



**PRİMİPAR GEBELERDE DUYGUSAL
DAYANIKLILIK EĞİTİMİNİN
DOĞUM KORKUSUNA VE DEPRESYONA ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Elif ODABAŞI AKTAŞ

Ebelik Ana Bilim Dalı

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hava ÖZKAN**

Doktora Tezi-2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**PRİMİPAR GEBELERDE DUYGUSAL DAYANIKLILIK
EĞİTİMİNİN DOĞUM KORKUSUNA VE DEPRESYONA
ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Elif ODABAŞI AKTAŞ

**Ebelik Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hava ÖZKAN**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Duygusal Dayanıklılık	5
2.1.1. İyi Olma Hali	6
2.1.2. Duygusal Dayanıklılığın Temelinde Olan Özellikler	7
2.1.3. Duygusal Dayanıklılığı Geliştirmenin Yolları.....	10
2.2. Gebelik ve Doğum	12
2.3. Doğum Korkusu.....	14
2.3.1. Doğum Korkusunun Prevelansı	15
2.3.2. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması.....	17
2.3.3. Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler	18
2.3.4. Doğum Korkusunun Olumsuz Etkileri	20
2.3.5. Doğum Korkusuyla Baş Etmeye Yönelik Ebelik Girişimleri.....	21
2.4. Depresyon Kavramı	24
2.4.1. Depresyon Prevelansı	26
2.4.2. Depresyon Belirtileri.....	27
2.4.3. Gebelik ve Depresyon.....	28

2.4.4. Postpartum Depresyon	31
2.4.5. Depresyonla Başetmeye Yönelik Ebelik Girişimleri.....	33
2.5. Gebelikte Doğum Korkusu, Depresyon, Duygusal Dayanıklılık İlişkisi ve Ebelik Yaklaşımları.....	36
3. MATERYAL VE METOT.....	40
3.1. Araştırmanın Türü.....	40
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
3.4. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	43
3.4.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF) (EK-4),.....	43
3.4.2. Wijma Doğum Deneyimi /Beklentisi Ölçeği A (WDBDÖ-A) (EK-5).....	43
3.4.3. Wijma Doğum Deneyimi /Beklentisi Ölçeği B (WDBDÖ-B) (EK-6).....	44
3.4.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-7)	45
3.5. Ebelik Girişimi.....	46
3.5.1. Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin (DDE) Uygulanması.....	46
3.5.2. Eğitim Araç Gereçleri	46
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	49
3.7. Verilerin Toplanması	49
3.7.1. İşlem basamakları	50
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	52
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	54
3.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler, Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	54
3.11. Araştırmanın Finansmanı.....	55
4. BULGULAR.....	56

5. TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
KAYNAKLAR	76
EKLER	108
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	108
Ek-2. Etik Kurul	109
Ek-3. Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)	110
Ek-4. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF).....	111
Ek-5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği-A (WDBDÖ-A)	113
Ek-6. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (WDBDÖ-B)	117
Ek-7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	121
Ek-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	124
Ek-9. Eğitim Kitapçığını Değerlendiren Uzman Listesi.....	126
Ek-10. Eğitim Sertifikası	127
Ek-11. Duygusal Dayanıklılık Eğitim Sunumu	128
Ek-12. Duygusal Dayanıklılık Eğitim Kitapçığı.....	130
Ek-13. Duygusal Dayanıklılık Bilgi Kartları.....	135

TEŞEKKÜR

Akademik yolculuğumun ilk adımı olan Yüksek Lisans eğitimimden itibaren desteğini benden esirgemeyen ve bu zamana kadar hep yoluma ışık olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hava ÖZKAN'a,

Tezimde kıymetli katkılarını esirgemeyen, tez izleme komitemde yer alarak süreç boyunca bilgi ve deneyimleriyle destek olan Sayın Prof. Dr. Serap EJDER APAY ve Sayın Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU'ya,

Tez savunma sınavıma katılarak değerli görüşlerini paylaşan ve bu süreçte katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Rabia GENÇ ve Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye,

Doktora eğitimim boyunca bana manevi destek sağlayan kıymetli hocam Doç. Dr. Zila Özlem KIRBAŞ'a,

Tez çalışmamı TDK-2024-13563 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne,

Hayatımın her anında yanımda olan, başarı hikâyemin gerçek kahramanları sevgili aileme ve beni anne yapan canım oğluma,

Araştırmamın verilerinin toplanmasında destek veren tüm anne adaylarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Elif ODABAŞI AKTAŞ

ÖZET

Primipar Gebelerde Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Depresyona Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Amaç: Bu araştırma primipar gebelerde duygusal dayanıklılık eğitiminin doğum korkusuna ve depresyona etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma, deneysel tipte randomize kontrollü bir çalışmadır. Araştırmanın verileri, Nisan 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında Bayburt Devlet Hastanesi NST ve poliklinik birimlerine başvuran gönüllü ve araştırma kriterlerini karşılayan 67 gebeyle (Müdahale: 33, Kontrol: 34) tamamlanmıştır. Veriler, Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A, Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği B, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, tekrarlı ölçümlerde ANOVA ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Deney ve kontrol grupları arasında Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A birinci izlem puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Gruplara göre Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği B ikinci izlem ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Gruplar arasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği birinci izlem puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunurken ($p=0.001$), ikinci izlem ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Primipar gebelerde duygusal dayanıklılık eğitimi gebelikte ve postpartum dönemde doğum korkusunu ve gebelikte depresyon düzeylerini azaltmada etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, doğum korkusu, duygusal dayanıklılık, ebe, gebe, postpartum

ABSTRACT

The Effect of Emotional Resilience Training on Fear of Childbirth and Depression in Primiparous Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial

Aim: This study was conducted to investigate the effects of emotional resilience training on fear of childbirth and depression in primiparous pregnant women.

Material and Method: This study is an experimental randomized controlled trial. The data of the study were completed with 67 pregnant women (Intervention: 33, Control: 34) who volunteered and met the research criteria and applied to the NST and polyclinic units of Bayburt State Hospital between April 2024 and January 2025. Data were collected using the Pregnant Identifier Form, Wijma Childbirth Expectation/ Experience Scale A, Wijma Childbirth Expectation/ Experience Scale B, and Edinburgh Postpartum Depression Scale. Data were analyzed using chi-square, t-test for independent groups, and ANOVA for repeated measurements.

Results: A significant difference was found between the first follow-up mean scores of the Wijma Birth Expectation/ Experience Scale A between the experimental and control groups ($p=0.001$). A significant difference was found between the second follow-up and post-test mean scores of the Wijma Birth Expectation/ Experience Scale B according to the groups ($p=0.001$). While there was a significant difference between the first follow-up mean scores of the Edinburgh Postpartum Depression Scale between the groups ($p=0.001$), there was no significant difference between the second follow-up and post-test mean scores ($p>0.05$).

Conclusion: Emotional resilience training in primiparous pregnant women was found to be effective in reducing fear of childbirth and depression levels during pregnancy and the postpartum period.

Keywords: Depression, emotional resilience, fear of childbirth, midwife, pregnant, postpartum

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: American Psychological Assosication
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
DDE	: Duygusal Dayanıklılık Eğitimi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
GTBF	: Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
NST	: Non Stress Test
PPD	: Postpartum Depresyon
WDBDÖ-A	: Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A
WDBDÖ-B	: Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği B

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Randomizasyon grupları.....	42
Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı.....	53
Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-A puan ortalamalarının değişimi.....	59
Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-B puan ortalamalarının değişimi.....	63
Şekil 4.3. Deney ve kontrol grubunun EDSDÖ puan ortalamalarının değişimi.....	65



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Eğitim kitapçığı ile ilgili uzman görüşü kapsam geçerlik indeksi.....	47
Tablo 3.2. Eğitim planı.....	48
Tablo 3.3. Eğitim kitapçığında yer alan konular.....	49
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	56
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubunun WDBDÖ-A, WDBDÖ-B ve EDSDÖ kesme noktalarına göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubunun WDBDÖ-A ve WDBDÖ-B ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubunun EDSDÖ grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması	66

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum, her ne kadar insan neslinin sürmesi için doğal bir süreç olsa da, bazı kadınlar için önemli bir stres ve korku kaynağı olabilir (Daş, 2021; Sezen ve Ünsalver, 2018). Kadının eğitim düzeyi, sosyal destek durumu, gebeliğin planlı olup olmaması gibi faktörler, bu sürecin getirdiği zorlukları artırabilir ve kadının stres seviyesini yükseltebilir (Hobel ve ark., 2010). Özellikle son trimesterde, doğumun yaklaşmasıyla birlikte kadınlar yoğun kaygı ve korku yaşayabilirler; bu durum, doğum sırasında karşılaşacakları ağrı, bebeğin sağlığı ve doğum sonrası bebek bakımı gibi endişelerle daha da şiddetlenebilir (O'Connell ve ark., 2017). Primipar kadınlar, doğum sürecinde karşılaşacakları durumları öngöremedikleri için bu korkuyu daha yoğun yaşayabilirler (Gün ve Ege, 2022).

Doğum korkusu, kadının gebelikten kaçınmasına ve hatta isteğe bağlı abortus oranlarının artmasına yol açabilir (Gao ve ark., 2015). Doğum korkusunun kökeninde biyolojik faktörler, geçmişte yaşanmış travmatik doğum deneyimleri, yetersiz sosyal destek sistemleri, düşük ekonomik koşullar ve sağlık çalışanına olan güvensizlik gibi birçok faktör yer alır. Bu korkunun etkileri, sadece doğum sürecini değil, doğum sonrasında da derinden etkileyebilir. Doğum korkusu, doğum sırasında artmış analjezik kullanımına ve isteğe bağlı sezaryen oranlarının yükselmesine yol açabilir (Soltani ve ark., 2017). Ayrıca, bu korkunun, anne-bebek bağlanmasında sorunlara, posttravmatik stres bozukluğuna ve doğum sonrası depresyon gibi ciddi psikolojik sorunlara neden olabileceği de gösterilmiştir (Ryding ve ark., 2015; Storksen ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada depresyon ya da anksiyeteye sahip kadınların doğum korkusu 2.4 kat, ikisine birden sahip kadınların ise doğum korkusu 11 kat daha fazla bulunmuştur (Storksen ve ark., 2012). Yapılan çalışmalar doğum korkusunun özellikle gebeliğin 28. haftasından sonra kaygı ve stresi artırdığını, bu korkunun postnatal dönemde depresyon ve anksiyete

gibi sorunlara yol açabileceğini göstermektedir (Ryding ve ark., 2015; Storksen ve ark., 2012). Doğum korkusunun giderilmesi için gebelerin duygusal dayanıklılığının artırılması ile birlikte stresle başa çıkma düzeyi artacağından hem doğum sürecinde hem de doğum sonrası dönemde yaşanabilecek sorunların azalmasına katkı sağlayabilir (Alves ve ark., 2021).

Duygusal dayanıklılık, bireyin stresle başa çıkma yeteneği, olumsuz olaylardan hızlıca toparlanma kabiliyeti ve yeni durumlara uyum sağlama becerisini ifade eder (Wang ve ark., 2020). Bu özellik, bireyin yaşam doyumunu ve refahını koruma kapasitesini artırır (Bernazzani ve ark., 1997). Ancak, duygusal dayanıklılığı düşük olan kadınlar, gebelik ve doğum sürecinde daha fazla kaygı ve korku yaşarlar. Bu durum, doğum sonrası depresyon gibi ciddi psikolojik sorunlara yol açabilir (Alvarenga ve Frizzo, 2017; Cohen ve ark., 1988).

Gebelik ve doğum sürecinde duygusal dayanıklılığı desteklemek, hem annenin hem de bebeğin sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. Ebeler, kadınların bu süreçte duygusal dayanıklılığını artırarak, doğum korkusunu ve buna bağlı olumsuz sonuçları en aza indirebilirler. Eğitim, psikososyal destek ve stres yönetimi gibi stratejiler, gebelerin doğum korkusunu azaltmada ve sağlıklı bir gebelik deneyimi yaşamalarında kritik öneme sahiptir (Alves ve ark., 2021; Cohen, 1988).

Ülkemizde doğum korkusunun, sezaryene yönelimi artırdığı belirtilse de, normal doğumun teşvik edilmesi hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemli avantajlar sunmaktadır (Arslantaş ve ark., 2020). Bu bağlamda, gebelik sürecinde doğum korkusu, depresyon ile duygusal dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılması, hem annenin hem de bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlığını destekleyen stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir (Alves ve ark., 2021). Ebelik uygulamalarında duygusal dayanıklılığın öneminin vurgulanması ile

gebelerin duygusal dayanıklılığını eğitim, psikososyal destek ve stres yönetimi teknikleriyle nasıl artırabileceğini ele alarak, ebelikte bütüncül bir bakım modeli ortaya çıkacaktır. Dayanıklılığı artırmaya yönelik eğitimler, kadınların doğum sürecine daha hazırlıklı olmalarını sağlar ve normal doğum oranlarının artırılmasına katkıda bulunabilir. Gebelik döneminde verilecek duygusal dayanıklılık eğitimi ile gebelerin yalnızca doğum korkusunu ve kaygıyı azaltmakla kalmayıp, psikolojik iyilik halini desteklemek için de kritik bir öneme sahiptir. (Gökçek ve Yazıcı, 2022; Şahin, 2022).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, primipar gebelerde duygusal dayanıklılık eğitiminin doğum korkusuna ve depresyona etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

AS.1: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte doğum korkusu düzeyini etkileme durumu nedir?

AS.2: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde doğum korkusu düzeyini etkileme durumu nedir?

AS.3: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte depresyon düzeyini etkileme durumu nedir?

AS.4: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde depresyon düzeyini etkileme durumu nedir?

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte doğum korkusu düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H2: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde doğum korkusu düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H3: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte depresyon düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H4: Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde depresyon düzeyi üzerinde etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Duygusal Dayanıklılık

Duygusal dayanıklılık (resilience), bireylerin stresli ve zorlayıcı durumlarla başa çıkabilme kapasitesini ifade eder ve olumlu bir psikolojik yaklaşımın temelini oluşturur. Bu kavram, bireyin duygusal olarak zorlayıcı durumlarla baş etme ve kendini toparlama kapasitesini içerir (Mahdiani ve Ungar, 2021). Dayanıklılık, zorluklar karşısında yılmadan devam etme; kendini toparlama gücü, zorluklardan sonra hızlı bir şekilde normale dönme ve dış tehlikelere karşı direnç ve olumsuz koşullarla başa çıkma yeteneği olarak tanımlanır (Altıntaş ve Özata, 2022).

Duygusal dayanıklılık, bireylerin stresle başa çıkma kapasitelerini güçlendiren bir dizi psikolojik ve sosyal beceriyle desteklenir. Öz saygı, otokontrol, empati, duygusal zeka, duygusal okuryazarlık, iyimserlik, bilişsel yeniden değerlendirme ve sosyal destek gibi unsurlar, bireylerin dayanıklılığını artırarak zorluklar karşısında esneklik göstermelerine yardımcı olur (Ghorbani ve ark., 2023). Bu beceriler, bireylerin zorlayıcı yaşam olaylarını daha iyi yönetmelerini ve travmatik deneyimlerden daha güçlü bir şekilde çıkmalarını sağlar (Altıntaş ve Özata, 2022).

Gebelik gibi biyolojik ve psikolojik değişimlerin yoğun olduğu dönemlerde duygusal dayanıklılık, anne adaylarının strese bağlı korku ve kaygı düzeylerini azaltmada önemli bir role sahiptir (Alves ve ark.,2021). İlk kez anne olacak kadınlar, bu süreçte daha fazla kaygı ve korku yaşayabilir (Gün ve Ege, 2022). Bu nedenle, pozitif duyguların desteklenmesi ve duygusal dayanıklılığın artırılması önemlidir.

Pozitif duygular, bireyin coşku, farkındalık ve iyimserlik gibi olumlu duygusal durumlarını artırarak stresin olumsuz etkilerini azaltır (Fredrickson ve Joiner, 2002). Pozitif duygular, sadece stresle başa çıkmayı kolaylaştırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık, refah ve yaşam süresi üzerinde de olumlu etkiler yaratır. Örneğin, ağrı ve korku

yönetiminde pozitif duyguların etkisi kronik ağrı yaşayan bireylerde önemli bulunmuştur (Pressman ve Cohen, 2005).

Öte yandan, negatif duygular, öfke, üzüntü, korku ve suçluluk gibi olumsuz ruh halleriyle karakterizedir ve genellikle stresli yaşam olaylarıyla tetiklenir (Yüceant, 2023). Gebelikte yaşanan stres, bu duygusal durumların her iki yönünde de etkili olabilir ve hem anne hem de fetus üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, gebelikte pozitif duyguların teşvik edilmesi ve korkunun azaltılması, hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından kritik bir önem taşır (Noroozi ve ark., 2020).

Duygusal dayanıklılık sadece bireysel bir özellik değildir, aynı zamanda çevresel ve biyolojik faktörlerle desteklenen bir süreçtir. Aile, arkadaş ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından alınan sosyal destek, kadınların stresli durumlara karşı dayanıklılıklarını artırabilir (Walker, 2019). Bu nedenle, gebelik döneminde sosyal desteğin önemi büyüktür.

2.1.1. İyi Olma Hali

İyi olma hali (well-being), bireylerin sağlık, mutluluk ve huzur durumunu ifade eden dinamik ve çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1947 yılında sağlık tanımını genişleterek “fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam anlamıyla iyi olma hali” olarak belirlemiştir. Bu tanım, II. Dünya Savaşı sonrası bireylerin yaşadığı travmalar ve yaşam anlamını sorgulama süreçlerinden etkilenmiştir (Göcen, 2013). Psikoloji bilimi, bireylerin mutsuzluklarını ele almanın yanı sıra, iyilik hali ve mutluluğa odaklanarak bu kavramı derinlemesine incelemiştir (Göcen, 2013).

İyi olma hali, öznel, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla ele alınır (Tatlıcıoğlu, 2022). Öznel iyi olma (subjective well-being), bireyin yaşamına dair bilişsel değerlendirmeler ve duygusal tepkileri içeren bir süreçtir (Diener, 1984). Psikolojik iyi olma (psychological well-being) ise bireyin kendini kabul etmesi, özerk olması ve yaşamda anlam bulması

gibi boyutları kapsar (Ryff ve Singer, 2008). Bu boyutların yanı sıra mutluluk (happiness) ve yaşam doyumu (quality of life) gibi kavramlar da iyi olma haliyle ilişkilidir (Scaria ve ark., 2020).

İyi olma haline yönelik iki temel yaklaşım bulunmaktadır: hazcılık (hedonizm) ve psikolojik işlevsellik (eudaimonic). Hazcı yaklaşım, iyi olmayı mutluluk ve doyum olarak tanımlarken, psikolojik işlevsellik bireyin kendini gerçekleştirmesini ve anlamlı hedeflere ulaşmasını esas alır (Deci ve Ryan, 2008). Bradburn (1969) ise psikolojik iyi olmayı, olumlu ve olumsuz duygular arasında bir denge kurma olarak tanımlamış, mutluluğun bu dengenin bir sonucu olduğunu ifade etmiştir.

Pozitif psikoloji yaklaşımı, bireylerin sadece sorunlarına değil, olumlu niteliklerine ve iyilik halini artırmaya odaklanır (Kardaş ve Yalçın, 2019). Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler de bireylerin iyi olma halini etkiler. Bireyin yaşadığı çevre, ekonomik durumu ve kültürel bağlam, bu kavramın önemli bileşenleri arasındadır (Hofler ve Thomas, 2016). İyi olma hali, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının yanı sıra yaşam kaliteleri ve genel mutluluklarıyla ilişkilidir (Scaria ve ark., 2020).

2.1.2. Duygusal Dayanıklılığın Temelinde Olan Özellikler

Dayanıklılık, bireylerin zorluklarla karşılaştıklarında esneklik ve uyum sağlayarak bunları aşabilme kapasiteleridir. Dayanıklı bireylerin çeşitli psikolojik, duygusal ve sosyal beceriler gibi niteliklere sahip olması, bireylerin strese karşı daha dirençli olmalarını sağlar (Kansoy ve Nalbantoğlu, 2023).

Öz Saygı ve Öz Yeterlilik: Öz saygı, bireyin kendine olan değerini nasıl algıladığını belirler ve sağlıklı yaşamın önemli bir göstergesidir (Çetinkaya ve ark., 2023). Baumeister (1993), yüksek öz saygıya sahip bireylerin bazen aşırı yüksek hedefler koyduklarını, ancak sınırlarını fark edip daha ulaşılabilir hedefler belirlediklerinde öz saygılarının kademeli olarak arttığını belirtmiştir. Özellikle sosyal destek almak, öz

saygının gelişimini olumlu yönde etkiler. Yüksek öz saygıya sahip bireyler zihinsel ve sosyal açıdan daha başarılı olma eğilimindedirler (Eker, 2021).

Otokontrol: Bireyin duygularını ve tepkilerini amacına ulaşmak için yönlendirmesi anlamına gelir (Çetinkaya, 2023). Yüksek otokontrollü bireyler sorumluluk sahibi olup, sosyal çevrelerinde güvenilir bulunurlar ve başarıya daha fazla odaklanırlar (Bahar ve Açıl, 2014). Otokontrol, bireylerin uzun vadeli hedeflere ulaşmalarına ve stresle başa çıkmalarına katkıda bulunur.

Empati: Bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygularını anlaması ve bu anlayışı karşı tarafa iletmesidir (Çetinkaya, 2023). Empati, etkili iletişimin temelinde yer alan bir yetenek olarak tanımlar. Empati, bireylerin sosyal ilişkilerde daha başarılı olmalarını ve zor durumları daha kolay yönetmelerini sağlar (Işık, 2024).

İyimserlik: Bireyin gelecekte olumlu sonuçlar bekleme eğilimidir. İyimser bireyler, olumsuz duygularla daha iyi başa çıkabilir ve daha aktif başa çıkma stratejileri kullanırlar (İbrahimoğlu, 2024). İyimserlik, stres ve kaygıyı azaltmada önemli bir koruyucu faktör olarak görülmektedir. Olumlu bir bakış açısı, dayanıklılığı artırır ve bireylerin zor durumları daha iyi yönetmelerine olanak tanır (Çetinkaya, 2023).

Bilişsel yeniden değerlendirme: Olumsuz bir durumu daha olumlu bir bakış açısıyla yeniden yapılandırma becerisidir. Bu stratejinin travmatik olayların daha olumlu bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağladığını ve dayanıklılığı artırdığını belirtmiştir (Young ve Ayers, 2021). Bu beceri, bireylerin duygusal stresle başa çıkma yeteneklerini geliştirir ve olumsuz olayların etkilerini hafifletir (Young ve Ayers, 2021).

Aktif başa çıkma: Bireylerin stres kaynağını değiştirmeye yönelik strateji geliştirmelerini içerir. Holahan ve Moos (1987), aktif başa çıkma stratejilerinin dayanıklılıkla ilişkili olduğunu, pasif başa çıkma stratejilerinin ise psikolojik sıkıntılarla

ilişkili olduğunu belirtmiştir. Aktif başa çıkma, bireylerin sorun çözme becerilerini güçlendirir ve stresin üstesinden gelmelerine yardımcı olur (Holahan ve Moos, 1987).

Sosyal destek: Dayanıklılığın en güçlü bileşenlerinden biridir. Labrague (2021), sosyal desteğin depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Güçlü sosyal destek ağlarına sahip bireyler, stresli olaylarla başa çıkmada daha başarılı olurlar. Aile, arkadaşlar ve topluluk desteği, bireylerin duygusal dayanıklılığını artırır (Labrague, 2021).

Mizah: Stresle başa çıkmada etkili bir strateji olarak kabul edilir. Kennison (2022), mizahın terminal hastalar ve gençler için bir koruyucu faktör olduğunu belirtmiştir. Mizah, bireylerin stresli durumları daha hafif bir şekilde algılamalarına yardımcı olur ve dayanıklılığı artırır (Kennison, 2022).

Fiziksel egzersiz: Hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler. Arida ve Teixeira-Machado (2021), düzenli fiziksel aktivitenin depresyon tedavisinde faydalı olabileceğini göstermiştir. Egzersiz, bireylerin stresle başa çıkma yeteneklerini güçlendirir ve genel ruh halini iyileştirir.

