

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN  
KADINLARDA DOĞUM KORKUSU VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**HATİCE ÇELİK**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP  
2020**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ LE GEBE KALAN  
KADINLARDA DOĞUM KORKUSU VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**HATİCE ÇELİK**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın  
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Nuran TOSUN  
**GAZİANTEP**

**2020**

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her adımında bana yardımcı olan, beni yönlendiren, desteğini, hoőgörsünü, sabrını, bilgisini, öneri ve tecrübelerini büyük bir emekle gösteren çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nuran Tosun'a;

Tez çalışmamda desteğini esirgemeyen Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi Hekimi Sayın Ali Ovayolu'na;

Yüksek lisans çalıőmamın ve hayatımın her adımında yanımda olan, bana her koşulda inanan anneme, babama ve kardeőlerime, tez çalıőmama katılan anne olma yolunda özveriyle çalıőıp bu duyguyu hak etmiő olduğunu düşündüğüm tüm gönüllü katılımcılara

Sonsuz teşekkür ederim.

Hatice ÇELİK

## ÖZET

**Hatice ÇELİK, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörler, hemşirelik anabilim dalı tezli yüksek lisans programı Gaziantep 2020**Bu tez çalışması; yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı. Araştırma, Haziran 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında, gerekli izinler alınarak, Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde uygulandı. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında belirtilen poliklinikte doğum öncesi takipleri yapılan, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan, 28-40. gebelik haftasında olan, araştırmaya katılmaya kabul eden ve Türkçe iletişim kurulabilen 160 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Veri Toplama Formu” ve “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu” kullanıldı. Veriler, kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilerek onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek toplandı. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 22.0 paket programı kullanılarak, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, ANOVA, Kruskal-Wallis H, Mann-Whitney U, Ki-kare testleri ve Korelasyon analizleri ile yapıldı. Kadınların W-DEQ puan ortalamasının  $56,23 \pm 19,40$  olduğu, %54,4’ünün orta ve %23,1’inin ağır derecede korku yaşadıkları saptandı. Gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım eğitimi almayan kadınların W-DEQ puan ortalamalarının ( $60,88 \pm 20,05$ ) eğitim alan kadınlardan ( $52,52 \pm 18,14$ ) anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve daha fazla doğum korkusu yaşadıkları bulundu ( $p < 0,05$ ). Daha önce düşük deneyimi olan, kırsal bölgede yaşayan ve eşleri çalışmayan kadınların doğum korkusu düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunu azaltmak için hemşirelerin gebelik süresince kadınlara düzenli eğitim vermeleri ve danışmanlık yapmaları, kadınların doğum korkularını geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirmeleri, sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini dikkate almaları önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** doğum korkusu, yardımcı üreme teknikleri, gebelik, hemşirelik

## ABSTRACT

**Hatice ÇELİK, fear of childbirth and affecting factors in pregnant women conceiving with assisted reproductive techniques, nursing master's degree program with thesis Gaziantep 2020**

This study was conducted as a descriptive research to investigation of fear of childbirth and affecting factors in pregnant women conceiving with assisted reproductive techniques. The research was conducted between June 2019 and February 2020 in Gaziantep CengizGökçek Obstetrics Gynecology and Children's Hospital, Obstetrics & Gynecology Department with institutional permissions. The sample of the study consisted of 160 women who had prenatal follow-ups in the department specified between the dates of the study, conceived with assisted reproductive techniques, were at 28-40 weeks of gestation, volunteer to participate in the study and could communicate in Turkish. "Data Collection Form" and "The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) Version A" were used to collect data. The data were collected by the researcher through face-to-face interviews after the women were informed about the study and their consents were obtained. The statistical analysis of the data obtained from the research was done by using the IBM SPSS Statistics 22.0 package program and the Independent Samples T Test, ANOVA, Kruskal-Wallis H, Mann-Whitney U, Chi-square tests and Correlation analysis were used. It was determined that the mean W-DEQ score of the women was  $56.23 \pm 19.40$ , 54.4% of them had moderate fear and 23.1% had severe fear. It was found that the mean W-DEQ score ( $60.88 \pm 20.05$ ) of the women who did not receive prenatal care training during their pregnancy was significantly higher than the women who received education ( $52.52 \pm 18.14$ ) and they experienced more fear of childbirth. The levels of fear of childbirth were found to be significantly higher in women who had a previous experience of miscarriage, lived in rural areas and whose husbands were not working in a job. According to the results obtained from the research; in order to reduce the fear of childbirth in pregnant women who conceive with assisted reproductive techniques, it is recommended that nurses provide regular training and counselling to women during pregnancy, evaluate their childbirth fears with valid and reliable measurement tools, and take into account their socio demographic and obstetric characteristics.

**Key words:** fear of childbirth, assisted reproductive techniques, pregnancy, nursing

## İÇİNDEKİLER

### TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR .....	I
ÖZET .....	II
ABSTRACT .....	III
İÇİNDEKİLER .....	IV
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI .....	VI
TABLolar DİZİNİ .....	VII
SEMBOLLER- KISALTMALAR .....	VII
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı .....	1
1.2. Çalışmanın Amacı .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>4</b>
2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı .....	4
2.2. İnfertilitenin Risk Faktörleri ve Nedenleri .....	4
2.3. Yardımcı Üreme Teknikleri .....	5
2.4. İnfertilite Hemşireliği .....	7
2.5. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri .....	8
2.6. Doğum Korkusu .....	8
2.7. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu .....	10
2.8. Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi ve Doğum Korkusunda Hemşirelik Bakımı..	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>14</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	14

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	14
3.4. Araştırmanın Etik Yönü .....	14
3.5. Verilerin Toplanması .....	15
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	16
3.7. Verilerin Analizi .....	16
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>18</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>29</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>34</b>
6.1. Sonuçlar .....	34
6.2. Öneriler .....	34
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellebilirliği.....	35
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>36</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>43</b>
EK-1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
EK-2 Etik Kurul Kararı	
EK-3 Gaziantep Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	
EK-4 Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Kullanım İzni	
EK-5 Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu	
EK-6Veri Toplama Formu	
EK-7WijmaDoğumBeklentisi/DeneyimiÖlçeği (W-DEQ) A Versiyonu	
EK-8İntihal Raporu	
EK-9Sorumlu Araştırmacı Özgeçmişi	

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (N=160).....	18
Tablo 4.2. Kadınların İnfertilite ile İlgili Özellikleri (N=160).....	19
Tablo 4.3. Kadınların Obstetrik ve Tıbbi Özellikleri (N=160).....	20
Tablo 4.4. Kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Maddelerine Verdikleri Puan Ortalamaları ve Ölçek Toplam Puan Ortalaması (N=160) .....	22
Tablo 4.5. Kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puanlarına Göre Doğum Korkusu Düzeyleri (N=160) .....	23
Tablo 4.6. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160) .....	24
Tablo 4.7. Kadınların İnfertilite Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160).....	25
Tablo 4.8. Kadınların Obstetrik ve Tıbbi Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160) .....	26
Tablo 4.9. Kadınların Bazı Sosyodemografik, İnfertilite ve Obstetrik Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=160).....	27
Tablo 4.10. Kadınların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile Doğum Korkusu Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=160) .....	28

## SEMBOLLER VE KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TNSA : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

GIFT : Gamet İnter Fallopiyan Transferi

ZIFT : Zigot İnter Fallopiyan Transferi

IVF : In Vitro Fertilizasyon

ET : Embriyo Transferi

W-DEQ: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

İnfertilite, reproduktif çağda çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde, herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan, en az bir yıl süreyle düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır(1-4). Dünya genelinde infertilite oranlarının gelişmiş ülkelerde %3,5-6,7 ve az gelişmiş ülkelerde %6,9-9,3 oranında olduğu bildirilmektedir. Genel prevalans %9 olup yılda yaklaşık 70 milyon çifte infertilite tanısı konulmaktadır (2, 4-6). Türkiye’de yaklaşık 2 milyon kişinin infertil olduğu bildirilmektedir (2,7).

İnfertilite; uzun zaman alabilen, çiftlerin her ikisi için de duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, psikolojik olarak tehdit edici, tanı ve tedavi nedeni ile yapılan işlemler sonucunda fiziksel olarak acı veren ve cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açan karmaşık bir yaşam krizidir. Günümüzde infertilite, yalnızca bireysel olarak değil milyonlarca çifti etkilenmesi nedeniyle, aile içi ve toplumsal problemlere yol açabilen bir sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır (8-10).

Çocuk sahibi olamamak, toplumun değer yargılarına göre genellikle çiftin aile olma rolünü gerçekleştirememesi şeklinde yorumlanmakta ve bu durum çiftlerde bazı psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olma arzusu güçlü ve zorlayıcı olabileceğinden infertilitenin etkileri psikolojik strese, hüznün, kaygı, depresyon, sosyal izolasyona neden olabilir (8, 10-14). İnfertilite çiftlerin sorunu olduğu halde kadınların erkeklerden daha yoğun düzeyde stres ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir. İnfertilite kadınlar açısından; doğurganlık fonksiyonunu gerçekleştirememe, annelik duygusunu ve sosyal rolleri (hamilelik, lohusalık gibi) yaşayamama, toplumdan ve çevreden dışlanma hissi, yalnızlık, benlik saygısında azalma, kontrol kaybı anlamına gelebilmektedir (14-18).

Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı, kadının doğum eylemine ve anneliğe hazırlandığı bir dönemdir. Doğum çoğu kadın için doğal ve fizyolojik bir olay olmasına karşın, sonucu önceden tahmin edilmeyen, belirsizliklerin olduğu, hem anne hem de bebek için morbidite ve mortalite riski taşıyan bir süreç olduğu için korku dolu bir olay olarak görülmektedir. Hemen her kültürde doğum, kontrol kaybı, ağrı ve ölüm korkusu ile ilişkilendirilebilir (19-24). Gebelerin %80’inin hafif, %20’sinin

orta ve %6-10'unun şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadıkları, bu oranın kültürlere ve ülkelere göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir (19, 22, 25). Türkiye'deki gebe kadınların %38'inin hafif düzeyde, %38'inin orta düzeyde ve %23'ünün şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (26-28).

Gebelik istenmiş ve planlanmış olsa bile, doğum sırasındaki ağrı, tıbbi girişimler, bebeğin zarar görme ihtimali, doğum komplikasyonları, doğum sırasında sağlık personelinin yeterli destek ve bakım alamama, doğumun nasıl olacağını bilmeme, sezaryen doğumun gerekmesi, epizyotomi, kendini yeterli görmeme, kontrol kaybı gibi konular gebelerde korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca ilk doğum, erken doğum yaşı, ileri doğum yaşı, düşük sosyoekonomik durum, yetersiz aile ve eş desteği, önceki olumsuz doğum deneyimleri, kronik hastalıklar, inançlar, kişilik özellikleri ve infertilite tedavisi ile gebe kalma doğum korkusu ile ilişkili faktörler olarak belirtilmektedir (19, 22, 23, 25, 29-33). Doğum korkusu gebenin günlük yaşamını etkileyebilmekte, huzursuzluk, uyku problemleri, ağlama, taşikardi, fiziksel aktivite ve yeme davranışlarında değişiklikler görülebilmektedir. Doğum korkusu özellikle şiddetli düzeyde olduğunda, doğum eyleminin gidişini olumsuz etkileyerek maternal ve neonatal komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (19, 22, 23, 32).

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar, gebelikleri süresince farklı fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler. İnfertilite sonrası kadın gebe kalsa bile gebeliği kabullenememe, doğum korkusu, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, depresyon gibi sorunlar görülebilmektedir (34). İnfertil kadınların %20-40'ında başarılı bir tedaviden sonra bile depresyon ve anksiyete belirtileri, tedavinin psikolojik yükü, gebeliğe özgü kaygı, çoğul gebelik, yüksek riskli gebelik, erken doğum, ileri yaşın getirdiği riskler ve fetal kayıp gibi gebelikle ilgili doğum korkusuna karşı savunmasız olabilirler. Bunun sonucunda kadınlar, hamilelik, doğum veya doğum sonrasında hastalıklardan korkma, ölüm, malformasyon ve prematüre doğum gibi olgulardan kendiliğinden gebe kalan kadınlara göre daha yüksek korku duyduğu bildirilmektedir (20, 35).

