



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**GEBELERİN NORMAL DOĞUM İNANCI
ÜZERİNE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN,
SOSYAL DESTEK ALGISININ VE DOĞUM
HİKAYELERİNİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Seyhan ALPAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05/12/2022

Seyhan ALPAY

İthaf

Yüksek lisans tezimi, varlıklarına her gün şükrettiğim ve güzel bir örnek olmak istediğim biricik kızlarım Eylül ve Elif ALPAY'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Gerek lisansüstü eğitimim gerekse tez çalışmamın başından sonuna kadar bilgi, tecrübe ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan, ufkumu açan, bana öncülük eden, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, anneliğe, kadına verdiği desteği her zaman hissettiğim ve minnettar olduğum, öğrencisi olduğum için şükran duyduğum hem akademik kimliğini hem de insanlığını örnek aldığım sevgili tez danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı ve Öğretim Üyesi sayın Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK ve Sayın emekli Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN, tez savunma sınavımda jüri üyesi olarak katkı veren Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN ve Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK hocalarıma,

Lisansüstü eğitimim süresince desteğini her zaman hissettiğim Rize Devlet Hastanesi Ameliyathane ekibinde birlikte çalıştığım tüm arkadaşlarıma, eğitimime devam edebilmem için bana destek olan, sabırla yanımda olan annelerim Melek BİBER, Gündüz ALPAY'a, babalarım Kemal BİBER, Salim ALPAY'a, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ablam Meltem ALPAY'a,

Veri toplama sürecimde desteğini aldığım Rize Devlet Hastanesi gebe okulu ve NST birim sorumlusundaki ebe arkadaşlarıma, Dr. Filiz ERDEMLİ'ye, Özlem BİBER'e,

Her zaman yanımda olan, varlıklarına şükrettiğim eşim Murat ALPAY, kızlarım Eylül ve Elif ALPAY'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere,

Sabır, destek ve güvenleri için sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Seyhan ALPAY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik	4
2.2. Doğum ve Evreleri	4
2.3. Normal Doğum	5
2.4. Sezaryen ile Doğum	6
2.5. Gebelerin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler	8
2.6. Normal (Vajinal) Doğum İnancı	10
2.7. Gebelikte Sosyal Destek	12
2.7.1. Sosyal Desteğin Tanımı ve Önemi	12
2.7.2. Sosyal Destek Türleri	13
2.7.3. Gebelikte Sosyal Desteğin önemi	13
2.8. Gebelikte Psikolojik Sağlamlık	15
2.8.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı ve Önemi	15
2.8.2. Gebelikte Psikolojik Sağlamlığın Önemi	17
2.9. Gebelik ve Doğum Hikayeleri	18
2.10. Gebelerin Vajinal Doğum İnancını Arttırmada Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Edilmeme ve Dışlanma Kriterleri	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	23
3.5.2. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)	23
3.5.3. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ)	24
3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	25
3.6. Veri Toplama Yöntemleri	25
3.6.1. Online Teknikle Veri Toplama	26
3.6.2. Yüz yüze Görüşme Tekniği ile Veri Toplama	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	49
EKLER	71
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (online)	72
Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (yüz yüze)	73
Ek 3. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	74
Ek 4. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)	76
Ek 5. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ)	77
Ek 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	78
Ek 7. Etik Kurul Onayı	79
Ek 8. Kurum İzni	82
ÖZGEÇMİŞ	85

TABLolar DİZİNİ

Tablo No.	Sayfa
Tablo 1. Normal doğum inancı ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar	24
Tablo 2. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması	28
Tablo 3. Gebelerin normal doğum inancı ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı	30
Tablo 4. Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	30
Tablo 5. Çok boyutlu sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	31
Tablo 6. Gebelerin doğum hikayesine yönelik hikâye dinleme, video izleme ve herhangi bir yazılı metin okuma durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 7. Gebelerin normal doğum inancı ölçeği toplam puan ortalaması ile sosyal destek ve psikolojik sağlamlık ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi	33
Tablo 8. Normal doğum inancı ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve psikolojik sağlamlık ölçeği arasındaki regresyon analizi	33
Tablo 9. Doğum hikayesi dinleme, doğum hikayesi izleme ve doğum hikayesi okuma durumlarının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi	34
Tablo 10. Normal Doğum İnancı puanı ile yaş, yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesi	35
Tablo 11. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere göre normal doğum inancı ölçeği toplam puan ortalamasının karşılaştırılması	36
Tablo 12. Gebelerin doğum hikayesi dinleme, izleme, okuma ve refakatçi olarak bulunma durumuna göre normal doğum inancı puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 13. Doğum hikayesi dinleme deneyiminin (bir başka kadından), doğum hikayesine yönelik video izlemenin ve doğum hikayesine yönelik bir yazı/metin okuma deneyiminin normal doğum inancına etkisini gösteren lojistik regresyon modeli	38

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACOG	Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji
CDSPÖ	Connor- Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
CS	Cesarian Section
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
LSD	Least Significant Difference
NDIÖ	Normal Doğuma İnanç Ölçeği
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
NNB	Normal Birth Belief Scale
CD-PRS	Connor-Davidson Resilience Scale
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Simgeler

OR	Odd's Ratio
-----------	-------------

ÖZET

Gebelerin Normal Doğum İnancı Üzerine, Psikolojik Sağlamlığın, Sosyal Destek Algısının ve Doğum Hikâyelerinin Etkisinin İncelenmesi

Bu araştırma gebelerin normal doğum inancı üzerine; psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Aralık 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında Türkiye'nin herhangi bir bölgesinde yaşayan 428 gebe ile yapılmıştır. Veriler; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu, Normal Doğum İnanc Ölçeği (NDİÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, Student t testi, Varyans, Çoklu Lineer Regresyon, Pearson ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Gebelerin gebelik haftası ortalaması 31.25 ± 6.34 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin NDİÖ toplam puan ortalaması 76.83 ± 13.87 olarak saptanmış olup, ölçeğin kesme noktasına göre %6.5'i düşük, %72.7'si orta, %20.8'i yüksek düzeyde inanç ve eğilime sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin ÇBASDÖ toplam puanının 63.69 ± 12.89 olduğu saptanmıştır. Gebelerin %91.1'i doğum yapan birinden doğum hikayesi dinlediğini, %61.4'ü doğumla ilgili video izlediğini, %78,5'i doğumla ilgili bir yazı okuduğunu ifade etmiştir. Çalışmada NDİÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ ve CDPSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Sağlamlık değişkenlerinin, Normal Doğum İnancını %6.5 oranında yordadığı belirlenmiştir. Gebelerin Normal Doğum İnancı üzerine; olumlu doğum hikayesi dinlemenin 1.176, olumlu doğum videosu izlemenin 1.203, olumlu yazılı metin okumanın 1.265 kat arttırıcı etkisinin olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç olarak; gebelerin psikolojik sağlamlık ve sosyal destek algı düzeyinin, normal doğum inancındaki değişim üzerinde etkili olduğu, olumlu olarak doğum hikayesi dinlemenin, doğum videosu izlemenin ve doğuma yönelik yazılı metin okumanın normal doğum inancını artırdığı saptanmıştır. Gebelerin normal doğum inancını arttırmak için ebe ve hemşirelere; gebelerin mental sağlık ve sosyal destek durumlarını rutin olarak taramaları, risk varlığında gerekli bakım ve danışmanlık hizmeti sunmaları, kadın merkezli obstetrik bakım hizmeti sunmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum hikayesi, gebe, psikolojik sağlamlık, sosyal destek, vajinal doğum inancı

ABSTRACT

The Effect of Psychological Resilience, Perception of Social Support, and Birth Stories on Normal Birth Beliefs of Pregnant Women

This study was conducted in a descriptive design to examine the effect of psychological resilience, perception of social support, and birth stories on the normal birth belief of pregnant women. The study was conducted between December 2021 and December 2022 with 428 pregnant women who lived in any region in Turkey. The data were collected with the Pregnancy Descriptive Information Form, the Normal Birth Belief Scale, (NBBS), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Connor-Davidson Psychological Resilience Scale (CD-PRS). Number, percentage, mean, Student t test, Variance, Multiple Linear Regression, Pearson and Spearman Correlation analyses were used in the statistical evaluation of the data. The mean gestational week was 31.25 ± 6.34 . The mean total score of NBBS was 76.83 ± 13.87 , and according to the cut-off point of the scale, 6.5% had low, 72.7% had moderate, and 20.8% had high-level beliefs and tendencies. The total score of the MSPSS was 63.69 ± 12.89 . 91.1% of the pregnant women listened to the birth story of someone who gave birth, 61.4% watched a video about birth, and 78.5% read an article about birth. There was a statistically significant, positive, and low-level relationship between the total score of NBBS and the MSPSS and CD-PRS ($p < 0.05$). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Psychological Resilience variables predicted the Belief in Normal Birth by 6.5%. Listening to a positive birth story, watching a positive birth video, and reading a positive written text had a 1.176-fold, 1.203-fold, and 1.265-fold increasing effect on the total score of normal birth belief of pregnant women, respectively ($p < 0.05$).

It was concluded that psychological resilience and social support perception were effective on normal birth beliefs of pregnant women, and listening to a positive birth story, watching a positive birth video, and reading a positive written text about birth increased normal birth beliefs. In order to increase the normal birth beliefs of pregnant women, it is recommended to midwife and nurse that pregnant women routinely screen their mental health and social support status, provide necessary care and counseling in the presence of risk, and provide women-centered obstetric care.

Keywords: Birth story, pregnant women, psychological resilience, social support, vaginal birth belief

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Normal (vajinal) doğum inancı; vajinal doğumun normal, doğal ve güvenli olduğu, kadın bedeninin vajinal doğuma uygun tasarlandığı, doğum ağrısının doğumun bir parçası olduğu ve bu ağrının baş edilebilir olduğu, doğumda gereksiz girişimlerden kaçınılması inancını esas alan bir kavramdır (1, 2). Doğumla ilgili bu inanç, değer ve algılar gebe olan ve olmayan kadınların doğumla ilgili karar verme ve doğumu yönetme sürecinde önem taşımaktadır (3, 4). Gebelerin normal doğum inanç düzeyini; sosyo demografik, obstetrik ve kültürel özellikleri, doğuma yönelik korku ve endişeleri, geçmiş doğum deneyimleri, doğum öncesi bakımın niteliği, doğum ortamı, sağlık profesyonellerinin desteği gibi birçok faktör etkileyebilmektedir (3, 5, 6).

Normal doğum kavramı ile vajinal doğum kavramı genellikle eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Normal (vajinal doğum), kadın fizyolojisine uyumu nedeniyle geçmiş yıllardan günümüze kadar gebeler arasında en çok tercih edilen doğum şeklidir (7). Vajinal doğumun; kadın vücudunun doğasına uygun olması (7-9), postpartum döneme ilişkin fiziksel aktiviteye erken başlaması ve iyileşmenin hızlı olması (10), abdominal bölgede kesi ve yara izinin olmaması (9), anne bebek etkileşiminin erken dönemde başlaması, ilk emzirmenin erken başlaması (11), daha doğal ve sağlıklı bir yöntem olarak düşünülmesi (12), hastanede kalış süresinin kısa olması ve kişi başı maliyet yükünün az olması, yenidoğanın şimdiki ve ileriki yaşantısında alerji ve solunum sorunlarının daha az görülmesi gibi anne, yenidoğan, aile ve toplum sağlığı üzerine önemli yararları bulunmaktadır (9, 13, 14). Belirtilen bu yararları nedeniyle kadın, aile ve toplumun normal doğuma yönelik olumlu algılarının oluşması, vajinal doğum inancında ve tercihinde önem taşımaktadır (4). Doğumun olumsuz algılanması ve negatif deneyimi kadınlar arasında paylaşılarak negatif doğum hikayelerine dönüşmektedir (9, 15). Bazı görsel medya araçlarının doğumu kanlı, acı verici ve travmatik bir olay olarak sunması (16), gebelerin sağlık okuryazarlıklarının düşük olması (17), doğum süresince sağlık profesyonellerince verilen desteğin yetersiz oluşu, kadın ve ailesinin doğum ağrılarıyla baş etme becerilerinin azlığı gibi faktörler de doğumun negatif algılanmasına ve olumsuz doğum hikâyelerinin artmasına sebebiyet vermektedir (18-21). Olumsuz doğum deneyimi ve doğum hikâyeleri; kadınların tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen ile doğumu tercih etmesine yol açmaktadır (13, 22). Tıbbi gereklilik durumunda yaşam kurtarıcı olan sezaryenle doğum, tıbbi endikasyon dışı uygulandığında anne ve yenidoğan mortalite ve morbitide oranını,

vajinal doğuma göre artırmaktadır (23). Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Türkiye sezaryen ile doğum oranı en yüksek ikinci ülke konumunda yer almaktadır (24). Dünya Sağlık Örgütü (25) ve ülkemiz Sağlık Bakanlığı vajinal doğum oranının ivedilikle artırılmasını, sezaryen ile doğum oranlarının azaltılmasını hedeflemektedir (26). Sezaryen ile doğum oranının düşürülmesi bir başka ifade ile vajinal doğum oranının artırılmasını sağlamak için; öncelikli olarak gebe olan ve olmayan kadınların vajinal doğum inancını etkileyen faktörlerin ortaya koyulması ve tıbbi endikasyon dışı olan faktörlerin önlenmesi gerekmektedir (8, 9, 27-30). Sezaryen ile doğum tercihinde önlenebilir nedenler bulunmaktadır. Bunlar, kadınlarda doğum kokusu düzeyinin yüksekliği (18), vajinal doğum öz yeterliliğinin ve inancının düşük / yetersiz olması (31), kadınların psikolojik sağlamlık düzeyinin yetersiz olması (32), doğumun medikalizasyonu, doğumda yüksek düzeyde ağrı duyulacağına yönelik endişeler (28, 33-35), vajinal doğumu gerçekleştirmeye yönelik inanç yetersizliği veya yanlış inanç ve tutuma sahip olma (6), ruhsal sorunlar (anksiyete, depresyon gibi), sosyal destek azlığı (34, 35) olumsuz doğum hikayeleri ve daha evvel negatif doğum deneyimi yaşamış olmak gibi nedenlerdir (15). Bu önlenebilir nedenlerden doğum hikayeleri; gebenin doğum şekli tercihinde ve inancında etkili olabilmektedir (5). Bu nedenle doğuma yönelik olumlu doğum hikayelerinin çoğaltılması gerekmektedir (9). Yapılan bazı çalışmalarda, gebelerin sosyal medyadan dinlediği olumlu doğum hikayelerinin, onlara destek sağladığı ve doğum inançlarını arttırdığı belirtilmektedir (36, 37). Olumlu doğum hikayelerinin, vajinal doğum inancını artırıcı ve sosyal destek gereksinimi azaltıcı etkisi bulunmaktadır (38-40)

Gebenin vajinal doğum inancını; doğum hikayelerinin yanı sıra psikolojik sağlamlık ve sosyal destek düzeyi de etkileyebilmektedir (41-43). Psikolojik sağlamlık; stres yaratıcı, yaşamı zorlayıcı durumlar karşısında uyum sağlama yeteneği, uyum gösterme çabası ve süreç sonucunda pozitif adaptasyon sergilemeyi başarabilmek olarak tanımlanmaktadır (44). Gebelik dönemi kadın ve ailesi için hem mutluluk verici hem de stres ve kaygıya neden olabilen hassas bir dönemdir (14). Bu hassas dönemde; gebelik sorunlarına ve doğuma yönelik stresi yönetebilmek, kaygı durumunu en aza indirgeyebilmek, gebelik uyumunu sağlayabilmek ve perinatal mental sağlığını koruyabilmek için gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyi oldukça önemlidir (45). Gebenin psikolojik sağlamlığının artırılmasında, sosyal desteğin iyi düzeyde olması önem taşımaktadır (37, 46). Sosyal destek; genellikle stres altında ve zor durumda bulunan bireylere zorluklarla başa çıkmasına katkı sağlayan, sevgi ve değer görme gibi duygusal

ihtiyaçlarını karşılayan, hayata uyum sürecine katkıda bulunan maddi, manevi ve duygusal yardımların tümüdür (47, 48). Gebe kadınların sosyal destek kaynaklarını en yakınlarındaki eş/ aile ve arkadaşları oluşturur (49). Gebeler gebeliğın her evresinde, özellikle doğumun yaklaştığı üçüncü evrede ve doğum anında daha fazla sosyal destek gereksinimi hissederler (50). Literatürde sosyal çevresi tarafından desteklenen bir kadının gebeliğe uyum sürecinin olumlu olduğu (51), gebelik sorunları ile daha iyi baş edebildiğı, annelik rolünü daha kolay benimsediğı (50) ve doğum sonrası depresyon riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (52). Gebenin sosyal desteğinin iyi düzeyde olması, hem ruh sağlığını (53) hem de vajinal doğum inancını artırabilmektedir (54, 55). Bu nedenle gebelik izleminde gebelerin sosyal destek ve psikolojik sağlamlık düzeylerini değerlendirmek önemlidir (56). Antenatal bakımdan sorumlu ebe ve hemşirelerin; gebelerin mental sağlık ve sosyal destek durumlarını rutin olarak taramaları (53), risk varlığında gerekli bakım ve danışmanlık hizmeti sunmaları, kadın merkezli ve sürekli bakım hizmeti sunmaları gebelerde vajinal doğum inancının artırılmasında, vajinal doğumun tercih edilmesinde bir başka ifadeyle sezaryen ile doğumların azaltılmasında önem taşımaktadır (7, 57). Literatürde doğumda sağlık profesyonellerinden alınan desteğın; doğum inancının artmasında ve doğumun olumlu deneyimlenmesinde önemli olduğu vurgulanmaktadır (37).

Bu çalışmanın amacı gebelerin normal doğum inancı üzerine; psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisini incelemektir. Literatür taramalarında bu amaca yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın literatürdeki bu boşluğu dolduracağına ve yeni çalışmalara ışık tutacağına inanılmaktadır. Bu alışmanın Dünya Sağlık Örgütünün pozitif gebelik ve doğum deneyimi ve vajinal doğumunun teşvik edilmesi stratejilerine katkı sağlayabileceğine inanılmaktadır.

Araştırma soruları

1. Gebelerin normal doğum inancı düzeyi nasıldır?
2. Gebelerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi nasıldır?
3. Gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyi nasıldır?
4. Gebelerin doğum hikayesi dinleme / izleme ve okuma oranı nasıldır?
5. Gebelerin normal doğum inancı üzerinde psikolojik sağlamlık, sosyal destek ve doğum hikayelerinin etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, gelişmiş ovum ile spermin birleşmesi ve döllemesi sonucu oluşan embriyonun, uterusun endometrium tabakasına yerleşmesi ile başlayan ve ortalama olarak son menstrual kanamadan itibaren yaklaşık 40 hafta (280 gün) süren fizyolojik bir yaşam olayıdır (58, 59). Gebelik 3 trimesterden oluşmakta olup, her bir trimester 3 aylık dönemi kapsamaktadır. Birinci trimester ilk 1-13 hafta, ikinci trimester 14-27 hafta ve üçüncü trimester 28. haftadan bebeğin doğumunun gerçekleştiği (yaklaşık 40-42 hafta) süreyi kapsamaktadır (58, 60). Birinci trimester bulantı kusma gibi bazı fizyolojik değişikliklerin yaşandığı ve ambivalan (zıt) duygulara neden olan adaptasyon dönemidir. İkinci trimester anne karnındaki fetüsün hareketlerinin hissedilmesiyle başlayan, kadının gebeliğe uyumunu ve yeni bir canlının varlığını kabullenmesini içeren dönemi kapsamaktadır. Üçüncü trimester ise gebelikte büyüyen uterus ve kilo artışının kadını fiziksel olarak zorladığı, doğumun yaklaştığı dönemi içermektedir (58).