Prososyal davranışlar: Başkalarına yardım etme ve destek olma eylemlerini içerir. Staub ve Vollhardt (2008), zorlayıcı yaşam olaylarıyla başa çıkmada prososyal davranışların yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Travmatik deneyimlerle başa çıkan bireyler, başkalarına yardım ederek bu deneyimlerden iyileşme sürecine katkıda bulunabilirler (Çetinkaya, 2023).

Farkındalık (Mindfulness): Bireyin anda bilinçli bir şekilde var olmasını sağlayan bir beceridir. Johannsen ve ark. (2022), farkındalığın depresyon ve travma sonrası stres bozukluğuna karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Farkındalık pratiği, bireylerin duygusal ve fiziksel stresle daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olur ve dayanıklılığı artırır (Johannsen ve ark., 2022).

Ahlaki pusula: Bireyin yaşamına anlam katan içsel bir inanç sistemini ifade eder. Southwick ve ark. (2014), ahlaki bir pusulaya sahip olmanın dayanıklılığı artırdığını ve bireylerin zor durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Din ve manevi inançlar da bu sürecin bir parçası olabilir (Southwick ve ark., 2014).

2.1.3. Duygusal Dayanıklılığı Geliştirmenin Yolları

Duygusal dayanıklılık, bireyin zorluklarla ve stresli durumlarla başa çıkabilme kapasitesini ifade eder. Bu kapasite, bireyin duygusal, bilişsel ve sosyal becerilerini etkin bir şekilde kullanarak strese karşı direnç geliştirmesini sağlar. Duygusal dayanıklılık, sadece olumsuz olayların üstesinden gelme yeteneği değildir, aynı zamanda bu olaylardan ders çıkararak gelişme ve kişisel güçlenmeyi de içerir (APA, 2004).

Gerçeği kabullenmek: Bireyin yaşadığı durumları nesnel olarak değerlendirme becerisidir. Kişisel istek ve çıkarların geri planda bırakılarak duruma objektif yaklaşılması, bireyin süreci sağlıklı bir şekilde yönetmesini sağlar (Çetinkaya, 2023). Durumu kabul etmeyen birey, kısa vadede kendini iyi hissetse de uzun vadede başarısızlık yaşama riski taşır. Gerçeği kabul etmek, bireyin duygusal dayanıklılık sürecine olumlu katkı yapar çünkü bireyi değişime ve uyuma hazırlar (APA, 2004; Rogers, 2021).

Ders çıkarmak: Bireyin olaylar karşısında eleştirel düşünme ve analiz yapma yeteneğidir. Rogers (2021) bu süreci, olaylardan sonuç çıkarma ve olası riskleri önceden kestirme olarak tanımlar. Yaşanan olaylardan ders çıkarmak, bireyin bilişsel stratejilerini geliştirir ve gelecekteki kararlarını daha bilinçli şekilde almasına yardımcı olur (Çetinkaya, 2023). Bu süreç, bireyin tecrübelerinden faydalanarak daha sağlıklı çözümler üretmesini sağlar ve başarısına katkıda bulunur (APA, 2004).

Anlam Bulmak: Anlamlılık, bireyin yaşamında uyumlu ve anlamlı bir şekilde var olma isteğidir (Çetinkaya, 2023). Frankl (2017), yaşamın anlamını bireyin motivasyon kaynağı olarak tanımlamış ve insanların anlam arayışının duygusal dayanıklılık

üzerindeki etkisini vurgulamıştır. Anlam bulma, zor durumlarla başa çıkarken bireye güçlü bir içsel motivasyon sağlar ve yaşamı daha olumlu bir perspektiften değerlendirmeye yardımcı olur (APA, 2004).

Olumlu Tutum ve Disiplin: Tutum, bireyin yaşadığı olaylara karşı gösterdiği zihinsel ve duygusal yaklaşımdır (Çetinkaya, 2023). Olumlu tutum, bireyin karşılaştığı zorluklara rağmen disiplinli bir şekilde çaba göstermesine ve bu sayede başarılı olmasına katkıda bulunur. Pozitif bir zihniyet, bireyin hem içsel hem de dışsal sorunları daha kolay çözmesini sağlar (APA, 2004; Israelashvili, 2021).

Çözüm üretmek: Sorun çözme becerisi, bireyin duygusal dayanıklılığını artıran kritik bir yetkinliktir. Bireyin karşılaştığı sorunları etkili bir şekilde analiz ederek alternatif çözümler geliştirmesini içerir. Bu süreçte, birey tecrübelerinden faydalanarak karmaşık sorunlara etkili çözümler bulabilir ve stresle başa çıkma becerilerini geliştirir (Çetinkaya, 2023).

Bağlantılar Kurmak: Güçlü sosyal ilişkiler, dayanıklılığın önemli bir bileşenidir. Aile, arkadaşlar ve sosyal çevre desteği, bireylerin zor zamanlarda güç bulmasına yardımcı olur. Yakın çevreyle olan bağlantılar, bireylerin kendilerini yalnız hissetmelerini engeller ve duygusal dayanıklılıklarını artırır. Bağlantı kurmak aynı zamanda bireyin yardım etme ve yardım alma becerilerini geliştirir (APA, 2004).

Krizleri Aşılmaz Görmek: Duygusal dayanıklılığın bir başka yönü de krizlerin üstesinden gelebilme becerisidir. Bireyler, krizlerin çözümsüz olduğunu düşündüklerinde daha fazla strese girerler. Ancak, bu krizlerin aşılabileceğine dair bir inanç geliştirmek, bireylerin daha proaktif çözümler üretmelerine olanak tanır (Urick, 2021).

Değişimi Kabullenmek: Değişim, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır ve dayanıklı bireyler bu durumu kabul ederler. Değişimi kabul etmek, bireyin kontrol edemediği şeyler

üzerinde fazla stres yapmasını engeller ve enerji ve odaklanmasını değiştirebileceği şeylere yönlendirmesine yardımcı olur (Kamboj ve Garg, 2021).

Hedeflere Yönelmek: Küçük adımlar atarak büyük hedeflere ulaşma süreci, duygusal dayanıklılığın gelişimine katkıda bulunur. Gerçekçi hedefler belirleyerek her gün bu hedefler doğrultusunda bir şeyler yapmak, bireyin öz yeterlilik hissini artırır ve motivasyonunu yükseltir (Pahwa ve Khan, 2022).

Kendine İyi Bakmak: Fiziksel ve zihinsel sağlığına özen göstermek, bireyin stresle başa çıkma becerilerini geliştirir. Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve yeterli uyku, bireyin hem bedenini hem de zihnini güçlendirir. Kendine zaman ayırmak ve keyif aldığı aktivitelerle meşgul olmak, duygusal dayanıklılığı artıran etkenlerdendir (APA, 2004).

2.2. Gebelik ve Doğum

Gebelik, menstruasyon tarihinden itibaren yaklaşık 280 gün (40 hafta), fertilizasyondan itibaren ise 267 gün süren, kadın yaşamında fizyolojik ve psikolojik değişimlere yol açan önemli bir süreçtir (Taşkın, 2020). Bu süreçte vücut, fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak ve doğuma hazırlanmak amacıyla metabolik ve anatomik değişiklikler geçirir (Khwepeya ve ark., 2018). Artan progesteron hormonunun etkisiyle mide yanması, gastroözofagial reflü, sık idrara çıkma, yorgunluk, kalitesiz uyku, sırt ağrısı ve büyüyen uterusun neden olduğu dispne gibi rahatsızlıklar yaygındır (Beji ve ark., 2022). Bu fizyolojik değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını koruma ve doğuma hazırlanma amacı taşır (Fenkçi, 2004).

Gebelik dönemi, kadınlar için hem olumlu hem de olumsuz duyguların yaşandığı karmaşık bir dönemdir. Mutluluk ve manevi doyum gibi olumlu duyguların yanı sıra hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlı olarak stres, korku ve anksiyete gibi olumsuz duygular da görülebilir (Ölçer ve Oskay, 2015). Hormonal değişimlerin tetiklediği depresyon ve anksiyete belirtileri, tedavi edilmediğinde hem annenin hem de fetüsün

sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Özellikle gebelikte göz ardı edilen psikolojik belirtiler, doğum sonrası depresyon riskini artırabilir (Zaman ve ark., 2018).

Gebelik sürecinde kadının psikolojik uyumu; eğitim seviyesi, ekonomik durum, gebeliğin isteyerek gerçekleşmiş olması, sosyal destek ve doğum konusunda bilgi edinme düzeyi gibi faktörlerden etkilenir (Öcal, 2019). İlk kez gebe kalan kadınlar için bu süreç, fiziksel ve psikolojik açıdan yeni bir yaşam biçimine uyum gerektirir (Uncu, 2014). Gebeliğin doğal bir kriz durumu olarak algılanması, annenin stresini ve doğum korkusunu artırabilir (Arslan ve ark., 2011). Özellikle daha önce yaşanan olumsuz doğum deneyimleri, kadının doğum şekli tercihini ve doğuma yönelik algısını etkileyebilir (Marshall ve ark., 2016).

Doğum, kadın yaşamında eşsiz bir deneyimdir ve dört evreden oluşan fizyolojik bir süreçtir. Birinci evre serviksin efasman ve dilatasyonu; ikinci evre fetüsün doğum kanalına inişi ve doğumu; üçüncü evre plasentanın doğumu; dördüncü evre ise postpartum erken dönemi içerir (Taşkın, 2020). Doğumun başlamasıyla birlikte progesteron ve prostasiklin hormonlarının etkisi azalır, serviks olgunlaşır ve uterus düzenli kasılmalarla doğum sürecini başlatır (Macintyre ve ark., 2022). Kadınlar doğum şekli tercihini belirlerken çeşitli faktörlerden etkilenir. Doğum korkusu, doktor önerileri, sosyal destek, doğum sonrası iyileşme süreci ve doğumun doğal bir süreç olduğu algısı gibi etmenler, tercihlerde belirleyicidir (Başar ve Sağlam, 2018). Normal doğumun doğal, sağlıklı, hızlı iyileşme sağlayan ve emzirmenin erken başlamasına olanak tanıyan bir süreç olması, tercih edilme oranını artırmaktadır (Aktaş ve Gökgöz, 2015). Buna karşın, tıbbi bir zorunluluk olmadığı halde sezaryen doğumun tercih edilmesi, anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (Başar ve Sağlam, 2018).

Literatürde doğum şekli tercihlerinin bölgesel farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir. Türkiye'de normal doğum oranları %59.6 ile %72.9 arasında değişirken, Asya ve

Avrupa'da bu oran %43 ile %95 arasındadır (Aktaş ve Gökğöz, 2015; Reyes ve Rosenberg, 2019; Ünay ve Taşpınar, 2018). Kadınların doğru bilgilendirilmesi, doğum korkularının azaltılması ve bilinçlendirilmesi, sağlıklı bir doğum tercihi yapmalarını destekler. Bu bağlamda danışmanlık hizmetleri, hem annenin hem de bebeğin sağlığı açısından büyük önem taşır (Tektaş ve ark., 2018).

2.3.Doğum Korkusu

Son yıllarda sıklığı giderek artan doğum korkusu, kadın sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir obstetrik sorundur (Nilsson ve ark., 2018; Vaajala ve ark., 2023a). Her ne kadar standart bir tanımı olmasa da, doğum korkusu genellikle kadınların günlük yaşam fonksiyonlarını ve iyilik hallerini bozan şiddetli bir kaygı durumu olarak tanımlanır (Dencker ve ark., 2019). Şiddetli doğum korkusu “tokofobi” olarak adlandırılmakta ve doğuma karşı yoğun bir kaçınma ve anksiyete hali olarak değerlendirilmektedir (O'Connell ve ark., 2017). Doğum korkusunun bireysel deneyimler, çevresel koşullar ve kişisel beklentilerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Özellikle önceki travmatik doğum deneyimleri, çevredeki olumsuz hikâyeler ve doğum sırasında yalnız kalma korkusu, bu durumu tetikleyebilir (Zeybek Yılmaz ve Turan, 2022). Ayrıca, doğum sürecinde yaşanan belirsizlikler, bebeğin sağlığıyla ilgili endişeler ve destek eksikliği, kadının korkusunu artıran diğer önemli faktörlerdir (Gökçek, 2022).

Doğum korkusunun hem anne hem de bebek üzerinde ciddi sonuçları olabilir. Korku, sezaryen doğumu tercih etme eğilimini artırabilir, doğum sonrası dönemde annenin yenidoğanla bağ kurmasını zorlaştırabilir ve hatta gebelikten kaçınmaya yol açabilir (Bryanton ve ark., 2022). Doğum sırasında yaşanan yüksek stres, uyumsuz davranışlara ve doğum komplikasyonlarına neden olabilmektedir (O'Connell ve ark., 2017). Bu nedenle, doğum korkusunun erken dönemde fark edilmesi ve yönetilmesi önemlidir.

Doğum korkusunun yönetiminde nitelikli ve destekleyici bir bakım büyük rol oynar. Gebelik sürecinin başından itibaren kadınlara sağlanan fiziksel ve duygusal destek, korkunun azalmasına yardımcı olabilir. Aile bireyleri ve sağlık personelinin empatili yaklaşımları, kadının kendisini güvende hissetmesini sağlar ve doğuma yönelik olumlu bir bakış açısı geliştirmesine katkıda bulunur (Çiçek ve Mete, 2015). Sağlık profesyonellerinin doğuma yönelik bilgilendirme ve rehberlik sağlaması, doğum korkusunun etkili bir şekilde yönetilmesine olanak tanır (Çiçek ve Mete, 2015).

2.3.1. Doğum Korkusunun Prevelansı

Doğum korkusu, gebelerin bireysel, sosyal ve kültürel özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca, bu korku, gebelerin doğumdan bekledikleri sonuçlar ve geçmişteki deneyimlerine göre de değişkenlik göstermektedir (O'Connell ve ark., 2017). Doğum korkusunun yaygınlığında 2015 yılından itibaren dikkat çekici bir artış gözlemlenmiş ve bu oran yaklaşık %16 olarak tahmin edilmektedir (Sanjari ve ark., 2022). Erken teşhis ve uygun tedavi anne ruh sağlığının iyileştirilmesi için önemli bir fırsat sunmaktadır. Ancak, doğum korkusunun kapsamlı bir şekilde anlaşılması hala eksiktir (Slade ve ark., 2019). Bu eksiklik, doğum korkusunun değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin belirlenmesinde zorluklar yaratmakta ve yaygınlığın doğru bir şekilde tanımlanmasını karmaşık hale getirmektedir (Chen ve ark., 2024). Dolayısıyla doğum korkusunun hassas bir şekilde değerlendirilmesi, yüksek seviyelerde doğum korkusu yaşayan bireylerin tespit edilmesi ve bu kişilere yönelik müdahale alanlarının belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Richens ve ark., 2018).

Sistematiik incelemeye göre, dünya genelinde kadınlarda yoğun doğum korkusunun yaygınlığı %14 olarak bildirilmiştir. İlk kez doğum yapmış kadınlarda bu oran %16 iken, daha önce doğum yapmış kadınlarda %12 olarak rapor edilmiştir (O'Connell ve ark., 2017). Avustralya'da ise, yoğun doğum korkusunun genel yaygınlığı

%24 olarak belirtilmiş, ilk kez doğum yapmış kadınların %31.5'inin şiddetli korku yaşadığı tespit edilmiştir (Toohill ve ark., 2014). Malavi'de yapılan bir çalışmada, gebe kadınların %41'inin orta düzeyde, %20'sinin ise yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı görülmüştür (Khwepeya ve ark., 2018). İran'daki bir araştırma ise, gebe kadınların %77.2'sinin hafif veya orta düzeyde doğum korkusu yaşadığını, %18.5'inin klinik düzeyde ve %4.3'ünün ise şiddetli doğum korkusu yaşadığını ortaya koymuştur (Alijani ve ark., 2019). Nieminen ve ark. (2009) çalışmasında, yoğun doğum korkusu yaşayanların oranı %15.8 ve çok yoğun korku yaşayanların oranı %5.7 olarak belirtilmiştir. Hiç doğum yapmamış kadınların doğum korkusu düzeylerinin, doğum yapmış kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Doğum korkusunun yaygınlığı ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Örneğin, İskandinavya'da bu oran %12 iken, Kenya'da %58.6'dır (O'Connell ve ark., 2017; Onchonga, 2021). Genel olarak, gebe kadınların yaklaşık %80'inin gebelikleri sırasında bir noktada korku yaşadığı tahmin edilmektedir (Melender, 2002). Kadınların %25'i yüksek düzeyde doğum korkusu yaşarken (Hall ve ark., 2009; Zar ve ark., 2001) %6-13'ü ise şiddetli ve patolojik doğum korkusu ile karşı karşıya kalmaktadır (Hall ve ark., 2009). Lukasse ve ark., (2014)' nın altı Avrupa ülkesini kapsayan çalışmasında, tüm gebe kadınların %11.2'sinin doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, doğum korkusu oranları Belçika'da %6.3, İzlanda'da %8.4, Danimarka'da %9.2, Norveç'te %11.8, İsveç'te %14.8 ve Estonya'da %14.8 olarak rapor edilmiştir (Lukasse ve ark., 2014). Alemu ve ark. (2024) Etiyopya'nın Kuzeybatısında yaptığı araştırmada ise, 560 katılımcının 133'ünün (%23.8) düşük düzeyde, 67'sinin (%12) orta düzeyde, 217'sinin (%38.8) yüksek düzeyde ve 143'ünün (%25.5) şiddetli doğum korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir.

Türkiye’de 2020 yılında yapılan bir araştırma kadınların %82.6’sının doğum korkusu yaşadığını göstermiştir (Serçekuş ve ark., 2020). Türk gebelerde doğum korkusu prevalansı ve ilişkili faktörlere yönelik yapılan çalışmada ise gebelerde doğum korkusu oranı %42.4 olarak tespit edilmiştir (Gökçe İşbir ve ark., 2024).

2.3.2. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması

Doğum korkusu, hafif, orta, şiddetli veya aşırı şiddetli düzeylerde ortaya çıkabilen ve bazı durumlarda klinik bir hastalık olarak tanımlanabilen bir durumdur. Tokofobi, bu korkunun patolojik formu olup gebelik öncesinde, gebelik sürecinde, doğum sırasında veya doğum sonrasında gelişebilir. Tokofobi, başlangıç zamanına göre iki alt kategoriye ayrılır. Bunlar primer tokofobi ve sekonder tokofobidir (Esen ve Uyar Hazar, 2020).

Primer tokofobi, genellikle gebelik tecrübesi olmayan kadınlarda görülür. Adölesan dönemde veya erken yetişkinlikte başlayabilen bu korku, doğumun güvenli bir şekilde gerçekleşeceğine dair inanç eksikliğinden veya kontrol kaybı algısından kaynaklanabilir. Primer tokofobiye sahip kadınlar gebelikten kaçınabilir, gebeliklerini sonlandırmayı düşünebilir veya doğum sırasında elektif sezaryen talep edebilir (Çevik ve Alan, 2019).

Sekonder tokofobi, daha önce doğum yapmış kadınlarda görülür ve genellikle travmatik bir doğum deneyimiyle ilişkilidir. Müdahale gerektiren veya cerrahi şekilde gerçekleşen doğumlar, yoğun ağrı, perineal hasar gibi durumlar bu korkunun temel nedenleridir (Nilsson ve ark., 2018). Ayrıca, travma sonrası stres bozukluğu, abortus, fetüs kaybı gibi olumsuz gebelik sonuçları da sekonder tokofobi gelişiminde önemli rol oynar (Çevik ve Alan, 2019).

Tokofobi, prenatal depresyonun bir belirtisi olarak da ortaya çıkabilir. Şiddetli doğum korkusu yaşayan kadınlarda doğumdan kaçınma eğilimleri, kendisine ya da bebeğine zarar verme korkuları gibi belirtiler görülebilir. Bu durum, doğum sonrası

dönemde postpartum depresyonla ilişkilendirilebilir ve annenin kendisine veya bebeğine zarar verme eğilimleri gibi ciddi sonuçlar doğurabilir (Çevik ve Alan, 2019).

Tokofobi, kadınların fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilen ciddi bir durumdur. Bu korkunun farklı türlerinin, nedenlerinin ve etkilerinin doğru bir şekilde anlaşılması, kadınların gebelik ve doğum süreçlerinde daha sağlıklı bir deneyim yaşamalarına katkı sağlayabilir (Gün ve Ege, 2022).

2.3.3. Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler

Doğum korkusu, anne ve bebek açısından önemli riskler taşıyan, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan karmaşık bir durumdur (Sheen ve Slade, 2018). Bu korku, birçok sosyo-demografik, obstetrik ve psikolojik faktörden etkilenmektedir.

Doğum korkusunu etkileyen faktörler arasında gebelik yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durum, sosyal destek ve kişisel sağlık geçmişi yer almaktadır. Genç yaşta olan kadınlarda doğum korkusunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Üçüncü ve ark., 2010). Bununla birlikte, ileri yaşta gebelik de doğum korkusunu artırabilir (Büyükbayrak ve ark., 2010). Düşük gelir seviyesi ve sosyal destek eksikliği gibi faktörlerin de doğum korkusuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Laursen ve ark., 2008). Eğitim seviyesi açısından ise sonuçlar karmaşıktır; bazen doğum korkusunda düşük eğitim düzeyi risk faktörü olarak görülürken (Khwepeya ve ark., 2018), başka bir çalışmada ise üniversite mezunlarının daha yüksek doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Qiu ve ark., 2020).

Obstetrik faktörler, doğum korkusunun önemli belirleyicilerindendir. İlk doğum (primipar olmak), doğumun bilinmeyen doğası, doğum sırasında beklenen ağrı ve kontrol kaybı korkusu gibi etmenler bu durumu tetikleyebilir (Ternström ve ark., 2015). Multipar kadınlar ise geçmiş olumsuz doğum deneyimlerinden kaynaklanan korkular yaşayabilir (Storksen ve ark., 2012). Ayrıca sezaryen, vakumlu doğum, perine yırtığı gibi müdahaleli doğumlar da doğum korkusunu artıran faktörler arasında yer alır (Vaajala ve ark., 2023b).

Psikolojik faktörler, doğum korkusunun gelişiminde önemli bir rol oynar. Anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı ve sosyal destek eksikliği gibi unsurlar doğum korkusunu artırabilir (Saisto ve ark., 2001). Bununla birlikte, doğum korkusunun tamamen anksiyete ve depresyonla örtüşmeyen bağımsız bir durum olduğu da belirtilmiştir (Chen ve ark., 2024). Zar ve ark. (2002), doğum korkusunun genellikle stres ve anksiyete seviyelerindeki artışla ilişkili olduğunu ancak bu korkunun büyük bir kısmının yaygın anksiyete ile açıklanamayacağını göstermiştir.

Doğum korkusunun nedenleri arasında doğum ağrısı korkusu, müdahaleli doğumlar, duygusal kapasite eksikliği, kişisel sağlık endişeleri ve sağlık çalışanlarından yetersiz destek alma gibi faktörler bulunmaktadır (Sheen ve Slade, 2018). Gebelerin doğum ağrısı hakkındaki düşünceleri ve bu konudaki bilgi eksiklikleri de doğum korkusunu artıran önemli bir unsurdur (Esen ve Uyar Hazar, 2020).

Doğum korkusu farklı ülkelerde ve kültürlerde farklı düzeylerde görülebilmektedir. Örneğin, Çin'in kırsal bölgelerinde kadınların %20'sinin doğum öncesi veya sonrası şiddetli doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir. Yüksek eğitim seviyesi, primipar olmak, düşük aile desteği ve düşük doğum öz yeterliliği gibi faktörler yüksek doğum korkusunun belirleyicileri olarak öne çıkmaktadır (Xu ve ark., 2024). Türkiye'de yapılan araştırmalar ise ekonomik durum, doğum yöntemi ve önceki doğum deneyimlerinin doğum korkusunu etkileyen faktörler olduğunu ortaya koymuştur (Bilge ve ark., 2022; Serçekuş ve ark., 2020).

