)Beslenme 5)Diğer.....

33. Verilen eğitimi yeterli buldunuz mu? 1)Evet 2)Hayır

34. Verilen bilgileri anlamakta zorlandınız mı? 1)Evet 2)Hayır

35. Doğumdan sonra çocuğunuzu emzirmeyi düşünüyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

36. Aşağıdaki konulardan bilmediğiniz ya da merak ettiğiniz konuları araştırdınız mı? Evet ise bilgi kaynakları işaretleyiniz.

Konu	Araştırma yapma durumu	Bilgi kaynağı
Gebelik	1)Evet 2)Hayır	1.Kitap O 2.İnternet/blog O 3.Sosyal medya O 4.Sağlık personeli (doktor, ebe hemşire) O 5.Çevremdeki deneyimli kişiler (anne, abla, akraba komşu) O
Doğum şekli	1)Evet 2)Hayır	1.Kitap O 2.İnternet/blog O 3.Sosyal medya O 4.Sağlık personeli (doktor, ebe hemşire) O 5.Çevremdeki deneyimli kişiler (anne, abla, akraba komşu) O
Doğum ağrı ile baş etme	1)Evet 2)Hayır	1.Kitap O 2.İnternet/blog O 3.Sosyal medya O 4.Sağlık personeli (doktor, ebe hemşire) O 5.Çevremdeki deneyimli kişiler (anne, abla, akraba komşu) O
Doğum sonu dönem	1)Evet 2)Hayır	1.Kitap O 2.İnternet/blog O 3.Sosyal medya O 4.Sağlık personeli (doktor, ebe hemşire) O 5.Çevremdeki deneyimli kişiler (anne, abla, akraba komşu) O
Bebek bakımı	1)Evet 2)Hayır	1.Kitap O 2.İnternet/blog O 3.Sosyal medya O 4.Sağlık personeli (doktor, ebe hemşire) O 5.Çevremdeki deneyimli kişiler (anne, abla, akraba komşu) O

37. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

38. Kendi kendine meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz?

1)Her ay düzenli 2)Düzenli olarak yapmıyorum, aklıma geldikçe

39. Reçetesiz/danışmadan ilaç kullanma alışkanlığınız var mı? 1)Var 2)Yok

40. En son ne zaman pap smear (simir) testi yaptırdınız? 1) Hiç yaptırmadım 2)Şimdiki gebeliğimden önce

41. Doğumdan sonra aile planlaması yönemi tercihiniz nedir? 1)Yok 2) Prezervatif 3)Geri-çekme 4)Spiral 5)Doğum kontrol hapı 6)Diğer.....

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (Ek-2)

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini ''fikrim yok/çok zor/zor/kolay/çok kolay'' seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

BeckAnksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-3)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi nekadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	**Hafif Düzeyde** *Beni pek etkilemedi*	**Orta Düzeyde** *Hoş değildi ama katlandım*	**Ciddi Düzeyde** *Dayanmakta çok zorlandım*
1	Bedeninizin herhangibir yerinde uyuşma veya karıncalanma	⓪	①	②	③
2	Sıcak/ ateş basmaları	⓪	①	②	③
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	⓪	①	②	③
4	Gevşeyememe	⓪	①	②	③
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	⓪	①	②	③
6	Başdönmesi veya sersemlik	⓪	①	②	③
7	Kalp çarpıntısı	⓪	①	②	③
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	⓪	①	②	③
9	Dehşete kapılma	⓪	①	②	③
10	Sinirlilik	⓪	①	②	③
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	⓪	①	②	③
12	Ellerde titreme	⓪	①	②	③
13	Titreklik	⓪	①	②	③
14	Kontrolü kaybetme duygusu	⓪	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	⓪	①	②	③
16	Ölüm korkusu	⓪	①	②	③
17	Korkuya kapılma	⓪	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	⓪	①	②	③
19	Baygınlık	⓪	①	②	③
20	Yüzün kızarması	⓪	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	⓪	①	②	③

WijmaDoğumBeklentisi/DeneyimiÖlçeği (W-DEQ) A versiyonu (Ek-4)

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 güvenli

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 sağlamasına 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

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?