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunu inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Konu ile ilgili bir çalışmada infertilite süresi yedi yıl ve daha fazla olan gebelerde doğum korkusunun yüksek olduğu bildirilmiştir (20). Salevaara ve arkadaşlarının(2016) çalışmasında IVF ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu daha yüksek olmakla birlikte oosit donasyonu ile arasında anlamlı fark bulunmamıştır (36).

Dornelles ve arkadaşlarının niteliksel çalışmasında (2016) yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar mutluluk ve korkuyu bir arada yaşadıklarını, korkularının nedeni olarak gebelik veya doğum sırasında bebeklerinin ölmesi, prematüre doğması ve yenidoğan yoğun bakımda yatmak zorunda olmaları şeklinde ifade etmişlerdir (35). Türkiye’de gebelerde doğum korkusu konusunda yapılmış çalışmalar bulunmakla birlikte, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusuna yönelik çalışma bulunmamaktadır. Kısmen benzer bir çalışmada yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda ve eşlerinde bebeğini kaybetme korkusunun anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirilmiştir(37).

Gebelere bakım veren hemşirelerin doğum korkusu hakkında yeterli bilgi sahibi olması, doğum korkusuna bakım planında yer vermesi, gebeyi kendi bakımına dahil etmesi ve birey merkezli bakım vermesi önemlidir. Hemşirenin öncelikle yapması gereken uygulama, doğum korkusu yönünden kadını değerlendirmek ve hemşirelik tanısı koymaktır. Doğum korkusunun değerlendirilmesinde hemşire geçerli ve güvenilir ölçüm araçları kullanmalıdır (19, 38).

**1.2. Bu tez çalışmasının amacı;**Bu çalışmanın amacı, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Araştırmadan elde edilecek sonuçların yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda hemşirelik bakımı ve gebe eğitimlerini planlamada yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı

İnfertilite, reproduktif çağda çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde, herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan, en az bir yıl süreyle düzenli cinsel ilişkiye rağmen(haftada en az iki) gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımında bu süre iki yıla kadar uzatılmaktadır. Primer infertilite, en az bir yıl süreyle korunmasız cinsel ilişkiye rağmen hiç gebelik oluşmaması durumudur. Sekonder infertilite ise daha önce gebelik gerçekleşmiş olduğu halde, bir yıl ya da daha uzun süreli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen tekrar gebe kalınmamasına durumudur (1-4).

Dünya genelinde infertilite oranlarının, gelişmiş ülkelerde %3,5-6,7 seviyelerinde iken az gelişmiş ülkelerde %6,9-9,3 seviyesinde olduğu bildirilmektedir. Genel prevalans %9 olup yılda yaklaşık 70 milyon çifte infertilite tanısı konulmaktadır. Bunların yaklaşık %50-75'ini primer ve %25-40'ını sekonder infertilite oluşturmaktadır (2, 4-6). Avrupa ülkelerinde infertilite prevalansı %5-14 olup ileri yaşlarda infertilite oranının arttığı belirtilmektedir. Amerika'da ise çiftlerin yaklaşık %9'unda infertilite mevcut olup önümüzdeki yıllarda bu sayının artacağı öngörülmektedir (3, 10). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, ülkemizde 15-49 yaş arasında infertilite sorunu yaşayan kadınların oranı 2008 yılında %3.9 iken, 2013 yılında %11.2'dir. Türkiye'de infertilite oranı %10-15 olup yaklaşık 2 milyon kişinin infertil olduğu belirtilmektedir (5,7).

### 2.2. İnfertilite Risk Faktörleri ve Nedenleri

Fertiliteyi etkileyen temel faktörler erkek ve kadının yaşı, koitus sıklığı ve zamanlamadır. Kadın ve erkek için fertilitenin en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlardır. Fertilite hızı kadında 30 yaştan sonra, erkekte 40 yaştan sonra azalır. Hamile kalmak isteyen çiftlere haftada en az 4 kez cinsel ilişkide bulunmaları tavsiye edilir. Spermin kadın vücudunda 72 saat, ovumun ise 24 saat yaşadığı düşünülecek olursa, bir kadının 28 günlük bir siklusta hamile kalma şansı, siklusun ortasına rastlayan 3 gündür (17).

İnfertilite olgularının yaklaşık %40'ı kadın, %40'ı erkek, %20'si ise her iki çiftten kaynaklı ya da açıklanamayan infertilite nedenlerinden kaynaklanmaktadır. Over

disfonksiyonu (%40) ve tubal/peritoneal (%40) ve uterin/servikal(%5) faktörler ile endometriozis(%15) kadın infertilitesinin en önemli nedenlerindedir. Kadınlar için diğer risk faktörleri; anatomik bozukluklar, ileri yaş (35 yaş ve üzeri), kadınlarda evlilik yaşının artması, obezite ya da normalden daha zayıf olmak, düzensiz ovulasyonlara neden olan hormonal dengesizlik, fibroidler, tubal tıkanıklar, siliyer fonksiyon bozuklukları, diyabet, astım, tiroid gibi kronik hastalıklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, endometriyozis, pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü, anormal servikal mukus, birden fazla abortus, psikolojik olarak stres, alkol ve sigara alışkanlığı gibi nedenler sayılabilir. Erkek infertilitesi genel olarak hem hareket hem sayı yönünden spermlerdeki yetersizliğe bağlıdır. Erkekler için diğer risk faktörleri; alkol, madde ve sigara kullanımı, toksik maddelere maruz kalma (civa, kurşun, X-ray ışınları ), obezite, geçirilmiş pelvik ameliyatlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, inmemiş testis, puberte sonrası kabakulağın neden olduğu orşit, yaşam biçimi (sürekli oturarak iş yapma, fazla çalışma), yetersiz hormonal uyarı, konjenital ya da kazanılmış ürogenital bozukluklar, seksüel disfonksiyon, bireysel alışkanlıklar (uzun süreli sıcak banyo yapma, sıkı iç çamaşırı kullanımı) gibi nedenler sayılabilir(2, 11, 17, 40-43).

### **2.3. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)**

Yardımcı üreme teknikleri, infertil çiftlerde gebeliğin oluşması için yapılan tüm işlemleri içeren tekniklerdir. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinde “Anne adayının yumurtası ile eşinin sperminin çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamalar” olarak tanımlanmıştır(44).Yardımcı Üreme Tekniklerinde en yaygın şekilde kullanılan yöntemler şunlardır: (2, 40, 42, 44-48).

- İnter Uterin İnseminasyon: Üremeye yardımcı tedaviler arasında ilk tercih edilen, en sık kullanılan, uygulanması kolay, daha az invaziv, komplikasyon görülme riski az, ve maliyeti düşük bir yöntemdir. Başarı oranı %10-25'tir. Bu yöntemde erkekten alınan sperm laboratuvar ortamında hazırlanarak, ovulasyon döneminde uterus içine bir kateter aracılığıyla yerleştirilir. İşlemin zamanlaması normal menstürel siklus veya ilaç kullanılarak koordine edilebilir.

- İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu: Erkeklerde görülen sperm disfonksiyonlarının; özellikle düşük sperm yoğunluğu, düşük motilite veya azospermik erkek faktörü tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Spermilerin özel bir enjektör yardımıyla fertilizasyon şansını arttırmak için bir oositin sitoplazmasına doğrudan enjekte edilmesi işlemidir. Elde edilen embriyolar daha sonra in vitro fertilizasyon yoluyla implantasyon için uterusu transfer edilir.

- Gamet İntra Fallopiyan Transfer (GIFT): Bu yöntemde ovum ve sperm doğrudan fallop tüplerine yerleştirilerek fertilizasyon normal ortamda oluşturulur. Döllenen yumurta daha sonra normal üremeye olduğu gibi implantasyon için fallop tüpünden uterusu gider. Diğer tedavi yöntemlerinde başarısız olduğunda, servikal mukus kaynaklı faktörler ve endometriyoziste etkilidir. En az bir fallop tüpü açık olan veya fonksiyonel olan kadınlar için seçenektir ve başarı oranı %30-40 arasındadır. Pelvik inflamatuvar hastalık, tubal hastalık veya ektopik gebelik öyküsü mevcut olan kadınlar için uygun değildir.

- Zigot İntra Fallopiyan Transfer (ZIFT): Ovum kadın vücudunun dışında laboratuvarda fertilize edildikten sonra zigot aşamasındaki embriyonun transabdominal ya da transservikal olarak doğrudan fallop tüpüne transfer edilmesi işlemidir. İmplantasyonun uterus içinde kendiliğinden gerçekleşmesi beklenir

- İn-Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET): Yardımcı üreme tekniklerinden en sık kullanılan ve infertil çiftler tarafından en iyi bilinen yöntemdir. Tubal faktörler, erkek infertilitesi, açıklanamayan infertilite, erkek ve kadın immünolojik infertilitesi, endometriyozis, servikal faktör gibi birçok durumlarda seçici olarak kullanılan ve çiftlerin gebe kalma ve çocuk doğurma şanslarını arttıran bir yöntemdir. İnfertilite vakalarının %3'ten daha azı IVF gibi gelişmiş üreme teknolojisi gerektirir ve gebelik oluşma oranı %35-45 civarındadır. IVF-ET, spermin ve olgunlaşmış yumurtalarının kadın vücudunun dışında laboratuvar ortamında birleştirildiği ve normal embriyo gelişimi başladıktan sonra embriyoların uterusu yerleştirildiği bir yöntemdir. IVF tedavisinin temel aşamaları kontrollü ovarian hiperstimülasyonu, oosit toplanması, sperm verilmesi, fertilizasyon, embriyo kültürü ve embriyo transferidir. IVF' de zamanlama, over rezervleri ve kadının yaşı önemli bir faktördür. Embriyo transferi oositler toplandıktan yaklaşık 48 saat sonra yapılmakta olup anestezi gerektirmeyen kısa süreli bir işlemdir. Transfer zamanı genellikle embriyo gelişiminin 3-5.günü yapılmaktadır. Üretilen fazla sayıda embriyoların, 1997 yılında çıkarılan Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nde üç yıl

dondurularak saklanmasına karar verilmiştir. Embriyonun dondurularak saklanması(kriyoprezervasyonu), ovarian hiperstimülasyon riski yüksek olan kadınlarda, fazla sayıda üretilen embriyolarda ve kanser nedeni ile fertilizasyonun korunması gereken durumlarda kullanılmaktadır. Yardımcı üreme tekniklerinde ikiden fazla sayıda embriyo transfer edildiğinde çoğul gebelik oranları oldukça yükselmektedir, fakat bu risk artan kadın yaşı ile birlikte azalmaktadır. YÜT 2014 yönetmeliğinde çoğul gebeliklerin önlenmesi amacıyla “35 yaşa kadar birinci ve ikinci uygulamalarda tek embriyo, üçüncü ve sonraki uygulamalarda iki embriyo, 35 yaş ve üzerinde tüm uygulamalarda en fazla iki embriyo transfer edilebilir” kararı verilmiştir.

#### **2.4. İnfertilite hemşireliği**

İnfertilite hemşireliği; infertil çiftlerin değerlendirilmesi, tedavisi ve erken gebelik süreçlerinde çiftlere bütüncül ve kanıta dayalı yaklaşımla bakım veren özelleşmiş bir hemşirelik alanıdır. İnfertilite hemşirelerinin tıbbi bakımdaki rollerinin yanı sıra eğitici, danışman, araştırmacı, koordinatör, hasta hakları savunuculuğu rolleri vardır (2, 50).

İnfertilite hemşiresinin rolleri;

- Bütüncül yaklaşımla infertil çiftleri değerlendirme (öykü alma, kapsamlı fiziksel değerlendirme, muayene ve tanı işlemlerine hazırlık, psikososyal değerlendirme)
- Tedavi planında ve yardımcı üreme tekniklerinin uygulama aşamalarında yer alma (tedavi protokollerini uygulama, ilaç uygulamaları, tedaviler için çiftin hazırlanması ve bilgilendirilmesi, tedavi süreçlerinde bakım ve izlem, sağlık ekibi ile iletişim ve koordinasyon sağlanması)
- Tanı ve tedavi süreçlerinde infertil çiftlerin yanıtlarını değerlendirme, stres ve anksiyetelerini azaltma, motivasyonlarını ve uyumlarını sürdürme
- Görsel-işitsel teknikler, broşürler, kitapçıklar kullanarak infertil çiftlere eğitim verme, destek kuruluşlarına yönlendirme
- Alanı ile ilgili güncel literatür ve gelişmeleri izleme, araştırma yapma, bilgi birikimine ve kanıta dayalı uygulamalara katkıda bulunmaktır (2, 20-52).