2.2. Doğum ve Evreleri

Doğum; son menstruasyondan itibaren ortalama olarak 40-42 hafta sonra, gelişimini tamamlayan ve uterus içinde büyüyen fetüs ve eklerinin doğum kanalından geçerek vücudun dışına atıldığı süreçtir (61). Başka bir ifade ile doğum; düzenli periyotlarla gelen uterus kontraksiyonlarıyla beraber, serviksin incilmesi (efasman) ve genişlemesine (dilatasyon) neden olan fizyolojik, doğal bir süreçtir (62, 63).

Doğum eyleminde rol alan dört faktör vardır. Bunlar; doğum kanalı (kemik pelvis), doğum objesi (fetüs), doğum eylemindeki güçler ve annenin psikolojik durumudur. Ayrıca doğum sürecinin sağlıklı ilerlemesi için fizyolojik faktörler kadar anne psikolojisi ve gebeliğe uyumu da önemlidir (58, 61). Doğum eyleminin nasıl başladığıyla ilgili kesin bilimsel bir kanıt yoktur. Ancak gerçek doğum belirtileri; sıklığı ve şiddeti giderek artan düzenli uterus kontraksiyonları, sırttan başlayıp karına yayılan rahatsızlık hissi, aktivite anında artan kontraksiyonlar, servikal silinme ve dilatasyonun aşamalı olarak gerçekleşmesi, dinlenme ile geçmeyen kontraksiyonlar ve nişane gelmesidir (58, 60, 63).

Doğumun dört evresi vardır. Birinci evre dilatasyon evresidir. Düzenli uterin kontraksiyonlarla beraber servikte efasman ve dilatasyonun gerçekleşmesiyle başlar, servikal dilatasyon 10 cm olunca bu evre sonlanmaktadır. Birinci evre latent, aktif ve geçiş

fazları olmak üzere 3 aşamadan oluşmaktadır (62-64). İkinci evre servikal dilatasyonun 10 santimetre olmasıyla başlar ve bebeğin doğumuyla sonlanır. Fetüs bu evrede doğum kanalında ilerlerken kardinal hareketlerde (angajman, iniş, fleksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon, dış rotasyon ve ekspulsiyon) bulunur. Bu evre primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5-30 dakika da tamamlanır (58). Üçüncü evre fetüsün doğmasıyla başlar ve plasentanın ayrılıp atılmasıyla sonlanır. Fetüsün doğumundan birkaç dakika sonra kontraksiyonlar yeniden başlar ve plaseenta involüsyona uğrayan uterusu tutunamaz, implante olduğu desidua spongioza tabakasından ayrılır ve vücut dışına atılır. Bu evre bebeğin doğumundan sonra ortalama 5-30 dakika arasında sonlanır (58, 65). Dördüncü evre plasentanın atılmasından sonraki 4 saatlik süreyi kapsayan kanama kontrol evresidir. Bu evre de postpartum kanama, idrar retansiyonu ve hipotansiyon görülme olasılığı vardır. Uterus düzenli olarak muayene edilmeli ve kanama durumu kontrol edilmelidir (62, 63, 65).

2.3. Normal Doğum

Doğum, 20 haftanın üstünde, 500 gram ve üzerindeki fetüs ve eklerinin kadın vücudundan tamamen çıkarıldığı durumdur (66). Bu durum bir kadının yaşamı süresince deneyimlediği en önemli anlardan biridir (67). Sevinç, acı, üzüntü, stres, mutluluk gibi birçok farklı duygunun aynı anda yaşandığı, kadın ve ailesinin hayatında önemli bir dönüm noktasıdır (15). Doğum yapılaş şekline göre normal (vajinal) doğum ve sezaryen doğum olmak üzere iki şekilde gerçekleşir (58, 62, 68).

Normal (Vajinal) Doğum: 38-41. gebelik haftasında herhangi bir girişim olmadan, spontane uterus kontraksiyonlarıyla başlayan, fetüs ve eklerinin vajinal yolla dışarı atıldığı, tüm memelilerin soylarını sürdürmek için kullandıkları, doğal ve fizyolojik bir doğum şeklidir (59, 62, 64). Doğumun vajinal yolla gerçekleşebilmesi için, fetüsün tek, canlı ve miadında olması, doğumun müdahalesiz spontane başlaması, baş- pelvis uyumsuzluğunun olmaması, fetüsün baş prezentasyonunda olması, anne ile fetüsün sağlıklı olması gibi koşullar vardır (58, 62). Vajinal doğumun; kadın vücudunun doğasına uygun olması (7), postpartum döneme ilişkin fiziksel aktiviteye erken başlaması ve iyileşmenin hızlı olması, abdominal bölgede kesi ve yara izinin olmaması (9), anne bebek etkileşiminin erken dönemde başlaması, ilk emzirmenin erken başlaması (11), daha doğal ve sağlıklı bir yöntem olarak düşünülmesi (12), hastanede kalış süresinin kısa olması ve kişi başı maliyet yükünün az olması, yenidoğanın şimdiki ve ileriki yaşantısında alerji ve solunum

sorunlarının daha az görülmesi gibi anne, yenidoğan, aile ve toplum sağlığı üzerine önemli yararları bulunmaktadır (9, 13, 14).

Normal doğum sezaryen doğumla kıyaslandığında daha düşük maliyetli bir doğum şeklidir (9). Dolayısıyla vajinal doğum oranlarının arttırılması, anne ve yenidoğan üstündeki faydalarının yanı sıra sağlık harcama oranlarının da düşmesini sağlayarak ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır (69). Öte yandan normal doğumun avantajları kadar eylemin gidişatına göre anne de perine ve vajina laserasyonları, bu laserasyonlara bağlı idrar, gaita inkontinansı ve sistosel, fetüs içinde; distozi, hipoksi ve hipoksiye bağlı gelişebilecek mental retardasyon gibi komplikasyon gelişme ihtimali mevcuttur. Bu nedenle normal doğumun yönetimi önem kazanmaktadır (70).

2.4. Sezaryen ile Doğum

Sezaryen doğum (Cesarian Section /CS); 20 gebelik haftasını doldurmuş fetüs, plasenta ve eklerinin karından kesi (insizyon) yapılarak uterus dışına alındığı cerrahi bir işlemdir (68, 71). Sezaryen genellikle; vajinal (normal) doğumun güvenli olmadığı durumlarda uygulanan, endikasyon dışı durumlarda uygulandığında anne ve yenidoğanın sağlığını riske atan cerrahi bir işlemdir (67, 72, 73). Vajinal doğumla karşılaştırıldığında sezaryen doğumda maternal mortalite ve morbidite riski belirgin bir şekilde daha yüksektir (74). Öte yandan sezaryen; doğum öncesi kanama, fetüste distres, fetüsün prezentasyonunda anomali ve hipertansif hastalık gibi komplikasyon durumlarında kadınlar ve yenidoğanlar için hayat kurtarıcı bir cerrahi müdahaledir (75).

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) “tıbbi endikasyon olmadan, yalnızca gebenin isteği üzerine uygulanan sezaryen doğumun, tıbbi yönden gösterilmiş faydası olmadığından etik açıdan doğru olmadığı” görüşünü bildirmiştir (76). Amerikan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanları Koleji (American College of Obstetrics and Gynecology /ACOG) “hekimlerin gebenin genel durumu ve iyilik hali bakımından daha iyi olacağını düşünürse, elektif sezaryen ile doğum uygulamasının etik sorun teşkil etmediğini” bildirmiştir (77).

Yapılan araştırmalara göre dünyada genelinde, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler önde olmak üzere, sezaryen doğum oranı her geçen gün artmakta, beş kadından birinin sezaryen doğum yaptığı bilinmektedir (27, 70). Yapılan bir araştırma raporu verisine göre; dünya genelinde 29.7 milyon doğum sezaryen ile gerçekleşmiştir. 2000 yılındaki sezaryen doğum oranının yaklaşık 2 katı kadar bir artış göstermiştir (75). Yine

aynı rapor verilerine göre; ülkelerin gelir düzeyleri ve gelişmişlik düzeyleri arasında sezaryen doğum hızı artışında belirgin farklar mevcuttur. Gelişmiş ülkelerde ki sezaryen doğum hızı artışı, gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha fazladır (75).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık istatistiği (2015) verilerine göre; sezaryen ile doğum oranı ABD %33, Brezilya %56, Meksika %46, Kore ve İtalya %38, İsviçre %33, Avusturalya ve Almanya %32, Kanada % 27, Yeni Zelanda %24, Hollanda %16'dır. (25). Görüldüğü gibi bu oranlar DSÖ'nün önerdiği %10-15 oranının oldukça üzerindedir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranlarında ciddi bir artış söz konusudur (27). Türkiye'deki Sağlık İstatistik Yıllığı verileri incelendiğinde sezaryen ile doğum oranı; 2014 yılında %51, 2015, 2016 ve 2017 yıllarında %53.1, 2018 yılında %54.9, 2019 yılında %57 ve 2020 yılında ise %59.6 olarak bildirilmiştir (78, 79). Türkiye'de yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine bakıldığında ise sezaryen doğum oranı, 1998'de %13,9, 2003'te %21,2, 2008'de %36,7, 2013'te %48 ve 2018'de %52 bulunmuştur (80). Türkiye Ekonomik ve Kalkınma İş Birliği Örgütü (OECD) 2018 yılında yayınladığı raporunda, %54.9 artış ile sezaryen ile doğumda birinci sırada yer alırken, 2020 yılı raporunda ise %57.3 oran ile en yüksek sezaryen oranına sahip 2. ülke konumunda yer almaktadır (24).

Sezaryen ile doğum oranlarının yüksek olmasının altında yatan nedenlere bakıldığında; ilk gebeliklerin ileri yaşlarda yaşanması, artan malpraktis davalarına bağlı hekim istemi, ileri anne yaşı, kadınlarda doğum korkusu düzeyinin yüksekliği, vajinal doğum öz yeterliliğinin ve inancının düşük / yetersiz olması (31), kadınların psikolojik sağlamlık düzeyinin yetersiz olması (32), doğumun medikalizasyonu, vajinal doğuma yönelik yanlış inanç ve tutum (4), doğumda yüksek düzeyde ağrı duyulacağına yönelik endişeler, olumsuz doğum hikayeleri ve daha evvel negatif doğum deneyimi yaşamış olmak, sosyal destek azlığı gibi çoklu etkenler olduğu görülmektedir (28, 33-35).

Amerikan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG) komite görüşüne göre ise; çoğul gebelikler, ilerlemeyen eylem, plasenta sorunları, fetal distres, umbilikal kordun prolapsusu, iri bebek, prezentasyon (yerleşme) anomalileri, anneye ait enfeksiyonlar ve annenin sistemik hastalıkları sezaryen ile doğumun endikasyonlarıdır (81).

2.5. Gebelerin Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler

Gebelik doğurganlık çağındaki kadınlar ve aileleri için heyecan ve mutluluk verici bir süreç olmakla birlikte, yeni rol ve sorumlulukları beraberinde getiren, kadın ve ailesinin hayatında önemli değişikliklere neden olan özel bir dönemdir (14). Geçmişte çoğu kadınlar doğumlarını evlerinde anne, abla, eş gibi doğuma destek olan yakınlarıyla birlikte, doğum yapma yöntemlerini ve süreci yönetmesini bilen deneyimli ebelerle beraber vajinal yolla gerçekleştirmekteydi (82, 83). Doğum kadının kendi çabası ve inancını ortaya koyduğu, annelik vasfını gerçekleştirdiği, doğal olarak gelişen bir eylem olarak görülmekteydi (84). Bu dönemlerde doğum medikalize edilmemiştir. Ancak günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte doğumda kullanılan tıbbi müdahaleler artmış, doğal doğum kavramından uzaklaşmış ve doğum evlerden hastanelere taşınmış ve ne yazık ki çoğu doğumlar medikalize edilmiştir (42, 82, 83).

Doğumun medikalleşmesi doğum şekli tercihleri üzerinde de etkili olmuştur (84). Gebelik döneminde, doğum şeklinin nasıl olacağı, doğum süresince neler yaşayacağı, yüklenecekleri yeni rol ve sorumluluklar gibi nedenlere bağlı olarak anne ve baba adayları endişe verici, karışık duygular yaşamaktadır (13, 85). Vajinal doğum kadın fizyolojisine uyumu nedeniyle geçmiş yıllardan günümüze kadar tercih edilen yöntemdir (7). Ancak günümüz koşullarında sezaryen doğumla ilgili bakış açısı değişmiş, normal doğuma alternatif bir yöntem gibi görülmeye başlanmıştır (33, 35, 67). Sezaryen doğum tercihi hem ülkemizde hem de dünya genelinde artmaktadır (28, 30, 86, 87). Sezaryen ile doğum oranlarındaki artışın nedenleri arasında; kadınların daha geç yaşlarda evlenmeleri, az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, ileri yaş gebeliklere bağlı riskli gebelik olasılığındaki artış ve infertilite sorunlarındaki artışa bağlı olarak yardımcı üreme tekniklerinin uygulanmasıyla kıymetli bebek kavramının oluşması, malpraktis davalarında ki artış nedeniyle hekimlerin risk almak istememesi, doğum korkusu, hipertansiyon, elektronik fetal monitörizasyon kullanımının yaygınlaşması gibi nedenler yer almaktadır (28, 88).

Anne adayları doğum şekline karar verirken tıbbi nedenler dışında psikolojik, sosyal ve kültürel etkenlerden de etkilenmektedir (89). Ayrıca sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi ve yaşanılan coğrafyanın doğum şekli tercihi üstünde etkili olduğu bilinmektedir (90). Gebelerin doğum şekli tercihinde; doğuma yönelik korkular, yazılı veya görsel medya, doğum öz- yeterlilik düzeyi, sosyo kültürel çevrelerinin düşünce ve

deneyimleri, önceki gebelik deneyimleri, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları gibi etkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir (4, 91, 92).

Haines ve ark. yaptıkları araştırmada kadınlar doğum şekline karar verirken, bebekleri ve kendileri için en az riskli ve stresli doğum şeklini tercih ettiklerini bildirmişlerdir (93). Mutlu ve Yurtçu yaptıkları araştırmada; gebelerin doğum şekline karar verirken en çok (%81.5) eşlerinin görüşlerinden etkilendiği, daha sonra anneleri ve kayıvalidelerinden etkilendiğini göstermiştir (91). Başka bir araştırma verilerine göre ise; gebelerin doğum şekline karar verme sürecinde %38.7'si hekim, %25'inin doktor tarafından bilgilendirildikten sonra kendisi ile eşinin ve %20.2'sinin sağlık personeli ile birlikte karar vermesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir (38).

Gebenin doğum özyeterliliği ve doğum korkusu düzeyi de doğum şekli tercihinde etkili olmaktadır. Doğum öz-yeterliliği ve doğum korkusu, kadınların doğum tercihleri ile yakın ilişkili psikolojik faktörlerdir. Doğum öz-yeterliliği, bireyin doğum eylemi ve vajinal doğum sürecinin üstesinden gelebileceğine olan inancı olarak tanımlanır (31). Literatürde doğum öz-yeterliliği azaldıkça, kadınların sezaryen ile doğum tercihinin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (94-96). Doğum korkusuna; dinlenen veya deneyimlenen negatif ve korkutucu doğum hikayeleri, daha önce deneyimlenen müdahaleli vajinal doğum (vakum, forseps vb), doğum sürecine yönelik bilgi eksikliği, sosyal destek eksikliği ve hastane personeline duyulan güven eksikliği gibi çoklu faktörler neden olmaktadır (55, 97). Bu bağlamda bakıldığında bu etkenlerin varlığı kadınlarda vajinal doğuma karşı bir önyargı geliştirirken, doğum korkusu elektif sezaryen oranlarında artışa neden olabilmekte, doğumun ilk fazını uzatmakta, vajinal doğum inancı ve doğal doğum sürecini olumsuz yönde etkileyebilmekte, daha fazla analjezi ve epidural anestezi kullanımına bağlı doğumun medikalleşmesine neden olabilmektedir (43, 97-99). Belirtilen bu nedenler kadınların tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen ile doğumu tercih etmesine neden olabilmektedir (22). Tıbbi gereklilik durumunda hayat kurtarıcı olan sezaryen ile doğum, endikasyon dışı uygulandığında anne ve yenidoğan mortalite ve morbitide oranını, vajinal doğuma göre 2-4 kat artırmaktadır (23, 28, 100).

Aktaş ve Aydın yaptıkları çalışmada, kadınların normal doğumu negatif algılamalarına neden olan faktörlerin; doğum esnasında karşılaşılan zorluklar, iletişim yetersizliği, hastane olanaklarının yetersiz olması, utanç ve mahremiyet duygusu olduğunu saptamışlardır. Yine aynı çalışmada kadınlar, doğum ağrılarıyla baş edemediklerini, uzun

sürekli açlığa bağlı yorulup doğumu yönetemediklerini, vajinal muayeneden utanıp çekindiklerini, epizyotomi ve oksitosin gibi uygulamalar sebebiyle doğumu olumsuz algıladıklarını belirtmişlerdir (15). Bilindiği üzere olumsuz doğum deneyimleri; doğum sonrası stres bozukluğuna, anne-bebek bağlanmasında gecikmeye, doğum sonrası depresyona, doğum korkusuna, bir sonraki gebeliğin istenmemesi veya bir sonraki doğumda sezaryen isteğine neden olmaktadır (92, 101).

2.6. Normal (Vajinal) Doğum İnancı

Normal doğum kavramı ile vajinal doğum kavramı genellikle eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Doğum kadın belleğinde yer eden ve kuşaklar arası aktarılabilen bir yaşam olayıdır. Bir kadının doğum deneyimi sadece kendisini değil etkileşim halinde olduğu çevresindeki diğer kadınları da etkilemektedir (22). Doğuma yönelik tutum ve inançlar; kadının mizacından, doğum deneyimine ilişkin yüklediği anlamdan, toplum ve çevrenin doğuma yönelik inanç ve tutumlarından etkilenmektedir (102). Doğum genel olarak kadınların kontrolü dışında gerçekleşen, tıbbi endikasyonlar ile destek eksikliği gibi faktörlere bağlı olarak şekillenen bir süreçtir. Doğumla ilgili inançlar kadınların doğum şekli tercihiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir (3, 6).