Doğum korkusu, hem annenin hem de bebeğin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kadınlar bu korku nedeniyle sezaryen talebinde bulunabilir, gebeliği sonlandırmayı düşünebilir veya doğum sonrası dönemde depresyon riski ile karşılaşabilir (Reyhan ve Dağlı, 2024). Bu korkunun azaltılması için sosyal destek mekanizmalarının

artırılması, psikolojik danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve doğum öncesi eğitim programlarının geliştirilmesi önemlidir.

2.3.4. Doğum Korkusunun Olumsuz Etkileri

Doğum korkusu anne ve bebeği için çeşitli komplikasyonlara neden olabilen bir durumdur. Bu komplikasyonlar distosi, fetal sıkıntı ve hipoksi ile postpartum depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi durumları içerir (Kaymaz ve ark., 2015). Ayrıca, doğum korkusu yaşayan gebe kadınların doğumlarının uzaması, obstetrik komplikasyonlar yaşaması ve daha fazla doğum müdahalesine ihtiyaç duyması olasılığı daha yüksektir (Grundström ve ark., 2022).

Doğum korkusu aynı zamanda depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve anne-bebek bağlanma bozuklukları gibi uzun vadeli ruh sağlığı sorunlarıyla da ilişkili olabilir (Grundström ve ark., 2022). Bu nedenle, eşlik eden hastalıklar yaygındır ve doğum korkusu olan kadınların ruhsal sağlık sorunları yaşama olasılığı daha yüksektir (Hildingsson ve Rubertsson, 2022; Lilliecreutz ve ark., 2021; Rondung ve ark., 2018; Wikman ve ark., 2020). Birleşik Krallık'ta Nath ve ark. (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada, doğumdan ciddi şekilde korkan kadınların %27'sinin depresyon yaşadığı ve %24'ünün kaygı yaşadığı bulundu. Araştırmalarda kadınların yaşadıkları doğum korkusu ile ruh sağlıkları arasında ilişki olduğunu göstermiş ve doğum korkusu yaşayan çok sayıda kadının aynı zamanda anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunları da yaşadığı belirtilmiştir (Hildingsson ve Rubertsson, 2022; Lilliecreutz ve ark., 2021; Rondung ve ark., 2018; Wikman ve ark., 2020). Gebe kadınlarda doğum korkusu, günlük yaşamları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir, doğum sürecini uzatabilir, anne-bebek bağının gelişimini geciktirebilir ve doğum sonrası depresyon riskini artırabilir (Coşkuner Potur ve ark., 2017).

Doğum korkusu, sezaryen doğum taleplerinin artması, doğumun uzaması, doğum sonrası kanama, fetal sıkıntı, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, anne-bebek bağının bozulması ve emzirme zorlukları dahil olmak üzere anne ve bebek sağlığı üzerinde ciddi sonuçlara yol açabilir (Zhang ve ark., 2023). Doğum korkusu, kadınların yaşam kalitesini ve doğumdan duydukları memnuniyeti azaltabilir, streslerini, kaygılarını ve travma sonrası stres bozukluğu ve postpartum depresyon semptomları olasılığını artırabilir ve aile ilişkilerini, gelecekteki doğurganlık niyetlerini ve doğum şekli seçimini etkileyebilir (Grundström ve ark., 2022; Taubman-Ben-Ari ve ark., 2021). Ayrıca doğum korkusu olan kadınlarda; daha fazla sayıda ziyaret, ziyaret süresinde ve doğum servisinde kalma süresinde artma, nadiren kendiliğinden normal doğum ve elektif sezaryen oranında artma olduğu bildirilmektedir. Şiddetli doğum korkusu yaşayan grubun, postpartum dönemde daha fazla komplikasyon ve olumsuz doğum deneyimi nedeniyle doğum kliniği ziyaretinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Nieminen ve ark, 2017).

2.3.5. Doğum Korkusuyla Baş Etmeye Yönelik Ebelik Girişimleri

Doğum korkusu, gebelerin yaşadığı önemli bir kaygıdır ve bu korkunun yönetilmesi, çeşitli uygun müdahalelerle sağlanabilir veya tamamen ortadan kaldırılabilir. Bu süreçte öncelikli olarak gebenin doğum korkusunun ne kadar şiddetli olduğu, günlük yaşamını nasıl etkilediği ve korkunun altında yatan nedenler belirlenmelidir (Scollato ve Lampasona, 2013). Korkunun erken teşhisi ve derecesinin belirlenmesi, gebenin potansiyel komplikasyonlardan korunmasını ve daha olumlu bir gebelik süreci yaşamasını sağlayabilir (Saisto ve ark., 2001).

Doğum korkusu, gebe kadınlar arasında sık rastlanan bir problemdir ve bu sorunun erken aşamalarda ele alınması önemlidir (Uçar ve Gölbaşı, 2015). Gebelik döneminden önce kadınların gerekli sağlık takiplerinin yapılması, psikolojik yönden desteklenmesi, gebelik ve doğum süreci ile ilgili kapsamlı bilgilendirmelerin yapılması, doğum

esnasında kadınların tercih ettiği pozisyonları seşmelerinin sağlanması ve kendilerini kontrol edebilmeleri için destek sağlanması, doğum korkusunu azaltarak memnuniyet ve konforu artırmakta ve sũrece uyumlarını kolaylaştırmaktadır (Salomonsson ve ark., 2010). Halvorsen ve ark. (2008)'nın araştırması, doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumu tercih eden kadınların psikososyal eğitim aldıktan sonra %86'sının doğum tercihlerinin vajinal doğum yũnũnde olduğunu gũstermiřtir. Korkunun nedenlerini belirlemek, etkili stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabilir (Sheen ve Slade, 2018). Doğum korkusunun erken dũnemde tespit edilmesi, kadınların bu korkuyla başa ıkmaları için gerekli yardımı almalarını kolaylaştırır (Handelzalts ve ark., 2017). Araştırmalar, doğum ũncesi dũnemde verilen eğitim, bireysel danışmanlık hizmetleri, destekleyici bakım ve psiko-eğitici grup terapisi gibi yũntemlerin doğum korkusu ile başa ıkmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (Atış ve Rathfisch, 2018; Narita ve ark., 2018). En etkili ebelik yaklaşımı olarak danışmanlık ũne ıkmaktadır ve literatũr, destekleyici bakımın doğum korkusunu hafifletme konusunda ũnemli bir etkisi olduğunu gũstermektedir (İşbir ve Serçekuş, 2017; Ȗztũrk, 2014).

Doğum korkusunun en yaygın nedenlerinden biri, doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktır. Bu korkuyu etkili bir şekilde yũnetmenin amacı, gebenin doğum sũreciyle ilgili bilgi eksikliklerini gidermek ve ona olumlu duygular kazandırarak kaygıyla başa ııkma yeteneği kazandırmaktır. Aynı zamanda, gebenin Ȗzdenetimini korumasına yardımcı olmak da bũyũk ũnem taşır. Gebeye, doğum sũrecinin kendi kontrolũnde olduğu ve anne merkezli bir bakımın sunulacağı konusunda gũven verilmelidir (Eriksson ve ark., 2006). Doğuma hazırlık eğitimleri ve hem ruhsal hem de fiziksel egzersizler, doğum korkusunu hafifletmede etkili bir yũntem olarak değerlendirilmektedir (Buran ve ark., 2020).

Doğum korkusunu yönetmek için doğuma hazırlık eğitiminin yanı sıra birçok terapötik yaklaşım da kullanılabilir. Bu yaklaşımlar arasında bilişsel davranış terapisi, haptoterapi, psiko-eğitim ve psikoterapi, müzik terapisi, sanat terapisi, motivasyonel görüşmeler, duygusal özgürleşme teknikleri, çözüme odaklanan yaklaşımlar ve bireysel olarak verilen danışmanlık hizmetleri yer alır. Bu terapötik müdahalelerin amacı, gebelerin doğum korkularının kökenini anlamalarına yardımcı olmak ve bu korkularla etkili bir şekilde başa çıkabilmelerini sağlamaktır (O'Connell ve ark., 2017).

Gebelik sürecinde kadının yaşadığı korku düzeyini belirlemek ve bu korkuyla başa çıkma stratejilerini geliştirmek, olumsuz etkileri azaltmada etkili olabilir (Zeybek Yılmaz ve Turan, 2022). Bu bağlamda, ebeler büyük görevler düşmektedir; özellikle doğum sürecinde yanlarında olan ebeler, anne adaylarının korkularını tespit etme ve onlara bu korkularla başa çıkmaları konusunda destek olma rolü üstlenir. Ebelerin prenatal dönemde sağladığı danışmanlık, gebelerin doğum korkusunun hafifletilmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca ebelerin, doğum korkusunu tanıma ve buna yönelik danışmanlık hizmeti sunma konularında desteklenmeleri ve bu süreçlerin rutin gebelik bakımı içinde yer alması önem arz etmektedir (Esen ve Uyar Hazar, 2020; Gökçek, 2022). Bu bağlamda, ebelerin gebelik döneminden önce, doğum sürecinde ve doğumdan sonra kadınların doğum korkusunu değerlendirmesi ve bu konuda danışmanlık sunması, doğum korkusunun yol açtığı olumsuz etkilerin azaltılmasına önemli ölçüde katkıda bulunacaktır (Gökçek, 2022). Gebelerin psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarına yönelik sağlanan özenli bakım, doğum korkusunu minimize ederek hem doğum sürecinin hem de postpartum döneminin daha sağlıklı geçmesini sağlar. Bu yüzden, gebelik süreci boyunca kadınların düzenli olarak izlenmesi ve desteklenmesi önemlidir (Esen ve Uyar Hazar, 2020).

2.4. Depresyon Kavramı

Depresyon, bireyin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, yaşama isteğinin kaybolduğu, yoğun suçluluk ve değersizlik duyguları yaşadığı, bazen ölüm ve intihar düşüncelerinin ortaya çıktığı bir duygu durumu bozukluğudur (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). Tarihsel olarak ele alındığında, Latince "depressus" kelimesinden türetilen depresyon, aşağıya doğru bastırma, derin bir keder hali ve enerji kaybı anlamında kullanılmıştır (Bernard, 2018). İlk kez antik Yunan hekimlerinden Hipokrat tarafından "melankoli" adıyla tanımlanan bu durum, o dönemde vücuttaki "kara safranın" dengesizliği ile ilişkilendirilmiştir. Orta Çağ'da İbn-i Sina, melankoliyi vücuttaki bazı sıvıların farklı oranlarda birleşmesiyle oluşan bir duygu durumu bozukluğu olarak tanımlamıştır. Emil Kraepelin ise 19. yüzyılda, depresyonu bir duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırmış ve "manik-depresif psikoz" adıyla bir spektrum bozukluğu olarak ele almıştır (Engin ve Ergün, 2014). Psikodinamik yaklaşımlar ise depresyonun, bireyin çocukluk döneminde yaşadığı travmatik olaylar, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve kişilik gelişimi ile ilişkili olduğunu öne sürer. Freud, depresyonu bilinçdışı çatışmaların bir sonucu olarak ele almış ve sevgi nesnesinin kaybının bu duruma yol açabileceğini belirtmiştir (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Günümüzde depresyon, bireyin fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerinde bozulmaya yol açan, hem biyolojik hem de psikolojik temelleri olan karmaşık bir bozukluk olarak ele alınmaktadır (APA, 2013). Depresyon, birincil ve ikincil çökkünlükler olarak iki ana gruba ayrılır. Birincil depresyonlar, bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın gelişen çökkünlüklerdir. İkincil depresyonlar ise bedensel hastalıklar, kronik ağrılar, hipotiroidi ve kanser gibi durumların bir sonucu olarak ortaya çıkar. Postpartum depresyon, doğum sonrası dönemde kadınlarda hormonal değişikliklerin tetiklediği bir depresyon türüdür. Depresyonun psikososyal yönleri de oldukça önemlidir. Stres, yaşam olayları, travma, düşük sosyoekonomik statü, yalnızlık

ve sosyal destek eksikliği gibi faktörler depresyonun gelişiminde rol oynar. Özellikle kadınlarda depresyon daha sık görülür ve bu farkın biyolojik, hormonal ve sosyal nedenlere dayandığı düşünülmektedir (Doswell ve ark., 2018).

Depresyonun başlıca belirtileri arasında yoğun üzüntü ve keder hissi, karamsarlık, geleceğe dair umutsuzluk, düşük enerji seviyesi, sürekli yorgunluk, iştah ve uyku düzeninde bozulmalar, ilgi kaybı, özdeğersizlik, suçluluk duyguları ve kendini sürekli eleştirme yer alır (APA, 2013; Çelik ve Hocaoglu, 2016). Bilişsel yavaşlama, dikkat ve konsantrasyon sorunları ile ölüm ve intihar düşünceleri de sıkça görülür. Depresyonun biyokimyasal temelleri genellikle nörotransmitterlerin dengesizliği ile ilişkilendirilirken, özellikle serotonin düzeyinin düşük olması başlıca nedenlerden biri olarak kabul edilir. Hormonal değişiklikler de depresyonun gelişiminde önemli bir rol oynar (Çelik ve Hocaoglu, 2016).

Depresyon tedavisinde biyolojik ve psikososyal etmenler göz önünde bulundurularak bir tedavi planı oluşturulmalıdır. Psikoterapi, özellikle bilişsel-davranışçı terapi ve psikodinamik terapi, depresyonun tedavisinde etkili olabilir. Bilişsel-davranışçı terapi, bireyin olumsuz düşüncelerini değiştirmeye yönelik bir yöntem sunarken, psikodinamik terapi bilinçdışı çatışmaların çözülmesine yardımcı olur. Farmakoterapi, antidepresan ilaçlar (serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar) ile yapılır ve özellikle orta ve ağır depresyon vakalarında tercih edilir. Şiddetli depresyon ve intihar riski taşıyan vakalarda, ilaç tedavisine yanıt alınamadığında elektrokonvülsif tedavi (ECT) kullanılabilir (Vigod ve ark. 2014).

Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, uyku düzeni ve sosyal destek de depresyon tedavisinde önemli destekleyici unsurlardır. Depresyon bireyin yaşam kalitesini ciddi ölçüde etkileyen, bilişsel, duygusal ve fiziksel işlevlerde bozulmaya yol açan yaygın bir

ruhsal bozukluktur. Hem biyolojik hem psikososyal faktörlerin bir araya gelmesiyle oluşan karmaşık bir bozukluk olarak ele alınması gerekir (Casanueva ve ark., 2000).

2.4.1. Depresyon Prevelansı

Depresyon, dünyada ve Türkiye'de en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biridir ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Beel ve ark., 2023; Yıldız ve ark., 2023). Dünya genelinde depresyonun yaygınlığı %13-20 aralığında iken, Türkiye'de bu oran %10'dur ve genel popülasyonda her beş kişiden birinin yaşamı boyunca en az bir kez depresyon yaşadığını göstermektedir (Fisher ve ark., 2012; Li ve ark., 2020; Ürün, 2012).

Epidemiyolojik veriler kadınların %13'ünün ve erkeklerin %8'inin depresyondan muzdarip olduğunu göstermektedir (Kafes, 2021). Cinsiyet farkı göz önüne alındığında, kadınların depresyon yaşama olasılığı erkeklerden iki kat daha fazladır (McLaughlin ve Hoeksema, 2011; Song ve ark., 2024). Türkiye İstatistik Kurumu'nun araştırmasına göre, son 12 ayda bireylerin yaşadığı önemli sağlık sorunları arasında depresyonun görülme sıklığı toplam nüfusta %6.9 olarak bulunurken, kadınlarda bu oran %9.2, erkeklerde ise %4.5 olarak bulundu (Türkiye Sağlık Araştırması 2022, 2023). Yapılan bir çalışmaya göre, majör depresyonun en yüksek oranlarda boşanmış ve ayrı yaşayan bireylerde görüldüğü tespit edilmiştir (Doğan, 2010). Evlilik, depresyonu cinsiyete göre farklı etkilemektedir. Evlilik erkeklerde depresyon oranlarını azaltırken, kadınlarda bu oranları artırmaktadır (White ve ark., 2024).

Kadınlarda depresyonun erkeklerden daha yaygın olmasının nedenleri arasında biyolojik ve toplumsal etmenler yer almaktadır. Biyolojik faktörler arasında hormonal değişiklikler, genetik yatkınlık ve tiroid hastalıkları bulunurken, toplumsal cinsiyet rolleri, eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, çocukluktan itibaren daha fazla travmaya

maruz kalma gibi psikososyal faktörler de bu durumu etkileyen başlıca nedenler arasında yer alır (Çelik ve Hoccoğlu, 2016; Song ve ark., 2024).

2.4.2. Depresyon Belirtileri

Depresyon, farklı belirtiler ve klinik bulgularla ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur ve çeşitli derecelerde gözlemlenebilir. Bu belirtiler, bireyin genel görünümünden duygu durumuna, bilişsel işlevlerinden fiziksel tepkilerine kadar geniş bir yelpazeye yayılır (Hu ve ark., 2021).

Genel Görünüm ve Davranışlar: Depresyonda olan bireylerde genel bir durgunluk ve ilgisizlik gözlemlenir. Yüz hatları belirginleşir, omuzlar çöker ve kişi genellikle bakımsız bir görünüm sergiler. Hareketlerde yavaşlama, daha az dışa vurum ve sosyal geri çekilme yaygındır. Ancak bazı durumlarda aşırı sıkıntı ve huzursuzlukla birlikte yerinde duramama gibi belirtiler de görülebilir (Hu ve ark., 2021).

Konuşma ve İletişim: Depresif bireylerin konuşmaları genellikle yavaş, ses tonları düşük ve alçaktır. Yanıt vermekte zorlanabilirler ve ağır vakalarda mutizm (konuşamama) durumu ortaya çıkabilir. Hafif ve orta düzeyde depresyon geçiren bireylerde ise iletişim kurmak ve işbirliği sağlamak daha kolaydır (Türkçapar, 2020).

Duygusal Tepkiler: Duygu durumunda genellikle üzüntü, acı ve hüznün ön plandadır. Sık ağlama krizleri ve ağır anksiyete belirtileri görülür. Özellikle sabah saatlerinde bu anksiyete çok yoğun olabilir. Ayrıca bireylerde çevresine karşı ilgisizlik, öfke patlamaları ve nefret duyguları da ortaya çıkabilir. Bu duygusal çöküntü hali, kişinin daha önce keyif aldığı hiçbir etkinlikten artık zevk alamaması (anhedoni) ile kendini gösterir (Çelik ve Hoccoğlu, 2016; Türkçapar, 2020).

Bilişsel İşlevler: Depresyonda bireyin bilinci açık olmasına rağmen, düşünce akışı yavaşlamış olabilir ve karar vermede zorluk yaşanabilir. Unutkanlık sık görülen bir şikâyettir, ancak bu durum gerçekte bilişsel bir bozukluktan ziyade dikkat eksikliği ve

yoğun üzüntüden kaynaklanır. Geçmiş pişmanlıklar ve suçluluk duyguları, bireyin zihninde baskın hale gelir. Umutsuzluk ve çaresizlik düşünceleri, depresyonun tipik düşünce yapısını oluşturur ve ağır vakalarda intihar düşünceleri gelişebilir (Kafes, 2021; Sommers-Flanagan ve Sommers Flanagan, 2015).

Fiziksel ve Fizyolojik Belirtiler: Depresyonun fizyolojik yansımaları arasında iştah kaybı veya aşırı yeme, hızlı kilo kaybı veya artışı, enerji eksikliği, uyku bozuklukları (uyuyamama ya da aşırı uyuma) yer alır. Çoğu depresif bireyde sabah erken saatlerde uyanma ve ağır anksiyete yaşama yaygındır. Fiziksel yorgunluk, cinsel isteksizlik ve sindirim sorunları da sıklıkla görülür. Depresyon, bedensel yakınmalarla da kendini gösterebilir. Kalp çarpıntısı, sindirim sorunları, kas ağrıları ve yorgunluk sıkça bildirilen belirtiler arasındadır. Uyku ve iştah bozuklukları, libido kaybı ve cinsel isteksizlik de fiziksel belirtiler arasında yer alır (Çelik ve Hoccoğlu, 2016; Türkçapar, 2020).

Ruhsal ve Davranışsal Bulgular: Depresif bireyler genellikle sürekli bir üzüntü hali içinde bulunurlar. Omuzların çökmesi, yüz ifadelerinin durgunluğu ve sosyal çevreden uzaklaşma gibi davranışlar yaygındır. Ayrıca kişisel bakıma dikkat etmeme, yerinde duramama, el ovuşturma veya kıyafetlerle uğraşma gibi hareketler gözlemlenebilir. Bu bireylerde ruhsal dalgalanmalar, yoğun suçluluk duyguları ve gelecekle ilgili umutsuzluk hâkimdir (Çelik ve Hoccoğlu, 2016; Türkçapar, 2020).

2.4.3. Gebelik ve Depresyon

Gebelik depresyonu, gebelik sırasında ortaya çıkan ve hem annenin hem de bebeğin sağlığını etkileyen önemli bir ruhsal sağlık sorunudur. Hormonal değişiklikler, biyolojik yatkınlık ve yaşam koşullarından kaynaklanan stres bu durumu tetikleyebilir (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). Araştırmalara göre, dünyada gebe kadınların %10 ila %25'i arasında değişen oranlarda depresyon belirtileri görülmektedir (Li ve ark., 2020; Pampaka ve ark., 2021). Türkiye'deki çalışmalar, bu oranın daha yüksek olabileceğini ve %27 ila

%36 arasında değişebileceğini göstermektedir. Bu durum, özellikle gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterlerinde daha yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır (Dağlar ve Nur, 2014; Dağlar ve ark., 2016; Sansar ve ark. 2022; Yücel ve ark., 2013).

Gebelik depresyonu, gebeliğin her trimesterinde farklı şiddet ve sıklıkta ortaya çıkabilir. Genel olarak birinci ve üçüncü trimesterlerde depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, birinci trimesterde depresif belirtilerin %7.4, ikinci trimesterde %12.8, üçüncü trimesterde %12 oranında olduğu rapor edilmiştir (Akbaş ve ark., 2008; Çalık ve Aktaş, 2011).

Gebelik depresyonunun risk faktörleri çeşitlidir. Daha önce depresyon geçirmiş olmak, ailede depresyon öyküsü, düşük sosyal destek, ekonomik zorluklar, aile içi şiddet, iş kaybı, istenmeyen gebelik gibi faktörler depresyon riskini artırabilir. Ayrıca, gebelik sırasında yaşanan hormonal değişiklikler de kadınların ruh halini önemli ölçüde etkileyebilir. Östrojen ve progesteron seviyelerindeki ani dalgalanmalar, beyin kimyasını ve sinir sistemi işlevlerini etkileyerek depresyona yatkınlığı artırabilir (Stein ve ark., 2014).

Gebelik depresyonu yalnızca annenin psikolojik durumunu etkilemekle kalmaz, aynı zamanda doğrudan fetüsün sağlığını da tehdit edebilir. Depresyondaki kadınların erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve fetüste gelişim geriliği gibi komplikasyonlar yaşama olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, anne adayının gebelikte depresyon yaşaması doğum sonrası depresyon riskini de artırır, bu da bebeğin sağlıklı bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilir (Çalık ve Aktaş, 2011).

Gebelik depresyonu yaşayan kadınlar, yoğun bir kaygı, üzüntü, yorgunluk, enerji kaybı, uyku sorunları, iştah değişiklikleri, kendini değersiz hissetme gibi belirtiler gösterebilirler. Depresyonun belirtileri, gebelik sırasında yaşanan diğer fiziksel ve duygusal değişimlerle karışabileceği için tanı koymak zor olabilir. Örneğin, gebelikte

yaygın olan yorgunluk ve uyku sorunları depresyonun belirtileriyle örtüşebilir, bu da teşhisi karmaşıklarırır (Grote ve ark., 2010).