## 2.5. İnfertilitenin Psikososyal Etkileri

İnfertilite; uzun zaman alabilen, çiftlerin her ikisi için de duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, psikolojik olarak tehdit edici, tanı ve tedavi nedeni ile yapılan işlemler sonucunda fiziksel olarak acı veren ve cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açan karmaşık bir yaşam krizidir. Günümüzde infertilite, yalnızca bireysel olarak değil milyonlarca çifti etkilenmesi nedeniyle, aile içi ve toplumsal problemlere yol açabilen bir sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır (8-10).

Çocuk sahibi olamamak, toplumun değer yargılarına göre genellikle çiftin aile olma rolünü gerçekleştirememesi şeklinde yorumlanmakta ve bu durum çiftlerde bazı psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Çiftler açısından infertilite tanısı almak utanç verici bir yetersizlik gibi algılanmakta, beklenmedik bir deneyim olmakta, cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmekte, gelecek ile ilgili planlarını bozabilmekte, evlilik ve sosyal ilişkiler açısından damgalanmalara, yaşam kalitelerinde ve benlik saygısında olumsuz değişikliklere neden olabilmektedir. İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olma arzusu güçlü ve zorlayıcı olabileceğinden infertilitenin etkileri psikolojik strese, hüznün, kaygı, depresyon, sosyal izolasyona neden olabilir. Ayrıca infertilitenin tanı ve tedavisine yönelik olarak yapılan birçok invaziv işlem de bireylerde rahatsızlığa, sağlık sorunlarına, işgücü kaybına yol açabilmektedir (8, 10-14).

İnfertilite çiftlerin sorunu olduğu halde kadınların erkeklerden daha yoğun düzeyde stres ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir. İnfertilite kadınlar açısından; doğurganlık fonksiyonunu gerçekleştirememe, annelik duygusunu ve sosyal rolleri (hamilelik, lohusalık gibi) yaşayamama, toplumdan ve çevreden dışlanma hissi, yalnızlık, benlik saygısında azalma, kontrol kaybı anlamına gelebilmektedir. Erkek açısından bakıldığında infertilitenin etkileri; çocuk sahibi olma ve erkeklik işlevlerinde başarısızlık hissi, soyunu devam ettirememe, babalık duygusunu yaşayamama, iş yaşamında destekten yoksun olma, sosyal rollerini gerçekleştirmeme (babalık, büyükbabalık gibi) ve yalnız kalma olarak sıralanabilir (13-18, 53).

## 2.6. Doğum Korkusu

Türk Dil Kurumu'na göre korku, gerçek ya da beklenen bir tehlike karşısında duyulan kaygı ve karmaşık fizyolojik değişimlerle kendini gösteren duygu olarak tanımlanmaktadır (55). Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı,

kadının doğum eylemine ve anneliğe hazırlandığı bir dönemdir. Doğum çoğu kadın için doğal ve fizyolojik bir olay olmasına karşın, sonucu önceden tahmin edilmeyen, belirsizliklerin olduğu, hem anne hem de bebek için morbidite ve mortalite riski taşıyan bir süreç olduğu için korku dolu bir olay olarak görülmektedir. Hemen her kültürde doğum, kontrol kaybı, ağrı ve ölüm korkusu ile ilişkilendirilebilir (19-24).

Yapılan çalışmalar gebelerin %80'inin hafif, %20'sinin orta ve %6-10'unun şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir. Kadınların doğumdan beklentileri; kültürel ve sosyal farklılıklar, eski nesillerden edindikleri öğrenimler ve deneyimlerden etkilendiği için doğum korkusu kültürlere ve ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. İsviçre ve Avustralya'da gebelerde doğum korkusu %5-30 oranında bildirilmektedir. İngiltere'de gebelerin %25'inin orta düzeyde, İsveç'te gebelerin %21,6'sının orta ve %10'unun şiddetli, Norveç'te gebelerin %33'ünün orta ve %7,5'inin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir(19, 22, 25, 26). Türkiye'deki gebe kadınların %38'inin hafif düzeyde, %38'inin orta düzeyde ve %23'ünün şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (27, 28).

Gebelik istenmiş ve planlanmış olsa bile, doğum sırasındaki ağrı, tıbbi girişimler, bebeğin zarar görme ihtimali, doğum komplikasyonları, doğum sırasında sağlık personelinin yeterli destek ve bakım alamama, doğumun nasıl olacağını bilmeme, sezaryen doğumun gerekmesi, epizyotomi, kendini yeterli görmeme, kontrol kaybı gibi konular gebelerde korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca ilk doğum, erken doğum yaşı, ileri doğum yaşı, düşük sosyo ekonomik durum, yetersiz aile ve eş desteği, önceki olumsuz doğum deneyimleri, kronik hastalıklar, inançlar, kişilik özellikleri ve infertilite tedavisi ile gebe kalma doğum korkusu ile ilişkili faktörler olarak belirtilmektedir (19, 22, 23, 25, 29-33).

Doğum korkusunun ikinci trimester dönemde %12,4, son trimester döneminde %13,5 ve doğumdan bir yıl sonra ise %15,1 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Gebeliğin ilk trimesterinde gebelikle ilgili yaşanan ambivalan duygular, son trimesterde artan fiziksel rahatsızlıklar ve doğumla ilgili endişelerden dolayı yerini artan doğum korkusuna bırakmaktadır (22, 23, 27, 33).

Doğum korkusu daha önce doğum yapmış kadınlar (multipar) ve hiç doğum yapmamış (nullipar) kadınlar arasında farklılık gösterir. Nullipar kadınların genellikle bilinmeyen, doğum ağrısından ve kontrol kaybı yaşamaktan dolayı multipar kadınlara

oranla doğum korkusunu daha sık yaşadığı ancak multiparlarda ise travmatik veya zor doğum deneyimleri olan kadınların gebeliklerinde doğum korkusunu bildirme olasılığının beş kat daha yüksektir olduğu ve daha yoğun korku yaşandığı belirlenmiştir(56-58).

Doğum korkusu gebenin günlük yaşamını etkileyebilmekte, huzursuzluk, uyku problemleri, ağlama, taşıkardi, fiziksel aktivite ve yeme davranışlarında değişiklikler görülebilmektedir. Doğum korkusu özellikle şiddetli düzeyde olduğunda, doğum eyleminin gidişini olumsuz etkileyerek maternal ve neonatal komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir. Şiddetli düzeyde doğum korkusu sempatik sinir sistemini aktive ederek kan damarlarında vazokonstrüksiyona neden olur. Gebenin doğum sırasında korkulu ve endişeli olması adrenal ve noradrenalin gibi stres hormonlarının salınımını artırarak uterusu giden kan akımında azalmaya, plasentadaki kanda oksijen seviyesinin düşmesine, dolayısıyla da fetüse giden oksijen miktarı azaldığı için fetal distrese neden olur. Fetal distres müdahaleli doğuma gereksinimi artırır. Ayrıca adrenal oksitosin miktarında azalmaya, dolayısıyla doğum eyleminin uzamasına veya durmasına yol açar. Uzayan doğum eylemi gebenin doğum korkusunun daha da artmasına, sağlık personeli ile iletişiminin ve işbirliğinin bozulmasına, epidural anestezinin daha fazla kullanılmasına ve doğumda ağrı oluşmasına neden olarak acil ve elektif sezaryen gereksiniminde artışa yol açabilir (19, 21-23, 32, 59).

## **2.7. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu**

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar, gebelikleri süresince farklı fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler. İnfertilite sonrası kadın gebe kalsa bile gebeliği kabullenememe, doğum korkusu, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, depresyon gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu kadınlar gebeliği çok zor elde ettikleri düşüncesiyle korku yaşamalarının normal olduğunu düşünüp yoğun anksiyete yaşayabilmektedir (34). İnfertil kadınların %20-40'ında başarılı bir tedaviden sonra bile depresyon ve anksiyete belirtileri, tedavinin psikolojik yükü, gebeliğe özgü kaygı, çoğul gebelik, yüksek riskli gebelik, erken doğum, ileri yaşın getirdiği riskler ve fetal kayıp gibi gebelik ile ilgili doğum korkusuna karşı savunmasız olabilirler. Bunun sonucunda kadınlar, hamilelik, doğum veya doğum sonrasında hastalıklardan korkma, ölüm, malformasyon ve prematüre doğum gibi olgulardan kendiliğinden gebe kalan kadınlara göre daha yüksek korku duyduğu bildirilmektedir (20, 35).

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunu inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Konu ile ilgili bir çalışmada infertilite süresi yedi yıl ve daha fazla olan gebelerde doğum korkusunun yüksek olduğu bildirilmiştir (20). Salevaara ve arkadaşlarının(2016) çalışmasında oosit donasyonu ve IVF ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu karşılaştırılmış, IVF tedavisi alan kadınlarda doğum korkusu ve gebelikle ilgili anksiyete daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (36). Dornelles ve arkadaşlarının niteliksel çalışmasında (2016) yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar mutluluk ve korkuyu bir arada yaşadıklarını, korkularının nedeni olarak gebelik veya doğum sırasında bebeklerinin ölmesi, prematür doğması ve yenidoğan yoğun bakımda yatmak zorunda olmaları şeklinde ifade etmişlerdir (35).

Türkiye’de gebelerde doğum korkusu konusunda yapılmış çalışmalar bulunmakla birlikte, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusuna yönelik çalışma bulunmamaktadır. Kısmen benzer bir çalışmada yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda ve eşlerinde bebeğini kaybetme korkusunun anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (37).

## **2.8.Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi ve Doğum Korkusunda Hemşirelik Bakımı**

Gebelere bakım veren hemşirelerin doğum korkusu hakkında yeterli bilgi sahibi olması, doğum korkusuna bakım planında yer vermesi, gebeyi bakımın bir parçası olarak kendi bakıma dahil etmesi ve birey merkezli bakım vermesi önemlidir. Hemşirenin öncelikle yapması gereken uygulama, doğum korkusu yönünden kadını değerlendirmek ve hemşirelik tanısı koymaktır (19, 38).

Doğum korkusunun değerlendirilmesinde hemşire;

- Uygun bir görüşme ortamı hazırlar
- Görüşmenin amacını açıklar, sakin ve cesaretlendirici ses tonu ile yüz yüze iletişim kurar
- Terapötik iletişim yöntemlerini ve doğru soru sorma tekniklerini kullanarak kadını duygularını, endişelerini ve korkularını ifade etmesi için cesaretlendirir
- Görüşme sırasında kadının sözel veya sözel olmayan yanıtlarını değerlendirir
- Kadının sağlığı algılama düzeyini değerlendirir
- Kadının ifade ettiği korkularının doğruluğunu kabul eder

- Yaşadığı korkunun düzeyini geçerli-güvenilir ölçüm araçları ile değerlendirir
- Kadını yaşadığı korkuya ilişkin soru sorması için teşvik eder
- Korkusunun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumunu değerlendirir
- Kadının bilgi gereksinimini değerlendirir
- Kadının sosyodemografik özellikleri, yaşadığı çevre ve kültürel özellikleri, aile ilişkileri, sosyal destekleri, yalnızlık durumu, anneliğe hazır oluşluk düzeyi, geçmiş obstetrik ve infertilite öyküsü değerlendirilir (19).

Gebelerde doğum korkusunu ölçecek yeterli psikolojik ölçüm aracı bulunmaması nedeniyle doğum korkusunu araştırmaya ilişkin güçlükler yaşanmaktaydı. Gebelerde doğum korkusunun başlı başına bir psikolojik alan olduğu ve genel anksiyeteyi belirlemeye yönelik araçların doğum korkusunu ölçmede uygun olmayacağı düşünülmektedir. Bu alanda en sık kullanılan araçlardan biri, kadının doğumla ilgili bilişsel değerlendirmesi yoluyla doğum korkusunu ölçmek için Wijma ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilen Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeğidir (WDEQ). Ölçek, korku durumu ile ilgili nesnel öğeler ve geçmiş doğum deneyiminin etkisi de dahil olmak üzere gebenin doğumla ilgili beklentilerine odaklanan teoriye dayalı bir ölçüm aracıdır. Hamile kadınların doğumdan önce veya doğum sırasında hem nullipar hem de multipar kadınlarda doğumla ilgili beklentilerini, endişelerini ve doğum sırasında yaşayabileceği korkunun bir tahminini sağlar(38). Ölçeğin birçok ülkede, kadınların doğum korkusunu belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kabul edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Körükçü ve Kukulcu (2009) tarafından yapılmıştır (19, 38, 60-67).