Normal (vajinal) doğum inancı; vajinal doğumun normal, doğal ve güvenli olduğu, kadın bedeninin vajinal doğuma uygun tasarlandığı, doğum ağrısının doğumun bir parçası olduğu ve bu ağrının bas edilebilir olduğu, doğumda gereksiz girişimlerden kaçınılması inancını esas alan bir kavramdır (1, 2). Doğumla ilgili inanç ve algılar doğum eylemi ve doğumla ilgili karar verme sürecinde önemli role sahiptir (3, 4). Doğumun tıbbi bir süreç olduğuna dair inançlar doğumun hekim ve ebe tarafından yönetilmesi gereken riskli bir süreç olduğunu ve doğum ağrısı çekmenin gereksiz bir durum olduğu görüşünü savunur (3, 103). Doğumun doğal bir süreç olduğuna dair inançlar ise; kadın fizyolojisinin doğum için uygun yaratıldığını ve minimum müdahale ile doğumun gerçekleşmesi gerektiği görüşünü savunur (4, 104). Kadınların doğumun doğal olduğuylla ilgili inançları yüksek, tıbbi olduğuylla ilgili inançları düşükse, doğumla ilgili daha doğal tercih yapma olasılığı yüksek olur (3, 6). Avustralya’ da yapılan bir araştırmada katılımcıların %72.7’si doğumu; ihtiyaç duyulmadıkça tıbbi müdahale yapılmaması gereken, doğal bir süreç olarak tanımlamıştır (93). Ülkemizde yapılan bir araştırmada; doğumun tıbbi bir süreç olduğu inancına sahip kadınların sezaryen doğumu, doğal bir süreç olduğu inancına sahip kadınların normal vajinal doğumu tercih etme eğiliminde oldukları belirlenmiştir (4).

Gebelerin normal vajinal doğum inancını, sosyo demografik, obstetrik ve kültürel özellikleri, doğum korkusu, geçmiş doğum deneyimi algısı, doğuma hazırlık sınıfına katılma durumu, doğum ortamı, sağlık profesyonellerinin desteği gibi çoklu faktörler etkileyebilmektedir (3, 5, 6). Ayrıca olumlu doğum hikayeleri, vajinal doğum inancını arttırabilir ve sosyal destek gereksinimi azaltabilir. Öte yandan olumsuz doğum hikayeleri ise, gebelerin doğum korkularını artırıp sezaryen ile doğum tercihine neden olabilmektedir (38-40). Normal doğum inancı yüksek kadınların, vajinal doğumu tercih ettikleri ve başka kadınlara önerme eğiliminde oldukları bilinmektedir (8). Doğum memnuniyetinin artırılması, olumlu doğum hikayelerinin artırılması anlamına gelmektedir (105). Aksi durumda kadının doğum hikayesi (sözlü, yazılı vb.) olumsuz ve travmatik ise; bir başka kadın ve ailelere bu olumsuz hikâyenin aktarılması doğum korkusunun artmasına, vajinal doğum inancının azalmasına neden olabilmektedir (106).

Yapılan nitel bir araştırma örneğinde; gebe kadınlar doğumhaneye başvurdıkları andan itibaren, duygusal yönden desteklenmelerinin, kendileriyle ilgilenen sağlık profesyonellerine güvenmelerinin, öz yeterliliklerini arttırdığı, vajinal doğum yapabileceklerine dair inançlarını arttırdığı ve olumlu bir doğum deneyimi geçirerek doğum sonrasında başarı duygusu hissettiklerini ifade etmişlerdir. Yine aynı araştırmada kadınlar anne, anane, babaanne gibi büyüklerinin olumlu doğum deneyimlerinin onları cesaretlendirerek, vajinal doğuma yönelik korkularını azalttığını ve vajinal doğumu gerçekleştirmelerinde büyük katkısı olduğunu dile getirmişlerdir (107). Doğum öz yeterliliği yüksek olan kadınlar, öz yeterlilikleri düşük olan kadınlara göre doğuma yönelik daha az korku ve ağrı hissi yaşarken, doğum deneyimlerini olumlu algılar ve memnuniyetleri yüksek olur (107, 108).

Sezaryen ile doğum oranının düşürülmesi bir başka ifade ile vajinal doğum oranının artırılmasını sağlamak için; gebe olan ve olmayan kadınların vajinal doğum inancını etkileyen faktörlerin ortaya koyulması ve tıbbi endikasyon dışı olan faktörlerin önlenmesi gerekmektedir (8, 9, 27-30). Sezaryen ile doğum tercihinde önlenebilir nedenler bulunmaktadır. Bunlar; kadınlarda doğum korkusu düzeyinin yüksekliği (18), vajinal doğum öz yeterliliğinin düşük / yetersiz olması (31), kadınların psikolojik sağlamlık düzeyinin yetersiz olması (32), doğumun medikalizasyonu, doğumda yüksek düzeyde ağrı duyulacağına yönelik endişeler (28, 33-35), vajinal doğumu gerçekleştirmeye yönelik inanç yetersizliği veya yanlış inanç ve tutuma sahip olma (6), ruhsal sorunlar (anksiyete,

depresyon gibi), sosyal destek azlığı (34, 35), olumsuz doğum hikayeleri ve daha evvel negatif doğum deneyimi yaşamış olmak vb. nedenlerdir (15). Gebenin sosyal desteğinin azlığı, psikolojik sağlamlık düzeyinin yetersiz oluşu, olumsuz doğum hikayelerinin varlığı önlenabilir nedenlerdir (46, 109). Bu önlenabilir nedenlerin minimize edilmesi ve ortadan kaldırılması gebenin hem vajinal doğum inancında hem de tercihinde etkili olabilecektir.

2.7. Gebelikte Sosyal Destek

2.7.1. Sosyal Desteğin Tanımı ve Önemi

İnsan sosyal çevresiyle etkileşim halinde olarak yaşamını sürdüren sosyal bir varlıktır. İnsanlar zorlu yaşam koşullarıyla karşı karşıya olduklarında, psikolojik olarak rahatlamak ve kendini güvende hissetmek için sosyal çevrelerindeki kişilerin yardımına gereksinim duyarlar (110).

Sosyal destek; bireylerin zorlu yaşam koşullarıyla başa çıkmasında, kriz dönemlerini aşmasında, olumsuz koşulları en az indirgeyip olumlu yönde etkilenmesine olanak tanıyan, sevgi ve değer görme gibi duygusal ihtiyaçlarını karşılayan, hayata uyum sürecine katkıda bulunan bireyin yakın çevresindeki eş, arkadaş, aile gibi kişiler tarafından sağlanan maddi, manevi, duygusal ve bilişsel yardımların tümü olarak tanımlanmaktadır (47, 48). Bir başka tanıma göre ise sosyal destek; maddi, bilişsel ve duygusal yönden yardım sağlamaya yönelik gönüllülük esasına dayanan her türlü kişiler arasındaki etkileşimdir (111).

Cohen ve Wills sosyal desteğin bireyi olumsuz koşullar, stres ve hastalık durumlarında neden ve nasıl etkilediğini açıklamaya yönelik faydalı olan sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelen temel etki ve tampon etki olarak adlandırılan iki teori tanımlamıştır. Birinci teori temel etkiye göre; sosyal destek bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığına pozitif yönde etkileri vardır eğer destek kesilirse bu etki negatife dönerek bireyler olumsuz yönde etkilenir. Tampon etki modeli ise bireylerin stres ve kaygı uyandıran zor yaşam koşullarıyla karşılaştıklarında sosyal destek tampon görevi görerek bu yaşam şartlarına uyumu kolaylaştıran ve stresle başa çıkmalarına olanak tanıyarak ruh sağlığının bozulmasını önleyen bir kavramdır. Strese sebep olan bir durum yok ise sosyal destek eksikliği kişinin fiziksel sağlığı ve ruh sağlığı üstünde olumsuz etkisi bulunmamaktadır (112). Stresin azaltılması ve yok edilmesinde bu destek türleri ve destek kaynaklarının etkisi olduğu bilinmektedir (110). Sosyal destek bireylerin Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşisinde olan ait olma, sevgi, ilgi görme, takdir edilme ve kendini gerçekleştirme gibi

ihtiyaçlarının çevresinde etkileşim kurduğu kişiler (arkadaş, aile, eş, profesyonel danışmanlar vb.) tarafından sağlanması ve güç duruma düştüklerinde bu kişiler tarafından maddi ve manevi yönden desteklenerek zorluklarla başa çıkmasına olanak tanıyan bir kavramdır (113).

2.7.2. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek maddi, duygusal ve bilişsel (bilgi ve eğitim desteği) destek olarak gruplandırılmaktadır (111, 114). Sosyal destek türleri aşağıda açıklanmıştır.

- Maddi destek: Bireyin ihtiyaç duyduğu maddi, araç-gereç hizmetlerinin başka bireyler tarafından karşılandığı destektir. Birey ihtiyacı durumunda çevresindeki kişiler tarafından gereksinimi karşılanarak, yardım alması veya beklemesidir (111).
- Duygusal destek: Bireyin ihtiyaç duyduğu sevgi, şefkat, empati, ilgi, güven aıdat hissi, dürüstlük, cesaret gibi gereksinimlerini karşılayan destek türüdür. Duygusal destek doğrudan bireyin ruh sağlığını etkiler (111).
- Bilişsel destek: Kişinin sorunlarla başa çıkabilmesi için bilgi gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Bireyler sorunlarıyla baş etmek için çevresindeki deneyimli kişilerden, kitap, gazete, dergi gibi ulaşabildiği kaynaklardan aldığı bilgi ve tavsiyedir (111, 114).

Bireylerin etkileşim içinde olduğu, kendilerine yakın gördüğü kişiler sosyal ağ kaynaklarını oluşturur (115). Sosyal ağ kaynaklarını genellikle bireylerin eşi, ailesi ve arkadaşları oluşturur, stres ve kaygıya sebep olan bir durumla karşılaştığında bu sorunlarla başa çıkabilmesine yardım eder, psikolojik ve sosyal yönden bireyi destekler (48, 106).

2.7.3. Gebelikte Sosyal Desteğin önemi

Gebelik kadın hayatında heyecan ve mutluluk verici bir deneyim olsa da zaman içinde endişe ve kaygı verici bir hale dönüşebilir (116, 117). Gebelik döneminde yaşanan bu değişimler kadınların ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmekte, sosyal destek sistemlerinin varlığı bu dönemin sağlıklı geçirilerek uyum sağlanmasına olanak tanımaktadır (118).

Geçmişe bakıldığında birçok kültürde kadınlar doğum esnasında başka kadınlar tarafından desteklenmiştir (82). Yirminci yüzyılın ortasından itibaren doğumların ev yerine hastanelere taşınmasıyla birlikte kadınların doğum esnasında desteklenmesi rutinden

istisna haline gelmiştir (83, 119). Doğum esnasında kadınlar kendilerini psikolojik ve sosyal yönden zayıf hissedebilirler (120). Modern obstetrik bakım, hastane politikaları, doğumun spontane olmaktan çıkması (müdahaleli doğum), mahremiyet eksikliği, kendilerini rahat ve güvende hissetmemeleri, doğuma eşlik eden personeli tanımama gibi durumlar kadınların doğumu olumsuz deneyimleme ihtimalini artırır (121). Bunun sonucu olarak da kadınlarda öz- yeterlilik ve güven duygularında azalma, ebeveynliğe uyum sürecinde gecikme, geç emzirme, anne bebek bağlanmasında bozulma ve doğum sonrası dönemde depresyon olasılığı vardır (42). Gebelerin perinatal dönemde algıladıkları sosyal destek, annelik rolüne uyum sağlamada ve ruh sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır (50). Algılanan sosyal desteğin miktarı ise büyük ölçüde kişilerin beklentileri ve ihtiyaçlarıyla ilişkilidir (55). Kadınlar gebelik döneminde kendi ve bebeklerinin sağlığıyla ilgili endişe duyarken, doğum sonrası dönemde genellikle bebek bakımına yönelik endişe ve stres yaşadıkları bilinmektedir (50).

Sosyal çevresi tarafından desteklenen bir kadının gebeliğe uyum sürecinin olumlu olduğu(51), annelik rolünü daha kolay benimsediği (50) ve doğum sonrası depresyon riskinin daha düşük olduğu bilinmektedir (52). Gebelik süresince sosyal yönden desteklenmeyen gebelerde doğum sonrası dönemde depresyon görülme olasılığı yüksektir (53, 115). Arslantaş ve ark. yaptıkları araştırmada, gebelik döneminde sosyal destek eksikliği yaşayan gebelerin doğum korkusu düzeyinde artış olduğu ve doğum korkusunun doğum sonrası dönemde depresyona neden olabileceği bulgulamıştır (122). Gebelikte sosyal destek, her trimesterde ihtiyaç duyulan, genellikle gebenin en yakınındaki eş, aile ve arkadaşları vasıtasıyla karşılanan, zorlukların üstesinden gelerek psikolojik sağlığı korumaya yardımcı olan öznel bir ihtiyaçtır (49, 123). Gebelik ve doğum sürecinde algılanan sosyal desteğin, perinatal depresyon olasılığını azaltıcı etkisi bulunmaktadır (124). Aktaş ve ark. yaptıkları çalışmalarında sosyal destek eksikliği yaşayan gebe kadınların doğum sonu dönemde depresyon yaşama olasılıklarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (53).

Sosyal desteğe gereksinim duyulan en önemli anlardan biri doğumdur (54, 82). Doğum anında alınan sosyal destek, olumlu doğum sonuçlarıyla ilişkilendirilmiş, bundan ötürü sosyal ağları zayıf olan bireyler için sağlık profesyonellerinden alınan sosyal yardım önem taşımaktadır (125). Kul ve Akan'ın çalışmasında; doğumda kadınların algıladığı sosyal destek düzeyinin, kaygıyı azaltmada etkili olduğu, kadınların ebeler ve hemşirelerle

birlikte, eşleri veya aile üyeleri tarafından desteklenmesi, kadınların kaygı düzeyini azaltarak pozitif doğum deneyimi yaşamalarına katkı sağlayacağı sonucuna ulaşılmıştır (126). Çalış ve Özsoy'un çalışmasında evde doğum yapan anneleri nitel yöntemle incelemiş, bazı kadınların doğum anında eşlerinden algıladıkları desteğin, onlara güç verdiğini ve cesaretlendirdiği ifade etmiştir (127). İran'da yapılan bir araştırma, doğum anında eşten alınan desteğin, olumlu doğum sonuçlarıyla ilişkili olduğunu saptamıştır (128). Doğumda destekleyici bakımın, doğum eyleminin süresini kısaltma, doğum memnuniyetini arttırma, doğum öz yeterliliğini arttırma, doğum ve doğum sonrası dönemde depresyon olasılığını azaltma, doğum memnuniyetini arttırarak doğumu olumlu deneyimlemesini sağlama, olumlu doğum deneyimlerinin pozitif doğum hikayelerine dönüşmesini sağlama, psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi gibi birçok faydası vardır (129). Ebe ve hemşireler gebelerin sosyal destek sistemlerini geliştirmesinde gebelik gibi hem fizyolojik hem psikolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemde önemli bir rol oynarlar. Sağlık çalışanları bir gebeyi değerlendirirken sadece fiziksel yönden değil, anksiyete ve depresyon riski yönünden de değerlendirmelidir (120).

2.8. Gebelikte Psikolojik Sağlamlık

2.8.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı ve Önemi

Psikolojik sağlamlık pozitif psikolojinin ele aldığı önemli kavramlardan biridir (130). Latince “resiliere” sözcüğünden türemiş (131) ve “resilience” olarak adlandırılmaktadır (132). Psikolojik sağlamlık kavramı ilk olarak fiziksel bilimlerde kullanılmış, bir maddenin kuvvet etkeni altında elastik olması ve kuvvet ortadan kaldırılınca eski haline gelebilmesi anlamına gelmektedir (133). Ülkemizde yapılan araştırma örneklerinde ise bu kavram, “yılmazlık”, “bireyin kendini toparlama gücü”, “psikolojik dayanıklılık” ve “psikolojik sağlamlık” olarak ifade edilmektedir (131, 132, 134-136).

Literatüre bakıldığında psikolojik sağlamlığın farklı tanımları olduğu görülmektedir (137). İlk araştırmalar travmatik olaylar sonrasında gelişen patolojiler üzerinde dururken, sonraki araştırmalar travma yaşayan veya yaşamayan bireyler üstünde yoğunlaşmıştır (138). Masten psikolojik sağlamlığı; stres yaratıcı, yaşamı zorlayıcı durumlar karşısında uyum sağlama yeteneği, uyum gösterme çabası ve süreç sonucunda pozitif uyum sergilemeyi başarabilmek olarak tanımlamaktadır (139). Bonanno'ya göre psikolojik sağlamlık, bireyin travmatik bir olaya maruz kalmasına rağmen psikolojik ve fiziksel

sağlığını koruma yeteneğidir (140, 141). Rutter psikolojik sağlamlığın, stresli olaylarla baş ederek zorlu durumların üstesinden gelen bireylerde görüldüğünü ileri sürmüştür. Bireylerin zorluklarla mücadele etmesi, sorunlardan kaçmamasını ifade etmektedir (142).

Bernard pozitif uyum ve koruyucu faktörlerin varlığına değinerek, psikolojik sağlamlığın gelişim dönemlerinde karşılaşılan zorluklara rağmen olumlu uyum sağlama süreci olarak tanımlamıştır (143). Winfield’ e göre psikolojik sağlamlık ise değişkendir. Hep var olan değişmeyen bir kavram değildir. Bireylerin tehdit oluşturuıcı koşullar altında tutum ve davranışını değiştiren, koruyucu faktörleri içerecek psikososyal sağlığın korunmasına imkan sağlayan bir kavramdır (144). Psikolojik sağlamlık kavramından bahsedebilmemiz için, risk etmeni (zorlayıcı yaşam olayı) varlığı ve bu zorlu koşullara karşı pozitif uyum sağlayarak, başarı elde edilmesi gerekmektedir (145, 146).

Psikolojik sağlamlık literatürde; “risk faktörleri, koruyucu faktörler ve olumlu sonuçlar” olarak üç ana başlıkta ele alınmıştır ve genel olarak neden sonuç ilişkisine göre incelenmektedir (130).

Risk faktörleri; bireysel, ailesel ve toplumsal risk faktörleri olarak üç alt başlıkta incelenmiştir.

- a. Bireysel risk faktörleri; madde kullanımı, asosyal kişilik, erken doğum, özgüven eksikliği, zorlu yaşam koşullarına sahip olma, kalıcı hastalığa sahip olmak.
- b. Ailesel risk faktörleri; aile içinde şiddet, anne baba ile oluşturulan pozitif veya negatif ilişkiler, istismar, anne baba – çocuk arasında sağlıksız ilişkiler, ebeveyn kaybı veya boşanması, anne- babanın madde bağımlılığı, aile içi istismar, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluğun varlığı, ebeveynlerine aşırı baskıcı ve ihmalkâr oluşu.
- c. Toplumsal risk faktörleri; sosyo-ekonomik sıkıntılar, fakirlik, statü kaybı, zararlı madde kullanımı, savaş ve beslenme yetersizliği gibi etkenlerdir (132, 147, 148).

Koruyucu faktörler; risk faktörlerinin etkisini azaltan, bireyin stresle başa çıkabilmesine olanak tanıyarak, pozitif adaptasyon sağlayan etmenlerdir. Literatürde koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel olarak ele alınmıştır (132, 148).

- a. Bireysel faktörler; bireyin mizacı, kişilik yapısı, benlik saygısı, öz yeterliliği, benlik saygısı, zekâ seviyesi, problem çözme kabiliyeti, zorlu koşulların

üstesinden gelebilme yetisi, mizaç, karakter, başa çıkabilme mekanizmalarını etkili bir şekilde kullanma ya da kullanamama, gergin kişilik yapısı gibi etkenlerdir.

- b. Ailesel faktörler; bireyin ebeveynlerinin desteği, aile içi dinamikler, aile yapısı.
- c. Çevresel faktörler; arkadaş veya eş desteği, sosyal statü sayılabilir (132, 149).