Gebelik depresyonu tanısı koymada ve risk altındaki kadınları tespit etmede kullanılan önemli tarama araçları arasında Beck Depresyon Ölçeği ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği yer almaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2016). Gebelik depresyonu ile postpartum depresyon arasında güçlü bir ilişki olup, antenatal depresyon yaşayan kadınlar doğum sonrası depresyon açısından daha yüksek risk altındadır (Çalık ve Aktaş, 2011). Ayrıca, gebelik depresyonu geçiren kadınların sigara, alkol ve madde kullanımına daha yatkın olduğu ve bu durumun hem anne hem de fetüs sağlığını tehlikeye sokarak olumsuz doğum sonuçlarına yol açabileceği de belirtilmektedir (Kartal ve Şimşek, 2017).

Tedavi yöntemleri, depresyonun şiddetine ve gebenin durumuna göre değişiklik gösterir. Hafif depresyon vakalarında genellikle psikoterapi veya danışmanlık hizmetleri etkili olabilir. Bilişsel davranışçı terapi ve destekleyici terapiler, kadının düşünce kalıplarını değiştirmeye ve daha sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirmesine yardımcı olabilir. Ancak daha şiddetli vakalarda, ilaç tedavisi düşünülebilir. Antidepresan ilaçların kullanımı gebelikte tartışmalı bir konudur çünkü bazı ilaçların fetüs üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bu nedenle, tedavi planı yapılırken riskler ve yararlar dikkatle değerlendirilmelidir (Pınar, 2022).

Gebelik depresyonunu önlemek veya yönetmek için sosyal destek de büyük önem taşır. Aile üyeleri, partner ve arkadaşlar, gebenin duygusal ihtiyaçlarını karşılamada kritik bir rol oynayabilir. Ayrıca, doğum öncesi bakım hizmetlerine düzenli olarak katılmak ve sağlık profesyonellerinden destek almak, depresyon belirtilerinin erken fark edilmesine ve müdahale edilmesine yardımcı olabilir. Gebelikte depresyon, hem anne hem de fetüs üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabileceğinden, erken tanı ve tedavi gerektiren önemli

bir durumdur. Bu süreçte, depresyonun etkilerinin minimize edilmesi için gerekli müdahalelerin zamanında yapılması büyük önem taşır. Psikososyal destek, tedavi seçeneklerinin doğru belirlenmesi ve gebelik boyunca ruh sağlığı takibinin yapılması, hem annenin hem de bebeğin sağlığını korumada kritik bir rol oynar (Çalık ve Aktaş, 2011).

2.4.4. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası dönemde ortaya çıkan yaygın bir ruh sağlığı bozukluğu olup, yeni annelerin yaklaşık %10-20'sini etkileyen ciddi bir durumdur. Klinik olarak DSM-5'te "peripartum başlangıçlı depresyon" olarak sınıflandırılan PPD, genellikle doğumdan sonraki dört hafta içinde başlar ve 12 ay kadar devam edebilir. Annede biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle ilişkili olarak gelişen PPD, hem anne hem de bebeğin sağlığını derinden etkileyebilen önemli bir psikolojik rahatsızlıktır (APA, 2013; Aktaş ve ark., 2017).

PPD'nin kesin patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, hormonal, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Doğum sonrasında östrojen ve progesteron düzeylerindeki ani düşüşler, beyin kimyasındaki dengesizlikleri tetikleyerek depresyon belirtilerine yol açabilir. Ayrıca, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aksındaki düzensizlikler, serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi nörotransmitterlerin dengesizliği de PPD'nin gelişimine katkı sağlar. Endokrin sistemdeki bu değişikliklerin yanı sıra genetik yatkınlık da PPD riskini artıran önemli bir biyolojik faktördür (Ay ve ark., 2018).

PPD'nin gelişiminde biyolojik, psikososyal ve çevresel birçok risk faktörü mevcuttur. Özellikle depresyon öyküsü olan kadınlarda, bu risk belirgin şekilde artmaktadır. Gebelik sırasında ya da öncesinde depresif semptomlar yaşamış olmak, gelecekte PPD gelişiminin güçlü bir göstergesidir. Diğer risk faktörleri arasında, düşük

sosyoekonomik düzey, plansız gebelik, düşük sosyal destek, aile içi şiddet ve evlilik sorunları yer almaktadır. Ayrıca, doğumun komplikasyonlu geçmesi, sezaryen doğum ve erken doğum gibi olgular da PPD riskini artıran etmenler arasında sayılmaktadır (Doswell ve ark., 2018).

Yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin yetersizliği PPD'nin en belirgin risk faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle eş desteğinin zayıf olduğu ve sosyal izolasyonun yaşandığı durumlarda, annelerin bu depresif duruma daha yatkın olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, planlanmamış gebelikler ve ekonomik sıkıntılar da PPD'ye zemin hazırlayan sosyal etmenler arasında yer alır (Arslantaş ve ark., 2009).

PPD'nin belirtileri genel depresyon belirtilerine benzer olmakla birlikte, annelik rollerine yönelik özgül endişelerle birleşir. Annelerde yoğun bir umutsuzluk hissi, enerji kaybı, ilgi ve istek kaybı, aşırı yorgunluk ve uyku bozuklukları görülebilir. Bunun yanı sıra anneler bebekleriyle bağ kurmakta zorluk çekebilir ve kendilerini yetersiz hissedebilirler. Anksiyete, suçluluk ve kendine zarar verme ya da bebeğe zarar verme düşünceleri de PPD'nin önemli belirtilerindendir. Bu belirtiler sadece annenin ruh sağlığını değil, aynı zamanda bebek ile ilişkisini ve bebeğin gelişimini de olumsuz etkiler (Cherry ve ark., 2016; Schiller ve ark., 2015).

PPD'nin klinik seyri genellikle annenin ve çevresinin erken müdahalesi ile daha iyi yönetilebilse de, tedavi edilmediği takdirde kronikleşebilir ve annenin günlük işlevselliğini ciddi şekilde bozabilir. Bu süreçte, hem bebeğin hem de annenin fiziksel ve duygusal sağlığı tehlike altına girebilir. PPD'ye sahip anneler, bebeklerine karşı daha az duyarlı olabilirler, bu da bebeğin bilişsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilir (Anokye ve ark., 2018; O'Hara ve Wisner, 2014).

PPD tedavisinde farmakolojik ve psikososyal müdahaleler birlikte kullanılabilir. Farmakolojik tedavi, özellikle ağır PPD vakalarında antidepresan ilaçlarla

gerçekleştirilir. Ancak, emziren annelerde ilaç tedavisinin dikkatle yönetilmesi ve ilaçların bebek üzerindeki etkilerinin gözlemlenmesi gereklidir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri, PPD tedavisinde en sık tercih edilen ilaç grubudur ve emziren annelerde görece güvenli kabul edilir (Anokye ve ark., 2018; Burval ve ark., 2020).

Psikoterapi, PPD'nin tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapi, PPD'nin semptomlarını hafifletmede etkili bulunmuştur. Bu yaklaşımlar, annenin olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmeye ve sosyal ilişkilerini güçlendirmeye odaklanır. Psikososyal müdahaleler, depresyonu tetikleyen sosyal ve çevresel faktörlere yönelik çözüm odaklı yaklaşımlar sunarak, annenin yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Ayrıca, sosyal destek grupları, anne-bebek bağını güçlendirme programları ve doğum sonrası bakım hizmetleri de PPD'nin tedavisinde etkili yardımcı stratejiler olarak kullanılabilir (Anokye ve ark., 2018; O'Hara ve Wisner, 2014).

Postpartum depresyon, annelerde biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan ciddi bir depresyon formudur. Erken teşhis edilip uygun tedavi edilmediğinde, hem annenin hem de bebeğin sağlığını uzun vadede olumsuz etkileyebilir. PPD'nin biyolojik temelleri kadar sosyal ve çevresel faktörleri de göz önünde bulundurarak, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gereklidir. Erken tanı, etkili tedavi ve güçlü bir sosyal destek sistemi ile PPD'nin olumsuz sonuçları önemli ölçüde azaltılabilir. Bu nedenle, doğum sonrası izlemde risk altındaki annelerin dikkatle değerlendirilmesi ve tedavi süreçlerine hızla yönlendirilmesi, anne-bebek sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir (Erken, 2016; Eser, 2017).

2.4.5. Depresyonla Başetmeye Yönelik Ebelik Girişimleri

Gebelik ve doğum sonrası depresyon, kadın sağlığı üzerinde ciddi etkiler yaratan ve anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkileyen önemli bir ruhsal sağlık sorunudur. Bu

nedenle, başta ebeler, hemşireler ve hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerine büyük sorumluluk düşmektedir. Erken tanı ve müdahale, hem annenin hem de bebeğin sağlığı için kritik öneme sahiptir. Sağlık profesyonellerinin gebelik ve lohusalık döneminde depresyonu önlemek ve tedavi edebilmek amacıyla doğru bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Rönnqvist ve ark., 2019).

Gebelik depresyonunun ve postpartum depresyonun (PPD) erken dönemde tespit edilmesi için tarama programlarının başlatılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu sayede, depresyon belirtileri erken dönemde tespit edilen gebelerde hızlı müdahale ile hem anne hem de bebek için olası riskler en aza indirilebilir. Ülkemizde, gebelerin ve lohusaların aile hekimleri ve ebeler tarafından ev ziyaretleri ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu ziyaretler, fiziksel değerlendirmelerin yanı sıra, gebelik ve postpartum dönemde yaşanan psikolojik sorunların da erken tespitine olanak sağlar ve antenatal bakımın kalitesini artırır (Çalık ve Aktaş, 2011; Sevindik, 2015).

Doğum sonrası duygudurum bozuklukları, annelik hüznünden daha ciddi depresyonlara ve hatta psikoza kadar değişebilir. Bu nedenle, ebeler kadınlara holistik bir yaklaşım ile bakım sağlamalıdır. Özellikle peripartum dönemde nitelikli bakım verilebilmesi için kadınların ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı ve depresyon riskine karşı dikkatli olunmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerilerine göre annenin ruhsal değerlendirmesi yapılırken depresyon öyküsü, antidepresan kullanımı, ailesel psikiyatrik rahatsızlıklar gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, annenin doğuma yönelik duygu ve düşünceleri, anne olma isteği, aile içi ilişkiler gibi psikolojik rahatsızlıklara yol açabilecek nedenler de incelenmelidir (Çalık ve Aktaş, 2011; WHO, 2018).

Ebeler, postpartum dönemde annenin ruhsal sorunlarını doğru bir şekilde teşhis edebilmeli ve bu belirtileri diğer ruhsal sağlık sorunlarından ayırt edebilmelidir. Bu

süreçte kullanılan tanı ölçekleri, annenin dikkatle gözlemlenmesi ve ailesinin bilgilendirilmesi önem taşır. Ayrıca, annenin bilgi eksiklerinin giderilmesi ve ruhsal destek sağlanması da postpartum depresyonun önlenmesinde etkilidir. Emzirmenin PPD insidansını azalttığı gösterildiğinden, annenin emzirmeye teşvik edilmesi, beslenme düzenine dikkat edilmesi, uyku ve aktivite planlarının yapılması gerekmektedir. Non-farmakolojik yaklaşımlar, örneğin stres yönetimi teknikleri, gevşeme ve nefes egzersizleri, bu dönemde anksiyetenin azaltılmasına yardımcı olabilir (Çalık ve Aktaş, 2011; O'Hara ve ark., 2014).

Doğuma hazırlık sınıfları ve doğum sonrası destek grupları, kadınların gebelik ve postpartum süreçlerine uyum sağlamalarına yardımcı olabilir. Bu sınıflar, kadınların destekleyici ilişkiler geliştirmelerine ve diğer annelerle deneyimlerini paylaşmalarına olanak tanır. Ayrıca, postpartum depresyonun belirtileri ve yaygınlığı hakkında bilgi verilerek kadınlara rehberlik edilebilir (O'Hara ve ark., 2014). Sağlık profesyonelleri olan ebeler, kadınların psikolojik destek ve terapiye ihtiyaç duyduklarında başvurabilecekleri yerleri bilgilendirmeli ve onlara yol göstermelidir (O'Hara ve ark., 2014).

Ebeler, postpartum depresyonun önlenmesinde ve tedavisinde kritik bir rol üstlenmektedir. Özellikle gebelikte ve doğum sonrası dönemde anne ve aile üyeleri ile kurdukları terapötik ilişkiler sayesinde, kadınların ruhsal sağlıklarını yakından takip edebilir ve erken müdahalelerde bulunabilirler. Ebelerin doğum sonrası sağladığı duygusal destek, postpartum depresyon semptomlarını önemli ölçüde azaltarak annelerin kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olmaktadır (Hassan Zahraee ve ark., 2003).

Avustralya'da yapılan bir araştırmada, ebeler tarafından sunulan psikoeğitim programlarının kadınların doğum korkusu ve postpartum psikolojik iyilik halleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışma sonucunda, psikoeğitim alan kadınların bir

sonraki gebeliklerinde sezaryen tercihinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiş ve ebe müdahalesinin kadınların hem kısa hem de uzun vadede normal doğumla ilgili daha olumlu duygular geliştirmelerine yardımcı olduğu tespit edilmiştir (Fenwick ve ark., 2015). Ancak, girişim grubundaki kadınlarda postpartum depresif belirtiler veya ebeveynlik güveni açısından belirgin bir fark bulunmamakla birlikte, doğum süreciyle ilgili olumlu hissetmelerinin, sonraki gebeliklerinde doğumun travmatik olmamasına katkıda bulunacağı öne sürülmüştür (Fenwick ve ark., 2015; Özçetin ve Erkan, 2019).

Ebelerin ev ziyaretleri sıklığı ile annelerin kaygı düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur; bu da ebelerin ev ziyaretlerinin PPD'nin önlenmesinde etkili olabileceğini göstermektedir. Ancak, ebelerin PPD ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olabileceği ve ruhsal sağlık hizmetlerine erişimde güven eksikliği yaşadıkları da belirtilmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, ebelerin PPD’ye yönelik bilgi ve tutumlarının iyi olduğu ancak bu bilgileri uygulamada yeterli olmadıkları görülmüştür (Kurtçu ve Gölbaşı, 2014; Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Tahaoğlu ve ark., 2015). Bu nedenle, ebelerin perinatal dönemde depresyonu tanıma ve yönetme konusundaki bilgi ve becerilerini artırmak için sürekli eğitim almaları gerekmektedir.

2.5. Gebelikte Doğum Korkusu, Depresyon, Duygusal Dayanıklılık İlişkisi ve Ebelik Yaklaşımları

Gebelik, döllenmeden doğuma kadar geçen yaklaşık 40 haftalık bir süreç olup üç döneme ayrılır: ilk trimester (döllenmeden 12. haftaya kadar), ikinci trimester (13. haftadan 28. haftaya kadar) ve üçüncü trimester (29. haftadan doğuma kadar). Her ne kadar gebeliklerin çoğu sağlıklı bir şekilde sonuçlansa da, erken doğum (37. haftadan önce) ve düşük doğum ağırlığı (2500 gramdan az) gibi olumsuz sonuçlar dünya genelinde

önemli bir sorun teşkil etmektedir (Taşkın, 2020). Bu tür sonuçlar, bebek ölümleri, gelişim problemleri ve aileler için yüksek duygusal ve ekonomik maliyetler ile ilişkilidir.

Gebelik döneminde yaşanan korku, kaygı, ruhsal bozukluklar ve sosyal destek eksikliği bu süreçteki kritik faktörlerdir. Perinatal kayıp, doğum korkusu ve ailevi sorunlar gibi gebelikte yaşanan bazı durumlar, gebelik sürecinde artan stres seviyeleriyle birlikte hem anne hem de bebek üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Gökçek, 2022). Stresin fizyolojik etkileri ve duygusal düzenleme mekanizmaları üzerindeki olumsuz etkileri, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Accortt ve ark., 2015).

Gebelik ve postpartum dönem, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar için yüksek risk taşır. Prenatal ve postpartum depresyon (PPD), hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkileyerek, aile işleyişinde zorluklara neden olabilir (Yavuz ve Bilge, 2022). Stres ve korku düzeylerinin yüksek olduğu gebeliklerde, doğum sonuçlarının kötüleştiği ve bebeğin gelişiminin etkilendiği görülmektedir (Accortt ve ark., 2015).

Bu süreçte sosyal destek büyük önem taşır. Duygusal, maddi veya bilgilendirici destek, korkunun olumsuz etkilerini azaltabilir ve gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir (Yılmaz ve Yar, 2021). Ancak, yetersiz sosyal destek veya kötü ilişkiler, stresin etkilerini artırarak olumsuz sonuçlara yol açabilir (Urquia ve ark., 2011). Sağlık davranışları da bu süreçte belirleyicidir. Örneğin, sigara kullanımı gibi sağlıksız davranışlar, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riskini artırırken, düzenli ve orta şiddette egzersiz yapmak daha iyi gebelik sonuçları ile ilişkilidir (Nacar ve ark., 2023).

Kültürel ve manevi değerler de gebelikte korku seviyelerini etkileyebilir. Ailevi değerlerin ön planda olduğu kültürlerde sosyal desteğin daha güçlü olması, düşük doğum korkusu seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (Campos ve ark., 2008). Ayrıca, dini ve manevi

değerlerin, özellikle postpartum depresyonu azaltma ve olumlu duygusal sonuçlara katkıda bulunma noktasında önemli bir rol oynadığı bulunmuştur (Cheadle ve ark., 2015).

Bu süreçte duygusal dayanıklılık önemli bir faktördür. Stres ve zorluklara pozitif bir şekilde uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanan duygusal dayanıklılık, kişisel özellikler, bilişsel süreçler ve başa çıkma mekanizmaları ile dinamik bir şekilde etkileşim içindedir (Booth ve ark., 2020). Yüksek duygusal dayanıklılığa sahip bireyler, öngörülen düzeylerin üzerinde olumlu bir duygusal işlev sergileyebilir. Bu bağlamda, duygusal dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahaleler, hem annenin hem de bebeğin sağlığını destekleyebilir.

Gebelik dönemindeki dayanıklılık, doğum korkusu ve depresyon etkileşimlerin daha iyi anlaşılması, anne ve bebek için olumlu sonuçlar doğuracak destekleyici stratejilerin geliştirilmesine olanak tanıyabilir (Kalisch ve ark., 2015).

Bu bağlamda gebelik sürecinde ebelerin, kadınların psikolojik ve fiziksel sağlığını desteklemek için çeşitli yaklaşımlar sunması önemlidir. Ebelerin sunacağı yaklaşımlar şunları içerebilir:

Bireyselleştirilmiş Psiko-Eğitim: Kadınları doğum süreci hakkında bilgilendirmek, korkularını azaltmaya yardımcı olabilir (Akgün ve Boz, 2019).

Duygusal Destek: Kadınlara güven verici bir ortam sağlamak, duygusal dayanıklılıklarını güçlendirmek için empati ve dinleme becerileriyle destek sağlamak (Gökçek ve Yazıcı, 2022).

Sosyal Destek Güçlendirme: Aile ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek, kadının duygusal iyiliğini artırabilir (Şimşek ve ark., 2018).

Beden Odaklı Teknikler: Nefes egzersizleri ve gevşeme teknikleri ile doğum korkusunu azaltmak (Çiftçi ve ark., 2022).

Kognitif Davranışçı Müdahaleler: Olumsuz düşünceleri sorgulayıp, kadının zihinsel olarak doğuma daha iyi hazırlanmasını sağlamak (Topkara ve Özerdoğan, 2022).

Tamamlayıcı Terapiler: Aromaterapi ve masaj gibi yöntemlerle rahatlama sağlamak (Topçu ve Dişsiz, 2018).

Doğum Sonrası İzleme: Doğum sonrası depresyon ve stresle başa çıkabilmek için destek sağlamak (Gökçek ve Yazıcı, 2022).

Kültürel Duyarlılık: Kadının kültürel ve dini inançlarına saygı göstererek hizmet sunmak (Gökçek ve Yazıcı, 2022).

Manevi Destek: Manevi ihtiyaçları gözeterek kadınları desteklemek (Gökçek ve Yazıcı, 2022).

Ebe-İletişim Becerileri: Etkili iletişim kurarak, kadının duygusal durumuna duyarlı olmak (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; WHO, 2018).

Bu yaklaşımlar, kadınların doğum sürecine ve doğum sonrasına daha sağlıklı bir şekilde yaklaşmalarını ve olumsuz sonuçları en aza indirmelerini sağlayabilir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, deneysel tipte randomize kontrollü bir çalışmadır. Araştırmanın tüm aşamaları, Boutron ve ark. (2017) hazırladığı Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) Özet Raporlama Kılavuzu temel alınarak detaylandırılarak yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Nisan 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında Bayburt Devlet Hastanesi NST ve poliklinik birimine başvuran gebeler ile yapılmıştır. Bayburt Devlet Hastanesi şehirde hizmet veren tek hastanedir ve bu hastane her sosyo-ekonomik statüdeki kadına hizmet vermektedir. Bayburt Devlet Hastanesi 250 yataklı bir hastanedir ve 4 adet doğum odası bulunmaktadır. Hastanede hizmet veren 4 adet kadın doğum polikliniği ve 1 adet NST odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Nisan 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında Bayburt Devlet Hastanesi NST ve poliklinik birimlerine başvuran primipar gebeler oluşturmuştur. Araştırma, 2 farklı grup (deney/müdahale ve kontrol) ile yürütülmüştür Örneklem için ilgili hastanenin NST ve poliklinik birimlerine başvuran 250 gebe ile görüşülmüştür. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uymayan 105, araştırmaya katılmayı red eden 35 gebe araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 110 gebe araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırma veri kayıpları sonrası toplam 67 gebe (Deney grubu:33 Kontrol grubu:34) ile tamamlanmıştır. Ayrıca veri toplama aşamasının tamamlanmasından sonra araştırmanın gücünü belirlemek amacıyla post-hoc güç analizi G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak "Bağımsız Gruplarda t Testi" esas alınarak hesaplandı. Araştırma verileri kullanılarak gerçekleştirilen hesaplama sonucunda araştırmanın etki büyüklüğü $d=2.307$ olarak

hesaplandı. Depresyona ilişkin birinci izlem testi puan ortalamaları (Deney= 7.67 ± 2.87 , kontrol= 13.12 ± 1.74) esas alınarak yapılan analizde %5 hata payı ($p = 0.05$) ile araştırmanın gücünün ($1 - \beta$) 0.99 olduğu belirlenmiştir ve örneklemin evreni temsil etme gücünün iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- 32-34. gebelik haftasında olması,
- Türkçe bilmesi,
- En az ilkokul mezunu olması,
- Tek ve sağlıklı fetüse sahip olması,
- WBDÖ-A puanı 38 ve üzeri olması,
- EDSÖ puanı 12/13 ve üzeri olması,

Araştırma Dışında Bırakılma Kriterleri

- Herhangi bir riskli gebelik öyküsü olan gebeler (Preeklamsi, plasenta previa, gestasyonel diyabetüs mellitüs, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos vb.),
- Kronik ve/veya psikiyatrik sağlık sorunu olan gebeler (özbildirim ve klinik tanı durumuna dayalı)

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Eğitim programının oturumlarından en az birine devam etmeyenler,
- Riskli yenidoğan olması,
- Ölü doğum yapmış olması,
- Sezaryen ile doğum yapmış olması,

Randomizasyon

Randomizasyon, kanıta dayalı çalışmaların kalitesini artırmak için kritik bir rol oynar. Bu yöntem, sonuçları etkileyebilecek seçim yanlılığını en aza indirmeyi amaçlar. Araştırma kriterlerine uygun olan katılımcılar, rastgele ve tamamen bağımsız bir şekilde gruplara atanır. Bu basit yöntem, çalışmanın güvenilirliğini artırır (Wang ve Rosenberger, 2020).

Araştırmanın randomizasyonu Random.org sitesi kullanılarak yapılmıştır. İlgili sitenin Numbers alt başlığında Random Integer Generator yöntemi kullanılmış ve örneklem seçim kriterlerine uygun olan gebeler adına 1-100 arasında tek grulu sütunlar oluşturulmuştur. Sütunlarda 1 ve 2 numaraları göz önüne alınarak ve araştırmanın başında kura çekilerek hangi numaranın deney veya kontrol grubunda olduğu belirlenmiştir. Kura sonucunda sütunda 1 rakamına denk gelen gebe deney, 2 rakamına denk gelen gebe ise kontrol grubuna rastgele bir şekilde atanmıştır. Çalışma sırasında gebe herhangi bir nedenle çalışmadan ayrıldığında araştırma kriterlerine uyan ilk gebe randomizasyon listesinde yer alan diğer gruba atanmıştır. Randomize seçim süreci Şekil 3.1’de gösterilmiştir.