Gebelerin doğum korkusu ile baş etmesine yönelik hemşirelik girişimleri şu şekildedir:

- Kadının destek sistemlerini tanımlayabilmesini ve etkili baş etme yöntemleri geliştirmesini destekler.
- Gevşeme tekniklerini öğretir ve uygulamasını sağlar (nefes alma teknikleri, gevşeme egzersizleri, masaj, hayal kurma, hidroterapi, meditasyon, yoga, müzik dinleme gibi).
- Benzer korkuları yaşamış kişilerle görüşmesini ve deneyimlerini paylaşmalarını sağlar.
- Kadının gereksinimlerine göre tekrarlı terapötik görüşmeler yapar.

- Gebelik, doğum ve postpartum süreç boyunca hemşirelik bakımının devam edeceği ve yalnız olmadığını hissettirir.
- Gerekğinde ruhsal veya spiritüel danışmanlığa yönlendirir.
- Gerekğinde liyezon psikiyatri, psikoterapi, hipnoz, bilişsel terapiler gibi tedavi yöntemlerine yönlendirir.
- Kadının bilgi gereksinimine yönelik eğitimler planlar ve uygular (gebelik fizyolojisi, doğum eylemi, doğuma hazırlık, beslenme, egzersiz, uyku, dinlenme gibi). Doğum öncesi eğitim hemşire ve ebelerin bağımsız fonksiyonlarını yerine getirebileceği etkili bir alandır. Doğum öncesi eğitimlerin gebelerin endişe ve korkularını azaltmadaki etkileri yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (19, 32, 68, 69).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu tez çalışması; yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı.

Araştırma soruları şunlardır:

- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu düzeyi nedir?
- Gebelerin sosyodemografik özellikleri doğum korkusu düzeyini etkiler mi?
- Gebelerin infertilite özellikleri doğum korkusu düzeyini etkiler mi?
- Gebelerin obstetrik özellikleri doğum korkusu düzeyini etkiler mi?
- Gebelerin bazı tıbbi özellikleri doğum korkusu düzeyini etkiler mi?

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Haziran 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde uygulandı.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine bir yıl içerisinde başvuran ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında belirtilen poliklinikte doğum öncesi takipleri yapılan, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan, 28-40. gebelik haftasında olan, araştırmaya katılmaya kabul eden ve Türkçe iletişim kurulabilen 160 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu.

#### **3.4. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulundan (Etik Kurul No: 2019/51 Tarih: 14.06.2019)(EK-2) ve araştırmanın Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde yapılabilmesi için Gaziantep Valiliği İl

Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı (İzin/Sayı No: 2019/31)(EK-3). Araştırmanın uygulanacağı birime çalışma hakkında bilgi verildi.

Araştırmada kullanılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonunu Türkçeye uyarlayan Sayın Öznur Körükçü' den ölçeğin bu tez çalışmasında kullanılabilmesi için e-mail yoluyla yazılı izin alındı (EK-4).

Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmanın amacı, nasıl uygulanacağı, bilgilerinin gizli tutulacağı ve başka bir araştırmada kullanılmayacağı konularında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı (EK-5). Çalışmaya katılan tüm kadınlara veri toplama formlarının uygulanmasından sonra gebelik süreci, doğum öncesi bakım ve doğum eylemi hakkında bilgilendirme yapıldı ve soruları yanıtladı.

### 3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilerek onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek toplandı. Okuryazar olmayan kadınlara sorular açık bir şekilde okundu ve cevapları veri toplama formlarına kaydedildi. Görüşme süresi her bir kadın için yaklaşık 15 dakika sürdü.

Araştırmada; araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda(19, 20 22, 31, 32, 60) hazırlanan “Veri Toplama Formu” (EK-6) ve “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu” (EK-7) kullanıldı.

- **Veri Toplama Formu:** Kadınların sosyodemografik, infertilite, obstetrik ve bazı tıbbi özelliklerine ilişkin bilgileri içeren iki bölüm ve 32 sorudan oluşmaktadır. Literatür bilgileri ışığında geliştirilen formun sosyodemografik özellikler bölümü; kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma ve ekonomik durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, aile tipi, evlenme yaşı, evlilik süresi, eşinin yaşı, çalışma ve eğitim durumunu sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır. İnfertilite, gebelik ve tıbbi özellikler bölümü ise; infertilite nedeni, infertilite tedavisi alma sayısı ve süresi, infertilite tedavisinde kullanılan yardımcı üreme teknikleri, şu andaki gebelikte kullanılan yardımcı üreme teknikleri, gebelik, doğum, çocuk, düşük ve küretaj sayıları, doğum şekli tercihi, gebelik sırasında doğum öncesi bakım ve doğum eylemi hakkında eğitim alma durumu, gebelik sürecinde yardımcı/destek olan kişiler, gebelikte alınan kilo, gebelikte sağlık sorunları, kronik hastalık varlığı, boy ve kilo durumunu sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır.

- **Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu [The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) Version A]:** Doğum korkusunu belirlemek amacıyla Wijma ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Körükçü ve Kukulcu (2009) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur. 28-40. haftalar arasındaki gebelere uygulanması önerilmektedir. Ölçek, doğum esnasındaki stres ve korkuyu ölçen 33 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0-5 arasında numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 “tamamen”, 5 “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken, maksimum puan 165’tir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters puanlanmaktadır. W-DEQ puanları dört alt grupta değerlendirilebilmektedir. Bunlar; düşük ( $\leq 37$  puan), orta (38-65 puan), ağır (66-84 puan) ve klinik ( $\geq 85$  puan) derecede doğum korkusu yaşayan gebelerdir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulundu.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımlı değişkenler: W-DEQ puanları

Bağımsız değişkenler: Gebelerin sosyodemografik, infertilite, obstetrik ve tıbbi özellikleri

### **3.7. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analizlerinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde gösterildi. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanıldı. Parametrik yöntemlerde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi” (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlerde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test ( $\chi^2$ -tablo değeri) kullanıldı. Ölçüm

değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı ( $\chi^2$ -tablo değeri). İstatistiksel kararlarda  $p < 0,05$  seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.



#### 4. BULGULAR

**Tablo 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (N=160)**

Sosyodemografik özellikler		Sayı	%
Yaş Ort $\pm$ ss =28,68 $\pm$ 5,16(yıl) (min=19max=43)	18-25	50	31,3
	26-30	56	35,0
	31-43	54	33,7
Eğitim durumu	Okuryazar değil	15	9,4
	Okuryazar	8	5,0
	İlköğretim	71	44,4
	Ortaöğretim	37	23,1
	Yükseköğretim	29	18,1
Çalışma durumu	Çalışmıyor	134	83,8
	Çalışıyor	26	16,2
Ekonomik durum	Gelir giderden az	65	40,6
	Gelir gidere eşit	83	51,9
	Gelir giderden fazla	12	7,5
Sağlık güvencesi	Var	116	72,5
	Yok	44	27,5
Yaşadığı yer	İl	113	70,6
	İlçe	34	21,3
	Belde/köy	13	8,1
Aile tipi	Çekirdek aile	124	77,5
	Geniş aile	36	22,5
Evlenme yaşı Ort $\pm$ ss= 21,51 $\pm$ 4,43 (yıl) (min=13max=39)	18 ve altı	43	26,9
	19 ve üzeri	117	73,1
Evlilik süresi Ort $\pm$ ss= 7,1 $\pm$ 4,03 (yıl) (min=2max=19)	5 yıl ve altı	74	46,2
	6yıl ve üzeri	86	53,8
Eşin yaşı Ort $\pm$ ss = 32,86 $\pm$ 5,48 (yıl) (min=22max=50)	30 ve altı	64	40,0
	31 ve üzeri	96	60,0
Eşin eğitim durumu	Okuryazar değil	5	3,1
	Okuryazar	16	10,0
	İlköğretim	61	38,1
	Ortaöğretim	42	26,3
	Yükseköğretim	36	22,5
Eşin çalışma durumu	Çalışmıyor	13	8,1
	Çalışıyor	147	91,9

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri verildi. Kadınların yaş ortalaması 28,68 $\pm$ 5,16 yıl olup %35,0’ı 26-30 yaş grubundadır. Kadınların %44,4’ünün ilköğretim seviyesinde eğitim durumunda olduğu, %83,8’inin çalışmadığı, yarısının (%51,9) gelirinin giderlerine eşit olduğu, %72,5’inin sağlık güvencesinin bulunduğu, %79,6’sının il merkezinde yaşadığı ve %77,5’inin çekirdek aile yapısında olduğu görüldü. Kadınların evlenme yaşı ortalaması 21,51 $\pm$ 4,43 yaş olup %73,1’inin evlenme yaşının 19 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi. Evlilik süresi ortalaması 7,1 $\pm$ 4,03

yıl olup yarısının (%53,8) evlilik süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu görüldü. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $32,86 \pm 5,48$  yaş, %38,1'i ilköğretim mezunu ve çoğunluğu (%91,9) çalışmaktadır.

**Tablo 4.2. Kadınların İnfertilite ile İlgili Özellikleri (N=160)**

İnfertilite ile ilgili özellikler	Sayı	%	
İnfertilite nedeni	Kadın kaynaklı	73	45,6
	Erkek kaynaklı	24	15,0
	Hem kadın hem erkek kaynaklı	38	23,8
	Nedeni açıklanamayan	25	15,6
İnfertilite Tedavisi Alma Süresi Ort $\pm$ ss= $4,35 \pm 3,10$ (min=1 max=18)	3 yıl ve altı	84	52,5
	4 yıl ve üzeri	76	47,5
İnfertilite Tedavisi Alma Sayısı	1	18	11,3
	2	61	38,1
	3 ve üzeri	81	50,6
İnfertilite tedavilerinde kullanılan yardımcı üreme teknikleri*	Hormon tedavisi	131	81,9
	Aşılama	74	46,2
	Tubal operasyon	19	11,9
	InVitroFertilizasyon (IVF)	83	51,9
	Yumurta çatlatma	39	24,4
	Histerosalpingografi	57	35,6
Şu andaki gebelikte kullanılan yardımcı üreme teknikleri*	Hormon tedavisi	69	43,1
	Aşılama	21	13,1
	Tubal operasyon	4	2,5
	InVitroFertilizasyon (IVF)	77	48,1
	Yumurta çatlatma	18	11,3
	Histerosalpingografi	8	5,0

\*n katlanmıştır

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan kadınların infertilite ile ilgili özellikleri verildi. Yaklaşık yarısının (%45,6) infertilite nedeni kadın kaynaklıdır. Kadınların ortalama infertilite tedavisi alma süresi  $4,35 \pm 3,10$  yıl olup yarısının (%50,6) 3 ve üzeri sayıda tedavi aldığı görüldü. Tüm infertilite tedavilerinde en fazla hormon tedavisinin (%81,9) ve yarısında (%51,9) IVF kullanıldığı belirlendi.