Olumlu sonuçlar ise; bireyin zorlu ve stres yaratıcı yaşam olayları karşısında etkili baş etme mekanizmalarını devreye sokarak, sorunların üstesinden başarılı bir şekilde geldiğini ifade eden bir kavramdır. Mutluluk, doyuma ulaşmak, sosyal destek, yaşam doyumuna ulaşmak gibi örnekler verilebilir (130, 132). Zorlayıcı ve stres uyandırıcı yaşam koşulları karşısında, sosyal destek sistemi güçlü, stresle baş etme becerisine sahip, maneviyatı güçlü, benlik saygısı yüksek, geleceğe dair umutlu bireylerin psikolojik sağlık düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir (150).

Schachman ve Lindsey son 3 ay içinde doğum yapmış 71 asker eşini inceledikleri çalışmalarında, psikolojik yönden sağlam bireylerin strese karşı daha dayanıklı olduğuna ve doğum sonrası depresif semptomların daha az olduğu bulgusuna ulaştılar. Yine aynı çalışmada aile ilişkilerinde bozulma olan, stres düzeyleri yüksek ve sosyal destek düzeyleri düşük kadınların, daha çok depresif belirti gösterdikleri sonucuna ulaşmışlardır (151).

Sarkar ve Fletcher, psikolojik sağlık özelliklerini belirlemek için 14 başarılı kişi üzerinde fenomenolojik bir çalışma yürütmüştür. Bulgular, başarılı kişilerin problemleri yaratıcı bir şekilde çözebildiklerini, yeni iş uygulamalarını öğrenirken yeterlilik gösterebildiklerini, değişime olumlu tepki verebildiklerini, değişik durum ve koşullarda duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (152).

2.8.2. Gebelikte Psikolojik Sağlamlığın Önemi

Gebelik kadın hayatında fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değişikliklere neden olan, yeni rol ve sorumlulukları beraberinde getiren, stres ve anksiyeteye neden olabilen hassas bir dönemdir (32, 153). Stres, algılanan tehdide karşı organizmanın fizyolojik ve psikolojik olarak geliştirdiği bir tepkidir (154). Genellikle stres etkeni, zorlayıcı, tehdit edici bir unsur olarak algılanır ve uzun vadede fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açabilir (145). Gebelik döneminde stresin yoğun olarak hissedilmesi, gebeliğin devamı, fetüsün gelişimi, anne sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara neden olabilen önemli bir etkidir ve gebe kadınların fizyolojik ve psikolojik sağlığı için önemli bir risk faktörüdür (32, 155). Psikolojik sağlık gebelikte algılanan stres ve kaygının iyi

yönetilmesi, olumlu adaptasyon geliştirerek ruh sağlığının korunması üzerinde etkileri olan önemli bir etkindir (45).

Gebeler gebelik süresi boyunca ve doğum anında, yeni beklentiler, rol ve sorumluluklar, öz- yeterlilik eksikliği, sosyal destek eksikliği, doğum korkusu gibi nedenlere bağlı olarak prenatal ansiyete dediğimiz gerilim durumunu yaşayabilmektedirler (156). Psikolojik sağlamlık, gebeleri stresörlerin negatif etkilerinden koruyan, bireysel kaynakları harekete geçiren, strese karşı koruyucu görev üstlenen ve olumlu adaptasyon (uyum süreci) geliştiren önemli bir kavramdır (32). Psikolojik sağlamlığı yüksek kadınlar, gebelik sürecine olumlu yönde uyum sağlayarak, gelişebilecek olumsuzluklar karşısında pozitif adaptasyon geliştirerek ruh sağlıklarını koruyabilirler (157).

Li ve ark. gebe kadınlarla yapmış oldukları araştırmada psikolojik sağlamlığın gebelerin uyku kalitesi ve stres düzeyleri arasında tampon görevi görerek uyku kalitesini etkileyebileceğini bildirmişlerdir (158). Mautner ve ark. 2013 yılında 67 preeklampsili kadınla yürüttükleri çalışmada, psikolojik sağlamlığı yüksek kadınların daha az depresif semptom gösterdiklerini bulgulamıştır (159). Gebelerde psikolojik sağlamlığın araştırıldığı çalışma sayısı azdır (155). Gebelik süresince kadınların her 10 kadından 2'sinin depresif belirtiler yaşadığı bilinmektedir. Dolayısıyla strese uyum sağlama, stresin zararlı etkilerinden kurtulma ve depresyon gelişimine karşı koruyucu bir faktör olan psikolojik sağlamlığı anlamak gebelerin ruh sağlığını korumak için önemlidir (160).

2.9. Gebelik ve Doğum Hikâyeleri

Doğum hikayeleri; bireylerin doğum deneyimine dayanan kişisel anlatılarıdır (37). Doğumun olumsuz algılanması ve negatif deneyimi kadınlar arasında paylaşarak negatif doğum hikayelerine dönüşmektedir (9). İlaveten bazı görsel medya araçlarının doğumu kanlı, acı verici ve travmatik bir olay olarak sunması, gebelerin sağlık okuryazarlıklarının düşük olması (17), doğum süresince sağlık profesyonellerince verilen desteğin yetersiz oluşu, kadın ve ailesinin doğum ağrılarıyla baş etme becerilerinin azlığı gibi çoklu faktörler doğumun negatif algılanmasına ve olumsuz doğum hikayelerinin artmasına sebebiyet vermektedir (18-20). Witteman ve ark.'nın deneysel çalışmasında; sosyal medyada, makale gibi yazılı ve görsel basında, olumlu evde doğum hikayesi dinleyen kadınların, daha fazla evde doğumu tercih ettikleri belirtilmektedir (109).

İsrail'de yapılan bir araştırmada; doğumun doğal bir süreç olduğuna inanan gebelerin, doğum inancı yüksek ve doğum korkusu düzeyi düşük bulunmuştur. Yine aynı

Çalışma verilerinde doğumun tıbbi bir süreç olduğuna inanan gebelerin doğum korkusu düzeyi yüksek saptanmıştır (3).

Kanada’da yapılan bir çalışmada, kadınların doğum şekli tercihine karar verme süreçlerinde aile ve arkadaş çevresinden işittikleri, negatif doğum hikayelerinin etkili olduğunu bildirmişlerdir (161). Yapılan başka bir araştırmada kadınların %24.1’i doğumla ilgili negatif hikayeler işittiği, %69.7’si ise bu hikayelerden olumsuz yönde etkilendiği, %27’sinin ise doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (162). Yakın tarihli bir araştırma örneğinde; yaklaşık 10 gebeden 6’sının yakınlarının vajinal doğum hikayesinden etkilendiği, doğum hikayelerinden etkilenen kadınların ise %30.1’inin olumsuz olarak etkilendiğini bulmuştur (163).

Kadınların vajinal doğum şekli tercihine karar vermeleri için olumlu doğum hikayelerinin çoğaltılması gerekmektedir. Miller ve ark. alışmasında; hiç doğum yapmayan gebe kadınların doğum tercihleri üzerine, doğum hikayelerinin etkisi incelenmiş ve çalışma sonucunda bir başka kadından olumlu doğum deneyimi ve hikayesi dinleyenlerin, vajinal doğumu daha fazla tercih ettiği belirlenmiştir (36). Benzer şekilde bir nitel çalışmada, gebelerin sosyal medyadan dinlediği olumlu doğum hikayelerinin, onlara destek sağladığı ve doğum inançlarını arttırdığını ifade edilmiştir (37). Olumlu doğum hikayelerinin, vajinal doğum inancını arttırıcı ve sosyal destek gereksinimi azaltıcı etkisi bulunmaktadır (38-40).

2.10. Gebelerin Vajinal Doğum İnancını Arttırmakta Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sunulan bakım hizmetinin nitelikli olması anne ve yenidoğan sağlığını korumada ve geliştirmekte oldukça önemlidir (5). Gebelerin; doğum yöntemi tercihlerini bilinçli bir şekilde yapmalarında ve kendi doğumlarıyla ilgili karar alma süreçlerinde aktif rol almalarında, ebe ve hemşirelerin bakım ve danışmanlık hizmeti önem taşımaktadır (164). Ebe ve hemşirelerin; gebe kadınların ihtiyaç duyduğu konularda bilgi gereksinimlerini gidermeleri, vajinal doğumu destekleyici ve koruyucu bakım uygulamalarını öğretmeleri, normal doğum yapabileceğine olan inancını arttırmaya, doğumun fizyolojisi korumaya ve sezaryen ile doğum tercihini azaltmaya yardımcı olmaktadır (165, 166).

Doğum şekli tercihine ilişkin karar alma süreçlerinde, gebelerin algı ve beklentilerini anlamak, nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti sunmak açısından önemlidir

(164). Gebelerin doğum şekli tercihini etkileyen faktörler göz önüne alındığında, doğum ağrısı ve normal doğuma yönelik yanlış algıları değiştirmek, gebelerin normal doğuma ilişkin farkındalığını arttırmak, doğal doğum yapabileceklerine olan inançlarını güçlendirmek için bazı stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır (15, 21). Gebelerin büyük çoğunluğu doğum ağrısına yönelik duyduğu korku nedeniyle sezaryen doğuma yönelmektedir(14). Ebe ve hemşirelerin bilgilendirme ve eğitim rolü bu nedenle büyük önem taşımaktadır (84). Gebelik döneminde verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin, gebelerin farkındalık düzeyini, öz yeterliğini arttırıcı, doğum korkularını ise azaltıcı yönde etkisi olduğu bilinmektedir (167). Hall ve ark. nitel çalışmada bazı anneler; doğumda bakım veren sağlık profesyonellerinin iyi iletişimi, bilgilendirici ve saygılı yaklaşımı sayesinde doğum yapabilme inançlarının arttığını, pozitif bakım ve doğum deneyimlediklerini ifade etmiştir (168). Ülkemiz Sağlık Bakanlığının “anne dostu hastane” programı kadınların bilgi gereksinimini giderici, korkularını azaltıcı, destekleyici ve doğumun fizyolojisine mümkün oldukça müdahale edilmeden, normal olarak gerçekleşmesini amaçlamaktadır (169).

Ülkemizde doğum öncesi bakım hizmeti kadın doğum uzmanları, ebeler ve hemşireler tarafından sunulmaktadır (85). Kadınları vajinal (normal) doğuma teşvik etmek için sezaryen doğumun riskleri ve olası komplikasyonları hakkında gebelik süresince kendilerinin ve ailelerinin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi önemlidir (170). Doğum öncesi eğitimler gebe kadınların kendi bedenlerini tanımalarına, bilinçli davranış edinmelerine, doğumla ilgili pozitif duygular hissetmelerine, özgüven geliştirmelerine olanak tanıyarak, doğum korkusunu azaltmada ve doğumu başarabilme inancını artırmada katkı sağlamaktadır (7, 166). Shamoradifar ve ark. deneysel çalışmasında; doğumda primipar annelere iletişim temelli bakım sağlamanın (bilgilendirme, şefkatli yaklaşım, tercih ve isteklerine göre bakım, saygı ve empati gibi); annelerin doğum yapabilme inancını, doğum memnuniyetini ve olumlu doğum deneyimini artırmada etkili olduğu ortaya koyulmuştur (171).

Literatürde doğumda sağlık profesyonellerinden alınan desteğin olumlu doğum deneyiminde ve başarısında önemli olduğu vurgulanmaktadır (172, 173). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ebeler tarafından yürütülen doğum hizmetlerinin; kadınlarda daha fazla memnuniyet yarattığı ve doğumu olumlu deneyimledikleri belirtilmektedir (174, 175). Bu nedenle doğum hizmeti sunumunda kadınların

beklentilerini karşılayan bakım ve danışmanlık hizmeti sağlanmasının vajinal doğum inancını artırabileceği akılda tutulmalıdır (176). Kadınların doğum memnuniyetinin artması; olumlu doğum sonuçları, doğum öz yeterliliğinin artması, pozitif doğum hikayeleri ve bir sonraki gebelikte vajinal doğum isteğiyle doğrudan ilişkilidir (177).

Gebelerin vajinal doğum inancını artırmak için, doğum öncesi bakım almaları sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmekte olan ülkelerdeki 10 kadından 7'sinin, gelişmiş ülkelerdeki kadınların %98'i doğum öncesi eğitim almışlardır (178). Ülkemizde ise TNSA 2018 verilerine göre kadınların %96'sının doğum öncesi bakım hizmeti almış, verilen bakımın sadece %3'ü hemşire ve ebeler tarafından sağlanmıştır (80). Sağlık profesyonelleri gebelere yol gösterici, normal doğumu destekleyici bakım stratejileri kullanarak, kadınların normal doğuma yönelik inançlarını arttırması önemlidir (176). Bu veriler, ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetlerinde ebe ve hemşirelerin daha fazla rol almaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelerin normal doğum inancı üzerine psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Aralık 2021- Aralık 2022 tarih aralığında yapılmıştır. Çalışma Türkiye'nin herhangi bir bölgesinde yaşayan gebeler ile Rize Devlet Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebelerle gerçekleşmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarih aralığı tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi dönemini kapsamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 20 hafta ve üzeri gebeliği olan ve gebelikte riski düşük olan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, kitle oranın kestirilmesinde evrendeki birey sayısı bilinmediği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğü formülü ile hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü, G power 3.1.9.7 programına göre belirlenmiştir. Evreni bilinmeyen modele göre, örneklem büyüklüğü $kolerasyon=0.2$, $\alpha=0.01$ ve $power (1-\beta) =0.95$ güçte 428 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada belirlenen bu örneklem büyüklüğüne ($n= 428$) göre gerçekleşmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Edilmeme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Şunlardır:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 20 yaş ve üzeri gebe olmak
- En az ilköğretim mezunu olmak
- Türkçe konuşulanı ve yazılanı anlamak
- İnternet erişimi olmak ve online ankete katılabiliyor olmak
- Gebeliğinin 20. hafta üzerinde olması
- Düşük riskli gebe kategorisinde olmak (gebe ve fetüsü riske sokan düşük, eklempsi gibi riskli durumlar ve adölesan gebe olmaması)
- Türkiye'nin herhangi bir ilinde yaşıyor olmak

Çalışmada; gebenin abortus riskini ekarte etme, fetal yaşama kabiliyetini kazanma gibi nedenlerle gebeliği 20 hafta ve üzeri olan kadınlarla yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Göçmen gebeler
- Bilinen psikiyatrik bir hastalığının olması
- İşitme, görme vb. engeli olan gebeler

Araştırmada Dışlanma Kriterleri:

Araştırmada; anket formlarının eksik doldurulması, gebelik haftasının 20 haftanın altında olması, çoğul gebelik nedeniyle 23 gebe araştırmadan dışlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla 4 form kullanılmış olup, bu formlar aşağıda açıklanmıştır.

3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

Bu form, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (5, 17, 165, 179) oluşturulmuş olup, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile doğum hikayesi dinleme, doğum videosu izleme, doğumla ilgili yazı okuma özelliklerini belirleyen sorulardan oluşmaktadır (Ek 2).

3.5.2. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)

İbici Akça ve Aksoy Derya (2021) tarafından sağlık inanç modeli doğrultusunda geliştirilen NDIÖ, gebelerin normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimlerini değerlendirmektedir (5). Normal Doğuma İnanç Ölçeği, primipar ve multipar (normal ya da sezaryen doğum öyküsü olan) gebeler olmak üzere tüm gebe gruplarına uygulanabilmektedir. Ölçek “algılanan duyarlılık” (1, 2, 3. maddeler), “algılanan ciddiye” (4, 5, 6, 7. maddeler), “algılanan yarar” (8, 9, 10, 11. maddeler), “algılanan engeller” (12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler), “algılanan öz-yeterlilik” (18, 19, 20, 21. maddeler) ve “sağlık motivasyonu” (22, 23, 24. maddeler) olmak üzere 6 alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler Tamamen katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde puanlanmakta olup beşli likert tipten oluşmaktadır. Normal Doğuma İnanç Ölçeği “algılanan engeller” alt boyutuna ait

tüm maddeler (12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 24, en yüksek 120 puan alınabilmektedir.

Tablo 1. Normal Doğum İnanç Ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük – en yüksek puanlar

NDİÖ*	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Algılanan Duyarlılık Alt Boyutu	3	15
Algılanan Ciddiyet Alt Boyutu	4	20
Algılanan Yarar Alt Boyutu	4	20
Algılanan Engeller Alt Boyutu	6	30
Algılanan Öz yeterlilik Alt Boyutu	4	20
Sağlık Motivasyonu Alt Boyutu	3	15
NDİÖ Toplam	24	120

*NDİÖ= Normal Doğum İnanç Ölçeği

“Algılanan duyarlılık” alt boyutundan en düşük 3 en yüksek 15, “algılanan ciddiyet” alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20, “algılanan yarar” alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20, “algılanan engeller” alt boyutundan en düşük 6 en yüksek 30, “algılanan öz-yeterlilik” alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20 ve “sağlık motivasyonu” alt boyutundan en düşük 3 en yüksek 15 puan alınabilmektedir. Hem alt boyutlar hem de ölçeğin tümünden alınan puanlar kullanılarak ölçekten alınan puanlar değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri artmaktadır.

Ölçekten alınan toplam puanlara göre gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri;

24 ile 56 düşük,

57 ile 88 orta,

89 ile 120 yüksek düzey olarak değerlendirilmektedir (Ek 4).

Normal Doğuma İnanç Ölçeği Cronbach alpha katsayısı 0.837 olarak hesaplanmıştır (5). Bu çalışmada ise Cronbach alpha katsayısı 0.834 bulunmuştur.

3.5.3. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ)

Psikolojik sağlamlığı ölçmek üzere 2003 yılında Connor ve Davidson tarafından geliştirilen ölçeğin; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kararırmak tarafından

gerçekleştirilmiştir. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ), beşli likert tipi bir cevap anahtarına sahiptir ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte; “azim ve kişisel yetkinlik” (en yüksek alınabilecek puan 60), “negatif olgulara tolerans” (en yüksek alınabilecek puan 24), “manevi eğilim” (en yüksek alınabilecek puan 16) olmak üzere üç alt boyutla değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum puan 0, maksimum puan 100 toplam puan alınmaktadır. Ölçeğin faktör yapısına göre, madde “1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25” ile azim ve kişisel yetkinlik; madde “4, 6, 7, 8, 13, 14” ile negatif olaylara tolerans, madde “2, 3, 9, 20” ile manevi eğilim incelenerek psikolojik dayanıklılık düzeyleri saptanmıştır (Ek 5). Cronbach alpha katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır (180). Bu çalışmada ise Cronbach alpha katsayısı 0.95 bulunmuştur.

3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 1988'de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve Arkadaşları tarafından yapılmıştır. Eker ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2001 yılında tekrar çalışılmıştır. Ölçek; her biri 4 maddeden oluşan, destek kaynağına ilişkin “aile, arkadaş, özel insan” desteğini içeren toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Her madde 7 aralıklı ölçekle değerlendirilmektedir. Özel insan olarak ele alınan grupta; flört, akraba, komşu, doktor, hemşire gibi kişilere yer verilmektedir. Ölçekten 12 ile 84 arasında herhangi bir puan alınabilmekte, elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğinde yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik Cronbach's alpha katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır (181) (Ek 6). Bu çalışmada ise Cronbach's alpha katsayısı 0.89 bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmanın verileri, Ocak 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada ilk olarak 15 gebe ile pilot çalışma uygulanmış, anket sorularının anlaşılabilirliği test edilmiştir. Bu çalışmada sadece bir tane soruda “doğum hikayesi izlemeye yönelik olan soru” anlaşılabilirliği arttırmak için soru ve seçenek ifadeleri yeniden düzenlenmiştir. Pilot çalışma kapsamında toplanan veriler çalışmaya dahil edilmemiştir. Pilot çalışmadan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir. Veriler gebelerden online (Google survey ve kartopu tekniği) ve gebelerle yüz yüze kâğıt üzerinde yazılı anket formlarının doldurulması teknikleriyle toplanmıştır. Aşağıda bu teknikler açıklanmıştır.