RANDOM.ORG Uses Cookies
We use cookies to remember your preferences and to analyze our traffic. We do not carry ads and will never sell your data to third parties.
☒ Necessary ☐ Preferences ☐ Statistics
Please see our [Cookie Policy](#) or visit our [Privacy Dashboard](#) for more information.
Allow Selected Allow All

Random Integer Generator

Here are your random numbers:

2	1	1	2	2	1	1	2	1	2
2	2	2	2	1	1	2	1	2	2
2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
1	2	1	1	1	1	2	1	1	2
2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
2	2	2	2	1	1	1	1	2	2
1	1	2	2	1	1	2	1	2	1
2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
1	2	2	1	2	1	1	2	1	2
2	1	1	1	1	1	2	1	1	2

Timestamp: 2023-09-15 06:37:08 UTC

Again! Go Back

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

Şekil 3.1. Randomizasyon grupları

3.4. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Verilerin toplanmasında Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4), Wijma Doğum Deneyimi /Beklentisi Ölçeği A (WDBDÖ-A) (EK-5), Wijma Doğum Deneyimi /Beklentisi Ölçeği B (WDBDÖ-B) (EK-6), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-7) kullanılmıştır.

3.4.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF) (EK-4),

Bu form araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmış ve geliştirilmiştir (Bilge ve ark., 2022; Buran ve Çankaya, 2023). Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (EK-4).

3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (WDBDÖ-A) (EK-5)

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (WDBDÖ-A), kadınların doğum korkusunu değerlendirmek amacıyla Wijma ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiş 33 maddelik bir ölçektir. Altılı Likert tipi derecelendirme sistemi kullanılan ölçek, 0'dan 5'e kadar puanlanmaktadır; burada 0 "tamamen", 5 ise "hiç" anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 165'tir. Puan yükseldikçe doğum korkusunun şiddeti de artmaktadır. Ölçekte yer alan 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 ve 31. maddeler ters yönde puanlanarak hesaplanmaktadır. Körükçü ve ark. (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88 olarak hesaplanmıştır.

WDBDÖ-A sonuçları dört alt grup halinde değerlendirilmektedir:

- Düşük düzeyde doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-A puanı ≤ 37)
- Orta düzeyde doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-A puanı 38-65)
- Şiddetli doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-A puanı 66-84)

- Klinik düzeyde doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-A puanı ≥ 85) (Körükçü, 2009).

Bu çalışmada WDBDÖ-A, gebelik döneminde yaşanan doğum korkusunu ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

3.4.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (WDBDÖ-B) (EK-6)

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (WDBDÖ-B), kadınların doğum sonrası yaşadığı korkuyu değerlendirmek amacıyla Wijma ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Toplam 32 maddeden oluşan ölçek, altılı Likert tipi derecelendirme sistemine sahiptir ve yanıtlar 0 (tamamen) ile 5 (hiç) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 160'tır. Puan arttıkça doğum korkusunun şiddeti de artmaktadır.

Ölçekte yer alan 2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26 ve 30. maddeler ters yönde puanlanarak hesaplanmaktadır. Körükçü ve ark. (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, altı alt boyuttan oluşmaktadır:

- Kasılmalara ilişkin kaygılar (1, 2, 6, 11, 15, 16, 18, 23. maddeler)
- Olumlu davranışlarda yetersizlik (24, 25, 26, 30. maddeler)
- Yalnızlık hissi (3, 7, 10, 14, 19, 21, 22. maddeler)
- Olumlu duygularda yetersizlik (4, 5, 8, 9, 12, 13, 17, 20. maddeler)
- Doğuma ilişkin kaygılar (27, 28, 29. maddeler)
- Bebeğe ilişkin kaygılar (31, 32. maddeler)

Körükçü ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır. Wijma ve ark. (1998) ise Cronbach alfa değerlerini nullipar kadınlarda 0.89, multipar kadınlarda 0.99 ve toplam örnekleme 0.93 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

WDBDÖ-B sonuçları dört kategori halinde değerlendirilmiştir:

- Düşük düzeyde doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-B puanı ≤ 37)
- Orta düzeyde doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-B puanı 38-65)
- Şiddetli doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-B puanı 66-84)
- Klinik düzeyde doğum korkusu yaşayanlar (WDBDÖ-B puanı ≥ 85) (Körükçü ve ark., 2016)

Bu çalışmada WDBDÖ-B, doğum sonrası dönemde kadınların yaşadığı doğum korkusunu değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.4.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-7)

Cox ve ark., (1987) tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. EDSDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır (Cox ve ark., (1987). EDSDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Engindeniz ve ark., 1997). EDSDÖ'nün kesme noktası 12/13 olarak hesaplanmış olup, toplam ölçek puanı 12/13 ve üzeri kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlik analizinde Cronbach alfa değeri 0.79 olarak belirtilmiştir (Engindeniz ve ark., 1997). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde, primer bakım merkezlerinde gebelik ve doğum sonu süreçlerde EDSDÖ rutin tarama aracı olarak kullanılmaktadır (Perfetti ve ark., 2004). İngiltere' de, evde bakım hemşireleri EDSDÖ ile tarama yapmaktadır (Peindl ve ark., 2004). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberinde 6.

İzlemde annenin psikolojik durumu EDSDÖ ile taranarak gerekli durumlarda sevk edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

3.5. Ebelik Girişimi

Ebelik girişimi, gebelik döneminde gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminden oluşmaktadır.

3.5.1. Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin (DDE) Uygulanması

Araştırmada müdahale grubundaki gebelere eğitim programına ilişkin bilgi verilmiştir. Sonrasında 1 haftada toplam 2 oturumdan oluşan ve her oturumu yaklaşık 60-90 dakika olan DDE programı uygulanmıştır (EK-11). DDE programı; üçüncü trimesterde 2 oturumluk duygusal dayanıklılık eğitimini, eğitimin tamamlanmasından sonra izlem ve danışmanlığı kapsamaktadır. Eğitim planı Tablo 3.2' de gösterilmiştir.

Ayrıca araştırma süreci boyunca bilgi kartları (EK-13) ile gebelikte 36. haftada ve postpartum dönem 5. Haftada günde bir kez olmak üzere 2 kere mobil uygulama aracılığı ile DDE hatırlatma yapılmıştır.

3.5.2. Eğitim Araç Gereçleri

Eğitim, çeşitli yöntemler (anlatım, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon) ve materyaller kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kullanılan materyaller arasında duygusal dayanıklılık kitapçığı, bilgi kartları ve oturumlara özel hazırlanan sunumlar bulunmaktadır.

Eğitim kitapçığı, kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla 10 uzman akademisyene gönderilmiş ve Lawshe (1975) tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Bu yöntemle, Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. KGO, alt başlıkların kitapçıkta bulunma gerekliliğini değerlendiren bir ölçüttür ve -1 (mutlak red) ile +1 (mutlak kabul) arasında değişir. Tüm katılımcıların bir maddeyi "Gerekli" olarak değerlendirmesi durumunda, hata payı dikkate alınarak bu

değer 0.99 kabul edilmiştir. KGİ ise, KGO değerlerinin ortalaması alınarak hesaplanır ve eğitim materyalinin işlevselliği ile uyumunu ifade eder.

Analiz sonucunda, kitapçığının KGO ve KGİ değerleri +0.8 bulunmuştur. Kapsam ölçütü geçerliliğine göre 10 uzmanın değerlendirdiği KGİ değeri 0.62'den büyük ya da eşit olması durumunda kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir (Lawshe, 1975). Bu da kitapçığının hem geçerli hem de güvenilir olduğunu göstermektedir. Eğitim kitapçığı ile ilgili uzman görüşü Tablo 3.1'de verilmiştir. Gebelere verilen eğitimin içeriği Tablo 3.2 ve eğitim kitapçığında yer alan konular Tablo 3.3'de verilmiştir. Eğitim kitapçığı ve eğitim sunumu tezin ekler bölümünde sunulmuştur (EK-11, EK-12).

Tablo 3.1. Eğitim kitapçığı ile ilgili uzman görüşü kapsam geçerlik indeksi

DDE Kitapçığına Yönelik Bölümler	Gerekli	Gerekli ancak yetersiz	Gereksiz	Toplam Uzman Sayısı	KGO
Duygusal Dayanıklılık Nedir?	9	1	-	10	0.80
Duygusal Dayanıklılığı Artıran Faktörler Nelerdir?	9	1	-	10	0.80
Stres Yönetimi	9	1	-	10	0.80
Duygusal Dayanıklılık Gebelikte Doğum Korkusu ve Depresyonu Nasıl Etkiler?	9	1	-	10	0.80
Duygusal Dayanıklılık Bilinci	9	1	-	10	0.80
KGİ					+0.80

Tablo 3.2. Eğitim planı

Zaman	Süre	Öğrenim Hedefleri	Teknik	Eğitim Materyali
1.gün	I. Oturum (60-90 Dakika)	Tanışma ve beklentilerin alınması Amaç ve hedeflerin açıklanması • Duygusal Dayanıklılık (ARA 20 dakika)	• Anlatma • Soru- cevap • Tartışma	✓ Sunum ✓ Eğitim Kitapçığı
		• Duygusal Dayanıklılığı Artıracak Faktörler • Doğum korkusu ve Depresyonda Stres Yönetimi ve Duygusal Dayanıklılık (ARA 20 dakika)	• Anlatma • Soru- cevap • Tartışma	✓ Sunum ✓ Eğitim Kitapçığı
2.gün	II. Oturum (60-90 Dakika)	• Doğum korkusu ve Depresyonda Stres Yönetimi ve Duygusal Dayanıklılık (ARA 20 dakika)	• Anlatma • Soru- cevap • Tartışma	✓ Sunum ✓ Eğitim Kitapçığı
		• Öz Farkındalık ve Duygusal Dayanıklılık • Özetleme ve geri bildirim • Eğitimi değerlendirme	• Anlatma • Soru- cevap • Tartışma	✓ Sunum ✓ Eğitim Kitapçığı

Tablo 3.3. Eğitim kitapçığında yer alan konular

- Duygusal Dayanıklılık Nedir?
- Duygusal Dayanıklılığı Artıran Faktörler Nelerdir?
- Stres Yönetimi
- Duygusal Dayanıklılık Gebelikte Doğum Korkusu ve Depresyonu Nasıl Etkiler?
- Duygusal Dayanıklılık Bilinci

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Gebelerin doğum korkusu ve depresyon puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Duygusal dayanıklılık eğitim uygulaması bağımsız değişkendir.

Kontrol değişkenleri: Grupların tanıtıcı özellikleri araştırmanın kontrol değişkenleridir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri dâhil edilme kriterlerini sağlayan primipar gebelerden hastanede yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Gebelikte ve postpartum dönemde kadınlara duygusal dayanıklılık konusunda cep telefonu uygulaması olan Whatsapp uygulamasından bilgi kartları ile hatırlatmalar yapılmıştır. Araştırmada tüm eğitim, gözlem ve veri toplama işlemleri araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Uygulama öncesinde Helsinki bildirgesi doğrultusunda gebelere araştırmanın amacı hakkında açıklama yapılacak, gönüllü olmaları durumunda “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam

Formu” aracılığı ile yazılı izinleri alınmıştır (EK-8). Gruplara uygulanan işlem basamakları aşağıda açıklanmıştır.

3.7.1. İşlem basamakları

Veri Toplama Aşaması: Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun özellikler taşıdığı belirlenen primipar gebelere (32-34 gestasyonel hafta) çalışmanın amacı açıklanıp çalışmaya gönüllü olan katılımcılardan yazılı onam alınmıştı ve gebe tanıtıcı bilgi formu, WDBDÖ-A’dan 38 puan ve üstü alanlar ile EDSDÖ’ den 12/13 ve üzeri puan alan primipar gebeler çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen gebelerle bir sonraki görüşme için planlama yapılmıştır. Bir sonraki görüşme gününe kadar belirlenen katılımcılar randomize olarak iki gruba (grup 1: deney/müdahale grubu, grup 2: kontrol grubu) ayrıldılar. Doğum sonu dönemdeki izlemlerde WDBDÖ-B ve EDSDÖ ile veriler toplanmıştır. CONSORT akış diagramı (Boutron ve ark, 2017) Şekil 3.2’ de sunulmuştur.

Deney grubu:

Veri Toplama Birinci Aşama / Ön Test: Araştırma gruplarının belirlenmesinden sonra müdahale grubuna yani WDBDÖ-A’dan 38 puan ve üstü alanlar ile EDSDÖ’ den 12/13 puan ve üstünü alan primipar gebelere 32-34. gestasyonel haftada ön test olarak; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu ile WDBDÖ-A, EDSDÖ yüz yüze uygulanarak ilk veri toplama süreci başlatılmıştır.

Veri Toplama İkinci Aşama /Eğitim Aşaması: Ön test verileri toplandıktan sonra müdahale grubunu oluşturan primipar gebelere (34.-35. gestasyonel haftalar arasında) duygusal dayanıklılığı arttırmaya yönelik eğitim programı grup olarak, haftanın 2 günü (1 haftada toplam 2 oturumdan oluşan) ve her oturumu yaklaşık 60-90 dk. süren eğitimler verilmiştir. Eğitim hastanenin eğitim salonunda gerçekleştirilmiştir. Gebelere araştırmacı tarafından hazırlanan “Duygusal Dayanıklılık Eğitim Kitapçığı” verilmiştir (EK-12). Böylelikle doğum gerçekleşmeden önce tüm eğitim oturumları tamamlanmıştır.

Veri Toplama Üçüncü Aşama /1. İzlem: Eğitimlerin tamamlanmasından sonra müdahale grubuna takip görüşmesi telefon ile yapılmıştır. Doğumdan önce 37-38. gestasyonel haftalar arasında WDBDÖ-A, EDSDÖ Google forms üzerinden 2. defa uygulanarak 1. izlem tamamlanmıştır.

Veri Toplama Dördüncü Aşama /2. İzlem: Eğitimlerin tamamlanmasından sonra müdahale grubuna takip görüşmesi telefon ile yapılmıştır. Doğumdan sonra Sağlık Bakanlığının önerdiği postpartum 3. haftada WDBDÖ-B, EDSDÖ Google forms üzerinden 3. defa uygulanarak ikinci izlem tamamlanmıştır.

Veri Toplama Beşinci Aşama /Son test: Eğitimlerin tamamlanmasından sonra müdahale grubuna takip görüşmesi telefon ile yapılmıştır. Doğumdan sonra Sağlık Bakanlığının önerdiği postpartum 6. haftada WDBDÖ-B, EDSDÖ Google forms üzerinden 4. defa uygulanarak üçüncü izlem tamamlanarak son testler yapılmıştır.

Kontrol grubu:

Veri Toplama Birinci Aşama /Ön Test: Kontrol grubundaki WDBDÖ-A' dan 38 puan ve üstü alanlar ile EDSDÖ' den 12/13 ve üzeri puan alan primipar gebelere 32-34. gestasyonel haftada ön test olarak; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu ile WDBDÖ-A, EDSDÖ yüz yüze uygulanarak ilk veri toplama süreci başlatılmıştır.

Veri Toplama İkinci Aşama: Kontrol grubundaki katılımcılar araştırmacı tarafından herhangi bir eğitime tabi tutulmamıştır. Kontrol grubundaki gebeler rutin klinik bakımı almıştır.

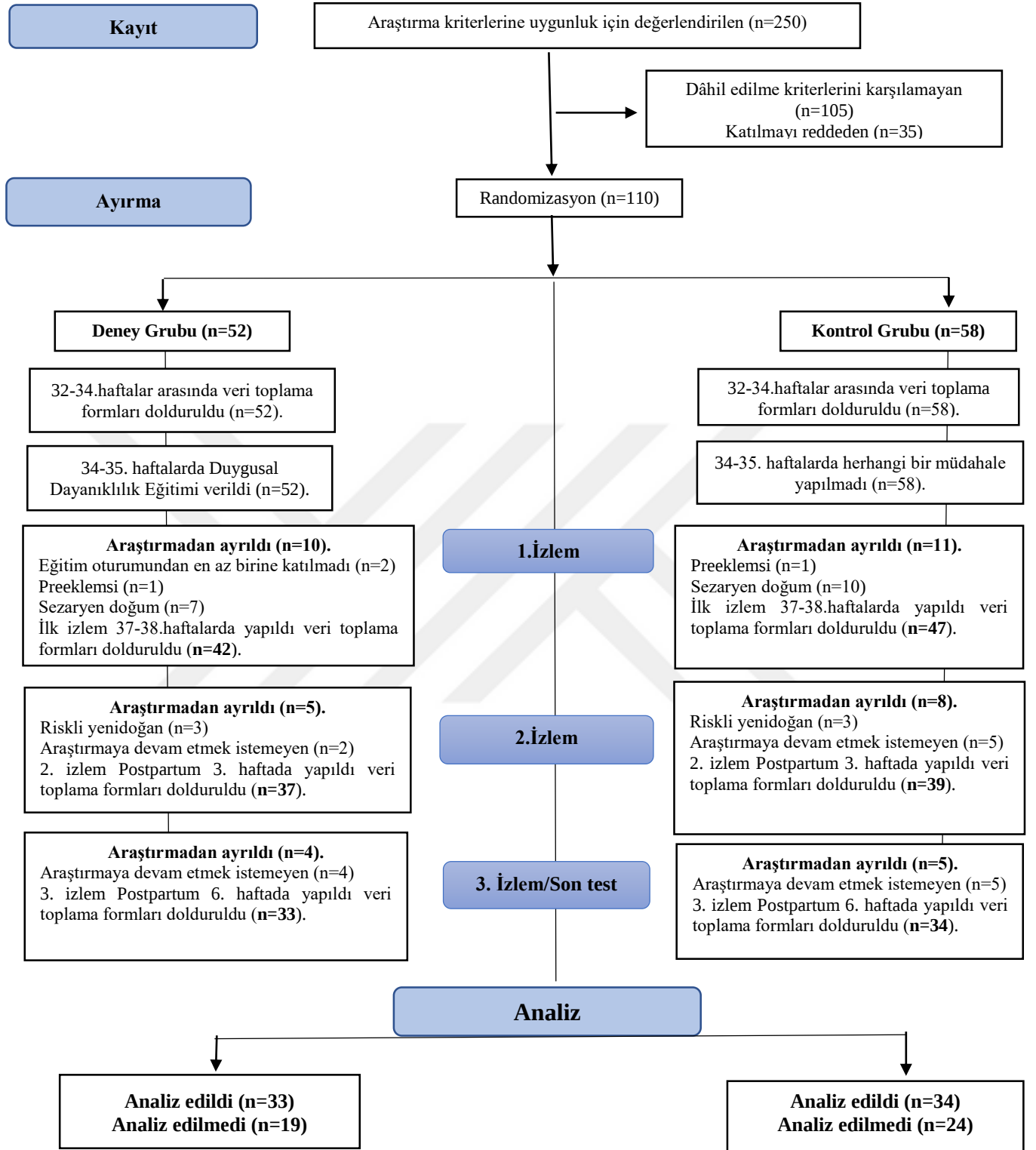
Veri Toplama Üçüncü Aşama /1. İzlem: Doğumdan önce 37-38. gestasyonel haftalar arasında takip görüşmesi telefon ile yapılmıştır ve WDBDÖ-A, EDSDÖ Google forms üzerinden 2. defa uygulanarak 1. izlem tamamlanmıştır.

Veri Toplama Dördüncü Aşama /2. İzlem: Doğumdan sonra Sağlık Bakanlığının önerdiği postpartum 3. haftada takip görüşmesi telefon ile yapılmıştır ve WDBDÖ-B, EDSDÖ Google forms üzerinden 3. defa uygulanarak ikinci izlem tamamlanmıştır.

Veri Toplama Beşinci Aşama /Son Test: Doğumdan sonra Sağlık Bakanlığının önerdiği postpartum 6. haftada takip görüşmesi telefon ile yapılmıştır ve WDBDÖ-B, EDSDÖ Google forms üzerinden 4. defa uygulanarak üçüncü izlem tamamlanarak son testler uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences 26.0 for Windows (SPSS, Chicago, Il, USA) paket programı ile sayı, yüzde, ortalama, Ki-kare, ANOVA ve Repeated Measures analizleri kullanılmıştır. Grupların puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ve sürekli değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Ölçümlerin güvenilirliğinin belirlenmesinde Cronbach Alpha değerleri kullanılmıştır. Skewness ve Kurtosis (+3,-3) değerleri kullanılarak normallik dağılımı belirlenmiştir (Mayers, 2013, s.53). Ölçümlerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri 0.05 kabul edilmiştir.



Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan 26.10.2023 tarihinde 2023/853 sayılı etik kurul izni alınmıştır (EK-2). Ayrıca Bayburt İl Sağlık Müdürlüğünden E-97634879-799-240709546 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-3). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınmıştır. Araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya destek vermek isteyen gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmada kişisel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu’na bağlı kalınmıştır.

Veri toplamaya başlamadan önce, araştırmada şeffaflığı sağlamak amacıyla çalışmamız clinicaltrials.gov’a kaydedilmiştir. Clinicaltrials.gov Identifier: NCT06377891.

3.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler, Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya dâhil edilen gebelerden köyde yaşayanların duygusal dayanıklılık eğitimine geliş-gidiş sırasında oluşan maliyet nedeniyle eğitim oturumlarından en az birine katılamadıkları için çalışma dışı bırakıldılar. Araştırma sırasında bazı gebeler ise 1.izlemiden sonra çalışmayı bırakmışlardır.

Araştırma, Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Bayburt Devlet Hastanesi’ne başvuran gebelerle sınırlıdır. Araştırma sonuçları araştırmaya katılmış olan gebelere genellenebilir.

3.11. Araştırmanın Finansmanı

Bu araştırma, TDK-2024-13563 BAP proje kodu ile T.C. Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.