**Tablo 4.3. Kadınların Obstetrik ve Tıbbi Özellikleri (N=160)**

Obstetrik ve tıbbi özellikler		Sayı	%
Gebelik sayısı Ort $\pm$ ss= 2,25 $\pm$ 1,34 (min=1, max=9)	1	56	35,0
	2	49	30,6
	3 ve üzeri	55	34,4
Doğum sayısı Ort $\pm$ ss= 0,46 $\pm$ 0,65 (min=0, max=2)	0	99	61,9
	1	47	29,3
	2	14	8,8
Çocuk sayısı Ort $\pm$ ss= 0,46 $\pm$ 0,67 (min=0, max=2)	0	102	63,8
	1	42	26,2
	2	16	10,0
Düşük sayısı Ort $\pm$ ss= 0,54 $\pm$ 0,97 (min=0, max=7)	0	103	64,4
	1	39	24,4
	2	12	7,5
	3 ve üzeri	6	3,7
Kürtaj sayısı Ort $\pm$ ss= 0,23 $\pm$ 0,51 (min=0, max=3)	0	128	80,0
	1	27	16,9
	2	4	2,5
	3	1	0,6
Gebelik haftası Ort $\pm$ ss= 33,00 $\pm$ 3,40 (min=28, max=40)	3. trimester	160	100
Doğum şekli tercihi	Sezaryen doğum	75	46,9
	Vajinal doğum	59	36,9
	Farketmez	26	16,2
Gebelik süresince doğum öncesi bakım eğitimi alma durumu	Evet	89	55,6
	Hayır	71	44,4
Gebelik süresince doğum eylemi hakkında eğitim alma durumu	Evet	67	41,9
	Hayır	93	58,1
Gebelik süresince yardımcı/destek olan kişiler*	Eş	142	88,7
	Anne/Kayınvalide	101	63,1
	Kardeş	65	40,6
	Arkadaş	24	15
	Yardımcı yok	4	2,5
Kronik hastalık varlığı	Yok	150	93,8
	Var	10	6,2
Gebelikte alınan kilo	15 ve altı	141	88,1
	16 ve üzeri	19	11,9
Gebelikte sağlık sorunu	Yok	136	85,0
	Var	24	15,0

\*n katlanmıştır

Tablo 4.3' te kadınların obstetrik ve tıbbi özellikleri verildi. Ortalama gebelik sayıları 2,25 $\pm$ 1,34 olup %34,4'ünün 3 ve üzeri sayıda gebelik yaşadığı belirlendi. Ortalama doğum sayıları 0,46 $\pm$ 0,65 olup %61,9'unun doğum yapmadığı görüldü. Ortalama çocuk sayıları 0,46 $\pm$ 0,67 olup %63,8'inin çocuğu olmadığı belirlendi. Kadınların %64,4'ünün düşük yapmadığı ve %80,0'inin kürtaj olmadığı saptandı. Araştırmaya katılan kadınların gebelik haftası ortalaması 33,00 $\pm$ 3,40 hafta olup tamamı üçüncü trimesterdedir. Yaklaşık

yarısının (%46,9) doğum şekli tercihi sezaryen doğumdur. Kadınların %55,6'sı gebelikleri süresince doğum öncesi bakım ve %41,9'u doğum eylemi hakkında eğitim aldığını ifade etti. Çoğunluğu gebelik süresince kendilerine en fazla yardımcı/destek olan kişilerin eş (%88,7) ve anne/kayınvalide (%63,1) olduğunu belirtti. Kadınların %93,8'inde kronik bir hastalık bulunmadığı, %88,1'inin gebelikte 15 ve altında kilo aldığı ve %85,0'mın gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamadıkları belirlendi.



**Tablo 4.4. Kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Maddelerine Verdikleri Puan Ortalamaları ve Ölçek Toplam Puan Ortalaması (N=160)**

Ölçek maddeleri		Ort ± ss
I. Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?	1. Mükemmel 2. Korkunç	2,48 ± 1,45 1,89 ± 1,66
II. Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?	3. Yalnız 4. Güçlü 5. Kendinden emin 6. Korkmuş 7. Yüzüstü bırakılmış 8. Güçsüz 9. Güvende 10. Bağımsız 11. Umutsuz 12. Gergin 13. Memnun 14. Hoşnut 15. Terkedilmiş 16. Kendine hakim 17. Rahat 18. Mutlu	1,58 ± 1,76 1,96 ± 1,69 1,74 ± 1,61 2,61 ± 1,70 1,05 ± 1,57 1,82 ± 1,70 1,22 ± 1,31 3,30 ± 1,65 1,18 ± 1,60 3,02 ± 1,76 1,53 ± 1,54 1,40 ± 1,51 0,74 ± 1,31 1,66 ± 1,52 2,38 ± 1,69 1,21 ± 1,49
III. Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?	19. Panik 20. Ümitsizlik 21. Kavuşma isteği 22. Öz güvenli 23. Güvenli 24. Ağrılı	3,32 ± 1,72 1,25 ± 1,51 0,53 ± 1,08 2,00 ± 1,26 1,83 ± 1,34 3,45 ± 1,62
IV. Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?	25. Kötü davranma 26. İzin verme 27. Kontrol kaybı	1,57 ± 1,54 2,15 ± 1,48 1,57 ± 1,55
V. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?	28. Keyif verici 29. Doğal 30. Olması gerektiği gibi 31. Tehlikeli	0,30 ± 0,70 0,38 ± 0,76 0,39 ± 0,79 1,00 ± 1,15
Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz	32. Bebeğin ölmesi 33. Bebeğin zarar görmesi	1,58 ± 1,60 1,98 ± 1,63
<b>W-DEQ Toplam Puan Ortalaması</b>		<b>56,23 ± 19,40</b> <b>Medyan [Min-Max]</b> <b>55,00 [8 - 110]</b>

Tablo 4.4'te kadınların W-DEQ maddelerine verdikleri puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması verildi. W-DEQ puan ortalaması 56,23±19,40olarak belirlendi.

**Tablo 4.5. Kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puanlarına Göre Doğum Korkusu Düzeyleri (N=160)**

Doğum korkusu	N	%
Düşük derecede korku (W-DEQ puanı $\leq 37$ )	24	15,0
Orta derecede korku (W-DEQ puanı 38-65)	87	54,4
Ağır derecede korku (W-DEQ puanı 66-84)	37	23,1
Klinik derecede korku (W-DEQ puanı $\geq 85$ )	12	7,5
Toplam	160	100,0

Tablo 4.5'te kadınların W-DEQ puanlarına göre doğum korkusu düzeyleri verildi. Kadınların %54,4'ünün orta ve %23,1'inin ağır derecede korku yaşadıkları saptandı.

**Tablo 4.6. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160)**

Sosyodemografik özellikler	Sayı	W-DEQ Ortalama $\pm$ ss	Test	P
Yaş grupları				
18-25	50	54,48 $\pm$ 18,32	F= 0,362*	0,697
26-30	56	56,37 $\pm$ 19,92		
31-43	54	57,72 $\pm$ 20,05		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	15	57,73 $\pm$ 22,20	$\chi^2= 8,626^{**}$	0,071
Okuryazar	8	74,00 $\pm$ 13,94		
İlköğretim	71	56,19 $\pm$ 19,56		
Ortaöğretim	37	51,37 $\pm$ 19,22		
Yükseköğretim	29	56,86 $\pm$ 16,96		
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	134	56,12 $\pm$ 19,71	Z= -0,291****	0,771
Çalışıyor	26	56,80 $\pm$ 18,09		
Ekonomik durum				
Az	65	58,66 $\pm$ 18,16	$\chi^2= 2,550^{**}$	0,279
Eşit	83	55,78 $\pm$ 19,62		
Fazla	12	46,25 $\pm$ 22,50		
Sağlık güvencesi				
Var	116	57,12 $\pm$ 19,64	t= 0,944*****	0,347
Yok	44	53,88 $\pm$ 18,78		
Yaşadığı yer				
İl	113	56,54 $\pm$ 17,48	$\chi^2= 0,730^{**}$	0,694
İlçe	34	53,32 $\pm$ 23,05		
Belde/köy	13	61,15 $\pm$ 24,97		
Aile tipi				
Çekirdek aile	124	55,87 $\pm$ 19,31	t= -0,433*****	0,666
Geniş aile	36	57,47 $\pm$ 19,93		
Evlenme yaşı				
18 ve altı	43	51,30 $\pm$ 18,36	t= -1,968*****	0,051
19 ve üzeri	117	58,05 $\pm$ 19,53		
Evlilik süresi				
5 yıl ve altı	74	55,40 $\pm$ 19,17	t= -0,502*****	0,616
6 yıl ve üzeri	86	56,95 $\pm$ 19,68		
Eşin yaşı				
30 ve altı	64	53,03 $\pm$ 19,80	t= -1,717*****	0,088
31 ve üzeri	96	58,37 $\pm$ 18,93		
Eşin eğitim durumu				
Okuryazar değil	5	49,20 $\pm$ 17,82	$\chi^2= 3,028^{**}$	0,553
Okuryazar	16	64,50 $\pm$ 20,95		
İlköğretim	61	55,21 $\pm$ 17,56		
Ortaöğretim	42	56,30 $\pm$ 21,44		
Yükseköğretim	36	55,19 $\pm$ 19,43		
Eşin çalışma durumu				
Çalışmıyor	13	64,38 $\pm$ 22,73	Z= -1,046****	0,295
Çalışıyor	147	55,51 $\pm$ 19,00		

\*ANOVA, \*\* Kruskal-Wallis Test, \*\*\*Mann-Whitney U Test, \*\*\*\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student t-test)

Tablo 4.6’da kadınların sosyodemografik özellikleri ile W-DEQ puan ortalamaları karşılaştırıldı. Kadınların sosyodemografik özellikleri ile W-DEQ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.7. Kadınların İnfertilite Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160)**

İnfertilite ile ilgili özellikler	Sayı	W-DEQ Ortalama $\pm$ ss	Test	P
İnfertilite nedeni				
Kadın kaynaklı	73	56,90 $\pm$ 20,08	$\chi^2= 0,106^*$	0,991
Erkek kaynaklı	24	55,00 $\pm$ 14,41		
Hem kadın hem erkek kaynaklı	38	55,65 $\pm$ 22,05		
Nedeni açıklanamayan	25	56,36 $\pm$ 18,22		
İnfertilite Tedavisi Alma Süresi				
3 yıl ve altı	84	56,53 $\pm$ 19,56	t= 0,204**	0,839
4 yıl ve üzeri	76	55,90 $\pm$ 19,35		
İnfertilite tedavisi alma sayısı				
1	18	59,88 $\pm$ 17,10	$\chi^2= 1,895^*$	0,388
2	61	55,59 $\pm$ 20,25		
3 ve üzeri	81	55,46 $\pm$ 19,24		

\*Kruskal-Wallis Test, \*\* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student t-test)

Tablo 4.7’de kadınların infertilite özellikleri ile W-DEQ puan ortalamaları karşılaştırıldı. Kadınların infertilite özellikleri ile W-DEQ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.8. Kadınların Obstetrik ve Tıbbi Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160)**

Obstetrik ve Tıbbi Özellikler	Sayı	W-DEQ Ortalama $\pm$ ss	Test	P
Doğum öyküsü				
Var	61	59,01 $\pm$ 21,10	t= -1,426*	0,156
Yok	99	54,52 $\pm$ 18,18		
Çocuk				
Var	58	59,60 $\pm$ 21,20	t= -1,664*	0,098
Yok	102	54,32 $\pm$ 18,13		
Düşük				
Var	57	58,26 $\pm$ 16,02	t= -0,982*	0,328
Yok	103	55,11 $\pm$ 21,03		
Küretaj				
Var	32	57,43 $\pm$ 21,52	t= -0,390*	0,0697
Yok	128	55,93 $\pm$ 18,91		
Doğum şekli tercihi				
Sezaryen doğum	75	58,01 $\pm$ 19,55	$\chi^2= 5,170^{**}$	0,075
Vajinal doğum	59	57,42 $\pm$ 19,21		
Farketmez	26	48,42 $\pm$ 18,16		
Gebelik süresince doğum öncesi bakım eğitimi alma durumu				
Evet	89	52,52 $\pm$ 18,14	t= -2,763*	<b>0,006</b>
Hayır	71	60,88 $\pm$ 20,05		
Gebelik süresince doğum eylemi hakkında eğitim alma durumu				
Evet	67	54,71 $\pm$ 20,58	t= -0,841*	0,402
Hayır	93	57,33 $\pm$ 18,54		
Kronik hastalık varlığı				
Yok	150	55,41 $\pm$ 19,12	Z= -1,897***	0,050
Var	10	68,60 $\pm$ 20,46		
Gebelikte alınan kilo				
15 ve altı	141	56,17 $\pm$ 19,58	Z= -0,158***	0,874
16 ve üzeri	19	56,73 $\pm$ 18,50		
Gebelikte sağlık sorunu				
Yok	136	56,09 $\pm$ 19,96	Z= -0,093***	0,926
Var	24	57,04 $\pm$ 16,22		

\*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student t-test), \*\* Kruskal-Wallis Test, \*\*\*Mann-Whitney U Test

Tablo 4.8’de kadınların obstetrik ve tıbbi özellikleri ile W-DEQ puan ortalamaları karşılaştırıldı. Gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım eğitimi almayan kadınların W-DEQ puan ortalamaları (60,88 $\pm$ 20,05) eğitim alan kadınlardan (52,52 $\pm$ 18,14) daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Diğer obstetrik ve tıbbi özellikler ile W-DEQ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 4.9. Kadınların Bazı Sosyodemografik, İnfertilite ve Obstetrik Özellikleri ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=160)**

	r	P
Yaş	0,108	0,174
Evlilik süresi	0,008	0,924
İnfertilite tedavisi alma süresi	-0,064	0,422
İnfertilite tedavisi alma sayısı	-0,078	0,328
Gebelik sayısı	0,143	0,072
Doğum sayısı	0,123	0,122
Çocuk sayısı	0,141	0,075
Düşük sayısı	0,053	0,504
Küretaj sayısı	0,116	0,144
Gebelik haftası	-0,107	0,179