3.6.1. Online Teknikle Veri Toplama

Çalışmaya başlamadan önce www.google.com.tr internet adresi üzerinden formlar sekmesi tıklanarak, Google formlara giriş sağlanmıştır. Oluşturulan anket formu çalışma koşullarını sağlayan gebelere sosyal medya platformları (instagram, facebook, twitter gibi) üzerinden ulaşılmıştır. Anket linkinin bu platformlarda paylaşılmasıyla ve gebelerin anket linkini tıkladıklarında Google formlardaki ilgili çalışma anketine erişim sağlanmasıyla online veriler toplanmıştır. Sosyal medya platformları ve WhatsApp ile ulaşılan gebelere, tanıdığı/ bildiği başka gebelerin olup olmadığı araştırmacı tarafından sorulmuş ve araştırma kriterlerine uyan gebe varsa, bu gebeye çalışma linkinin gönderilmesi sağlanmıştır. Böylelikle çalışma verisi toplamada kartopu tekniğinden yararlanmak amaçlanmıştır. Kartopu tekniğinde amaç ulaşılan bir kişiden diğer bir kişiye ulaşmaktır. Genellikle belli bir grubun başındaki kişiye ulaşılarak gruptaki diğer kişilere de ulaşılabilir (182). Bu çalışmada da bir gebenin yardımıyla bir başka gebeye, daha sonra yine aynı yolla bir başka gebe / gebelerle bağlantı kurulup, kartopu tekniğiyle veri toplanması sağlanmıştır. Sosyal medyada araştırma linki bizzat araştırmacı tarafından paylaşılmıştır. Araştırma linkinde; araştırmanın amacı, araştırmaya katılacak gebelerin örnekleme alınma kriterleri, araştırmaya katılma onayı, gebe tanıtıcı bilgi formu ve araştırmada kullanılan tüm ölçekler yer almıştır. Bu yöntemle Ocak 2022- Mayıs 2022 tarih aralığında toplamda 402 anket verisi toplanmıştır.

3.6.2. Yüz yüze Görüşme Tekniği ile Veri Toplama

Araştırma verileri Covid-19 pandemi süresince toplanmıştır. Çalışmada yüz yüze veriler Rize Devlet Hastanesinin gebe polikliniğine başvuran gebelere anket formların yüz yüze ve yazılı olarak doldurulmasıyla toplanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce gebelere araştırmanın amacı açıklanmış sonrasında sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Veriler ortalama 15-20 dakika arasında toplanmıştır. Yüz yüze görüşme tekniği ile toplam 53 gebeden veri toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, en az ve en çok değerler ile standart sapmalar kullanılmıştır. Bu çalışmada gebelerin normal doğum inancı toplam puanı bağımlı değişkendir. Psikolojik sağlamlık, sosyal destek algı düzeyi, doğum hikâyesi

dinleme, doğum videosu izleme, doğuma yönelik herhangi yazılı bir metin okuma ve doğumda refakatçi bulunma durumları bağımsız değişkenlerdir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kurtosis ve Skewness kat sayıları ile değerlendirilmiştir. İki bağımsız grup arasında verilerin karşılaştırılmasında Student t testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında verilerin karşılaştırılmasında Varyans Analizi kullanılmıştır. İleri varyans analizinde homojen dağılımlarda LSD, homojen olmayan durumlarda Dunnet C testi kullanılmıştır. Normal dağılan değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemeye Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan değişkenlerin ölçümünde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bağımlı değişken üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek amacıyla çoklu lineer regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ ise anlamlı kabul edilmiştir (183).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar ve Etik Kurulundan 09.12.2021 tarih ve 24237859-907 sayı ile onay alınmıştır (Ek 7). Rize devlet hastanesindeki gebe polikliniğine başvuran gebelerle yapılan çalışma için Rize İl Sağlık Müdürlüğü ve Rize Devlet Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni alınmıştır (Ek 8)

Veri toplama formları uygulanmadan önce gebelere araştırmanın amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Gebelerden araştırma öncesi onam alma şekli; yüz yüze görüşme yapılarak veri toplanan gebelerden sözlü ve yazılı olarak, online olarak veri toplanan gebelerden ise hem sözlü hem de cep telefonuna gönderilen araştırma metnindeki “çalışmaya katılmayı kabul ediyorum” kutucuğunun işaretlenmesi ile gerçeklemiştir. Ayrıca gebelere kendilerine ait verilerin gizli tutulacağı, sadece bilimsel amaçla kullanılacağı konusunda açıklama yapılmış ve gizlilik ilkesine bağlı kalınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma verileri tüm dünyayı ve ülkemizi etkisi altına alan Covid-19 pandemisi süresince toplanmıştır. Çalışmanın 20 hafta üstü gebelerle yapılmış olması çalışmanın başka sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Gebelerin normal doğum inancı üzerine, psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisinin incelenmesi amacıyla 428 gebe ile yapılan bu çalışmaya ait bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 2. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması (n=428)

Özellikler	n	%
Eğitim Düzeyi	İlkokul	10 2.3
	Ortaokul	37 8.6
	Lise	105 24.5
	Ön lisans	104 24.3
	Lisans	156 36.4
	Lisansüstü	16 3.9
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	252 58.9
	Çalışıyor	176 41.1
Aile Tipi	Çekirdek aile	370 86.4
	Geniş aile	58 13.6
Gelir Algısı	Kötü	16 3.7
	Orta	321 75.0
	İyi	91 21.3
Eş Eğitim Düzeyi	İlkokul	19 4.4
	Ortaokul	40 9.3
	Lise	127 29.7
	Ön lisans	83 19.4
	Lisans	142 33.2
	Lisansüstü	17 4.0
Eş Çalışma Durumu	Çalışmıyor	29 6.8
	Çalışıyor	399 93.2
Gebeliği İsteme Durumu	Eşim ve ben istedik	378 88.3
	Ben istedim eşim istemedi	3 0.7
	Eşim istedi ben istemedim	15 3.5
	Hem ben hem eşim istemedi	32 7.5
Yaşayan Çocuk Durumu	Var	217 50.7
	Yok	211 49.3
Gebe Kalma Şekli	Doğal yolla	414 96.7
	Yardımcı üreme teknikleriyle	14 3.3

Tablo 2. (Devam)

Gebeliğin Başından Şu Ana Kadar Gebeliğe Yönelik Sağlık Hizmetlerini Düzenli Alma Durumu	Evet alıyorum	357	83.4		
	Hayır, alamıyorum	21	4.9		
	Kısmen alıyorum	50	11.7		
Eş/Aileden Duygusal Destek Algısı	Evet	383	89.5		
	Hayır	5	1.2		
	Kısmen	40	9.3		
Eş/Aileden Fiziksel Destek Algısı	Evet	378	88.4		
	Hayır	7	1.6		
	Kısmen	43	10.0		
Planlanan Doğum Şekli	Normal doğum	248	57.9		
	Sezaryen	139	32.5		
	Karar vermedim	41	9.6		
Doğum Yapan Birinin Yanında Refakatçi Olarak Bulunma Durumu	Bulundu	199	46.5		
	Bulunmadı	229	53.5		
Deneyimlediği Refakati Algılama Biçimi	Olumlu	131	65.8		
	Olumsuz	11	5.5		
	Hem olumlu hem olumsuz	57	28.7		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	428	20	44	29.38	4.96
Gebelik Süresi (hafta)	428	20	41	31.25	6.34
Gebelik Sayısı	428	1	5	1.76	0.92

Tablo 2’de görüldüğü gibi, bu çalışmaya katılan gebelerin %36.4’ü lisans mezunu, %58.9’u çalışmakta ve tamamı evlidir. Gebelerin %86.4’ünün aile tipi çekirdek, %54.7’si il merkezinde yaşamaktadır, %75’inin gelir algısı orta düzeyde, %33.2’sinin eşi lisans mezunu, %93.2’sinin eşi çalışmaktadır, %88.3’ü planlayarak istemli gebe kalmış ve %50.7’sinin yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Gebelerin %96.7’si doğal yolla gebe kalmıştır, %83.4’ü gebelik süresince gebeliğe yönelik sağlık hizmetini düzenli almaktadır, %89.5’i gebelik süresince eşi ve ailesinden duygusal yönden destek görmekte, %88.3’ü eşi ve ailesinden fiziksel yönden destek görmektedir. Gebelerin yarısından fazlasının (%57.9) planladığı doğum şekli vajinal doğumdur.

Gebelerin çoğunluğu (%53.5) daha önce doğum yapan bir kadının yanında refakatçi olarak bulunmamış, %46.5’i ise daha önce doğum yapan birinin yanında refakatçi olarak bulunmuştur ve refakat edenlerin %65.8’i bu deneyimi “olumlu” olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Gebelerin yaş, gebelik haftası ve sayısı ortalaması sırasıyla; 29.38 ± 4.96 , 31.25 ± 6.34 ve 1.76 ± 0.92 'dir.

Tablo 3. Gebelerin Normal Doğum İnancı Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Algılanan Duyarlılık	428	3.00	15.00	9.30	3.28
Algılanan Ciddiyet	428	4.00	20.00	13.64	4.21
Algılanan Yarar	428	4.00	20.00	13.93	4.15
Algılanan Engeller	428	6.00	30.00	14.36	6.38
Algılanan Öz Yeterlilik	428	4.00	20.00	14.55	3.98
Sağlık Motivasyonu	428	3.00	15.00	11.06	2.96
NDİÖ* Toplam puanı	428	31.00	119.00	76.83	13.87
Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Düşük İnanç ve Eğilim	28	6.5	-	-	-
Orta İnanç ve Eğilim	311	72.7	-	-	-
Yüksek İnanç ve Eğilim	89	20.8	-	-	-

*NDİÖ: Normal Doğum İnancı Ölçeği

Tablo 3'te gebelerin NDİÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı gösterilmektedir. Gebeler "Algılanan duyarlılık" alt boyutundan 9.30 ± 3.28 , "Algılanan ciddiyet" alt boyutundan 13.64 ± 4.21 , "Algılanan yarar" alt boyutundan 13.93 ± 4.15 , "Algılanan engeller" alt boyutundan 14.36 ± 6.38 , "Algılanan öz yeterlilik" alt boyutundan 14.55 ± 3.98 , "Sağlık motivasyonu" alt boyutundan 11.06 ± 2.96 puan almıştır. Gebeler Normal Doğum İnancı Ölçeği toplamından 76.83 ± 13.87 puan almıştır. Ölçek kesme noktasına göre yaklaşık her dört gebeden üçünün (%72.7) normal doğum inancının "orta inanç ve eğilim", her beş gebeden birinin "yüksek inanç ve eğilim" düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Azım ve Kişisel Yetkinlik	428	8.00	60.00	41.54	11.78
Negatif Olaylara Tolerans	428	2.00	24.00	14.42	5.13
Manevi Eğilim	428	1.00	16.00	11.03	3.00
Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	428	17.00	100	66.99	18.48

Tablo 4’te görüldüğü gibi gebeler, “Azim ve Kişisel Yetkinlik” alt boyutundan 41.54 ± 11.78 , “Negatif Olaylara Tolerans” alt boyutundan 14.42 ± 5.13 , “Manevi Eğilim” alt boyutundan 11.03 ± 3.00 ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puanından 66.99 ± 18.48 almıştır.

Tablo 5. Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Aile	428	4.00	28.00	25.82	3.88
Arkadaş	428	3.00	21.00	17.29	4.63
Özel biri	428	4.00	28.00	20.58	7.77
ÇBASDÖ* Toplam Puanı	428	14.00	77.00	63.69	12.89

* ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği

Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 5’te sunulmuştur. Tablo 5’te görüldüğü gibi gebeler, “aile” alt boyutundan 25.82 ± 3.88 , “arkadaş” alt boyutundan 17.29 ± 4.63 , “özel biri” alt boyutundan 20.58 ± 7.77 ve ÇBASDÖ toplamından 63.69 ± 12.89 puan almıştır.

Tablo 6. Gebelerin doğum hikayesine yönelik hikâye dinleme, video izleme ve herhangi bir yazılı metin okuma durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

		n	%
Doğum Yapan Birinden Doğum Hikayesi Dinleme	Dinledi	390	91.1
	Dinlemedi	38	8.9
Doğum Hikayesini Kimden Dinlediği* (n=390)	Arkadaştan	286	66.8
	Anneden	188	43.9
	Sosyal Medyadan	139	32.5
	Abladan	114	26.6
	Diğer	23	5.4
Dinlediği Doğum Hikâyesini Algılama Biçimi (n=390)	Olumlu	270	69,2
	Olumsuz	120	30,8
Doğumla İlgili Video İzleme Durumu	İzledi	263	61.4
	İzlemedi	165	38.6
Doğum Videosunu Nereden İzlediği* (n=263)	İnternet	204	47.7
	Sosyal medya	116	27.1
	Televizyon	11	2.6
	Diğer	10	2.3
İzlenen Videoyu Algılama Biçimi (n=263)	Olumlu	179	68.0
	Olumsuz	84	32.0
Doğumla İlgili Herhangi bir Yazılı Metin Okuma Durumu	Okudu	336	78.5
	Okumadı	92	21.5
Doğumla İlgili Yazılı Metni Okuduğu kaynak* (n=336)	İnternet sitesi	230	53.7
	Sosyal medya	180	42.1
	Bilimsel makale	105	24.5
	Forum siteleri	88	20.6
	Diğer	10	2.3
Okuduğu Yazılı Metni Algılama Durumu (n=336)	Olumlu	227	67.5
	Olumsuz	109	32.5

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 6’da görüldüğü gibi, gebelerin %91.1’i daha önce doğum yapan birinden doğum hikayesi dinlemiştir. Doğum hikayesi dinleyenlerin %66.8’i arkadaşından, %43.9’u annesinden, %32.5’i sosyal medyadan dinlediğini belirtmiş ve dinlenen hikayelerin %69.2’sini olumlu olarak algıladıkları belirlenmiştir. Gebelerin %61.4’ü daha önce doğumla ilgili video izlediğini, izlediği bu videoların %47.7 sinin kaynağı internet olduğu ve video izleyenlerin %68.0’inin izlediği videoyu olumlu algıladığı belirlenmiştir. Gebelerin %78.5’i daha önce doğumla ilgili bir yazı okumuştur, okunan yazıların büyük

çoğunluğu (%53.7) internet kaynağından erişim sağlanmış ve okunan yazıların %67.5'i gebelerde olumlu bir algı oluşturduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Gebelerin Normal Doğum İnancı Ölçeği toplam puan ortalaması ile, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Normal Doğum İnancı	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
Normal Doğum İnancı Ölçeği	r		0.115	0.253
	p	-	0.017	0.000
	n		428	428
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	0.115		0.373
	p	0.017	-	0.000
	n	428		428
Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	r	0.253	0.373	
	p	0.000	0.000	-
	n	428	428	

Tablo 7’de görüldüğü gibi Normal Doğum İnancı ölçek puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır.

Normal Doğum İnancı ölçek puanı arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık ölçek puanları da artmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 8. Normal Doğum İnancı Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği arasındaki regresyon analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit Katsayı	62.913	3.509	-	17.929	0.000	56.016	69.810
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0.026	0.054	0.024	0.477	0.634	-0.081	0.133
Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	0.183	0.038	0.244	4.827	0.000	0.109	0.258

Tablo 8’de görüldüğü gibi, çoklu regresyon analizi, gebelerin Normal Doğum İnancı üzerine etkili olduğu düşünülen, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık ölçeği değişkenlerinin, Normal Doğum İnancını ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık ölçeği değişkeni ile Normal Doğum İnancı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.254$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.065$, $F_{(2,425)}=14.656$; $p=0.000$). Belirtilen bu değişken Normal Doğum İnancındaki değişimin %6.5’ini açıklamaktadır.

Tablo 9. Doğum hikayesi dinleme, doğum hikayesi izleme ve doğum hikayesi okuma durumlarının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi

			Psikolojik Sağlamlık				
			n	Ort.	SS.	Test	p
Doğum Yapan Birinden Doğum Hikayesi Dinleme Durumu	Dinledi	390	67.25	18.35	t=0.916	0.360	
	Dinlemedi	38	64.37	19.88			
Doğumla İlgili Video İzleme Durumu	İzledi	263	67.52	19.15	t=0.744	0.458	
	İzlemedi	165	66.15	17.39			
Doğumla İlgili Herhangi bir Yazılı Metin Okuma Durumu	Okudu	336	66.96	18.63	t=-0.063	0.950	
	Okumadı	92	67.10	18.02			

t: Student t testi

Tablo 9’da görüldüğü gibi Doğum Hikayesi Dinleme, Doğum Hikayesi İzleme ve Doğum Hikayesi Okuma durumlarına göre Psikolojik Sağlamlık puanı anlamlı olarak değişmemektedir ($p>0.05$).