4. BULGULAR

Deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunuldu. Deney grubundaki gebelerin %72.7’sinin lisans mezunu olduğu, %81.8’inin ilde yaşadığı, hepsinin çekirdek aileye sahip olduğu, %75.8’inin gelirinin giderine denk olduğu, %69.7’sinin eşinin lisans mezunu olduğu, %66.7’sinin çocuk sahibi olma kararını eşi ile birlikte planlayarak verdiği, %60.6’sının gebelik sürecinde eşi veya yakınlarından sosyal destek aldığı, %87.9’unun gebelik takiplerinin yapıldığı, %87.9’unun doğumdan korktuğu saptandı. Deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 27.97 ± 3.79 olduğu, eşlerinin yaş ortalamasının ise 31.55 ± 3.48 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1)

Kontrol grubundaki gebelerin %73.5’inin lisans mezunu olduğu, %85.3’ünün ilde yaşadığı, %88.2’sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %58.8’inin gelirinin giderine denk olduğu, %64.7’sinin eşinin lisans mezunu olduğu, %61.8’inin çocuk sahibi olma kararını eşi ile birlikte planlayarak verdiği, %64.7’sinin gebelik sürecinde eşi veya yakınlarından sosyal destek aldığı, %88.2’sinin gebelik takiplerinin yapıldığı, %82.4’ünün doğumdan korktuğu saptandı. Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının 31.55 ± 3.48 olduğu, eşlerinin yaş ortalamasının ise 36.85 ± 5.54 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Deney ve kontrol grubunun “eşin yaşı” değişkeni hariç ($p < 0.05$, Tablo 4.1), diğer değişkenler bakımından benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

		Gruplar				
Değişkenler		Deney Grubu (s=33)		Kontrol grubu (s=34)		Test ve p değeri
		s	%	s	%	
Eğitim durumu	Ortaokul	4	12.1	2	5.9	x ² =1.017 p=0.664 ^a
	Lise	5	15.2	7	20.6	
	Lisans	24	72.7	25	73.5	
Yerleşim yeri	Köy	3	9.1	5	14.7	x ² =3.175 p=0.181 ^a
	İlçe	3	9.1	0	0	
	İl	27	81.8	29	85.3	

Tablo 4.1. (Devamı)

		Gruplar				
Değişkenler		Deney Grubu (s=33)		Kontrol grubu (s=34)		Test ve p değeri
		s	%	s	%	
Aile tipi	Çekirdek	33	100	30	88.2	p=0.114 ^b
	Geniş	0	0	4	11.8	
Ekonomik durum	Gelir giderden az	7	21.2	6	17.6	x ² =6.077 p=0.055 ^a
	Gelir gidere denk	25	75.8	20	58.8	
	Gelir giderden fazla	1	3.0	8	23.5	
Eşin eğitim durumu	Ortaokul	5	15.2	2	5.9	x ² =2.849 p=0.262 ^a
	Lise	5	15.2	10	29.4	
	Lisans	23	69.7	22	64.7	
Çocuk sahibi olmaya eş ile planlayarak karar verme durumu	Evet	22	66.7	21	61.8	x ² =0.175 p=0.676 ^c
	Hayır	11	33.3	13	38.2	
Gebelikte eş veya yakınından sosyal destek alma durumu	Evet	20	60.6	22	64.7	x ² =0.120 p=0.729 ^c
	Hayır	13	39.4	12	35.3	
Gebelik takiplerinin yapılma durumu	Evet	29	87.9	30	88.2	p=0.999 ^b
	Hayır	4	12.1	4	11.8	
Doğumdan korkma durumu	Evet	29	87.9	28	82.4	p=0.734 ^b
	Hayır	4	12.1	6	17.6	
Sürekli değişkenler		Deney Grubu (s=33)		Kontrol grubu (s=34)		Test ve p değeri
		Ort.±SS		Ort.±SS		
Yaş		27.97±3.79		28.91±3.48		t=-1.061 p=0.292
Eşin yaşı		31.55±3.48		36.85±5.54		t=-4.764 p=0.001

a= Fisher Freeman Holton Exact Test; b= Fisher Exact Test; c=Pearson ki Kare Testi; t: Bağımsız Gruplarda t Testi

Araştırmaya dâhil edilen gebelerin WBDÖ-A, WBDÖ-B ve EDSDÖ kesme noktalarına göre karşılaştırılması Tablo 4.2’de verilmiştir. Buna göre WBDÖ-A (ön test) puanlarına göre deney grubunun %64’nün ve kontrol grubunun %54’ünün klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. WBDÖ-A (1.izlem) puanlarına göre deney grubunun %12’ sinin ve kontrol grubunun %42’sinin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Grupların WBDÖ-A (1.izlem) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001, Tablo 4.2).

WBDÖ-B (2.izlem) puanlarına göre deney grubunun %55’i ve kontrol grubunun ise %100’ü klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. WBDÖ-B (son test)

puanlarına göre deney grubunun %16'sı ve kontrol grubunun %65'i klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Grupların WBDÖ-B (2. izlem ve son test) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$, Tablo 4.2).

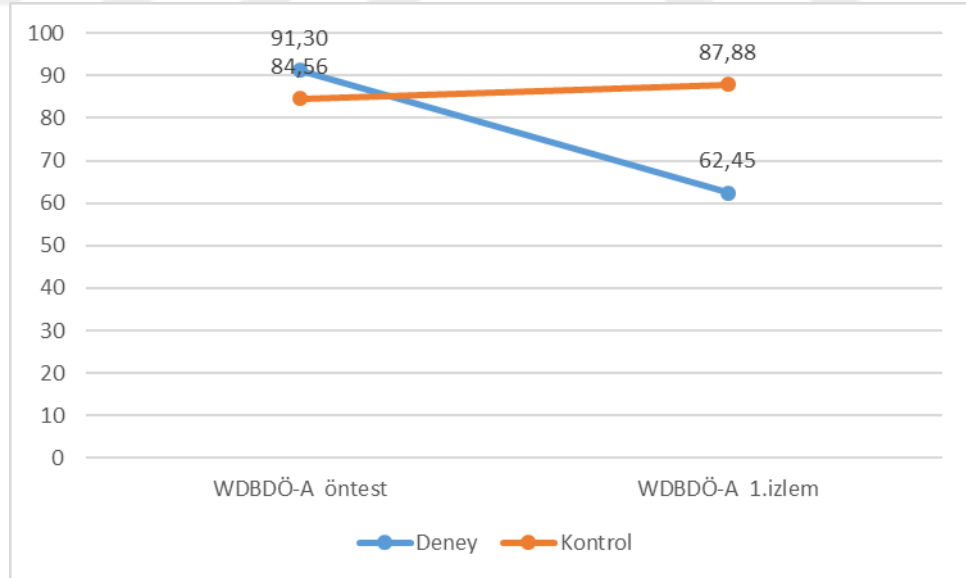
Araştırmaya dâhil edilen gebelerin EDSDÖ (1.izlem) puanlarına göre deney grubunun %10'u ve kontrol grubunun %90'ını depresyon risk grubunda olduğu tespit edilmiştir. Grupların EDSDÖ (1.izlem) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$). EDSDÖ (2.izlem) puanlarına göre deney grubunun %10'u ve kontrol grubunun %24'ü depresyon risk grubunda olduğu belirlenmiştir. EDSDÖ (son test) puanlarına göre deney grubunun %28'i ve kontrol grubunun %45'i depresyon risk grubunda olduğu saptanmıştır. Grupların EDSDÖ (2. izlem ve son test) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.111$, $p=0.094$, Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-A, WBDÖ-B ve EDSDÖ kesme noktalarına göre karşılaştırılması

Ölçekler		Gruplar		Test ve p değeri
		Deney Grubu (s=33)	Kontrol grubu (s=34)	
		s(%)	s(%)	
WBDÖ-A (Ön test)	≤37 (düşük)	-	-	$X^2=0.93$ $p=0.62$
	38-65 (orta)	3(9)	3(8)	
	66-84 (ağır)	9(27)	13(38)	
	≥85 (klinik)	21(64)	18(54)	
WBDÖ-A (1.izlem)	≤37 (düşük)	4(12)	-	$X^2=26.15$ $p=0.001$
	38-65 (orta)	14(42)	-	
	66-84 (ağır)	11(34)	20(58)	
	≥85 (klinik)	4(12)	14(42)	
WBDÖ-B (2.izlem)	≤37 (düşük)	-	-	$X^2=19.91$ $p=0.001$
	38-65 (orta)	3(9)	-	
	66-84 (ağır)	12(36)	-	
	≥85 (klinik)	18(55)	34(100)	
WBDÖ-B (Son test)	≤37 (düşük)	-	-	$X^2=18.26$ $p=0.001$
	38-65 (orta)	3(9)	-	
	66-84 (ağır)	25(75)	12(35)	
	≥85 (klinik)	5(16)	22(65)	
EDSDÖ (Ön test)	<12/13	-	-	-
	>12/13 (risk grubu)	33(100)	34(100)	
EDSDÖ (1.izlem)	<12/13	30(90)	3(10)	$X^2=45.14$ $p=0.001$
	>12/13 (risk grubu)	3(10)	31(90)	
EDSDÖ (2.izlem)	<12/13	30(90)	26(76)	$X^2=2.54$ $p=0.111$
	>12/13 (risk grubu)	3(10)	8(24)	
EDSDÖ (Son test)	<12/13	24(72)	19(55)	$X^2=2.80$ $p=0.094$
	>12/13 (risk grubu)	9(28)	15(45)	

Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-A ve WBDÖ-B'ye ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunuldu. Deney grubunun WBDÖ-A puan ortalamasının ön testte 91.30 ± 18.80 olduğu ve birinci izlem testinde istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde azalarak 62.45 ± 15.02 olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3). Kontrol grubunun WBDÖ-A puan ortalamasının ön testte 84.56 ± 13.34 olduğu ve birinci izlem testinde 87.88 ± 15.51 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun WBDÖ-A'nun ön test ve birinci izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.376$).

Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-A'nun ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.097$, Tablo 4.3). Kontrol grubunun deney grubuna göre WBDÖ-A'nun birinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.001$, Tablo 4.3). WBDÖ-A'nın ön test ve birinci izlem puan ortalamalarının değişimi Şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-A puan ortalamalarının değişimi

Deney grubunun WBDÖ-B'nin "Kasılmaya İlişkin Kaygılar" boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 23.73 ± 3.91 , son test puan ortalamasının 22.76 ± 3.09

olduğu ve deney grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.255$). Kontrol grubunun “Kasılmaya İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 26.94 ± 2.84 , son test puan ortalamasının 27.09 ± 2.96 olduğu ve kontrol grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3).

Kontrol grubunun deney grubuna göre “Kasılmaya İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Kasılmaya İlişkin Kaygılar” boyutunun son test puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.001$, Tablo 4.3).

Deney grubunun WBDÖ-B’nin “Olumlu Davranışlarda Yetersizlik” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 10.55 ± 2.14 , son test puan ortalamasının 10.45 ± 2.40 olduğu ve deney grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.828$). Kontrol grubunun “Olumlu Davranışlarda Yetersizlik” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 12.32 ± 2.38 , son test puan ortalamasının 12.41 ± 2.82 olduğu ve kontrol grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0.872$, Tablo 4.3).

Kontrol grubunun deney grubuna göre “Olumlu Davranışlarda Yetersizlik” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi ($p=0.002$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Olumlu Davranışlarda Yetersizlik” boyutunun son test puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.003$, Tablo 4.3).

Deney grubunun WBDÖ-B’nin “Yalnızlık” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 14.94 ± 3.64 , son test puan ortalamasının 15.48 ± 5.56 olduğu ve deney grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.610$). Kontrol grubunun “Yalnızlık” boyutunun ikinci izlem

testi puan ortalamasının 20.00 ± 3.98 , son test puan ortalamasının 20.06 ± 4.15 olduğu ve kontrol grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0.954$, Tablo 4.3).

Kontrol grubunun deney grubuna göre “Yalnızlık” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Yalnızlık” boyutunun son test puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3).

Deney grubunun WDBDÖ-B’nin “Olumlu Duygulara Yetersizlik” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 22.42 ± 5.17 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 14.94 ± 4.82 olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunun “Olumlu Duygulara Yetersizlik” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 26.41 ± 2.60 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 22.44 ± 6.18 olduğu görülmüştür ($p=0.001$, Tablo 4.3).

Kontrol grubunun deney grubuna göre “Olumlu Duygulara Yetersizlik” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Olumlu Duygulara Yetersizlik” boyutunun son test puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3).

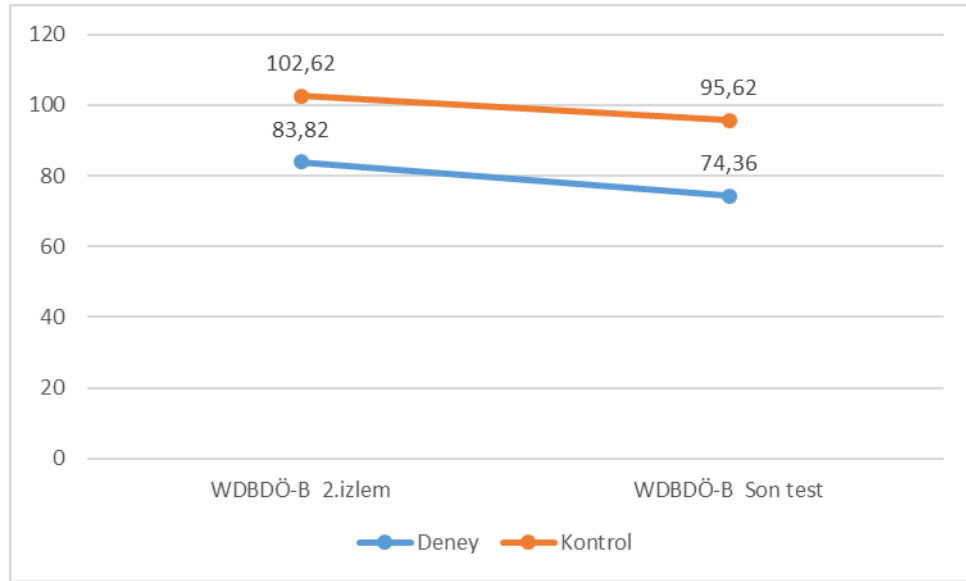
Deney grubunun WDBDÖ-B’nin “Doğuma İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 8.21 ± 2.65 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 6.42 ± 2.68 olduğu tespit edilmiştir ($p=0.008$, $d=0.494$). Kontrol grubunun “Doğuma İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 9.41 ± 1.50 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 8.32 ± 2.56 olduğu görülmüştür ($p=0.021$, Tablo 4.3).

Kontrol grubunun deney grubuna göre “Doğuma İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi ($p=0.026$). Kontrol grubunun deney grubuna göre “Doğuma İlişkin Kaygılar” boyutunun son test puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.004$, Tablo 4.3).

Deney grubunun WBDÖ-B’nin “Bebeğe İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 3.97 ± 1.88 , son test puan ortalamasının 4.30 ± 2.77 olduğu ve deney grubunun ikinci ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.584$, Tablo 4.3). Kontrol grubunun “Bebeğe İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının 7.53 ± 1.16 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 5.29 ± 2.62 olduğu görülmüştür ($p=0.001$, Tablo 4.3).

Kontrol grubunun deney grubuna göre “Bebeğe İlişkin Kaygılar” boyutunun ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Deney ve kontrol grubunun “Bebeğe İlişkin Kaygılar” boyutu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.137$, Tablo 4.3).

Deney grubunun WBDÖ-B ikinci izlem testi puan ortalamasının 83.82 ± 10.51 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 74.36 ± 10.33 olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunun WBDÖ-B ikinci izlem testi puan ortalamasının 102.62 ± 8.90 , son testte anlamlı bir şekilde azalarak puan ortalamasının 95.62 ± 17.92 olduğu görülmüştür ($p=0.024$, Tablo 4.3). WBDÖ-B’nin ikinci ve son test puan ortalamalarının değişimi Şekil 4.2’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-B puan ortalamalarının değişimi

Kontrol grubunun deney grubuna göre WBDÖ-B ikinci izlem testi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunun deney grubuna göre WBDÖ-B son test puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubunun WBDÖ-A ve WBDÖ-B ilişkin grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik ^x
		Deney Grubu (s=33)	Kontrol grubu (s=34)	
		Ort.±SS	Ort.±SS	
WBDÖ-A	Ön test	91.30±18.80	84.56±13.34	t=1.689 p=0.097
	1. İzlem	62.45±15.02	87.88±15.51	t=-6.814 p=0.001
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik^y		t=9.593 p=0.001	t=-0.897 p=0.376	
Kasılmaya İlişkin Kaygılar (WBDÖ-B Alt Boyut)	2. İzlem	23.73±3.91	26.94±2.84	t=-3.860 p=0.001
	Son test	22.76±3.09	27.09±2.96	t=-5.858 p=0.001
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik^y		t=1.159 p=0.255	t=-0.261 p=0.796	
Olumlu Davranışlarda Yetersizlik (WBDÖ-B Alt Boyut)	2. İzlem	10.55±2.14	12.32±2.38	t=-3.212 p=0.002
	Son test	10.45±2.40	12.41±2.82	t=-3.056 p=0.003
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik^y		t=0.219 p=0.828	t=-0.163 p=0.872	

Tablo 4.3. (Devamı)

		Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik ^x
		Deney Grubu (s=33)	Kontrol Grubu (s=34)	
		Ort.±SS	Ort.±SS	
Yalnızlık (WDBDÖ-B Alt Boyut)	2. İzlem	14.94±3.64	20.00±3.98	t=-5.423 p=0.001
	Son test	15.48±5.56	20.06±4.15	t=-3.825 p=0.001
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^y		t=-0.516 p=0.610	t=-0.058 p=0.954	
Olumlu Duygulara Yetersizlik (WDBDÖ- B Alt Boyut)	2. İzlem	22.42±5.17	26.41±2.60	t=-4.006 p=0.001
	Son test	14.94±4.82	22.44±6.18	t=-5.526 p=0.001
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^y		t=6.436 p=0.001	t=4.091 p=0.001	
Doğuma İlişkin Kaygılar(WDBDÖ-B Alt Boyut)	2. İzlem	8.21±2.65	9.41±1.50	t=-2.286 p=0.026
	Son test	6.42±2.68	8.32±2.56	t=-2.969 p=0.004
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^y		t=2.837 p=0.008	t=2.421 p=0.021	
Bebeğe İlişkin Kaygılar(WDBDÖ-B Alt Boyut)	2. İzlem	3.97±1.88	7.53±1.16	t=-9.297 p=0.001
	Son test	4.30±2.77	5.29±2.62	t=-1.505 p=0.137
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^y		t=-0.553 p=0.584	t=4.252 p=0.001	
WDBDÖ-B	2. İzlem	83.82±10.51	102.62±8.90	t=-7.011 p=0.001
	Son test	74.36±10.33	95.62±17.92	t=-5.968 p=0.001
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^y		t=4.287 p=0.001	t=2.359 p=0.024	

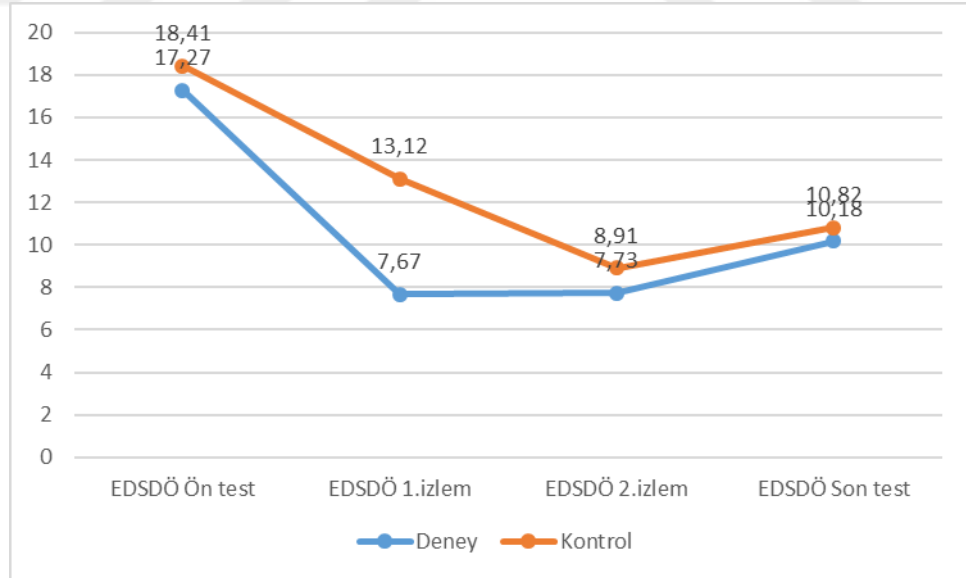
x: Bağımsız Gruplarda t Testi; y: Bağımlı Grup

Deney ve Kontrol grubunun EDSDÖ grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de gösterildi. Deney grubunun ön test, birinci, ikinci ve üçüncü izlem testleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0.001). Deney grubundaki gebelerin EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ön testte 17.27±2.55 olduğu, birinci izlem testinde anlamlı bir şekilde azalarak 7.67±2.87 olduğu, ikinci izlem testinde 7.73±2.70 olduğu ve son test nde anlamlı bir şekilde artarak 10.18±2.86 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Kontrol grubunun ön test, birinci, ikinci ve üçüncü izlem testleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0.001). Kontrol grubundaki

gebelerin EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ön testte 18.41 ± 3.00 olduğu, birinci izlem testinde anlamlı bir şekilde azalarak 13.12 ± 1.74 olduğu, ikinci izlem testinde anlamlı bir şekilde azalarak 8.91 ± 3.53 olduğu ve son testte 10.82 ± 4.21 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubunun gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; deney ve kontrol grubunun EDSDÖ ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.099$, Tablo 4.4). Kontrol grubunun deney grubuna göre EDSDÖ birinci izlem testinin yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Deney ve kontrol grubunun EDSDÖ ikinci izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.127$). Deney ve kontrol grubunun EDSDÖ son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.467$, Tablo 4.4). EDSDÖ'nün ön testten son teste doğru puan ortalamalarının değişimi Şekil 4.3'de gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Deney ve kontrol grubunun EDSDÖ puan ortalamalarının değişimi

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubunun EDSÖ grup içi ve gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik ^x
		Deney Grubu (s=33)	Kontrol grubu (s=34)	
		Ort.±SS	Ort.±SS	
EDSDÖ	Ön test ¹	17.27±2.55	18.41±3.00	t=-1.673 p=0.099
	1. İzlem ²	7.67±2.87	13.12±1.74	t=-9.441 p=0.001
	2. İzlem ³	7.73±2.70	8.91±3.53	t=-1.547 p=0.127
	Son test ⁴	10.18±2.86	10.82±4.21	t=0.732 p=0.467
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^y		F=108.293 p=0.001 Kısmi $\eta^2=0.772$ Fark=1-2, 1-3, 1-4, 2-4, 3-4	F=58.987 p=0.001 Kısmi $\eta^2=0.641$ Fark=1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4	

y: Repetead Measures; Anova testi; t: Bağımsız Gruplarda t Testi;

5. TARTIŞMA

Primipar gebelerde duygusal dayanıklılık eğitiminin doğum korkusuna ve depresyona etkisini incelemek amacıyla yapılan deneysel tipteki araştırmanın sonuçları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tanıtıcı özelliklerinden olan yaş, eğitim durumu, yerleşim yeri, aile tipi, ekonomik durum, eşin eğitim durumu, planlı çocuk sahibi olma, gebelik takibi, sosyal destek, doğumdan korkma durumu değişkenleri yönünden istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.1). Bulgular grupların homojen olduğunu, korku ve depresyon düzeylerini etkileyebilecek değişkenler yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmada sadece eşin yaşı değişkeninin gruplar arasında benzer olmadığı ve anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.1). Literatürde gebenin yaş, eğitim, sosyo-ekonomik düzeyinin doğum korkusunu etkilediği gösterilse de (Bilge ve ark., 2022; Uçar ve Gölbaşı, 2015), eşin yaşının doğum korkusunu ve depresyon düzeylerini etkilemediği belirtilmiştir (Dursun, 2019; Kılıç, 2016).

Bu araştırmada, gebelikte WDBDÖ-A ile doğum korkusu değerlendirildiğinde, 1. izlemde deney grubundaki gebelerin kontrol grubuna kıyasla daha az korku yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca, 2. izlem ve son testte WDBDÖ-B puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.2). Literatürde, primipar gebelerin genellikle yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Khosravi ve ark., 2022; Shakarami ve ark., 2021). Bu çalışma da benzer şekilde, ön testte hem deney hem de kontrol grubundaki gebelerin doğum korkusu düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, EDSDÖ puanları incelendiğinde, 1. izlemde deney grubundaki gebelerin kontrol grubuna kıyasla depresyon riski açısından daha düşük puanlara sahip

olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.001$, Tablo 4.2). Çalışmanın sonuçları, gebelik sürecinde doğum korkusunu azaltmaya yönelik müdahalelerin, yalnızca korkuyu değil, aynı zamanda depresyon riskini de azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte duygusal iyi oluşu artırmada önemli bir rol oynayabileceği söylenebilir.