Tablo 4.9’da kadınların bazı sosyodemografik, infertilite ve obstetrik özellikleri ile W-DEQ puan ortalamalarının korelasyonu verildi. Buna göre yaş, evlilik süresi, infertilite tedavisi alma süresi ve sayısı, gebelik/doğum/çocuk/düşük/küretaj sayısı ve gebelik haftası ile W-DEQ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 4.10. Kadınların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile Doğum Korkusu Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=160)**

Sosyodemografik ve obstetrik özellikler	Düşük derecede korku (W-DEQ ≤37)	Orta derecede korku (W-DEQ 38-65)	Ağır derecede korku (W-DEQ 66-84)	Klinik derecede korku (W-DEQ ≥85)	Test P
	Sayı (%)*	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Yaşadığı yer					$\chi^2= 12,813^{**}$ <b>p=0,046</b>
İl (n=113)	14 (12,4)	66 (58,4)	28 (24,8)	5 (4,4)	
İlçe (n=34)	9 (26,5)	13 (38,2)	8 (23,5)	4 (11,8)	
Belde/köy (n=13)	1 (7,7)	8 (61,5)	1 (7,7)	3 (23,1)	
Eşin çalışma durumu					$\chi^2= 10,641^{**}$ <b>p=0,014</b>
Çalışmıyor (n=13)	0 (0)	7 (53,8)	2 (15,4)	4 (30,8)	
Çalışıyor (n=147)	24 (16,3)	80 (54,4)	35 (23,8)	8 (5,4)	
Düşük					$\chi^2= 10,872^{**}$ <b>p=0,012</b>
Var (n=57)	3 (5,3)	36 (63,2)	16 (28,1)	2 (3,5)	
Yok (n=103)	21 (20,4)	51 (49,5)	21 (20,4)	10 (9,7)	
Gebelik süresince doğum öncesi bakım eğitimi alma durumu					$\chi^2= 8,186^{**}$ <b>p=0,042</b>
Evet (n=89)	15 (16,9)	55 (61,8)	14 (15,7)	5 (5,6)	
Hayır (n=71)	9 (12,7)	32 (45,1)	23 (32,4)	7 (9,9)	

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

\*\* Ki-kare testi

Araştırmaya dahil edilen kadınların sosyodemografik, infertilite, obstetrik ve tıbbi özelliklerini içeren değişkenler, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) puanlarına göre belirlenmiş olan doğum korkusu düzeyleri ile karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar Tablo 4.10'da verildi. Buna göre belde/köyde yaşayan kadınların daha yüksek oranda orta ve klinik derecede korku yaşadığı, eşi çalışmayan kadınların daha yüksek oranda klinik derecede korku yaşadığı, daha önce düşük yapmış olan kadınların daha yüksek oranda orta ve ağır derecede korku yaşadığı, doğum öncesi bakım eğitimi almayan kadınların daha yüksek oranda ağır ve klinik derecede korku yaşadıkları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu tanımlayıcı çalışmadan elde edilen bulgular, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışıldı.

Bu çalışmada yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların W-DEQ puan ortalamasının  $56,23 \pm 19,40$  olduğu, gebelerin %54,4'ünün orta, %23,1'inin ağır ve %7,5'inin klinik derecede korku yaşadıkları saptandı. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunu inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Konu ile ilgili yurtdışında yapılmış iki çalışmada doğum korkusu farklı ölçeklerle değerlendirilmiş ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunun yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmalardan birinde, infertilite süresi yedi yıl ve daha fazla olan gebelerde doğum korkusunun yüksek olduğu bildirilmiştir (20). Diğer bir çalışma olan Salevaara ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında oosit donasyonu ve IVF ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu karşılaştırılmış, IVF tedavisi alan kadınlarda doğum korkusu ve gebelikle ilgili anksiyete daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (36). Dornelles ve arkadaşlarının niteliksel çalışmasında (2016) ise yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar mutluluk ve korkuyu bir arada yaşadıklarını, korkularının nedeni olarak gebelik veya doğum sırasında bebeklerinin ölmesi, prematür doğması ve yenidoğan yoğun bakımda yatmak zorunda olmaları şeklinde ifade etmişlerdir (35). Hashemieh ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların %34'ünde orta ve ağır düzeyde anksiyetesi olduğu belirlenmiştir (16). Yurtdışında yapılmış çalışmalarda yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu W-DEQ dışında farklı ölçüm araçlarıyla değerlendirilmekle birlikte, mevcut haliyle sonuçlar karşılaştırıldığında, bu çalışmaya dahil olan kadınların doğum korkularının orta düzeyde olduğu ve diğer çalışma sonuçlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun, örnekleme yer alan kadınların sosyodemografik ve kültürel özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Türkiye'de gebelerde doğum korkusu konusunda yapılmış çalışmalar bulunmakla birlikte, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusuna yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. W-DEQ kullanılmayan, kısmen benzer bir çalışmada yardımcı

üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda ve eşlerinde bebeğini kaybetme korkusunun doğal yolla gebe kalanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (37).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile doğum korkusunun değerlendirildiği çalışmaların doğal yolla gebe kalan kadınlarda yapıldığı görülmektedir. Ölçeğin kullanıldığı çalışmalar; gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşadığı çevre ve kültürel özellikleri, sosyal destekleri ve obstetrik özelliklerine bağlı olarak farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Körükçü ve arkadaşlarının (2010) Antalya’da yapmış olduğu çalışmada, kadınlarda doğum korkusu W-DEQ ile değerlendirilmiş ve kadınların %43,5’inin ağır ve %41,0’ının klinik düzeyde korku yaşadıkları belirlenmiştir (56). Güleç ve arkadaşlarının (2014) İzmir’de yaptıkları çalışmada gebelerde W-DEQ puanı  $46,4 \pm 31,2$  bulunmuştur (70). Aksoy ve arkadaşlarının (2014) Erzurum’da yaptıkları çalışmada kadınların 1/5’inin klinik düzeyde korku yaşadıkları belirlenmiştir (59). Şahin ve arkadaşlarının (2009) İstanbul’da yaptıkları çalışmada gebelerin W-DEQ puanları  $85,63 \pm 13,76$  olarak bildirilmiştir (71). Bülbül ve arkadaşlarının (2016) Kayseri’de yaptığı çalışmada kadınların %38,8’inin doğuma ilişkin şiddetli korku, %8,2’sinin ise klinik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir (72). Güneysu’nun (2016) Eskişehir’de yapmış olduğu çalışmada kadınların en fazla orta %54,8 düzeyde, en az ise klinik düzeyde %7,8 korku yaşadıkları saptanmıştır (73).

Mazuchova ve arkadaşlarının (2017) Slovak kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmasında, W-DEQ puanı  $68,8 \pm 11,6$  bulunmuştur (31). Ryding ve arkadaşlarının (2015) altı Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada, kadınların W-DEQ puanının primiparlarda  $59,1 \pm 21,2$  ve multiparlarda  $54,5 \pm 24,0$  olduğu ve primipar kadınların %11,3’ünün ve multipar kadınların %10,9’unun şiddetli doğum korkusu yaşadıkları ortaya konulmuştur (74). Toohill ve arkadaşlarının (2014) Avustralya’da yapmış oldukları çalışmada, kadınların %30’unun yüksek düzeyde korku yaşadıkları belirtilmiştir (58). Mortazavi (2017)’nin İran’da yaptığı çalışmada primipar kadınların W-DEQ puanı  $68,0 \pm 27,3$  ve multipar kadınların  $61,9 \pm 22,8$  olarak bulunmuştur (65).

Bu çalışmada kadınların yaşadıkları yerin doğum korkusu düzeylerini etkileyen bir faktör olduğu bulundu. Belde/köyde yaşayan kadın sayısı az olmakla birlikte ( $n=13$ ), kırsal kesimde yaşayan kadınların daha yüksek oranda orta ve klinik derecede korku yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunun incelendiği çalışmalarda, kadınların yaşadığı

yerin doğum korkusuna etkisini değerlendiren bir sonuca ulaşamamıştır. Kırsal kesimde yaşayan kadınların daha yüksek oranda doğum korkusu yaşamalarının, zahmetli ve uzun tedavilerden sonra elde edilen gebeliğin ve bebeğin kıymetli olması, doğum eyleminde ya da öncesinde hastaneye zamanında ulaşamama düşüncesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Mazuchova ve arkadaşları (2017) çalışmasında, kadınlarda doğum korkusuna neden olan faktörlerden birisinin hastaneye ulaşmada gecikme olduğunu ortaya koymuşlardır (31). Üst ve arkadaşlarının (2013) gebelerde kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında, köyde yaşayan kadınların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ortaya koymuştur (75). Okumuş ve Şahin (2017), kentsel ve kırsal kesimde yaşayan gebelerde W-DEQ ile doğum korkusunu değerlendirdikleri çalışmasında farklı bir sonuç ortaya koymuş, İstanbul'da yaşayan gebelerde doğum korkusu düzeyinin ve sezaryen doğum tercihinin Siirt'te yaşayan gebelerden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Kırsal kesimde yaşayan gebelerin doğumu daha doğal bir olay olarak algılamaları, doğum sayılarının fazla olması ve çoğunluğu geniş ailede yaşadıkları için sosyal desteklerinin daha fazla olmasının doğum korkusunun daha düşük olmasında etkili olduğunu ifade etmişlerdir (76). Kadınların yaşadıkları yer ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir fark ortaya koymayan çalışma sonuçları da mevcuttur (77, 78).

Bu çalışmada eşi çalışmayan kadın sayısı az olmakla birlikte (n=13), eşi çalışmayan kadınların daha yüksek oranda klinik derecede korku yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunun incelendiği çalışmalarda, kadınların eşlerinin çalışma durumunun doğum korkusuna etkisini değerlendiren bir sonuca ulaşamamıştır. Kadınların eşlerinin çalışma durumu ile ekonomik durumlarının doğrudan bağlantılı faktörler oldukları değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, gelir düzeyi düşük olan kadınların W-DEQ puanları daha yüksek olmakla birlikte ekonomik durum ile doğum korkusu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Güleç ve arkadaşları (2014) çalışmasında, gelir durumu düşük olan kadınlarda doğum korkusunun anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermişlerdir (70). Dilek ve Beji (2014)'nin, yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerini değerlendirdikleri çalışmasında, IVF işlemleri için gereken paranın bulunamamasının çiftleri anlamlı düzeyde endişelendirdiği ortaya konulmuştur (12). Ataman ve Arslan (2010), doğal ve tedavi sonucu oluşan gebeliklerde psikososyal bakım gereksinimini inceledikleri çalışmada, eşin çalışma durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmamışlardır (79). Şahin ve arkadaşları (2009)

gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, kadınların ekonomik durumu ile W-DEQ puanları arasında anlamlı fark ortaya koymamıştır (71). Buradaki korkunun, doğum sırasında bebeğin ölmesi veya zarar görmesinden, infertilite tedavisinin tekrarı için gereken maddi imkanların yetersiz olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada, daha önce düşük yapmış olan kadınların daha yüksek oranda orta ve ağır derecede korku yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Düşük yapmak, infertilite tedavisinin başarısızlığı anlamına gelmektedir. Buna göre farklı bir sonuç olarak; Hashemieh ve arkadaşları(2013), yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda anksiyete düzeyini inceledikleri çalışmada, başarısız infertilite tedavisi ile anksiyete arasında anlamlı ilişki ortaya koymamışlardır (16). Diğer çalışmalarda da düşük öyküsü ile gebelerde doğum korkusu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (77, 78). Hemşirelerin yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınları değerlendirirken, düşük öyküsü olan kadınları dikkatle ele almalarının ve eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemli olduğu değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım eğitimi almadığını ifade eden kadınların W-DEQ puanları, eğitim aldığını ifade eden kadınlardan daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Aynı şekilde doğum öncesi bakım eğitimi almadığını ifade eden kadınların daha yüksek oranda ağır ve klinik derecede korku yaşadıkları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda eğitimin doğum korkusuna etkisini inceleyen araştırma sonuçlarına rastlanmamıştır. Bununla birlikte Dornelles ve arkadaşlarının niteliksel çalışmasında (2016), yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda eğitim ve emosyonel desteğin kadınların anksiyetesini azalttığı vurgulanmıştır (35). İnfertil kadınlar dışında, antenatal eğitimin gebelerde doğum korkusuna etkisini inceleyen çalışmalarda, W-DEQ puanlarının eğitim sonrası anlamlı düzeyde düştüğü, kadınların doğum korkusunun ve doğuma yönelik olumsuz düşüncelerin azaldığı ortaya konulmuştur (54, 57, 68, 69). Farklı bir sonuç olarak; Güleç ve arkadaşlarının (2014) gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmasında, gebelikte eğitim alan kadınların doğum korkularının daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmiştir (70).