Normal Doğum İnancı puanı ile yaş, yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Normal Doğum İnancı puanı ile yaş, yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesi

NDİÖ* toplam puan ortalaması		
Yaş	r	-0.088
	p	0.070
	n	428
Yaşayan Çocuk Sayısı	r	0.067
	p	0.327
	n	217
Gebelik Sayısı	r	-0.029
	p	0.556
	n	428

*NDİÖ: normal doğum inanç ölçeği

Tablo 10’da görüldüğü gibi yaş, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı ile Normal Doğum İnancı puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 11. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere göre Normal Doğum İnancı Ölçeği toplam puan ortalamasının karşılaştırılması

			Normal Doğum İnancı			
			n	Ort.	SS.	Test
Eğitim Düzeyi	İlkokul	10	77.80	7.63	F=1.523	0.181
	Ortaokul	37	76.41	12.91		
	Lise	105	73.72	13.15		
	Ön lisans	104	77.68	13.75		
	Lisans	156	78.31	14.87		
	Lisansüstü	16	77.63	12.60		
Eş Eğitim Düzeyi	İlkokul	19	78.53	11.94	F=1.442	0.208
	Ortaokul	40	71.80	14.67		
	Lise	127	77.46	12.08		
	Ön lisans	83	77.86	12.91		
	Lisans	142	77.22	15.29		
	Lisansüstü	17	73.82	17.22		
Gelir Algısı	Kötü	16	74.81	18.32	F=0.203	0.817
	Orta	321	76.82	14.28		
	İyi	91	77.21	11.43		
Aile Tipi	Çekirdek aile	370	76.79	13.94	t=0.515	0.607
	Geniş aile	54	75.76	12.35		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	252	77.14	13.37	t=0.559	0.576
	Çalışıyor	176	76.38	14.57		
Eş/Aileden Duygusal Destek Algısı	Evet	383	76.90	13.70	t=1.020	0.308
	Hayır	5	70.60	15.14		
Eş/Aileden Fiziksek Destek Algısı	Evet	378	76.98	13.61	t=-1.404	0.203
	Hayır	7	80.57	6.50		
Gebeliği İsteme Durumu	Evet, eşim ve ben istedik	378	76.60	13.62	t=1.426	0.155
	Ben istedim eşim istemedi	3	65.33	15.70		
Planlanan Doğum Şekli	Normal doğum	248	82.65	12.39	t=10.611	0.000
	Sezaryen	139	68.77	12.26		
Doğum Yapan Birinin Yanında Refakatçi Bulunma Durumu	Evet	199	76.40	14.24	t=-0.601	0.548
	Hayır	229	77.21	13.55		

Tablo 11’de görüldüğü gibi planlanan doğum şekline göre Normal Doğum İnancı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gebelerin aile tipi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, eş ve aileden duygusal destek ve fiziksel destek görme, gebelik isteme durumu ve doğum yapan birine refakat etme durumuna göre NDİÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 12. Gebelerin doğum hikayesi dinleme, izleme, okuma ve refakatçi olarak bulunma durumuna göre Normal Doğum İnancı puanlarının karşılaştırılması

		Normal Doğum İnancı			
		Ort.	SS.	Test	p
Doğum Yapan Birinden Doğum Hikayesi Dinleme	Dinledi	76.87	13.96	t=0.178	0.859
	Dinlemedi	76.45	13.04		
Dinlediği Doğum Hikâyesini Algılama Biçimi	Olumlu	79.12	13.60	t=2.967	0.003
	Olumsuz	73.42	14.42		
Doğumla İlgili Video İzleme Durumu	İzledi	77.85	14.54	t=1.932	0.054
	İzlemedi	75.20	12.60		
İzlenilen Videoyu Algılama Biçimi	Olumlu	78.45	14.23	t=2.852	0.005
	Olumsuz	67.21	16.43		
Doğumla İlgili Herhangi Bir Yazılı Metin Okuma Durumu	Okudu	76.80	14.15	t=-0.074	0.941
	Okumadı	76.92	12.85		
Okuduğu Yazılı Metni Algılama Durumu	Olumlu	78.31	14.25	t=2.842	0.005
	Olumsuz	73.67	13.48		
Doğum Yapan Birinin Yanında Refakatçi Olarak Bulunma Durumu	Bulundu	76.40	14.24	t=-0.601	0.548
	Bulunmadı	77.21	13.55		
Deneyimlediği Refakati Algılama Biçimi	Olumlu	77.02	13.78	t=0.860	0.391
	Olumsuz	75.19	15.13		

Tablo 12’te görüldüğü gibi doğuma yönelik hikâye dinleme, video izleme ve yazı okuma deneyimine göre Normal Doğum İnancı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). Hikâye dinleme, video izleme ve yazı okuma deneyimi olumlu olanların puan ortalamaları, olumsuz olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum yapan birinden doğum öyküsü dinleme, daha önce doğumla ilgili video izleme, daha önce doğumla ilgili yazılı metin okuma, doğum yapan birine refakat etme ve refakat deneyimini algılamasına göre Normal Doğum İnancı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Doğum hikayesi dinleme deneyiminin (bir başka kadından), doğum hikayesine yönelik video izlemenin ve doğum hikayesine yönelik bir yazı/ metin okuma deneyiminin normal doğum inancına etkisini gösteren lojistik regresyon modeli

		B	SH*.	Wald	p	OR**	95% G.A. Alt Üst
Dinlediği Doğum Hikâyesini Algılama Biçimi	Normal Doğum İnancı Puanı	+0.095	0.008	8.457	0.004	1.176	0.960 1.182
	Sabit	1.150	0.642	1.752	0.186	2.338	
İzlenilen Videoyu Algılama Biçimi	Normal Doğum İnancı Puanı	+0.083	0.019	7.550	0.006	1.203	0.953 1.206
	Sabit	1.013	1.354	0.560	0.454	2.754	
Okuduğu Yazılı Metni Algılama Durumu	Normal Doğum İnancı Puanı	+0.0774	0.009	7.743	0.005	1.265	0.980 1.273
	Sabit	1.374	0.654	2.698	0.100	2.926	

* SH.: Standart Hata, ** OR: Odd's Ratio

Tablo 13'te görüldüğü gibi gebelerin Normal Doğum İnancı puanı üzerinde doğuma yönelik hikâye dinleme deneyimi istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Dinlediği hikâyeyi olumlu algılayan gebelerin normal doğum inancı toplam puanı 1.176 kat daha fazla saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelerin Normal Doğum İnancı toplam puanı üzerinde doğum hikayesine yönelik video izleme deneyimi istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. İzlediği videoyu olumlu algılayan gebelerin normal doğum inancı toplam puanı 1.203 kat daha fazla saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelerin Normal Doğum İnancı toplam puanı üzerinde herhangi bir yazılı metin okuma deneyimi istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Okuduğu yazıyı olumlu algılayan gebelerin normal doğum inancı toplam puanı 1.265 kat daha fazla saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma gebelerin normal doğum inancı üzerine psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır. Çalışma da elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Yapılan bu çalışmada gebelerin normal doğum inancı ortalama değerde bulunmuştur. Aynı ölçeğin kullanıldığı bir deneysel çalışmada kontrol grubundaki gebelerin normal doğum inanç değeri bizim çalışmamızın bulgusuna benzer değerde belirlenmiştir (176). Yapılan bu çalışmanın bulgusu literatürle uyumludur. Öte yandan belirtmek gerekir ki bu çalışmada kullanılan NDiÖ ölçeği 2021 yılında Türkiye’de geliştirilmiş ve bu ölçekle yapılan çalışmalar çok sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu çalışmadaki gebelerin NDiÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması; konu ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışmalarla tartışılmıştır.

Bu çalışmadaki gebelerin normal doğum inanç ve eğilim düzeyi; her 5 gebeden 1’inin yüksek, her 10 gebeden 7’sinin orta, her 100 gebeden yaklaşık 7’sinin düşük olduğu belirlenmiştir. İbici Akça ve Aksoy Derya’nın aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, kontrol grubundaki gebelerin %5.3’ü düşük, %67.1’i orta, %27.6’sı yüksek düzeyde saptanmıştır (176). Çalışmamız belirtilen bu çalışmanın bulgularıyla kısmen farklılık göstermektedir. Çalışmamızda NDiÖ yüksek düzeyde bulunan gebe oranı %20.8 iken, İbici Akça ve Aksoy Derya’nın çalışmasında %27.8 saptanmıştır. Çalışma bulguları arasındaki bu kısmi farklılığın; örneklem büyüklüğü, örneklemde yer alan gebelerin gebelik sayısı ve gestasyon haftası, sosyokültürel ve obstetrik özellikler gibi faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada kullanılan NDiÖ’nin algılanan duyarlılık, ciddiye, yarar, öz-yeterlilik, engel, sağlık motivasyonu olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada NDiÖ alt boyutları puan ortalaması 9.30 ± 3.28 ile 14.55 ± 3.98 arasındadır. Benzer şekilde İbici Akça ve Aksoy Derya’nın çalışmasında ise ölçeğin bu alt boyutlarının puan ortalaması 10.28 ± 3.25 ile 15.95 ± 3.60 arasında olduğu saptanmıştır (176). Çalışmamızın bulgusu literatürle uyumludur.

Bu çalışmadaki gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyi ortalama değerde bulunmuştur. Aynı ölçeğin kullanıldığı Özçetin ve Erkan’ın çalışmasında; yüksek riskli olup hastanede yatışı olmayan gebelerde bizim çalışmamızın bulgusuna benzer şekilde psikolojik sağlamlık düzeyi ortalama değerde bulunmuştur (45). Gebelikte psikolojik sağlamlık, ruh sağlığını koruyucu bir faktördür. Çin’de 2813 gebe ile yapılan bir

çalışmada, gebelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek oluşunun, anksiyete ve depresyonu azaltmada olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada gebelikte psikolojik sağlamlılığın depresyon üzerine etkisi %23,8 olarak açıklanmıştır (155). Yapılan literatür taramalarında gebelerin psikolojik sağlamlığı ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu (155), ancak psikolojik sağlamlık kavramıyla yakın ilişkili olan psikolojik iyi oluşluk, anksiyete stres ve depresyon gibi çalışmalar bulunmaktadır (53, 160). Literatürde gebelerin %10-20 oranında depresif semptom yaşadığı belirtilmektedir (160). Gebenin primigravida ya da multigravida oluşu da stres, anksiyete gibi ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Gebeliğe uyum sağlama, stresin zararlı etkilerinden kurtulma ve depresyon gelişimine karşı koruyucu bir faktör olan psikolojik sağlamlığı anlamak, gebelerin ruh sağlığını korumak açısından önemlidir. Kaloğlu Binici ve Sevinç'in primipar ve multipar gebelerin algıladıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada; primipar gebelerin doğum öncesi stres algı düzeyinin, multiparlara göre daha yüksek olduğunu ve normal doğum tercih eden multipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha fazla olduğunu bulgulamıştır (184). Gebelerin depresyon düzeyi gelişmiş bir ülke olan Çin'de % 12.5 (185) iken, gelişmekte olan Orta Amerika ülkesi Nikaragua'da %57 (186) saptanmıştır. Aktaş ve Çalık'ın Türkiye'de yaptıkları çalışmalarında ise ortalama her beş gebeden birinin tıbbi tedavi gerektirecek düzeyde depresif semptom gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (53). Gebelerin yaşadığı anksiyete, kaygı ve depresyonun onların psikolojik iyi oluşluk düzeyini olumsuz etkileyeceği göz önünde bulundurulduğunda, gebelerin bu sorunlarla baş etme becerilerinin bir başka ifade ile psikolojik sağlamlık durumunun önemi daha net anlaşılmaktadır. Öte yandan bu çalışmadaki gebelerin psikolojik sağlamlık durumlarını değerlendirir iken, bu çalışmanın verilerinin, tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi sürecinde toplandığı göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan birçok çalışmada (187-191) gebelerin Covid-19 pandemi sürecinde ruh sağlıklarının olumsuz etkilendi ortaya konulmaktadır. Bu nedenle bu çalışmadaki gebelerin psikolojik sağlamlığını değerlendirirken, Covid-19 pandemisinde yaşanan stres, kaygı ve depresyon gibi olumsuz duygu durumlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Covid-19 pandemi sürecinde yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlık puan ortalaması; Aydın ve ark. 792 kadın ile yaptığı çalışmada 66.50 ± 13.40 , Sis ve Çelik'in hemşirelerle yaptığı çalışmada ise 64.28 ± 15.99 bulunmuştur. Belirtilen çalışmaların bulguları ile yapılan bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Lubian Lopez ve ark. pandemi

döneminde İspanya'daki gebelerin psikolojik sağlamlıklarını araştırdıkları çalışmalarında; pandemi koşullarının gebeler üstünde stres ve kaygı oranını arttırarak obsesyon ve uyku bozukluklarına neden olduğunu, bu dönemdeki kadınların psikolojik sağlamlık düzeyinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada; yüksek riskli, düşük gelirli, üniversite eğitimi almış, daha önce sezaryen doğum öyküsü olan kadınların psikolojik sağlamlık düzeyleri yüksek çıkmıştır (192).

Bu çalışmadaki gebelerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ortalama değerin üzerinde bulunmuştur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt boyutlarına göre gebelerin en çok “aile” alt boyutundan sosyal destek aldığı ortaya konulmuştur. Bizim çalışmamızın bulgusunu destekler özellikte, yapılan bazı çalışmalarda gebelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının ortalama ve ortalamanın üstü değerinde olduğu saptanmıştır (53, 193-199). Belirtilen bu çalışma bulgularının aksine ÇBASDÖ puan ortalamasını, bizim çalışmadaki toplam puan ortalamasından düşük (111, 121, 126, 200-203) ve yüksek (204, 205) bulan araştırmalar mevcuttur. Araştırma bulguları arasındaki farklılığın; çalışmanın yapıldığı yıl, örneklem büyüklüğü, gestasyonel hafta, pandemi koşullarında olup olunmadığı, gebelik sayısı, yaşanılan yer, sosyo demografik ve obstetrik faktörler gibi çoklu değişkenlerden kaynaklanabileceği akla gelmektedir.

Yapılan bu çalışmada gebelerin sosyal desteği ile psikolojik sağlamlığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada gebelik depresyonuyla sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (53). Ülkemizdeki doğum politikaları ve kültürüne bağlı olarak eşler geleneksel olarak kamu hastanelerinde doğuma eşlik edememektedir. Doğum ünitelerine eşin alınmaması, gebenin kendini yalnız hissetmesine ve olumsuz doğum algısına neden olabilmektedir (15). Eşlerin doğum sürecine katılımı, kadınların kendilerini daha değerli, cesaretli ve güvende hissetmelerine katkı sağlayacaktır.

Yapılan bu çalışmada gebelerin sosyal destek ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin gebelerin normal doğum inancını %6.5 kadar yordadığı, başka bir ifade ile arttırdığı ortaya konmuştur. Amerika'da yaşanan bir doğum hikayesinde evde doğum yapmış bir kadının “doğumda eşimin yanımda olması benim için bir güçtü, kendimi çok iyi hissettim o olmasaydı başaramazdım” ifadeleriyle doğumdaki başarı duygusunu eşinden aldığı destekle bağdaştırması, doğum esnasında gebelere verilen desteğin doğumun başarısı üstünde eş desteğinin önemini ortaya koymaktadır (206). Çalış ve Özsoy'un yaptıkları nitel

çalışmada, evde doğum yapan kadınların, doğum deneyimleri incelenmiş olup, bazı annelerin doğumunun yönetiminde eş desteğinin, kendine olan inancını arttırmada ve psikolojisinin güçlü olmasına katkısı olduğu ifadelerine yer verilmiştir (127). Kishore ve ark. 589 gebe ile yaptığı çalışmada; yeterli sosyal desteğin gebelik depresyonu üzerine azaltıcı etkisinin olduğu ve depresyondaki kadınların psikolojik sağlık düzeyinin düşük olduğu kanıtlanmıştır (46). Yapılan bu çalışmanın bulgusu literatürle uyumludur. Kul ve Akan'ın çalışmasında doğum anında eş desteği alan gebelerin, kaygı düzeylerinin azaldığı, doğumlarını pozitif algıladıkları saptanmıştır (126).

Gebelerin doğum inancını doğum hikayeleri etkileyebilmektedir (207). Gerek sosyal medya gerekse aile bireyleri ve yakın çevreden işitilen travmatik doğum hikayeleri, kadınların bilinç altına yerleşerek, doğum korkusuna neden olabilmektedir (208). Bu çalışmadaki her 10 gebeden dokuzu doğum yapan birinden doğum öyküsü dinlediği, her 10 gebeden 6'sının doğuma yönelik video izlediği, her 10 gebeden yaklaşık 8'inin (%78.5) daha önce doğumla ilgili yazılı bir metin okuduğu belirlenmiştir. Topçu'nun 385 gebe ile yaptığı tez çalışmasında bu gebelerin %86.2'si doğum hikayesi dinlediğini, %35.9'u doğum videosu izlediği saptanmıştır (17). Çalışmamızdaki gebelerin doğum hikayesine yönelik %69.2'si dinlediği hikâyeyi, %68.0'i izlediği videoyu, %67.5'i okuduğu metni "olumlu" olarak algıladıkları belirlenmiştir. Beşen ve Seller araştırmalarında gebelerin %54.1'inin yakınlarının normal doğum hikayesinden etkilendiğini, %30.1'inin negatif yönde etkilendiğini bildirmiştir (163). Sen ve ark. çalışmasında gebelerin %24.1'i yakınlarından negatif doğum hikayeleri işittiğini ve %69.7 bu gebelerin %69.7'si olumsuz yönde etkilendiğini belirtmiştir (162). Yapılan bu çalışmada pozitif doğum hikayesi dinleyen ve doğumu olumlu algılayan gebelerin oranı, belirtilen çalışmadaki gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Şahin olumlu doğum hikayesi işiten kadınların, bu bilgiyi bilinç altına işleyip ileriki hayatlarında doğuma yönelik olumlu duygular geliştirdiğini bildirmiştir (209). Benzer şekilde Avustralya'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin doğuma yönelik tutumlarında; %82 aile üyelerinin, %64.4 arkadaşların deneyim ve hikayeleri ve %63.5 medya etkili olduğu saptanmıştır (210). Genç bireylerin doğuma ilişkin tutumları ileriki yaşantılarında doğum inancı ve tercihlerinde önemli olabilmektedir. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir araştırmada ise; öğrencilerin doğum şekli tercihleri üzerinde yakın çevresindeki kimselerin seçtikleri doğum yöntemi ve sosyal medyada doğuma yönelik izledikleri videoların etkili olduğu saptanmıştır (211).

Bu çalışmada doğuma yönelik hikâye dinleme, video izleme ve yazı okuma deneyimine göre Normal Doğum İnancı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmada normal doğum inancı toplam puanını, dinlediği hikâyeyi olumlu algılayan gebelerin 1.176 kat, izlediği videoyu olumlu algılayanların 1.203 kat, doğuma yönelik olumlu yazılı metin okuyan gebelerin 1.265 kat arttırdığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Miller ve ark. hiç doğum yapmayan gebe kadınların doğum tercihleri üzerine, doğum hikayelerinin etkisi incelenmiş olup çalışmada bir başka kadından olumlu doğum deneyimi ve hikayesi dinleyenlerin, vajinal doğumu daha fazla tercih ettiğini belirlemiştir. Aynı çalışmada olumsuz doğum deneyimleri ve hikayeleri dinleyen gebelerin, daha fazla sezaryen ile doğumu tercih ettikleri saptanmıştır (36). Witteman ve ark. deneysel çalışmasında sosyal medyada, makaleler gibi yazılı ve görsel basında olumlu evde doğum hikayesi dinleyen kadınların, daha fazla evde doğumu tercih ettikleri saptanmıştır (109). Günümüzde sosyokültürel çevre dışında doğum hikayeleri online olarak da paylaşılmaktadır. Online doğum hikayelerini dinleme veya izleme sürecinde, gebelerin sağlık okuryazarlığı beceri düzeyi önemlidir (212). Okuduğu, dinlediği veya izlediği doğum hikayelerinin paylaşıldığı kaynağın güvenilirliği, gebenin doğum hikayesini doğru anlama ve yorumlama becerisini gerektirir (109). Medyadaki dramatik doğum hikayelerinin doğumun medikalleşmesine ve sezaryen ile doğum tercihinin neden olabileceği akılda tutulmalıdır (212).

Gebelerin doğum deneyimleri ve hikayeleri içinde yaşanan afet, pandemi ve göç gibi olağan üstü durumlardan etkilenebilmektedir. Yapılan bu çalışmadaki gebeler Covid-19 pandemi sürecinin başlangıç zamanları olmamakla birlikte, bu pandeminin gölgesindeki gebelerden oluşmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda gebelerin ve doğuran annelerin Covid-19'a bağlı stres, anksiyete, korku yaşadığı belirtilmektedir (15, 212). Bu bağlamda yapılan bu çalışma kapsamındaki gebelerin pandemi sürecine bağlı daha fazla olumsuz doğum hikayeleri dinleme olasılığının olabileceği akla gelmektedir. Bu olumsuz doğum hikayelerinin gebelerin normal doğum inancını da olumsuz etkileme olasılığı bulunmaktadır (15, 212). Bir nitel çalışmadaki gebelerden biri; antenatal sınıflarda kendilerine izletilen doğum videolarının (vajinal ve sezaryen videosu), kendisinde doğum korkusunu arttırdığını, vajinal doğuma kıyasla sezaryen ile doğumun daha kısa sürdüğü ve hızlı ilerlediği için sezaryeni tercih edebileceğini ifade etmiştir (213). Belirtilen bu çalışma doğuma yönelik izlenen videonun içeriğinin ve vereceği mesajın, doğum şekli tercihindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle doğum hikayelerinin

sunumunda, kadının şimdiki ve gelecek dönem sağlığı üzerine etkileri de özenle vurgulanmalıdır.