Araştırmada WBDÖ-A'nın deney ve kontrol grubu ön test puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p=0.097$, Tablo 4.3). Ancak, primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin WBDÖ-A puan ortalamalarında değişikliğe sebep olduğu ve deney grubunda olan gebelerin doğum korkusunun azaldığı görülmüştür (Tablo 4.3). Hiçbir müdahale yapılmayan kontrol grubundaki gebelerde ise ön testten birinci izlem testine doğru doğum korkusunun arttığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Elde edilen bu bulgu, primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte doğum korkusu düzeyini etkilediğini göstermekle birlikte **“Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte doğum korkusu düzeyi üzerinde etkisi vardır”** H1 hipotezini de doğrulamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelerin doğum korkusunu azaltmada alternatif bir yöntem olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Literatür incelemeleri gebelikte farklı müdahalelerle doğum korkusunun azaltılmasına yönelik çeşitli deneysel çalışmaların yapıldığını göstermektedir (Akın, 2023; İşbir ve ark., 2016; Kuo ve ark., 2022; Pour-Edalati ve ark., 2019; Rouhe ve ark., 2015). Ancak, gebelikte duygusal dayanıklılık eğitimi verilerek yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Duygusal dayanıklılık, bireylerin stresli ve zorlayıcı durumlarla başa çıkma ve kendini toparlama kapasitesini ifade eden temel bir psikolojik kavramdır. Zorluklar karşısında yılmadan devam etmeyi, olumsuz koşullara direnç göstermeyi ve hızlı bir

şekilde normale dönmeyi içerir (Altıntaş ve Özata, 2022; Mahdiani ve Ungar, 2021). Çalışmanın bulguları, duygusal dayanıklılık eğitiminin, gebelik ve doğum sürecindeki belirsizliklerden kaynaklanan stres ve kaygının sebep olduğu doğum korkusunu azalttığını göstermiştir. İran’da Pour-Edalati ve ark. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında deney grubunun korku puanlarında belirgin bir düşüş yaşanırken, kontrol grubunda bu düzeyin daha yüksek kaldığı tespit edilmiştir. Bazı tanımlayıcı çalışmalarda, gebelerin dayanıklılığının doğum korkusuyla negatif ilişkili olduğu ve düşük dayanıklılığa sahip kadınların gebeliklerinde daha fazla kaygı yaşadıkları belirtilmiştir (Khalil ve ark., 2024; Xue ve ark., 2024). Çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermekte ve gebelikte verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikteki doğum korkusunu azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Duygusal dayanıklılık eğitimi verilen deney grubunun WDBDÖ-B puan ortalamaları ikinci izlem testinden son teste doğru anlamlı bir şekilde azalırken, müdahalede bulunulmayan kontrol grubunda da WDBDÖ-B puan ortalamalarında anlamlı bir düşüş olduğu ancak bu düşüşün deney grubuna göre daha az olduğu görülmektedir ($p=0.001$, Tablo 4.3). Yani çalışmada gruplar arasında ikinci izlem ve son testin puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.001$, Tablo 4.3) ve kontrol grubunun WDBDÖ-B ikinci izlem ve son test puan ortalamasının deney grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3). Çalışma sonucu, doğum korkusunun 3. ve 6. haftalarda azaldığını fakat tamamen ortadan kalkmadığını göstermektedir. Duygusal dayanıklılık eğitimi verilen deney grubunda korku düzeyindeki düşüş kontrol grubuna göre daha fazla olup eğitimin etkinliğinin devam ettiği görülmektedir. Işın (2021)’ın yaptığı öntest-sontest randomize kontrollü çalışmasında doğum sonrası 4. haftada kontrol grubundaki kadınların gebelikte yapılan önteste göre

korku düzeylerinde düşüş olmasına rağmen hala klinik düzeyde doğum korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre doğum korkusunu daha az yaşadıklarını söylemek mümkündür. Çalışmanın sonucu primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde doğum korkusu düzeyini etkilediğini göstermekle birlikte **“Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde doğum korkusu düzeyi üzerinde etkisi vardır”** H2 hipotezini doğrulamaktadır.

Deney grubunda müdahale sonrası yapılan ikinci izlem testinden son teste doğru WDBDÖ-B alt boyutlarından olan ‘Olumlu duygularda yetersizlik’ ve ‘Doğuma ilişkin kaygılar’ puan ortalamaları anlamlı bir şekilde azalırken (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.001$, Tablo. 4.2), ‘Kasılmaya ilişkin kaygılar’, ‘Olumlu davranışlarda yetersizlik’, ‘Yalnızlık’ ve ‘Bebeğe ilişkin kaygılar’ alt boyutları puan ortalamaları ise deney grubuna göre kontrol grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). İşbir ve ark. (2016) yaptığı çalışmada gebelikte verilen antenatal eğitimin doğum deneyimi ve korkusu üzerine olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Yine Rouhe ve ark. (2015) şiddetli doğum korkusu yaşayan primiparlarla yaptıkları çalışmada grup psikoeğitim ile gevşeme egzersizlerinin doğum korkusu ve postpartum depresyon üzerindeki etkisi belirlenmiş ve psikoeğitim alan kadınların daha olumlu doğum deneyimi yaşadıklarını ve daha az doğum korkusu yaşadıklarını saptamışlardır. Duygusal dayanıklılık, gebelikte stres ve korku yaşayan kadınların ruh sağlığı için önemli bir faktördür. Özellikle gebelikte dayanıklılığı artıran müdahaleler gebeliğin psikolojik yükünü azaltmaya ve maternal-fetal sonuçları iyileştirmeye yardımcı olabilir (Khalil ve ark., 2024). Ma ve ark. (2019)’nın Şanghay’da gebe kadınlar ile yaptıkları çalışmada dayanıklılığın, doğum öncesi kaygı ve depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğunu ve gebelikte ortaya çıkan stresin zararlı etkilerinin hem değiştiricisi hem de aracısı olduğunu vurgulamışlardır. Gebelikte yaşanan stres ve

kaygının doğum korkusunu da beraberinde getirdiği düşünülünce (Demir, 2020), duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde de etkisi olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, doğum korkusunun doğum sonrası dönemi etkilediği göz önünde bulundurularak, gebelik sürecinde bu korkunun azaltılması ve postpartum dönemde de değerlendirilerek gerektiğinde takip edilmesi gereklidir (Klabbers ve ark., 2018). Postpartum dönemde doğum korkusunun azaltılması büyük önem taşır, çünkü yüksek doğum korkusu postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu ve anne-bebek bağlanma sorunlarına yol açabilir (Fenwick ve ark., 2018; Räisänen ve ark., 2013). Postpartum dönemde yaşanan doğum korkusunun ek eğitim ve danışmanlık oturumlarıyla ele alınması, annenin psikososyal sağlığını destekleyerek anne-bebek bağına güçlendirebilir ve dolayısıyla toplum sağlığına olumlu katkılar sağlayabilir.

Çalışmamızda, deney ve kontrol gruplarının EDSDÖ ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.099$, Tablo 4.4). Bu sonuç, deney ve kontrol grubundaki gebelerin puan ortalamaları açısından homojen bir dağılım sergilediğini göstermektedir. Ancak, müdahale sonrasında gerçekleştirilen birinci izlemde, deney grubundaki gebelerin puan ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla azaldığı ve depresyon risk düzeyinin altına indiği tespit edilmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.4). Elde edilen sonuç, primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelik döneminde depresyon düzeyini etkilediğini göstermekle birlikte **"Primipar gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelik döneminde depresyon düzeyi üzerinde etkisi vardır"** H3 hipotezini doğrulamaktadır.

Öte yandan doğum sonrası yapılan ikinci ve üçüncü izlemde iki grupta da EDSDÖ puan ortalamalarının düştüğü fakat gruplar arasında önemli bir fark olmadığı saptandı (sırasıyla $p=0.127$, $p=0.467$, Tablo 4.4). Bu sonuçlar doğrultusunda **"Primipar gebelere**

verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde depresyon düzeyi üzerinde etkisi vardır" H4 hipotezi reddedildi. Çalışmada gebelere verilen duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde depresyon düzeyi üzerindeki etkisi gösterilememiştir.

Gebelerde doğum korkusu düzeyleri ile depresif belirtiler arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Hildingsson ve Rubertsson, 2022). Doğum korkusunun artışı, olumsuz duygusal durumlar ve depresyon riskiyle ilişkilidir (Räisänen ve ark., 2013; Toohill ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada, özellikle depresyon öyküsü olmayan kadınlarda, doğum korkusunun doğum sonrası depresyon gelişimindeki en güçlü risk faktörlerinden biri olduğu belirlenmiş ve bu riskin 2.7 kat arttığı tespit edilmiştir (Räisänen ve ark., 2013). Literatürde duygusal dayanıklılık eğitiminin depresyon üzerinde etkisini inceleyen deneysel bir çalışmaya rastlanılmamıştır ve gebelerin depresyon düzeylerini azaltmak amacıyla yapılan araştırmalar incelendiğinde farklı sonuçlara varılmıştır (Austin ve ark., 2008; Güdücü, 2021; Mehri ve ark., 2018; Ngai ve ark., 2015; Rouhe ve ark., 2015). Austin ve ark. (2008)'nın antenatal dönemde hafif depresif semptomları olan risk grubunda bulunan gebelere davranışsal terapi eğitimi vererek farklı zamanlarda (müdahaleden 6 hafta sonra, postpartum yaklaşık 2. ay ve 4. ayda) izlemler yaptıkları çalışmada her iki grupta da zaman içinde semptomlardaki risk azalmış fakat gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yine başka bir çalışmada postpartum depresyon üzerine telefon ile yapılan davranışsal terapi eğitiminin etkinliği değerlendirilmiş ve girişim öncesinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken, postpartum 6. hafta ve 6. ayda depresyon düzeylerinde müdahale yapılan deney grubunda düşüş yaşanmış fakat 6. ayda yaşanan düşüş anlamlı bulunmamıştır (Ngai ve ark., 2015). Literatürde çalışmamızın aksine gebelere yapılan müdahalelerin uzun dönem takibinde doğum sonrası depresyonu

etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Rouhe ve arkadaşlarının (2015) şiddetli doğum korkusu yaşayan primiparlarla yaptıkları çalışmada grup psikoeğitim ile gevşeme egzersizlerinin doğum korkusu ve postpartum depresyon üzerindeki etkisi belirlenmiş, gebelikte ve doğum sonrasında EDSDÖ puanlarının her iki grupta da azaldığı fakat deney grubundaki azalmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Güdücü (2021) duygusal özgürlük tekniklerinin postpartum depresyon üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmada, gebelikte iki ve doğumdan sonra iki olmak üzere dört izlem uygulamıştır. Gruplar arası müdahale sonrası, 3. ay ve 6. ayda EDSDÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem müdahale sonrası hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğunu bulmuştur ($p=0.000$). Mehri ve ark. (2018) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ise gebelikte depresyon düzeyleri üzerinde davranışsal terapi eğitiminin etkinliği değerlendirilmiş ve müdahale sonrası gruplar arasında 4. ve 8. haftada yaptıkları izlemlerde depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur.

Literatürde gebelikte dayanıklılığın artırılmasının gebelere entelektüel ve duygusal olarak fayda sağladığı ve gebelerin depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların üstesinden daha iyi geldiği belirtilmiştir (Johnson ve ark., 2018; Julian ve Le, 2021; Van ve ark., 2020). Gebelikte psikolojik sıkıntıların, yüksek duygusal dayanıklılığa ve düşük doğum korkusuna sahip gebelerde, düşük dayanıklılığa ve yüksek doğum korkusuna sahip olanlara kıyasla daha az görüldüğü saptanmıştır (Mei ve ark., 2022).

Bu sonuçlar doğrultusunda, bazı araştırmalarda uygulanan müdahalelerin uzun süre etkili olduğu gösterilirken, bazılarında ise uzun vadeli etkileri doğrulanamamıştır. Bu durum, depresyon düzeyini etkileyebilecek müdahalelerin, daha büyük örneklem gruplarında ve daha fazla randomize çalışma ile değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Ayrıca, depresyon gibi psikososyal faktörlerle yakından ilişkili bir hastalık söz konusu olduğunda, kadınların postpartum dönemde yaşadığı sorunların tamamen dengelenemeyebileceği ve bu grupların yeni psikososyal zorluklarla karşılaşma olasılığının göz ardı edilmemesi gerektiği unutulmamalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Primipar gebelerde duygusal dayanıklılık eğitiminin doğum korkusuna ve depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma verilerine göre;

- Duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte doğum korkusu düzeylerini azalttığı,
- Duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde doğum korkusu düzeylerini azalttığı,
- Duygusal dayanıklılık eğitiminin gebelikte depresyon düzeylerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın doğum poliklinikleri, aile sağlığı merkezleri ve hastanelerde gebelerin depresyon ve doğum korkusu yönünden değerlendirilmesi ve ihtiyaç dâhilinde duygusal dayanıklılık eğitimlerinin gebe okulları ve ebe polikliniklerinde eğitimlere dâhil edilmesi,
- Ebelere, gebelik ve postpartum dönemde doğum korkusu ve depresyonun önlenmesi, erken tanısı ve yönetimi konusunda kapsamlı eğitimler verilmesi,
- Ebelerin, gebelik sürecinde duygusal dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahaleler konusunda farkındalıklarının artırılması ve bu süreçte aktif roller üstlenmelerinin sağlanması,
- Duygusal dayanıklılık eğitiminin postpartum dönemde depresyon düzeyleri üzerindeki etkilerini inceleyecek daha fazla randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Accortt, E. E., Cheadle, A. C., & Schetter, C. D. (2015). Prenatal depression and adverse birth outcomes: An updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1306–1337. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1637-2>.
- Akbaş, E., Vırt, O., Savaş, A. H., & Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(3).
- Akgün, M., & Boz, İ. (2019). Women's decision-making processes and experiences of vaginal birth after caesarean birth: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(6), e12780. <https://doi.org/10.1111/ijn.12780>.
- Akın, Ö. (2023). Primipar gebelerde bilinçli farkındalık eğitiminin doğum korkusu, doğum şekli, doğum deneyimi, prenatal ve maternal bağlanmaya etkisi. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ordu Üniversitesi.
- Aktaş, D., & Gökgöz, N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 65-82. https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000051.
- Aktaş, M.C., Şimşek, Ç., Aktaş, S. (2017). Postpartum depresyonun etiyolojisi: kültür etkisi. *Jaren/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 10-13.
- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 60-65.
- Alemu, C., Wudu, H., & Lakew, S. (2024). Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Dejen Woreda, East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14(1), 9319. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58855-5>.

- Alijani, H., Borghei, N. S., & Behnampour, N. (2019). FOC in pregnancy and some of its effective factors. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 16(1), 59-68.
- Altıntaş, M., & Özata, M. (2022). Covid-19 pandemi döneminde eğitim kurumlarında örgütsel dayanıklılık ve örgütsel sağlık ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 787-810. <https://doi.org/10.17679/inuefd.1062251>.
- Alvarenga, P., & Frizzo, G.B. (2017). Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum. *Paideia*, 27(66), 51–59. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201707>.
- Alves, A. C., Cecatti, J. G., & Souza, R. T. (2021). Resilience and stress during pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health. *The Scientific World Journal*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2021/9512854>.
- American Psychiatric Association (APA), D. S. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: *DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychological Association (APA). (2004). The road to resilience. <http://helping.apa.org/resilience/>. Erişim Tarihi: 10.10.2024
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*, 17, 1-8.
- Arida, R. M., & Teixeira-Machado, L. (2021). The contribution of physical exercise to brain resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14, 626769. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.626769>.
- Arslan, B., Arslan A., Kara S., Öngel K., Mungan, M. T. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim ve*

Araştırma Hastanesi Dergisi, 21(2), 79–84.

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. <https://doi.org/10.17826/cumj.647253>.

Arslantaş, H., Ergin, F., Balkaya, N.A. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *2009 ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3), 13–22.

Aslan, M. M., & Bıyık, İ. (2020). Doğum korkusunun gebelik haftası ve sayısı ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 494-499. <https://doi.org/10.31067/0.2020.261>.

Atış, F. Y., & Rathfisch, G. (2018). The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.08.004>.

Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S. ve ark. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001>.

Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 147-152. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.31549>.

Bahar, Z., & Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.

Sağlık Bakanlığı, T. (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi. *Halk Sağlığı Kurumu*

- Başar, F., & Sağlam, H. Y. (2018). Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(1), 59-74. https://doi.org/10.26579/jocrehes_8.1.6.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: negative consequences of high self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 64(1), 141.
- Beel, N., Chinchin, C., Machin, T., du Plessis, C., Mullens, A. B., Rees, B., ... & King, D. (2023). *Common Client Issues in Counselling: An Australian Perspective* (pp. 1-203). University of Southern Queensland.
- Beji, N. K., Murat, M., & Köse, S. (2022). Perinatal dönem ruh sağlığı sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(1), 116-123. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.897439>
- Bernard, J. E. R. (2018). Depression: A review of its definition. *Journal of Addiction Medicine and Therapy*, 5(1), 6-7.
- Bernazzani, O., Saucier, J.F., David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors associated with emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 391-402. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00371-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00371-6).
- Bilge, Ç., Dönmez, S., Olgaç, Z., & Pirinççi, F. (2022). Gebelikte doğum korkusu ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), 330-335. <https://doi.org/10.33631/sabd.1067958>.
- Booth, C., Songco, A., Parsons, S., & Fox, E. (2020). Cognitive mechanisms predicting resilient functioning in adolescence: evidence from the cognitive bias longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 1-9.

<https://doi.org/10.1017/S0954579420000668>

Boutron, I., Altman, D. G., Moher, D., Schulz, K. F., Ravaud, P., & CONSORT NPT Group. (2017). CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 167(1), 40-47. <https://doi.org/10.7326/M17-0046>.

Bradburn, N. M. (1969), *The Structure of Psychological Well-Being*, Aldine Publishing Company, Chicago.

Bryanton, J., Beck, C. T., & Morrison, S. (2022). When fear surrounding childbirth leads women to request a planned cesarean birth. *Western Journal of Nursing Research*, 44(7), 643–652. <https://doi.org/10.1177/01939459211010192>

Bulut, A., & Yiğitbaş, Ç. (2018). Gebelerde depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), 5-9.

Buran, G., & Çankaya, S. (2023). Çocuk sahibi olmayı planlayan kadınların doğurganlık niyetleri, doğum ve COVID-19 korkuları arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 372-379.

Buran, G., Olgaç, Z., & Karaçam, Z. (2020). Doğuma hazırlık sınıflarının kadınların doğum şekli, korkusu ve deneyimine etkisi: Sistematiik derleme. *Life Sciences*, 15(4), 41-54.

Burval, J., Kerns, R., & Reed, K. (2020). Treating postpartum depression with brexanolone. *Nursing2023*, 50(5), 48-53. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000657072.85990.5a>.

Büyükbayrak, E. E., Kaymaz, O., Kars, B., Karsidag, A. Y., Bektas, E., Unal, O., & Turan, C. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The*

- Journal of The Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2), 155–158.
<https://doi.org/10.3109/01443610903461436>.
- Campos, B., Schetter, C. D., Abdou, C. M., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2008). Familialism, social support, and stress: Positive implications for pregnant Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 155.
<https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.155>.
- Casanueva, E., Labastida, J., Sanz, C., & Morales-Carmona, F. (2000). Depression and body fat deposition in Mexican pregnant adolescents. *Archives of Medical Research*, 31(1), 48-52.
- Cheadle, A. C. D., Schetter, C. D., Gaines Lanzi, R., Reed Vance, M., Sahadeo, L. S., & Shalowitz, M. U. (2015). Spiritual and religious resources in African American women: Protection from depressive symptoms after childbirth. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 283–291.
<https://doi.org/10.1177/2167702614531581>.
- Chen, C., Hussein, S. Z. B., Nasri, N. W. M., Yao, J., Qin, Y., Zhao, Z., & Zuo, K. (2024). Fear of childbirth among pregnant women: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, Advance Online Publication*.
<https://doi.org/10.1111/jan.16218>
- Cherry, A.S., Blucker, R.T., Thornberry, T.S., Hetherington, C., McCaffree, M.A., Gillaspy, S.R. (2016). Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned. *Journal Multidiscip Healthcare*, 9(1), 59-67.
- Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States, Claremont Symposium on Applied Social Psychology – Social Psychology of Health, S. Spacapan and S. Oskamp, Eds., Sage Publications.

- Coşkuner Potur, D., Mamuk, R., Şahin, N. H., Demirci, N., & Hamlaci, Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, 64(4), 576–583. <https://doi.org/10.1111/inr.12378>.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.
- Çalık K, Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162
- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çetinkaya, F. F. (2023), Duygusal Dayanıklılık. İçinde: Örgüt Yönetiminde Duygular. Editörler: Palabıyık, N; Akay, E. Kriter Yayınları, İstanbul.
- Çevik, A. & Alan, S. (2019). Gebelik ve lohusalık döneminde ruh sağlığı ve hastalıkları. S. Alan (Ed.). Ebelere Yönelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (1. Baskı, ss. 61-65) içinde. Akademisyen Kitabevi.
- Çiçek, O., & Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 263-268.
- Çiftçi, A., Karakuş, Ö., Kumral, A., Zararsız, A., & Bay, F. (2022). Türkiye’de doğum korkusu ile başetme yöntemleri konusunda yapılan lisansüstü tezler üzerine sistematik inceleme. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 43-57.
- Dağlar, G., & Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36(4), 429-441. <http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.76793>.
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., & Kadioğlu, M. (2016). Gebelikte duygulanım

- bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 27-40.
- Daş, Z. (2021). Gebeliğin psikososyal ve kültürel boyutları. İçinde: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (Ed L Taşkın): 211-23. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008), Hedonia, Eudaimonia, And Well-Being: An Introduction. *Journal Of Happiness Studies*, 9,1-11.
- Demir, G. (2020). Göç eden ve göç etmeyen kadınların doğum korkusu düzeylerinin incelenmesi. *Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Doğan, O. (2010). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında özgün bir örnek: Sivas’ ta yapılan araştırmaların önemli bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13(1), 11-22.
- Doswell, W.M., Millor, G.K., Thompson, L., Braxter, B. (2018). Postpartum depression: A call for advanced practice nurse-led models of care. *Journal of The American Association of Nurse Practitioners*, 30(4), 190-194.
- Dursun, D. (2019). Gebelerde evlilik uyumunun doğum korkusuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ordu: Ordu Üniversitesi.
- Eker, E. (2021). Üniversite öğrencilerinin yalnızlığın sosyal kaygı, sosyal beceri ve öz saygı (benlik saygısı) açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Engin, E., Ergün, G. (2014). Anksiyete Bozuklukları, O. Çam ve E. Engin (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (Bakım Sanatı), 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp

Kitabevi,349-364.

- Engindeniz, A. N., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1(1), 51-52.
- Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240–248. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.10.002>.
- Erken, A. E. (2016). Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri: Erciyes Üniversitesi.
- Esen K., & Uyar Hazar, H. (2020). Doğum Korkusu. Editör Dinç, A. Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar- 3. Efe Akademi Yayınevi, İstanbul. 1. Baskı 417-438.
- Eser, A. (2017). Doğum sonrası dönemde emzirme ve depresyon ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 239–242. <https://doi.org/10.1080/01674820701495065>.
- Fenkçi, İ.V. (2004). Maternal fizyoloji. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi, 61-169.
- Fenwick, J., Toohill, J., Slavin, V., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2018). Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of a research translation project. *Women and Birth*, 31(1), 1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.004>.

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 667-77. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>.

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., ... & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>.

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G–149G. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>.

Frankl, V. E. (2017). *Man's Search for Meaning: Young Adult Edition: Young Adult Edition*. Beacon Press.

Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.

Gao, L. L., Liu, X. J., Fu, B. L., & Xie, W. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, (9), 865-70. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.003>.