Genel olarak gebelerde eğitimin doğum korkusuna etkisini inceleyen çalışma sonuçları, eğitim sonrası doğum korkusunun anlamlı düzeyde düştüğünü ortaya koymaktadır. Bu çalışmada kadınların aldıklarını ifade ettiği doğum öncesi eğitimlerin, hemşire ve ebeler tarafından verilen planlı ve düzenli eğitimlerden ziyade bilgilendirmeler şeklinde eğitimler olduğu düşünülmektedir. Bu şekildeki eğitimlerin dahi gebelerde doğum korkusunu anlamlı düzeyde azalttığı göz önüne alındığında, hemşire ve ebeler tarafından sürekli ve düzenli eğitimlerin verilmesinin ve verilen eğitimlerin sonuçlarını ortaya koyan araştırmaların yapılmasının önemli olduğu aşıkardır.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu tez çalışmasında şu sonuçlar elde edilmiştir:

Kadınların W-DEQ puan ortalamasının  $56,23 \pm 19,40$  olduğu, %54,4'ünün orta ve %23,1'inin ağır derecede korku yaşadıkları saptandı. Gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım eğitimi almayan kadınların W-DEQ puan ortalamalarının ( $60,88 \pm 20,05$ ) eğitim alan kadınlardan ( $52,52 \pm 18,14$ ) anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve daha fazla doğum korkusu yaşadıkları saptandı ( $p < 0,05$ ). Daha önce düşük deneyimi olan, kırsal bölgede yaşayan ve eşleri çalışmayan kadınların doğum korkusu düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu.

### 6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusunu azaltmak için hemşirelerin gebelik süresince kadınlara planlı eğitimler vermeleri ve danışmanlık yapmaları,
- Hemşirelerin kadınların doğum korkularını geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirmeleri,
- Kadınların doğum korkularına yönelik derinlemesine görüşmelerin yer aldığı nitel çalışmaların ve hemşirelerin eğitim ve danışmanlık uygulamalarının kadınların doğum korkusunu azaltmadaki etkilerinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınları değerlendirirken, doğum korkusunu etkilediği belirlenen sosyodemografik ve obstetrik özellikleri dikkate almaları ve bu doğrultuda eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yönlendirmeleri önerilmektedir.

### **6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın yalnızca Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde uygulanması araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Gaziantep ili ve çevresinden belirtilen hastaneye başvuran kadınlara genellenebilir.



## 7.KAYNAKLAR

1. Terzioğlu F. (2016). İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri. Taşkın L.(Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.647-669.
2. Hotun Şahin N, Bilgiç D. (2016). İnfertilite. Kızılkaya Beji N.(Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*.İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 141-145.
3. NICE Pathways (2013). InitialAdviceto People ConcernedAboutDelays in Conception. NationalCollaboratingCentreforWomen’sandChildren’s Health:76.
4. VanderBorgh M.,Wyns C. (2018). Fertilityandinfertility: definition andepidemiology. *Clinical Biochemistry*.62: 2-10.
5. Inhorn M.C.,Patrizio P. (2015). Infertilityaroundtheglobe: newthinking on gender, reproductive technologies andglobalmovements in the 21st century. *Human Reproduction Update*. 21(4): 411-426.
6. Deyhoul N.,Mohamaddoost T., Hosseini M.(2017). Infertility-related risk factors: a systematic review. *International Journal Women’s Health and Reprod Sciences*.5(1): 24-29.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.  
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)  
[28/08/2020].
8. Kırca N., Pasinlioğlu T.(2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.5(2):162-178.
9. Buzlu S.(2018).İnfertilite sürecinde stresle baş etme yöntemleri. Uluslararası Üreme Sağlığı ve İnfertilite Kongresi, 70.
10. Atlanta G.A. (2014). Nationalpublic health action plan for the detection, prevention, and management of infertility. *Centersfor Disease Control and Prevention*.3-22.
11. Dinçer Y., Şanlı Y., Beji N.K. (2015). İnfertilite hemşireliğinde kanıta dayalı uygulamalar.*Androloji Bülteni*. 17(63): 289-295.
12. Dilek N.,Beji N.K. (2012). Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 9(1):24-29.

13. Yanikkerem E., Kavlak O., Sevil Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(4):112-121.
14. Mahadeen A., Mansour A., Al Halabi J., Al Habashneh S., Bani Kenana A. (2018). Psychosocial wellbeing of infertile couples in Jordan. *EMHJ- EasternMediterraneanHealthJournal*. 24(2): 169-176.
15. Karaca A., Ünsal G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3:80-85.
16. Hashemieh C., Samani L.N., Taghinejad H. (2013). Assessment of anxiety in pregnancy following assisted reproductive technology (ART) and associated infertility factors in women commencing treatment. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 15(12): e14465.
17. Terzioğlu F. (2020). İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri. Taşkın L. (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademişyen Tıp Kitapevi. 559-57.
18. Yılmaz E., Kavak F. (2018). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives in Psychiatric Care*. 55:378-382.
19. Körükçü H.Ö. (2009). *Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması*, (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD, Antalya.
20. Poikkeus P., Saisto T., Unkila-Kallio L., Punamaki R.L., Repokari L., Vilska S., Tiitinen A., Tulppala M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 108(1):70-76.
21. İsbir G.G., İnci F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *KASHED*. 1(1):29-40.
22. Uçar T., Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(2):54-58.
23. Dencker A., Nilsson C., Begley C., Jangsten E., Mollberg M., Patel H., Wigert H., Hessman E., Sjöblom H., Lundin C.S. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*. 32: 99–111.
24. Shinn, P. (2012). Preparation for parenthood. Davidson M.R, London M.L, Wieland Ladewig P.A. (Eds.), *Old's Maternal Newborn Nursing and Women's Health Across The Lifespan*. 9. Edition, USA: Pearson Education Inc. 279-292.

25. Beiranvand S.P., Moghadam Z.B., Salsali M., Majd H.A., Birjandi M., Khalesi Z.B. (2017). Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: a cross-sectional study. *Shiraz E-Medical Journal*. 1-9.
26. Boz İ., Akgün M. (2020). Doğum korkusu yönetiminde insan bakım kuramına temelli psikoeğitim programı ve ön uygulama sonuçları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 17(2):180-186.
27. Aksoy A.N., Özkan H., Gündoğdu G. (2015). Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *ClinExp ObstetGynecol*. 42(2):179- 183.
28. Demirci H., Şimşek H.N. (2018). Effects of prenatal education on fear of childbirth. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 3(1):48- 56.
29. Körükçü O., Bulut O., Kukulu K. (2014). Psychometric evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care for Women International*. 10:1-18.
30. Demirsoy G., Aksu H. (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve başatme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2(2): 36-45.
31. Mazuchova L., Skodova Z., Kelcikova S., Rabarova A. (2017). Factors associated with childbirth-related fear among Slovak women. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 8(4):742-748.
32. Aksoy A.N. (2015). Doğum Korkusu: literatürdeğerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*. 2:161-165.
33. Arslantaş H., Çoban A., Dereboy F., Sarı E., Şahbaz M., Kurnaz D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*. 4(1):239-250.
34. Koç E., Kızılkaya Beji N. (2016). Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebelerin yaşadığı problemler ve danışmanlık. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 6(3): 201-206.
35. Dornelles L.M.N., Maccallum F., Lopes R.C.S., Piccinini C.A., Passos E.P. (2016). The experience of pregnancy resulting from assisted reproductive technology (ART) treatment: a qualitative Brazilian study. *Women and Birth*. 29:123-127.
36. Salevaara M., Raija-Leena P., Poikkeus P., Flykt M., Tulppala M., Tiitinen A. (2016). Fear and experience of childbirth among women who conceived with

- donated oocytes: a prospective cohort study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 95:755–762.
37. Keskin G.(2014). *Doğal ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıkları*, (Yüksek Lisans Tezi).Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, İstanbul.
38. Wijma K., Wijma B., Zar M. (1998).Psychometric aspects of the W-DEQ; a new question naire forth emeasurement of fear of childbirth. *J Psychosomatic Obstetricsand Gynecology*. 19:84-97.
39. Deyhoul N., Mohamaddoost T., Hosseini M.(2017). Infertility-related risk factors: a systematic review. *International Journal Women's Health and Reprod Sciences*.5(1): 24-29.
40. Marsh E. (2013).Infertility and assisted reproductive technologies. Callahan T.L. and Caughey A.B. (Eds.), *Blueprints Obstetrics and Gynecology*.7. Edition, USA: Lippincott Williams Wilkins.911-947.
41. Lindsay T.J., Vitrikas K.R.(2015). Evaluation and treatment of infertility. *American Academy Of Family Physicians*.91(5):308-314.
42. Anwar S., Anwar A. (2016). Infertility: a review on causes, treatment and management. *Scient Open Access Journal: Women's Health & Gynecology*. 2(6):1-5.
43. Boes A.S., Neubourg D.D., Peeraer K., Tomassetti C., Meuleman C., Hooghe T.D.(2019).Unexplained infertility. Norwitz E.R., Zelop C.M., Miller D.A., Keefe D.(Eds.), *Evidence- Based Obstetrics and Gynecology*. John Wiley & Sons.145-154.
44. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik.  
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20085&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> [28/08/2020].
45. Terzioğlu F. (2014). İnfertilite ve yardımcı üreme teknikleri. Taşkın L.(Ed.),*Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.547-566.
46. Stevenson E.L., Hershberger P.E., Bergh, P.A. (2016). Evidence-based care for couples with infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 45(1):100-110.
47. American Society for Reproductive Medicine.Assisted Reproductive Technology.A Guide For Patients (2018).<https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news->

- [and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/art-booklet2.pdf](#) [28/08/2020].
48. Cori Feist M.S. (2012). Special reproductive concerns: infertility and genetics. Davidson M.R., London M.L., Wieland Ladewig P.A. (Eds.), *Old's Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Across The Lifespan*. 9. Edition, USA: Pearson Education Inc.242-276.
49. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. 30.09.2014 tarihli Resmi Gazete, Sayı: 29135.<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140930-4.htm> [28/08/2020].
50. Güngör İ., Beji N.K. (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.23(2):152-159.
51. Boz İ., Akgün M. (2019). İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 16(2):170-175.
52. Kızılkaya Beji, N., Zengin, M., Dinç, H. (2009.) İnfertilite hemşirelerinin değişen rolleri ve eğitim gereksinimleri. Kızılkaya Beji N.(Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş.255-264.
53. Lee T.Y., Sun G.H., Chao S.C. (2001). The effect of aninfertility diagnosos on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*. 16 (8):1762.
54. Karabulut Ö., Coşkuner Potur D., Doğan M.Y. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*. 63: 60-67.
55. Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr> [27/08/2020].
56. Körükçü Ö., Fırat M.Z., Kukulu K.(2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women.*Procedia Social and Behavioral Sciences*.5:467–470.
57. İsbir G.G., İnci F., Önal H., Yıldız P.D.(2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*.32:227–232.
58. Toohill J., Fenwick J., Gamble J., Creedy D.K., Buist A., Ryding E.L. (2014). Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: an Australian study. *Open J Obstet Gynecol*. 4:531-543.