Literatürde vajinal doğum gibi sezaryen ile doğuma yönelik pozitif doğum hikayeleri bulunmaktadır (213). Sezaryenin tıbbi gereklilik olmasa da tercih edilebilir olabileceği yönünde mesaj vermektedir. Oysa her doğumun pozitif deneyimlenmesi önemli olmakla birlikte, gerekmedikçe uygulanan ve bir cerrahi müdahale olan sezaryenin anne ve bebek sağlığı için risk oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalı ve olumlu vajinal doğum hikayelerinin sayısı artırılmalıdır. Nitekim ülkemizde yapılan nitel bir araştırmada; geçmiş doğum deneyimi olumlu olan, pozitif doğum hikayeleri işiten, sağlık profesyonellerinden memnun olan, medyadan olumlu doğum algısı oluşan , normal doğumun kadın ve bebek için en sağlıklı yöntem olduğu düşüncesi ve günahlardan arındığı inancına bağlı olarak kadınların vajinal doğum deneyimlerini “pozitif” algıladıklarını saptamıştır (9).

Gebelerin normal doğum inancını sosyo-demografik ve obstetrik faktörler etkileyebilmektedir. Bu çalışmada gebelerin Normal Doğum İnancı ile aile tipi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu çalışma bulgusuna benzer şekilde Barut ve ark. (2022) çalışmasında aile tipi ile doğal ya da tıbbi doğum inancı arasında ilişki saptanmamıştır (214). İbici Akça ve Aksoy Derya'nın çalışmasında da benzer şekilde aile tipinin normal doğum inancı üstünde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını bulgulamıştır (5). Yapılan bu çalışmada 10 gebeden 6'sının (%57.9) planladığı doğum şekli vajinal doğum, 10 gebeden 4'ünün (%32.5) ise planladığı doğum şekli sezaryen doğumdur. Aynı zamanda planlanan doğum şekline göre Normal Doğum İnancı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada normal doğum planlayan gebelerin normal doğum inancı puanı daha yüksek saptanmıştır. İsrail'de yapılan bir araştırmada; doğumun doğal bir süreç olduğuna inanan gebelerin, vajinal doğum inancı yüksek ve doğum korkusu düzeyi düşük bulunmuştur. Başka bir ifade ile vajinal doğum planlayan gebelerin normal doğum inancı yüksek saptanmıştır. (3). Parker ve Ertem Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı Doğum İnançları Ölçeği araştırmasında; doğal doğum inancına sahip kadınların vajinal doğumu, tıbbi doğum inancına sahip kadınların ise sezaryen doğumu tercih ettiklerini saptamıştır. Yine aynı çalışmada 10 gebeden 7'sinin (%69.9) vajinal doğum yapmak istediği ve vajinal doğum yapmak isteyen gebelerin %81.2'sinin doğal doğum inancına sahip oldukları belirlenmiştir

(4). Yine aynı çalışma verilerinde doğumun tıbbi bir süreç olduğuna inanan gebelerin doğum korkusu düzeyi yüksek saptanmıştır (3). Aslan ve Okumuş çalışmasında gebelerin doğum şekli tercihiyle yaptıkları doğum şekli arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Gebelik döneminde vajinal doğum yapmayı planlayan kadınlar, vajinal doğum yöntemi ile bebeklerini dünyaya getirmiştir (215). Bu çalışmadaki gebelerin yaklaşık %60'ının vajinal doğumu planladığı göz önünde bulundurulduğunda, bu gebelerin vajinal doğum inancının korunması ve yükseltilmesinde hem gebelik hem de doğum sürecinde sağlık profesyonellerinin destekleyici rolü büyüktür.

Bu çalışmada gebelerin yaş, kendinin ve eşinin eğitim düzeyi, gelir algısı, çalışma durumu, yaşanılan yer, gebeliği isteme durumu, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı değişkenleri ile Normal Doğum İnancı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda (10, 33, 216, 217) yaşın, gebelik sayısının ve yaşayan çocuk sayısının doğum şekli tercihinde etkisinin olmadığını saptamıştır. Öte yandan Doğru Yılmaz anne yaşı ile doğum şekli tercihi arasında pozitif yönde düşük düzeyli bir ilişki olduğu, anne yaşı arttıkça vajinal doğum tercihinin azaldığını bildirmiştir (43). Dinç ve Okyay Karataş yaşın kadınların doğuma yönelik inancını etkileyen faktörlerden biri olduğunu, genç yaştaki kadınların doğumu doğal bir süreç olarak algıladıklarını, doğal doğum inançlarının yüksek olduğunu saptamıştır (218). Yapılan bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde Doğru Yılmaz çalışmasında kadının eğitim düzeyinin doğum şekli tercihi üzerinde etkisinin bulunmadığını bildirmiştir (43).

Literatürde kadınların eğitim düzeyi arttıkça, vajinal doğum oranının azaldığını, sezaryen doğum oranlarının arttığını bildiren çalışmalar olduğu gibi (38, 87, 219, 220), bunun tam aksi eğitim düzeyi arttıkça normal doğum tercihinin arttığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (221). Paker ve Ertem çalışmasında gebelerin eğitim seviyesi arttıkça tıbbi doğum inancının arttığını saptamıştır (4). Barut ve ark. çalışmasında ise eğitim düzeyi düşük kadınların, tıbbi doğum inanç düzeyi yüksek olduğu belirlenmiştir (214). Literatürde tıbbi doğum inancı yüksek kadınların sezaryen ile doğumu tercih etme olasılığı yüksek olduğu belirtilmektedir (3). Çalışma bulguları arasındaki farklılığın; gebenin sosyo-demografik, obstetrik ve kültürel özellikleri, yaşadığı coğrafya, aile dinamikleri, gebeliğin istenme durumu, sosyal destek algıları, doğum deneyimlerinden etkilenme durumları, çalışmalardaki örneklem sayısı gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebileceğini söylemek mümkündür.

Yapılan bu çalışmada gebelerin daha önce doğum yapan başka bir kadının yanında refakatçi bulunması, normal doğum inancı puanlarını etkilememiştir. Bu çalışmanın aksine Kadioğlu ve Hotun Şahin'in üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, normal doğum yapan bir yakınının yanında doğum öncesi/doğum/doğum sonrası dönemde refakat eden öğrencilerin gelecekteki doğum şekli tercihleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmıştır. Normal doğum yapan yakınının yanında bulunan 10 öğrenciden 6'sının gelecekte vajinal doğum yapmayı planladıkları bulunmuştur (211). Belirtilen bu iki çalışma bulguları arasındaki farklılığın; gebelerin sosyo demografik ve obstetrik ve kültürel özellikleri, doğum merkezinin alt yapısı, sağlık personelinin tutumu gibi faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelerin normal doğum inancı üzerine, psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin normal doğum inanç düzeyi ortalama değerdedir.
- NDIÖ ölçeğinin kesme noktasına göre gebelerin %6,5'i düşük, %72,7'si orta, %20,8'i yüksek düzeyde inanç ve eğilime sahiptir.
- Gebelerin psikolojik sağlamlığı orta düzeydedir.
- Gebelerin sosyal desteği ortalamanın üzeri düzeydedir.
- Her on gebeden dokuzunun doğum yapan birinden doğum öyküsü dinlemiştir. Yaklaşık her on gebeden yedisi doğum öyküsünü arkadaşından dinlemiş ve dinlenen öyküyü “olumlu” algılamıştır.
- Her 10 gebeden 6'sı doğuma yönelik video izlemiştir. Her 10 gebeden yaklaşık 5'i videoyu internet kaynağından erişmiş ve büyük çoğunluğu izlediği videoyu “olumlu” algılamıştır.
- Her 10 gebeden yaklaşık 8'i daha önce doğumla ilgili yazılı bir metin okumuştur. Doğuma yönelik okunan yazıların büyük çoğunluğu internet kaynağından erişim sağlanmış ve gebeler tarafından okunan yazılar olumlu olarak algılanmıştır.
- Gebelerin olumlu doğum hikayesi dinleme durumu Normal Doğum İnanç düzeyini arttırmaktadır.
- Gebelerin olumlu doğum videosu izleme durumu Normal Doğum İnanç düzeyini arttırmaktadır.
- Gebelerin doğuma yönelik olumlu yazılı metin okuma durumu Normal Doğum İnanç düzeyini arttırmaktadır.
- Gebelerin normal doğum inancı arttıkça, psikolojik sağlamlığı ve sosyal desteği de artmaktadır.
- Gebelerin normal doğum inancı üzerine; psikolojik sağlamlık ve sosyal destek değişkeninin %6.5 oranında açıklayıcı etkisi bulunmaktadır.
- Normal doğum yapmayı planlayan gebelerin, normal doğum inancı yüksektir.
- Gebelerin bazı sosyo demografik ve obstetrik özellikleri (aile tipi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu, eş ve

aileden duygusal destek ve fiziksel destek görme, gebelik isteme durumu ve doğum yapan birine refakat etme) normal doğum inancını etkilememektedir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Her gebenin normal doğum inancının sosyal destek düzeyinin, psikolojik sağlamlığının rutin olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucunda risk varlığında gerekli izlem ve danışmanlığın yapılması,
- Gebelerin eş, aile ve arkadaştan gelen sosyal desteğinin artırılması ve psikolojik sağlamlıklarının korunması ve yükseltilmesi,
- Tüm gebelerin ve doğurganlık çağındaki kadınların pozitif doğum hikayelerine daha kolay erişebilmeleri için olumlu doğum deneyimi içeren kamu spotlarına medyada yer verilmesi,
- Gebelerin prekonsepsiyonel dönemden başlayıp, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde nitelikli ebelik ve hemşirelik bakımı alımının sağlanması,
- Doğuma hazırlık sınıflarında /gebe okullarında gebelerin normal doğum inancını artırıcı eğitimlerin planlanması,
- Nitelikli obstetrik bakım hizmeti ile kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamaları sağlanarak pozitif doğum hikayelerinin artırılması ve yaygınlaşmasının sağlanması,
- Medyanın daha fazla olumlu doğum hikayelerine ve vajinal doğum inancı yüksek kadınlara yer vermesi,
- Çalışmanın daha büyük popülasyonla, karma araştırma deseninde yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Howell White S (1997). Choosing a birth attendant: The influence of a woman's childbirth definition. *Social Science and Medicine* 45(6): 925-936. 10.1016/s0277-9536(97)00003-8.
2. Preis H, Benyamini Y (2017). The birth beliefs scale—a new measure to assess basic beliefs about birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 38(1): 73-80.
3. Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y (2018). A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery* 63: 46-51.
4. Paker S, Ertem G (2022). Doğum inançları ölçeği türkçe formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 32(1): 1-8.
5. İbici Akça E (2021). Nullipar gebelere sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen mobil eğitimin normal doğum eğilimine etkisi. Doktora tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
6. Preis H, Eisner M, Chen R, Benyamini Y (2019). First-time mothers' birth beliefs, preferences, and actual birth: A longitudinal observational study. *Women and Birth* 32(1): e110-e117.
7. Sipahi M (2019). Effects of childbirth preparation education on the preference of mode of delivery in pregnant nulliparous women. *Pamukkale Tıp Dergisi* 13(1): 61-67.
8. Alp Yılmaz F, Durgun Ozan Y (2020). Women's birth beliefs and associated factors in an obstetrics clinic in the Southeastern Anatolian Region of Turkey. *Journal of Health Research* 34(4): 345-351.
9. Aktaş S, Yılar Z (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(1): 111-124.
10. Gözükara F, Eroğlu K (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 15(1): 32-46.
11. Amanak K (2022). Gebelerin vajinal ve sezaryen doğuma yönelik görüşleri: Nitel bir çalışma. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 5(2): 122-140.

12. Ünay V (2018). Sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 27(3): 190-196.
13. Taşçı Duran E, Ünsal Atan Ş (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi* 21(3): 83-88.
14. Aktaş D, Gökgöz N (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(1): 65-82.
15. Aktaş S, Aydın R (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: A qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 37(2): 176-192.
16. Elmas S, Saruhan A, Yeygel Ç (2017). Doğum öncesi eğitim modelleri eşliğinde doğal doğum. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 20(4): 299-303.
17. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2022). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. *Social Work in Public Health* 37(2): 195-207.
18. Sayiner FD, Özerdoğan N (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(3): 143-148.
19. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 31(1): 239-246.
20. Kapısız Ö, Karaca A, Özkan FS, Savaş HG (2017). Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7(3): 156-160.
21. Aktaş S (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science* 7(1): 203-209.
22. Hacıvelioğlu D, Bolsoy N (2020). Üç kuşak kadınların doğum deneyimleri ve doğum algılarının incelenmesi: Batı Anadolu kırsalı örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(2): 67-81.
23. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, Shah N, Semrau K, Berry WR, Gawande AA (2015). Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 314(21): 2263-2270.

24. OECD. (2022) Caesarean sections (indicator) [online]. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>. [Accessed 17 October 2022].
25. Organization WH. (2015) World health statistics 2015 [online]. Available from: https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2015?gclid=CjwKCAjw79iaBhAJEiwAPYwoCFSwaY3mNMvcg7Rna4MSFt4Akj84XrWpRu6xNeH1IMMEKf-Q_YVzmRoCwosQAvD_BwE. [Accessed 24 October 2022].
26. Sağlık Bakanlığı. (2022) 2019-2023 Stratejik planı [internet]. Erişim adresi: <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf>. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2022].
27. Demirbaş M, Karabel MP, İnci MB (2018). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi* 7(4): 158-163.
28. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC (2014). Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi* 19(3): 122-125.
29. Kızılca Çakaloğlu D, Çoban A (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasında ebeğin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 28(1): 51-59.
30. Deng W, Klemetti R, Long Q, Wu Z, Duan C, Zhang W-H, Ronsmans C, Zhang Y, Hemminki E (2014). Cesarean section in Shanghai: Women’s or healthcare provider’s preferences? *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(1): 1-8.
31. Barut S, Uçar T (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2): 107-115.
32. García-León MÁ, Caparrós-González RA, Romero-González B, González-Perez R, Peralta-Ramírez I (2019). Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: Its relationship with the psychological state, and with hair cortisol concentrations. *Midwifery* 75: 138-145.
33. Ergöl Ş, Kürtüncü M (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 1(3): 26-34.
34. Yanıkerem E (2018). Kadınların doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında düşünceleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 27(1): 27-36.

35. Uzun B, Dağ EN (2019). Kadınların doğum şekli tercihlerinde ebeinin rolü. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 6(2): 87-90.
36. Miller Y, Danoy Monet M (2021). Jun 28. Reproducing fear: The effect of birth stories on nulligravid women's birth preferences. BMC Pregnancy Childbirth 21(1): 451. 10.1186/s12884-021-03944-w.
37. Charvat E, Horstman HK, Jordan E, Leverenz A, Okafor B (2021). Navigating pregnancy during the COVID-19 pandemic: The role of social support in communicated narrative sense-making. Journal of Family Communication 21(3): 167-185.
38. Vatansever Z, Okumuş H (2013). Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 6(2): 81-87.
39. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 25(3): 126-130.
40. Toker E, Aktaş S (2021). The childbirth experiences of Syrian refugee mothers living in Turkey: A qualitative study. Journal of Reproductive and Infant Psychology 39(5): 544-560.
41. De Sousa Machado T, Chur Hansen A, Due C (2020). First-time mothers' perceptions of social support: recommendations for best practice. Health Psychology Open 7(1). doi: 10.1177/2055102919898611.
42. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews (7). 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
43. Yılmaz Doğru H (2017). Kadınların doğum şekli hakkındaki görüşlerini etkileyen faktörler. Medeniyet Medical Journal 32(4): 250-256.
44. Rutter M (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health 14(8): 626-631.
45. Üzar Özçetin YS, Erkan M (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. Cukurova Medical Journal 44(3): 1017-1026.

46. Kishore MT, Satyanarayana V, Ananthanpillai ST, Desai G, Bhaskarapillai B, Thippeswamy H, Chandra PS (2018). Life events and depressive symptoms among pregnant women in India: Moderating role of resilience and social support. *International Journal of Social Psychiatry* 64(6): 570-577.
47. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 52(1): 30-41.
48. Yıldırım İ (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 13: 81-87.
49. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ (2013). The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: Evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13(1): 1-8.
50. Li Y, Long Z, Cao D, Cao F (2017). Social support and depression across the perinatal period: A longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing* 26(17-18): 2776-2783.
51. Turan Z, Kurt G, Arslan H (2020). Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisi. *Cukurova Medical Journal* 45(3): 1126-1136.
52. Okanlı A, Tortumluoglu G, Kirpinar İ (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4(2): 98.
53. Aktas S, Yesilcicek Calık K (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 17(9): e16640.
54. Aydın R, Kızılkaya T, Hancıoğlu Aytaç S, Taşlar N (2020). COVID-19 pandemisinde; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınların sosyal destek gereksinimi ve ebelik yaklaşımları. *Electronic Turkish Studies* 15(4): 679-690.
55. Sezen C, Ünsalver B (2018). The relationship between childbirth fear and social support: Review and pilot research. *The Journal of Neurobehavioral Sciences* 5(1). 10.5455/JNBS.1512387859.
56. Uğuz Y, Karaçam Z (2022). Doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğum şekli ve doğuma ilişkin görüşlerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 6(3): 453-466.

57. Okumuş H, Yenil K, Durgun Ozan Y, Öztürk E (2015). Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: Literatür derlemesi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics 1(1): 16-24.
58. Taşkın L (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 295-296.
59. Sevil Ü, Ertem G (2016). Peritanoloji ve Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa: 300-350.
60. Köker İ (2006). Kadın hastalıkları ve doğum temel bilgileri. Nobel Tıp Kitabevi, Adana, Sayfa: 159-345.
61. Şentürk Erenel A, Vural G (2020). Hemşireler ve ebeler için perinatal bakım. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 243-250.
62. Kızılkaya Beji N (2019). Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 364- 376.
63. Fenkci İV, Çabuş Ü (2019). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 43-65.
64. Karahan N, Serhatlıoğlu Göncü S (2019). Hemşirelik ve ebelik için kadın sağlığı ve hastalıkları. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 393-428.
65. Günalp S, Yüce K (2014). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa: 1004-1060.
66. Levett KM, Smith C, Bensoussan A, Dahlen HG (2016). The complementary therapies for labour and birth study making sense of labour and birth—experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery 40: 124-131.
67. Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A, Zare S (2016). The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model. Women and Birth 29(6): e126-e132.
68. Cantürk D (2018). Vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyleri. Yüksek lisans tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.

69. Ten Hoope-Bender P, De Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, Homer CS, Kennedy HP, Matthews Z, McFadden A (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 384(9949): 1226-1235.
70. Sak S (2019). Gebe bilgilendirme sınıfları eğitimlerinin doğum korkusu ve doğum yöntemi seçimine olan etkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
71. Ay D (2012). Sezaryen ile doğum yapan lohusalara konfor kuramına göre verilen hemşirelik bakımının doğum sonu konfor düzeyine etkisi. Doktora tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
72. Anık Y, Altuntuğ K, Ege E (2017). Niçin doğal doğum? *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 26(3): 127-131.
73. Karabulutlu Ö, Yavuz C (2018). Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(1): 7-14.
74. Temizkan E (2018). Primipar gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi(DAÜ) Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Kuzey Kıbrıs.
75. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJ, Barros FC, Juan L, Moller A-B, Say L, Hosseinpoor AR, Yi M (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet* 392(10155): 1341-1348.
76. Schenker JG, Cain JM (1999). FIGO committee report. FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. *International Federation of Gynecology and Obstetrics. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 64(3): 317-322.
77. Sönmez CI, Sivaslıoğlu AA (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Medical Journal* 11(3): 369-376.

78. Sağlık Bakanlığı. (2018) Sağlık istatistikleri yılığı 2018 [internet]. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. [Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2022].
79. Sağlık Bakanlığı. (2022) Sağlık istatistikleri yılığı 2020 [internet]. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>. [Erişim Tarihi: 26 Ekim 2022].
80. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018) Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 [internet]. Erişim adresi: http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. [Erişim Tarihi: 12 Haziran 2022].
81. Gynecologists ACoOa (2013). Apr. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 121(4): 904-907. 10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3.
82. Bülbül G (2016). Doğal doğum anneliğı keşfin başucu kitabı. Hayykitap, İstanbul, Sayfa: 41-160.
83. Rathfisch G (2012). Doğal doğum felsefesi. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, Sayfa: 3-70.
84. Vural G, Şentürk Erenel A (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 4(2): 76-83.
85. Boz I, Teskereci G, Akman G (2016). How did you choose a mode of birth? Experiences of nulliparous women from Turkey. *Women and Birth* 29(4): 359-367.
86. Yee LM, Kaimal AJ, Houston KA, Wu E, Thiet M-P, Nakagawa S, Caughey AB, Firouzian A, Kuppermann M (2015). Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 212(3): 377. e371-377. e324.
87. Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, Althabe F, Merzagora F, Donzelli GP, Merialdi M (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13(1): 1-8.
88. Özkan H, Uzun B, Arı Ö (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: Modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 30(4): 226-235.

89. Tektaş E, Bozkurt G, Ergin E, Sezgin S (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal* 43(1): 63-69.
90. Elkin N (2016). Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18–49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 21(2).
91. Mutlu S, Yurtçu E (2020). Karabük ilindeki; gebelerin, gebe yakınlarının, sosyal çevrelerinin ve sosyo-ekonomik şartlarının doğum şekline etkileri. *Konuralp Medical Journal* 12(2): 296-300.
92. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M (2017). Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. *Midwifery* 51: 33-39.
93. Haines H, Rubertsson C, Pallant J, Hildingsson I (2012). Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: A comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery* 28(6): e850-e856.
94. Carlsson M, Ziegert K, Nissen E (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* 31(10): 1000-1007.
95. Lowe NK (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 21(4): 219-224.
96. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15(1): 1-9.
97. Demirsoy G, Hilmiye A (2015). Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2(2): 36-45.
98. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 92(2): 210-214.
99. Çiçek Ö, Mete S (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(4): 263-268.

100. Korkut M, Karabacak K, Yıldırım N, Sakar T, Çapık A (2016). Annelerin doğum şekline göre doğumdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 19(2): 92-99.
101. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15(1): 1-10.
102. İsbir GG, İnci F (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 1(1): 29-40.
103. Coxon K, Sandall J, Fulop N (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk and Society* 16(1): 51-67.
104. Crossley ML (2007). Childbirth, complications and the illusion of choice: A case study. *Feminism and Psychology* 17(4): 543-563.
105. Çıtak Bilgin N, Ak B, Coşkun Potur D, Ayhan F (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(3): 342-352.
106. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi/depression in pregnancy: Prevalence, risk factors and treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(1): 142.
107. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15(1): 1-8.
108. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A (2010). What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sexual and Reproductive Healthcare* 1(1): 21-26.
109. Witteman HO, Fagerlin A, Exe N, Trottier M-E, Zikmund-Fisher BJ (2016). One-sided social media comments influenced opinions and intentions about home birth: An experimental study. *Health Affairs* 35(4): 726-733.

110. Çetinkaya FF, Korkmaz F (2019). Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 20(1): 91-103.
111. Yurdakul M (2018). Perceived social support in pregnant adolescents in Mersin area in Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences 34(1): 115.
112. Cohen S, Wills TA (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(2): 310.
113. Meral BF, Cavkaytar A (2013). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin otizmlı çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi 3(4): 20-32.
114. Ardahan M (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 9(2): 68-75.
115. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 1(2): 71-76.
116. Gümüldaş M, Apay Ejder S, Özorhan E (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağıklarının karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 1(2): 32-42.
117. Gümüşsoy S, Keskin G, Çiçek Ö, Yiğitoğlu S, Kirazlı G, Yıldırım GÖ (2021). Psychological problem areas of pregnant women diagnosed with abortus imminens as a result of assisted reproductive techniques: A comparative study. Perspectives in Psychiatric Care 57(1): 73-81.
118. Aydın A, Tedik SE, Taşgın Üst ZD, Gülüzar S (2019). Doğum sonu dönemde annelerin algıladıkları sosyal destek ile benlik saygısı arasındaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 22(2): 87-94.
119. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH (2002). The doula book: How a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth Da Capo Lifelong Books.

120. Şen E, Şirin A (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Medical Journal* 19(3): 159-163.
121. Kaniğ M, Eroğlu K (2019). Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 16(2): 125-133.
122. 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* 45(1): 239-250.
123. Law KH, Jackson B, Guelfi K, Nguyen T, Dimmock JA (2018). Understanding and alleviating maternal postpartum distress: Perspectives from first-time mothers in Australia. *Social Science and Medicine* 204: 59-66.
124. Milgrom J, Hirshler Y, Reece J, Holt C, Gemmill AW (2019). Social support—a protective factor for depressed perinatal women? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(8): 1426.
125. Gale N, Kenyon S, MacArthur C, Jolly K, Hope L (2018). Synthetic social support: Theorizing lay health worker interventions. *Social Science and Medicine* 196: 96-105.
126. Kul A, Akan A (2021). Doğum eylemindeki kadınların sosyal destek algıları, durumluluk-süreklilik kaygı düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 18(2): 805-811.
127. Çalış G, Özsoy S (2021). Kadınların evde doğum deneyimleri: Fenomenoloji çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 37(1): 23-38.
128. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery* 75: 146-151.
129. Çapık A, Apay Ejder S, Bayin T, Çil H, Coşkun Ş, Çakan A, Buzrul S (2019). Vajinal doğum yapan kadınların doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin algılarının belirlenmesi *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(3): 76-80.

130. Tümlü GÜ, Recepoğlu E (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* (3): 205-213.
131. Şahan Aktan B, Önder A (2018). Okul öncesi dönemde psikolojik dayanıklılık. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi* 4(2): 20-30.
132. Kararımak Ö (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal* 3(26): 129-142.
133. Barasa E, Mbau R, Gilson L (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management* 7(6): 491.
134. Gürkan U (2014). Üniversite öğrencilerinin yılmazlık ve iyilik halinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Education Sciences* 9(1): 19-35.
135. Öğülmüş S (2001). Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık. I Ulusal çocuk ve suç sempozyumu: Nedenler ve önleme çalışmaları, Ankara
136. Demirbaş N (2010). Yaşamda anlam ve yılmazlık. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.
137. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina* 55(11): 745.
138. Aydın E (2018). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
139. Masten AS (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* 56(3): 227.
140. Bonanno GA (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science* 14(3): 135-138.
141. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology* 5(1): 25338.

142. Rutter M (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57(3): 316-331.
143. Benard B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Portland: Northwest Regional Educational Laboratory: 32.
144. Winfield LF (1991). Resilience, schooling, and development in African-American youth: A conceptual framework. *Education and Urban Society* 24(1): 5-14.
145. Osório C, Probert T, Jones E, Young AH, Robbins I (2017). Adapting to stress: Understanding the neurobiology of resilience. *Behavioral Medicine* 43(4): 307-322.
146. Wright MOD, Masten AS (2005). Resilience processes in development. *Handbook of resilience in children*. Springer, 17-37.
147. Walsh Dilley M, Wolford W (2015). (Un) Defining resilience: Subjective understandings of 'resilience' from the field. *Resilience* 3(3): 173-182.
148. Dias PC, Cadime I (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicologia Educativa* 23(1): 37-43.
149. Gizir C (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal* 3(28): 113-128.
150. Askay SW, Magyar Russell G (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review of Psychiatry* 21(6): 570-579.
151. Schachman K, Lindsey L (2013). A resilience perspective of postpartum depressive symptomatology in military wives. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 42(2): 157-167.
152. Sarkar M, Fletcher D (2014). Ordinary magic, extraordinary performance: Psychological resilience and thriving in high achievers. *Sport, Exercise, and Performance Psychology* 3(1): 46.
153. Henderson J, Redshaw M (2013). Anxiety in the perinatal period: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 31(5): 465-478.

154. O'Dowd E, O'Connor P, Lydon S, Mongan O, Connolly F, Diskin C, McLoughlin A, Rabbitt L, McVicker L, Reid-McDermott B (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research* 18(1): 1-11.
155. Ma X, Wang Y, Hu H, Tao XG, Zhang Y, Shi H (2019). The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. *Journal of Affective Disorders* 250: 57-64.
156. Ma R, Yang F, Zhang L, Sznajder KK, Zou C, Jia Y, Cui C, Zhang W, Zhang W, Zou N (2021). Resilience mediates the effect of self-efficacy on symptoms of prenatal anxiety among pregnant women: A nationwide smartphone cross-sectional study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(1): 1-9.
157. Gagnon AJ, Stewart DE (2014). Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 17(4): 303-310.
158. Li G, Kong L, Zhou H, Kang X, Fang Y, Li P (2016). Relationship between prenatal maternal stress and sleep quality in Chinese pregnant women: The mediation effect of resilience. *Sleep Medicine* 25: 8-12.
159. Mautner E, Stern C, Deutsch M, Nagele E, Greimel E, Lang U, Cervar-Zivkovic M (2013). The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: An observational cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes* 11(1): 1-6.
160. Witteveen AB, Henrichs J, Walker AL, Bohlmeijer ET, Burger H, Fontein-Kuipers Y, Schellevis FG, Stramrood CA, Olff M, Verhoeven CJ (2020). Effectiveness of a guided ACT-based self-help resilience training for depressive symptoms during pregnancy: Study protocol of a randomized controlled trial embedded in a prospective cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 1-12.
161. Kornelsen J, Hutton E, Munro S (2010). Influences on decision making among primiparous women choosing elective caesarean section in the absence of medical indications: Findings from a qualitative investigation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 32(10): 962-969.

162. Sen E, Dal NA, Dağ H, Senveli S (2015). The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. *Nursing Practice Today* 2(1): 25-33.
163. Beşen Aydın M, Seller A (2022). Kadınların doğum sürecine uyumu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(1): 170-182.
164. Hassani L, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Dadipoor S (2016). The effect of an instructional program based on health belief model in decreasing cesarean rate among primiparous pregnant mothers. *Journal of Education and Health Promotion* 5(1). doi: 10.4103/2277-9531.184558.
165. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A (2017). Prediction of birth type based on the health belief model. *Journal of Family and Reproductive Health* 11(3): 159.
166. Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences* 13(2): 11-20.
167. Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Demir Yıldırım A, Abbasoğlu Ertuğrul D, Külek H, Şimşek Ç, Ünal Küreşir A, Küçükoğlu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 26(1): 31-43.
168. Hall H, Fooladi E, Kloester J, Ulnang A, Sinni S, White C, McLaren M, Yeganeh L (2022). Factors that promote a positive childbearing experience: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Women's Health* 1-8. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13402>.
169. Başgöl Ş, Oskay Ü (2014). Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 17(2): 125-129.
170. Okumus F, Sohbət R (2013). Antenatal care before caesarean section in rural Turkey. *British Journal of Midwifery* 21(1): 32-39.

171. Shamoradifar Z, Asghari-Jafarabadi M, Nourizadeh R, Mehrabi E, Areshtanab HN, Shaigan H (2022). The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: An experimental study. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 97(1): 1-9.
172. Ilska M, Przybyła Basista H (2020). The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. *Psychology, health and medicine* 25(5): 630-638.
173. Ilska M, Przybyła Basista H (2017). Partner support as a mediator of the relationship between prenatal concerns and psychological well-being in pregnant women. *Health Psychology Report* 5(4): 285-295.
174. Fritz J, Walker DM, Cohen S, Angeles G, Lamadrid Figueroa H (2017). Can a simulation-based training program impact the use of evidence based routine practices at birth? Results of a hospital-based cluster randomized trial in Mexico. *PloS One* 12(3): e0172623.
175. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RM (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8): 50-85. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5>.
176. Ibici Akça E, Aksoy Derya Y (2022). Effects of tele-education given based on the health belief model on mode of delivery tendencies in pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*: 1-19. doi.org/10.1080/02646838.2022.2125939.
177. Aydemir Arak N (2020). Doğumda sağlık personelinde alınan desteğin doğum memnuniyetine etkisi. Yüksek lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
178. Özceylan G, Toprak D (2020). Gebe okullarının doğum şekilleri üzerine etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(2): 145-149.
179. Al-Battawi JA, Ibrahim WA (2017). Applying health belief model to predict factors influencing women decision regarding mode of delivery. *Journal of Nursing and Health Sciences* 6(6): 44-56.

180. Kararırmak Ö (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research* 179(3): 350-356.
181. Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12(1): 17-25.
182. Baştürk S, Taştepe M (2013). Evren ve örneklem, bilimsel araştırma yöntemleri. (Ed: Savaş B). Vize yayıncılık, Ankara, Sayfa: 129-159.
183. Büyüköztürk Ş (2018). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. *Pegem Atıf İndeksi* 7(1): 001-214.
184. Kaloğlu Binici D, Köse S (2020). Primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(3): 189-202.
185. Hu H, Zhang J, Zhao W, Tian T, Huang A, Wang L (2017). The occurrence and determinants of anxiety and depression symptoms in women of six counties/districts in China during pregnancy. *Chinese Journal of Preventive Medicine* 51(1): 47-52.
186. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik J, Burger H, Berger M (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: A cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry* 15(1): 1-6.
187. Demirel Bozkurt Ö, Taner A, Doğan S (2022). Gebelerin COVID-19 pandemi sürecinde anksiyete düzeyleri, baş etme durumları ve etkileyen faktörler. *Journal of Nursology* 25(2): 69-76.
188. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders* 277: 5-13.
189. Kinser PA, Jallo N, Amstadter AB, Thacker LR, Jones E, Moyer S, Rider A, Karjane N, Salisbury AL (2021). Depression, anxiety, resilience, and coping: The experience of pregnant and new mothers during the first few months of the COVID-19 pandemic. *Journal of Women's Health* 30(5): 654-664.

190. Farewell CV, Jewell J, Walls J, Leiferman JA (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *Journal of Primary Care and Community Health* 11: 2150132720944074.
191. Yirmiye K, Yakirevich-Amir N, Preis H, Lotan A, Atzil S, Reuveni I (2021). Women's depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: The role of pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(8): 4298.
192. Lubian Lopez DM, Butrón Hinojo CA, Arjona Bernal JE, Fasero Laiz M, Alcolea Santiago J, Guerra Vilches V, Casaus Fernández M, Bueno Moral A, Olvera Perdignes A, Rodriguez Rodriguez B (2021). Resilience and psychological distress in pregnant women during quarantine due to the COVID-19 outbreak in Spain: A multicentre cross-sectional online survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 42(2): 115-122.
193. Gümüşdaş M, Ejder Apay S (2016). Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 3(1): 1-8.
194. Timur S, Hotun şahin N (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 12(1): 29-40.
195. Kara P, Nazik E (2021). Effects of anxiety and social support levels on the prenatal attachment of pregnant women with preeclampsia. *Cukurova Medical Journal* 46(3): 889-896.
196. Gao L-l, Sun K, Chan SW-c (2014). Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery* 30(5): 532-538.
197. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M (2014). The relationship between fear of birth and perceived social support of pregnant women. *Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology* 24(1): 36 - 41.
198. Metin A (2014). Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

199. Aydın E (2021). Riskli olan ve olmayan gebelerde algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması Yüksek lisans tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu.
200. Şen S, Egelioglu Cetişli N, Saruhan A (2012). Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *International Journal of Human Sciences* 9(2): 1-13.
201. Buldum A, Güner Emül T (2021). The fear of childbirth and social support in adolescent pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 34(6): 839-846.
202. Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 1(3): 163-169.
203. Aksoy A, Aksu A, Yılmaz DV, Değirmenci F, Çelebi A (2021). The relationship between prenatal attachment and social support levels of pregnant women in the third trimester and factors affecting this relationship. *Journal of Education and Research in Nursing (Online)* 18(2): 138-144.
204. Azimi M, Fahami F, Mohamadirizi S (2018). The relationship between perceived social support in the first pregnancy and fear of childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 23(3): 235.
205. Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü (2016). Yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 19(1): 25-33.
206. Gaskin IM (2021). Ina may'ın doğum meselesi bir ebenin manifestosu. Çeviren: Aktaş S, Güler H, Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 167-190.
207. Sanders J (2019). Sharing special birth stories. An explorative study of online childbirth narratives. *Women and Birth* 32(6): e560-e566.
208. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice* 2013: 349124.

209. Şahin M (2020). Gebelerde travmatik doğum algısı ve anne bağlanma ilişkisi. Yüksek lisans tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu.
210. Hauck YL, Stoll KH, Hall WA, Downie J (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women and Birth* 29(6): 511-517.
211. Kadioğlu M, Şahin Hotun N (2019). Üniversite öğrencilerinin doğum şekline yönelik görüşleri, tercihleri ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 5(2): 43-69.
212. Ajayi KV, Harvey IS, Panjwani S, Uwak I, Garney W, Page RL (2021). Narrative analysis of childbearing experiences during the COVID-19 pandemic. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing* 46(5): 284. 10.1097/NMC.0000000000000742.
213. Munro S, Kornelsen J, Hutton E (2009). Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: The influence of birth stories. *Journal of Midwifery and Women's Health* 54(5): 373-379.
214. Barut S, Güney E, Uçar T (2022). The relationship between women's birth beliefs and their depression, anxiety, stress, and pregnancy avoidance. *Middle Black Sea Journal of Health Science* 8(2): 100-110.
215. Aslan Ş (2016). Doğum yapmak için hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıkları. Yüksek lisans tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
216. Taşpınar A, Özpınar S, Çoban A, Küçük M (2014). The effects of prenatal care on cesarean section rates in a maternity and children's hospital. *Cumhuriyet Medical Journal* 36(4): 442-450.
217. Yüksel Yakut E (2015). Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri. Yüksek lisans tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
218. Dinç B, Okyay Karataş E (2021). Kadınların doğum inançları ve etkileyen faktörler. *Anatolian Journal of Health Research* 2(2): 57-63.

219. Karabulutlu Ö (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Journal of Nursing 20(3): 210-218.
220. Aksan Desteli G, Gursu T (2016). Vaginal birth or cesarean section: Recommendations of women who delivered via both methods. Journal of Clinical and Analytical Medicine 7(3): 287-290.
221. Loke AY, Davies L, Li S-f (2015). Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The health belief model. BMC Health Services Research 15(1): 1-12.





EKLER