59. Aksoy M., Aksoy A.N., Dostbil A., Çelik M.G., İnce İ. (2014). The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Hindawi Publishing Corporation Obstetrics and Gynecology International*. 1-7.
60. Korukcu O., Kukulcu K., Fırat M.Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19:193–202.
61. Andaroon N., Kordi M., Ghasemi M., Mazlom R.(2018). The validity and reliability of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (Version A) in primiparous women in Mashhad, Iran. *Iran Journal Medical Science*. 1-9.
62. Pallant J.F., Green P., Toohill J., Gamble J., Creedy D.K., Fenwick J.(2016).Assessment of the dimensionality of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire using factor analysis and rasch analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(361):1-11.
63. Roosevelt L., Low L.K.(2016). Exploring fear of childbirth in the United States through a qualitative assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 45(1):28-38.
64. Moghaddamhosseini V.,Makai A.,Dweik D.,Várnagy A.(2018). Factor analysis study of the Hungarian translation of Wijma DeliveryExpectancy/Experience Questionnaire (Version A). *Current Psychology*. 39:1098-1105.
65. Mortazavi F. (2017). Validity and reliability of the Farsi version of Wijma Delivery Expectancy Questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electronic Physician*. 9(6):4616-4615.
66. Fenaroli V.,Saita E. (2013). Fear of childbirth: a contribution to the validation of the Italian version of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire(WEDQ). *TPM*. 20(2): 131-154.
67. Takegata M., Haruna M., Matsuzaki M. et al. (2017).Psychometric evaluation of theJapanese Wijma DeliveryExpectancy/ExperienceQuestionnaire Version B. *Open Journal of Nursing*. 7:15-27.
68. Subaşı B., Özcan H., Pekçetin S., Göker B., Tunç S., Budak B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 29(4):165-167.

69. Akın B., Yeşil Y., Yücel Ü., Boyacı B. (2018). Doğum öncesi sınıflarda verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyine etkisi. *Life Sciences (NWSALS)*. 13(2):11-20.
70. Güleç D., Öztürk R., Sevil Ü., Kazandı M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J GynecolObst.* 24(1):36-41.
71. Şahin N., Dinç H., Dişsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*.40: 57-62.
72. Bülbül T., Özen B., Çopur A., Kayacık F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*.25:126-130.
73. Güneysu S.(2016).*Kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemde doğum korkusuna ilişkin düşüncelerinin karşılaştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Eskişehir.
74. Ryding E.L., Lukasse M., VanParys A.S.(2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *BIRTH*. 42(1):48-55.
75. Üst Z.D., Pasinlioğlu T., Özkan H. (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 16(2):110-115.
76. Okumuş F.,Şahin N. (2017). Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: comparison of two resident populations. *North Clinics Istanbul*. 4(3):247-256.
77. Keklikçi S. (2018). *Primiparlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.
78. Dursun D. (2019). *Gebelerde evlilik uyumunun doğum korkusuna etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi). Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Ordu.
79. Ataman H.,Arslan H. (2010). Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. *Aile ve Toplum*. 11(6): 75-86.

## EKLER

EK-1



T.C.  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**



**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**

**Sayı** :71915440-804.01-E.2009120009  
**Konu** :Tez Konu Başlığı Hk.

**Tarih**:12.09.2020

**Sayın Hatice ÇELİK**

Enstitü Yönetim Kurulunun 9.5.2019 tarih ve 2019/020 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-İmzalıdır*  
Prof. Dr. Ayla YAVA  
Müdür V.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184101059 Hatice ÇELİK	Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP  
Tel :+90 342 211 80 80  
Fax :+90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Web : www.hku.edu.tr  
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index?EvrakNo=E.2009120009&ErisimKodu=86b8b49>



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Ar-Ge  
Birimi  
07/08/2019 16:05 - 65587614 - 774.99 - E.174



Sayı : 65587614-774.99  
Konu : Hatice ÇELİK'in Araştırma İzni Hk.

CENGİZ GÖKÇEK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Hatice ÇELİK, "Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışmasını Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL  
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:  
Uygunluk Yazısı.

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Telefon: Faks No:

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fee82057-eb5b-4ce9-b237-8386fd957319 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Halime YAKUT

MEMUR

Telefon No: (0342) 220 96 14



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep (Devlet)  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü - Gaziantep (Devlet)



Sayı : 76924598-774.99  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.  
- Hatice ÇELİK

MEC.İ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : 16/07/2019 tarihli ve 65587614-774.99-152 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Bilimsel Araştırma için başvuruda bulunan; Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Hatice ÇELİK, Müdürlüğümüze bağlı Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması için izin talebi Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımızca uygun görüldüğü hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

*e-İmzalıdır.*

Op. Dr. Davut Vecdî ERSÖZ  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri  
Başkanı

EK : İlgili Yazı ve Ekleri (28 Sayfa)

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: [soner.mihcioglu@saglik.gov.tr](mailto:soner.mihcioglu@saglik.gov.tr) İnternet Adresi:  
[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

Üzeri elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a2417474-0670-4f4d-a195-0db6093d263 kodu ile erişebilirsiniz.  
Eğer elektronik imza kullanırsanız <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden, te: 82057-82058, fce: 9-6237-8386(0957319) kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Soner MIHÇIOĞLU

Veri Giriş Personeli

Telefon No: (0342)3382600





hatice elik &lt;haticelik92@gmail.com&gt;

## İzin yazısı

**Oznur Korukcu** <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr> 30 Eylül 2020 16:00  
Alıcı: hatice elik <haticelik92@gmail.com>

Merhaba Hatice,  
W-DEQ A versiyonunu yayınları ile birlikte ekte gönderiyorum.  
Çalışmada kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle.

Doç.Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

---

Kimden: hatice elik [[haticelik92@gmail.com](mailto:haticelik92@gmail.com)]

Gönderildi: 28 Eylül 2020 Pazartesi 22:11

Kime: Oznur Korukcu

Konu: İzin yazısı

Merhaba, Ben Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencilerinden Hatice ÇELİK.  
Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A versiyonunu kendi tez çalışmamda kullanmak için sizden izin istiyorum.  
Çok teşekkür ederim.  
İyi çalışmalar.

---

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Çalışmamızın amacı “Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler”dir. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız sadece bu araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz daha uygun olacaktır. Bu çalışma sizlere daha iyi hizmet vermeyi, sizleri daha iyi anlamayı ve hasta bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak, başkalarına verilmeyecek ve herhangi bir yaptırım söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için soru yanıtlarınızın sizin tarafınızdan işaretlenmesini ve soruları boş bırakmamanızı dilerim.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı Soyadı: Hemşire Hatice ÇELİK

İmzası:

**YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ ile GEBE KALAN KADINLARDA DOĞUM  
KORKUSU ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**VERİ TOPLAMA FORMU**

**Açıklama:** Sayın katılımcı, bu araştırma yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğum korkusu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Formda isminiz yazılmayacak, vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve toplanan veriler sadece araştırma için kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Hemşire Hatice ÇELİK

**Katılımcı No:**

**A. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

**1. Doğum Tarihi (yıl):** .....

**2. Eğitim Durumu**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar
- 3) İlköğretim
- 4) Ortaöğretim
- 5) Yüksek Öğretim

**3. Çalışma Durumu**

- 1) Çalışmıyor
- 2) Çalışıyor (Mesleği: .....) )

**4. Ekonomik Durumu**

- 1) Gelir giderden az
- 2) Gelir gidere eşit
- 3) Gelir giderden fazla

**5. Sosyal/Sağlık Güvencesi**

- 1) Var
- 2) Yok

**6. Yaşadığı Yer**

- 1) İl
- 2) İlçe
- 3) Belde/Köy

**7. Aile Tipi**

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile

**8. Evlenme Yaşı:.....**

**9. Evlilik Süresi (yıl):.....**

**10. Eşin Doğum Tarihi (yıl):.....**

**11. Eşin Eğitim Durumu**

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar
- 3) İlköğretim
- 4) Ortaöğretim
- 5) Yüksek Öğretim

**12. Eşin Çalışma Durumu**

- 1) Çalışmıyor
- 2) Çalışıyor (Mesleği: .....)

**B. İNFERTİLİTE VE GEBELİK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER**

**13. İnfertilite nedeni**

- 1) Kadın kaynaklı
- 2) Erkek kaynaklı
- 3) Hem kadın hem erkek kaynaklı
- 4) Nedeni açıklanamayan infertilite

**14. İnfertilite Tedavisi Alma Süresi (toplam) (yıl): .....**

**15. İnfertilite Tedavisi Alma Sayısı**

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3 ve üzeri

**16. İnfertilite tedavisinde kullanılan yardımcı üreme teknikleri (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- 1) Hormon tedavisi
- 2) Aşılama
- 3) Tubal operasyon
- 4) InVitroFertilizasyon(IVF)
- 5) Diğer

**17. Şu andaki gebelikte kullanılan yardımcı üreme teknikleri (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- 1) Hormon tedavisi
- 2) Aşılama
- 3) Tubal operasyon
- 4) InVitroFertilizasyon (IVF)
- 5) Diğer

**18. Gebelik Sayısı:** .....

**19. Doğum Sayısı:** .....

**20. Çocuk Sayısı:** .....

**21. Düşük Sayısı:**.....

**22. Küretaj Sayısı:** .....

**23. Doğum şekli tercihi**

1) Sezaryen doğum

2) Vajinal doğum

3) Farketmez

**24. Gebelik süresince doğum öncesi bakım eğitimi alma durumu**

1) Evet

2) Hayır

**25. Doğum öncesi bakım eğitimini kimden/nereden aldı?**

1) Sağlık personeli

2) Gebe eğitim okulları/kursları

3) Gebe eğitim kitapları

4) İnternet, medya

5) Diğer(belirtiniz: .....) )

**26. Gebelik süresince doğum eylemi hakkında eğitim alma durumu**

1) Evet

2) Hayır

**27. Doğum eylemi hakkında eğitimi kimden/nereden aldı?**

- 1) Sağlık personeli
- 2) Gebe eğitim okulları/kursları
- 3) Gebe eğitim kitapları
- 4) İnternet, medya
- 5) Diğer (belirtiniz: .....)

**28. Gebelik süresince yardımcı/destek olan kişiler (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- 1) Eş
- 2) Anne/Kayınvalide
- 3) Kardeş
- 4) Arkadaş
- 5) Yardım alınan kimse yok
- 7) Diğer (belirtiniz: .....)

**29. Kronik hastalık**

- 1) Yok
- 2) Var (belirtiniz: .....)

**30. Boy:** ..... **Kilo:** ..... **BKİ:** .....

**31. Gebelikte şimdiye kadar alınan kilo:** .....

**32. Gebelikte sağlık sorunu**

- 1) Yok
- 2) Var (belirtiniz: .....)

## Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0'dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, sorulan soruları yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun olan rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancılarınızı ve doğumu düşününüz, olmasını istediğiniz şekli değil.

### I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 mükemmel      mükemmel değil

2      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 korkunç      korkunç değil

### II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 yalnız      korkunç değil

4      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 güçlü      güçlü değil

5      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 kendinden emin      kendinden emin değil

6      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 korkmuş      korkmuş değil

7      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 yüzüstü bırakılmış      yüzüstü bırakılmış değil

**II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünürsünüz?**

8	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	güçsüz						güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	güvende						güvende değil
10	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	bağımsız						bağımsız değil
11	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	umutsuz						umutsuz değil
12	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	gergin						gergin değil
13	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	memnun						memnun değil
14	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	hoşnut						hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	terk edilmiş						terk edilmiş değil
16	0	1	2	3	4	5	
	Tamamen						Hiç
	kendine hakim						kendine hakim değil
17	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	rahat						rahat değil
18	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	mutlu						mutlu değil

**III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

- 19 0 1 2 3 4 5  
Aşırı panik Hiç panik değil
- 20 0 1 2 3 4 5  
Aşırı 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 özgüvenli Öz güveni yok
- 23 0 1 2 3 4 5  
Son derece Kendine  
Kendine güvenli güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5  
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

**IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

- 25 0 1 2 3 4 5  
Sonderecekötü birşekilde 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 hayalediyorsunuz?**

280 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Son derece  
keyif vericiHiç  
keyif verici değil

290 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Son derece  
doğalHiç  
doğal değil

300 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Tamamen olması  
gerektiği gibiHiç olması gerektiği  
gibi değil

310 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Son derece  
tehlikeliHiç  
tehlikeli deđil**VI Son bir ay içinde dođum sancıları ve dođumunuz ile ilgili dűşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?**

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

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Hiç

Çok sık

33...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine iliřkindűşünceleriniz?

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Hiç

Çok sık

**Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilirsiniz misiniz?**

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Hatice ÇELİK

**Doğum Tarihi** : 03.05.1992

**Unvanı** : Hemşire

## Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik Bölümü	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2010-2014
Yüksek Lisans	Hemşirelik ABD	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018- devam ediyor

## Çalışma Durumu

Unvan	Alan	İşyeri	Yıl
Hemşire	Kardiyovasküler Cerrahi Servisi	Medikal Park Gaziantep Hastanesi	2014-2016
Hemşire	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2016-2018
Hemşire	Süt Çocuğu-4 Servisi (Yan Dal)	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2019- devam ediyor