Ghorbani, H., Asadi, S., Ghorbani, S., Ghorbani, P., Stepanyan, H., Khlghatyan, N., ... & Rituraj, R. (2023). Investigating the predictive contribution of attitude towards life and belief system on self-resilience and psychological toughness of cancer patients

- about the mediating role of emotion regulation. In *2023 IEEE 21st World Symposium on Applied Machine Intelligence and Informatics (SAMI)*.
- Göcen, G. (2013). Pozitif psikoloji düzleminde psikolojik iyi olma ve dini yönelim ilişkisi: yetişkinler üzerine bir araştırma. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 7(13), 97-130.
- Gökçe İsbir, G., Serçekuş, P., Yenal, K., Okumuş, H., Durgun Ozan, Y., Karabulut, Ö., Abbasoğlu, D., Gönenç, İ. M., Sarı, E., Aktaş, S., & Erdoğan, S. (2024). The prevalence and associated factors of fear of childbirth among Turkish pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(1), 62–77. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2057938>.
- Gökçek, A. İ. (2022). Önemli bir sorun: Doğum korkusu ve ebelik bakımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 93-104.
- Gökçek, A. İ., & Yazıcı, S. (2022). Doğum desteği ve ebelik bakımı. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 93-99. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.970423>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024. <https://doi.org/0.1001/archgenpsychiatry.2010.111>.
- Grundström, H., Malmquist, A., Ivarsson, A., Torbjörnsson, E., Walz, M., & Nieminen, K. (2022). Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and quality of life among women with birth complications - a cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 25(2), 485–491. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01219-7>
- Güdücü, N. (2021). Duygusal özgürlük teknikleri (eft)'nin postpartum depresyon üzerine

- etkisi. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi,
- Gün, E. Ö., & Ege, E. (2022). Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: karşılaştırmalı bir çalışma. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-11.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2013). Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited.
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 38(5), 567–576. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x>.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., & Sørli, T. (2008). Is there an association between psychological stress and request for caesarian section?. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, ny Raekke*, 128(12), 1388-1391.
- Handelzalts, J. E., Fisher, S., Sadan, O., & Goldzweig, G. (2017). Object relations, unconscious defences and fear of childbirth, as reflected in maternal-request caesarean section. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(1), 91–102. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1253832>
- Hassan Zahraee, R., Fahami, F., Ahmadi, Z. ve Bashardoost, N. (2003). Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 7(1), 19-24.
- Hildingsson I, Rubertsson C. (2022). Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04367-3>.
- Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2022). Depressive symptoms during pregnancy and after birth in women living in Sweden who received treatments for fear of birth.

- Archives of Women's Mental Health*, 25(2), 473–484.
<https://doi.org/10.1007/s00737-022-01213-z>.
- Hobel, C.J., & Zakowski, M. (2010). *Normal labor, delivery and the puerperium*. In: Hacker NF, Gambone JC, Hobel C, eds. *Hacker and Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 5th ed. St. Louis: WB Saunders, p.91-118.
- Hofler, L., & Thomas, K. (2016). Transition of new graduate nurses to the workforce: Challenges and solutions in the changing health care environment. *North Carolina Medical Journal*, 77(2), 133-136.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955.
<https://doi.org/10.1007/s00737-022-01213-z>.
- Hu, Y., Yiu, V., & Clark, R. (2021). Etiology of depression: Biological and environmental factors in the development of depression. *Journal of Student Research*, 10(4).
<https://doi.org/10.47611/jsrhs.v10i4.2017>
- Israelashvili, J. (2021). More positive emotions during the COVID-19 pandemic are associated with better resilience, especially for those experiencing more negative emotions. *Frontiers in Psychology*, 12, 648112.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648112>.
- İsbir, G. G., & Serçekeş, P. (2017). The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: a single-blind randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 25(2), 112–119.
<https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000129>.
- Işık, Z. (2024). Öğretmenlerin empati düzeyleriyle sosyal ilişki algıları ilişkisi. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 11(104), 583-599. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10784514>.

- Işın, E. (2021). Doğum eylemine hazırlık eğitimi ve danışmanlığının doğum deneyimi ve postpartum kendini değerlendirmeye etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.
- İbrahimoglu, T. (2024). Yüksek riskli gebelikte sosyal destek, eş desteği ve iyimserlik kötümserlik durumunun duyguları yönetme becerileri ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Konya: Selçuk Üniversitesi.
- İsbir, G.G., İnci, F., Önal, H., &Yıldız, P.D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013>.
- Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M., & O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102156. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156>.
- Johnson, K. M., Paley, F. M., Modest, A. M., Hacker, M. R., Shaughnessy, S., Ricciotti, H. A., & Scott, J. (2018). An assessment of depression, psychosocial factors, and resilience among women seeking prenatal care at an urban community health center. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 140(2), 153-158. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12358>.
- Julian, M., Le, H. N., Coussons-Read, M., Hobel, C. J., & Schetter, C. D. (2021). The moderating role of resilience resources in the association between stressful life events and symptoms of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 293, 261-267. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.082>.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic*

- Perspective*, 3(1), 186-194. <https://doi.org/10.47793/hp.867111>.
- Kalisch, R., Muller, M. B., & Tuscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioural and Brain Sciences*, 1, 79. <https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082>.
- Kamboj, K. P., & Garg, P. (2021). Teachers' psychological well-being role of emotional intelligence and resilient character traits in determining the psychological well-being of Indian school teachers. *International Journal of Educational Management*, 35(4), 768-788.
- Kanbur, A., & Koç, Ö. (2023). Gebelerde doğum korkusu düzeyi ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(1), 188-195. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1162395>.
- Kansoy, S. U., & Nalbantoğlu, C. B. (2023). Duygusal dayanıklılık algısının ölçülmesi: havacılık sektörü üzerine bir uygulama. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 15(1), 317-331.
- Kardaş, F., & Yalçın, İ. (2019). Türkiye’de iyi oluş ile ilgili yapılmış araştırmaların sistematik olarak incelenmesi. *Kastamonu Education Journal*, 27(4), 1423-1433. <https://doi.org/10.24106/kefdergi.2799>.
- Kartal, B., & Şimşek, N. (2017). Gebelikte depresyon yaşama durumu ve etkileyen faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(3), 217-224. <https://doi.org/10.16899/gopctd.349811>.
- Kaymaz, N., Uzun, M. E., & Yıldırım, Ş. (2015). Tokophobia, the fear of childbirth, and the decision to breastfeed. *Breastfeeding Medicine*, 10(10), 502. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0157>.
- Kennison, S. M. (2022). Humor and resilience: relationships with happiness in young adults. *Humor*, 35(4), 665-681. <https://doi.org/10.1515/humor-2021-0079>.

- Khalil, A. I., Saati, H. S., & Amr, T. E. (2024). High-Risk Pregnancy and Resilience: Unraveling the Links to Prenatal Anxiety and Depression. *The International Tinnitus Journal*, 28(1), 82-97. <https://doi.org/10.5935/0946-5448.20240015>.
- Khosravi, P., Pirdadeh Beiranvand, S., Beiranvand, B., & Khalesi, Z. B. (2022). Relationship between Primigravid women's awareness, attitude, fear of childbirth, and mode of delivery preference. *European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 14, 100143. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100143>.
- Kılıç, M. (2016). Evlilik uyumunun doğum sonrası depresyon belirtilerine etkisi: çok değişkenli bir analiz. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3), 106-113.
- Klabbers, G.A., Paarlberg, K.M., & Vingerhoets, A.J.J.M. (2018). Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth? *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3(1), 1–7.
- Körükçü, Ö., Kukulu, K., & Firat, M.Z. (2012). The reliability and validity of the turkish version of the wijma delivery expectancy/experience questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 193-202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x>.
- Körükçü, H.Ö. (2009). Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği a versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Körükçü, O., Bulut, O., & Kukulu, K. (2016). Psychometric evaluation of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire version B. *Health Care for Women International*, 37(5), 550-567. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.943838>.
- Kuo, T. C., Au, H. K., Chen, S. R., Chipojola, R., Lee, G. T., Lee, P. H., & Kuo, S. Y. (2022). Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A

- single-blind randomised controlled trial. *Midwifery*, 113, 103438.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103438>.
- Kurtçu, A., & Gölbaşı, Z. (2014). Postpartum depresyon: Birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin bilgi ve görüşleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 28(3), 93-99.
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893-1905.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13336>.
- Laursen, M., Hedegaard, M., Johansen, C., & Danish National Birth Cohort (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 354–360. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.
- Li, X., Gao, R., Dai, X., Liu, H., Zhang, J., Liu, X., Si, D., Deng, T., & Xia, W. (2020). The association between symptoms of depression during pregnancy and low birth weight: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 147.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-2842-1>.
- Lilliecreutz, C., Josefsson, A., Mohammed, H., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2021). Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden-A case-control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(6), 1068–1074. <https://doi.org/10.1111/aogs.14051>.
- Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., & Bidens Study Group (2014). Prevalence and

- associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99–106.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>.
- Ma, X., Wang, Y., Hu, H., Tao, X. G., 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.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058> .
- Macintyre, D.A., Khanjani, S., & Bennett, P.R. (2022). Pathophysiology of Preterm Birth. *Fetal and Neonatal Physiology*, 171, 1820-1828.
- Mahdiani, H., & Ungar, M. (2021). The dark side of resilience. *Adversity and Resilience Science*, 2(3), 147-155. <https://doi.org/10.1007/s42844-021-00031-zç>
- Marshall, J. E., Raynor, M. D., & Nolte, A. (Eds.). (2016). *Myles Textbook for Midwives 3E African Edition E-Book: Myles Textbook for Midwives*. Elsevier Health Sciences.
- Mayers, A. (2013). *Introduction to Statistics and SPSS in Psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193.
- Mehri, M., Irvani, M., Bargard, M. S. & Hosein, M. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based self-management on depression in pregnant women: a randomized controlled trial. *Journal Of Biochemical Technology*, 95-100.
- Mei, X., Mei, R., Liu, Y., Wang, X., Chen, Q., Lei, Y., & Ye, Z. (2022). Associations among fear of childbirth, resilience and psychological distress in pregnant women: A response surface analysis and moderated mediation model. *Frontiers in*

- Psychiatry*, 13, 1091042. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1091042>.
- Melender H. L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* (Berkeley, Calif.), 29(2), 101–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x>.
- Nacar, G., Hazar, S., Selçuk, E. B., & Timur, S. (2023). Sigara kullanan kadınların gebelik planlarında sigara bırakma öngörülerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(1), 137-144. <https://doi.org/10.34108/eujhs.1185986>.
- Narita, Y., Shinohara, H., & Kodama, H. (2018). Resting heart rate variability and the effects of biofeedback intervention in women with low-risk pregnancy and prenatal childbirth fear. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 43(2), 113–121. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9389-1>.
- Nath, S., Lewis, L. N., Bick, D., Demilew, J., & Howard, L. M. (2021). Mental health problems and fear of childbirth: A cohort study of women in an inner-city maternity service. *Birth* (Berkeley, Calif.), 48(2), 230–241. <https://doi.org/10.1111/birt.12532>.
- Ngai, F. W., Wong, P. W. C., Leung, K. Y., Chau, P. H. & Chung, K. F. (2015). The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(5), 294-303. <https://doi.org/10.1159/000430449>.
- Nguyen, J. (2017). A literature review of alternative therapies for postpartum depression. *Nursing for Women's Health*, 21(5), 348-359. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.07.003>.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7),

807–813. <https://doi.org/10.1080/00016340902998436>.

- Nieminen, K., Wijma, K., Johansson, S., Kinberger, E. K., Ryding, E. L., Andersson, G., Bernfort, L., & Wijma, B. (2017). Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(4), 438–446. <https://doi.org/10.1111/aogs.13091>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., & Mollberg, M. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>.
- Noroozi, M., Gholami, M., & Mohebbi-Dehnavi, Z. (2020). The relationship between hope and resilience with promoting maternal attachment to the fetus during pregnancy. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 54. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_386_19.
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>.
- O'Connell, M. A., Leahy, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>.
- Onchonga D. (2021). Prenatal fear of childbirth among pregnant women and their spouses in Kenya. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100593. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100593>.
- Öcal, Z. (2019). Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı, Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

Ölçer, Z., & Oskay, U. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2).

Özçetin, Y. S. Ü., & Erkan, M. (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1017-1026. <https://doi.org/10.17826/cumj.502989>.

Öztürk, T. (2014). Travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinde hemşirelik desteğinin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Pampaka, D., Papatheodorou, S. I., AlSeaidan, M., Al Wotayan, R., Wright, R. J., Buring, J. E., Dockery, D. W., & Christophi, C. A. (2021). Antenatal depressive symptoms and adverse perinatal outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03783-9>

Parker-Dominguez, T., Schetter, C. D., Mancuso, R., Rini, C. M., & Hobel, C. (2005). Stress in African American pregnancies: testing the roles of various stress concepts in prediction of birth outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(1), 12–21. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2901_3.

Pahwa, S., & Khan, N. (2022). Factors affecting emotional resilience in adults. *Management and Labour Studies*, 47(2), 216-232. <https://doi.org/10.1177/0258042X211072935>.

Peindl, K.S., Wisner, K.L., & Hanusa, B.H. (2004). Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 37-44.

- Perfetti, J., Clark, R., & Fillmore, C.M. (2004). Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ*, 103(6), 56-63.
- Pınar, S. (2022). Perinatal depresyon prevalansı, risk faktörleri, aile sağlığına etkisi, ekonomik maliyeti ve tedavi yöntemleri: literatür derlemesi perinatal depresyon. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 31-41.
- Pour-Edalati, M., Moghadam, N. K., Shahesmaeili, A., & Salehi-Nejad, P. (2018). Exploring the effect of mindfulness-based stress reduction on childbirth fear among single-child mothers in the city of kerman, iran (2017): A clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(4). <https://doi.org/10.5812/msnj.90247>.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 925.
- Qiu, L., Sun, N., Shi, X., Zhao, Y., Feng, L., Gong, Y., & Yin, X. (2020). Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), e136–e141. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.005>
- Räisänen, Sari, Lehto, S. M. S. M. S. M., Nielsen, H. S. H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>.
- Reyes, E., & Rosenberg, K. (2019). Maternal motives behind elective cesarean sections. *American Journal of Human Biology*, 31(2), e23226. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23226>.
- Reyhan, F. A., & Dağlı, E. (2024). The relationship between women's personality traits and fear of childbirth, birth satisfaction, and postpartum depression. *Revista da*

- Associacao Medica Brasileira* (1992), 70(8), e20231730.
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.20231730>.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 221–227.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.039370>.
- Richens, Y., Smith, D. M., & Lavender, D. T. (2018). Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 98–112. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.010>.
- Rogers, T. (2021). Knowing how to feel: Racism, resilience, and affective resistance. *Hypatia*, 36(4), 725–747. <https://doi.org/10.1017/hyp.2021.47>.
- Rondung, E., Ekdahl, J., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Sundin, Ö. (2018). Heterogeneity in childbirth related fear or anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(6), 634–643. <https://doi.org/10.1111/sjop.12481>.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E.L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 36(1), 1–9. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722>.
- Rönnqvist, I., Brus, O., Hammar, Å., Landén, M., Lundberg, J., Nordanskog, P., & Nordenskjöld, A. (2019). Rehospitalization of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: a population-based study with a matched control group. *The Journal of ECT*, 35(4), 264–271.
<https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000578>.

- Ryding, E.L., Lukasse, M., Parys, A.S., Wangel, A.M., Karro, H., & Kristjansdottir, H. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 42, 48-55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492–498. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x>.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>.
- Sanjari, S., Chaman, R., Salehin, S., Goli, S., & Keramat, A. (2022). Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: A systematic review and meta-analysis [review]. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 10(1), 3–10. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2022.02>.
- Sansar, N., Sohbət, R., Karasu, F., & Okuyan, C.B. (2022). Çalışan ve çalışmayan gebe kadınların depresyon durumlarının karşılaştırılması. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(2), 275-285.
- Scaria, D., Brandt, M. L., Kim, E., & Lindeman, B. (2020). What is wellbeing?. *Wellbeing*, 3-10.
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S. & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, 20(1), 48. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>.

- Scollato, A., & Lampasona, R. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-18. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2013.1.893>.
- Serçekuş, P., Vardar, O., & Özkan, S. (2020). Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100501. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100501>.
- Sevindik, F. (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Elazığ: Fırat Üniversitesi.
- Shakarami, A., Mirghafourvand, M., Abdolalipour, S., Jafarabadi, M. A., & Iravani, M. (2021). Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 642. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>.
- Sheen, K., & Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2523–2535. <https://doi.org/10.1111/jocn.14219>.
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>.
- Soltani, F., Eskandari, Z., Khodakarami, B., Parsa, P., & Roshanaei, G. (2017). Factors contributing to fear of childbirth among pregnant women in Hamadan (Iran) in 2016. *Electronic Physician*, 9, 4725-31. <https://doi.org/10.19082/4725>.

- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2015). *Klinik görüşme: Psikolojik değerlendirme esasları*. (G. Akbaş ve L. Korkmaz, Çev.) İstanbul: İthaki Yayınları.
- Song, Q., Yuan, T., Hu, Y., Liu, X., Fei, J., Zhao, X., & Mei, S. (2024). The effect of peer victimization during adolescence on depression and gender differences: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380241227538>.
- Southwick, S., M., Bonanno, G. A., Masten, A., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>.
- Staub, E., & Vollhardt, J. (2008). Altruism born of suffering: The roots of caring and helping after victimization and other trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 267-280.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., & McCallum, M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819.
- Storksen, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237–242. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x>.
- Striebich, S., & Ayerle, G. M. (2020). Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources—a reconstructive study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(3), 231-239. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1657822>.
- Şahin, B. (2022). Predicting maternal attachment: The role of emotion regulation and

- resilience during pregnancy. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(1), 105-115. <https://doi.org/10.30621/jbachs.994182>.
- Şahin, E. M., & Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Balkan Medical Journal*, 2010(2), 51-58.
- Şimşek, H. N., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97-103.
- Tahaoglu, A. E., Toğrul, C., Külahçioğlu, M. İ., Öztürk, B. A., Balsak, D., Bademkiran, H., ... & Güngör, T. (2015). Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. *Perinatal Journal*, 23(1), 26-29. <https://doi.org/10.2399/prn.15.0231006>.
- Taşkın, L. (2020). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Akademisyen Kitabevi.
- Tatlıcıoğlu, O. (2022). Çocuk refahı alanında yeni bir yaklaşım: çocuğun iyi olma hali yaklaşımı ve göstergeleri. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 22(2), 143-166. <https://doi.org/10.54961/uobild.1197536>.
- Taubman-Ben-Ari, O., Chasson, M., & Abu-Sharkia, S. (2021). Childbirth anxieties in the shadow of COVID-19: Self-compassion and social support among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1409–1419. <https://doi.org/10.1111/hsc.13196>.
- Tektaş, E., Bozkurt, G., Ergin, E., & Sezgin, S. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 43(Ek 1), 63-69. <https://doi.org/10.17826/cumj.412655>.
- Temizer, M., & Özgür, S. (2022). Oğuzeli Merkez Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 2014 yılında canlı doğum yapmış annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumlarının değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.31832/smj.1024627>.
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence

- of childbirth related fear in foreign born pregnant women--findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445–450. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>.
- Toohill, J., Callander, E., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2017). A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1404-7>.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 275. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-275>.
- Topçu, İ., & Dişsiz, M. (2018). Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı-alternatif yöntemler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 33-37.
- Topkara, N., & Özerdoğan, N. (2022). Postpartum depresyonun önlenmesinde psikososyal ve psikoeğitsel müdahaleler ile ebelik bakımının önemi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 44-56.
- Türkçapar, M. H. (2020). *Depresyondan Çıkış Yolu*. İstanbul: Epsilon Yayınları.
- Türkiye Sağlık Araştırması 2022. (2024, 30 Eylül). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
- Uçar, T., & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 54-58.
- Uncu, Y. (2014). Gebelik ve Cinsel Yaşam. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 5(5), 134-137.
- Urick, M. J. (2021). Adaptability, resilience, and responding to crisis. In *A Manager's Guide to Using the Force: Leadership Lessons from a Galaxy Far Far Away* (pp. 79-86). Emerald Publishing Limited.

- Urquia, M. L., O'Campo, P. J., Heaman, M. I., Janssen, P. A., & Thiessen, K. R. (2011). Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-42>.
- Üçüncü, İ. (2010). Yaş gruplarına göre primipar gebelerin deneyimledikleri prenatal riskler ve sonuçları (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Ünay, V. (2018). Sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3), 190-196.
- Ürün, Ö. (2012). Majör depresyon tanısı alan olgularda intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ve aile özellikleriyle ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul: Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Vaajala, M., Liukkonen, R., Kuitunen, I., Ponkilainen, V., Mattila, V. M., & Kekki, M. (2023a). Trends in the epidemiology of fear of childbirth and association with intended mode of delivery: A nationwide register-based cohort study in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(4), 430–437. <https://doi.org/10.1111/aogs.14521>.
- Vaajala, M., Liukkonen, R., Kuitunen, I., Ponkilainen, V., Mattila, V. M., & Kekki, M. (2023b). Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. *BMC Women's Health*, 23(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02185-7>.
- Van Haeken, S., Braeken, M., Nuyts, T., Franck, E., Timmermans, O., & Bogaerts, A. (2020). Perinatal resilience for the first 1,000 days of life. Concept analysis and delphi survey. *Frontiers in Psychology*, 11, 563432. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.563432>.

- Vigod, S., Dennis, C. L., Daskalakis, Z., Murphy, K., Ray, J., Oberlander, T., ... & Blumberger, D. (2014). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for treatment of major depression during pregnancy: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials*, 15, 1-11.
- Walker, H. A. (2019). *Maternal adverse childhood experiences and mental health symptoms in pregnancy: behavioural and social mediators* (Doctoral dissertation).
- Wang, Q., Zhao, X., Yuan, Y., & Shi, B. (2020). The relationship between creativity and intrusive rumination among Chinese youth during the COVID-19 pandemic: Emotional resilience as a moderator. *Frontiers in Psychology*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.601104>.
- Wang, Y., & Rosenberger, W. F. (2020). Randomization-based interval estimation in randomized clinical trials. *Statistics in Medicine*, 39(21), 2843-2854. <https://doi.org/10.1002/sim.8577>
- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., ... & Mantovani, N. (2024). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 494-511. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. (2018). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Erişim Tarihi: 15.10.2024
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurements of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19: 84-97.

- Wikman, A., Axfors, C., Iliadis, S. I., Cox, J., Fransson, E., & Skalkidou, A. (2020). Characteristics of women with different perinatal depression trajectories. *Journal of Neuroscience Research*, 98(7), 1268–1282. <https://doi.org/10.1002/jnr.24390>.
- Xu, R., Wang, J., Li, Y., Chen, Y., Zhang, W., Pan, X., Zou, Z., Chen, X., & Huang, S. (2024). Pre- and postpartum fear of childbirth and its predictors among rural women in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06585-x>.
- Xue, B., Wang, X., Tang, J., Lai, Y. Q., Ma, D., Luo, L., ... & Ouyang, Y. Q. (2024). Relationship between dyadic coping, resilience and fear of childbirth in expectant couples: An actor-partner interdependence model approach. *Midwifery*, 137, 104117. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104117>.
- Yalçınsoy, H. (2019). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve korkularıyla baş etme yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi.
- Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. (2022). Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.48124/husagbilder.845299>.
- Yıldız, N. G., Aydın, K., Aydın, H. Z., Phırı, Y. V., Yıldız, H. (2023). Türkiye’de depresyonun yaygınlığı ile ilişkili faktörler: Nüfusa dayalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. <https://doi.org/10.5080/u27179>.
- Yılmaz, M., & Yar, D. (2021). Gebelik ve postpartum dönemde kadın ruh sağlığı: Derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 93-100. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.693233>.

- Young, C., & Ayers, S. (2021). *Risk and resilience in pregnancy and birth*. Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change; Ungar, M., Ed, 57-78.
- Yüceant, M. (2023). Düzenli fiziksel aktivitenin stres, kaygı, depresyon, yaşam memnuniyeti, psikolojik iyi oluş ve pozitif-negatif duygu üzerine etkisi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 6(2), 581-598. <https://doi.org/10.38021/asbid.1248186>.
- Yücel, P., Çayır, Y., & Yücel, M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-7.
- Zaman, F. K., Özkan, N., & Toprak, D. (2018). Gebelikte depresyon ve anksiyete artar mı?. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 20-25. <https://doi.org/10.18521/ktd.311793>.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84. <https://doi.org/10.1080/02845710121310>.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 122-130.
- Zeybek Yılmaz, S. & Turan, Z. (2022). Doğum korkusunda ebeler ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 33-38. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1078482>.
- Zhang, T., Liu, M., Min, F., Wei, W., Liu, Y., Tong, J., Meng, Q., Sun, L., & Chen, X. (2023). Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05070-7>.

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Elif ODABAŞI AKTAŞ	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Ebelik	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%0	% 15
II. Genel Bilgiler	%2	% 35
III. Materyal ve Metod	%21	% 35
IV. Bulgular	%13	% 15
V. Tartışma	%11	% 20
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.		

Ek-2. Etik Kurul



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/853
Konu : Etik Kurul Kararı

26.10.2023

Sayın: Prof. Dr. Hava ÖZKAN
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Primipar Gebelerde Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve
Depresyona Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul
Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ek-3. Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)



T.C.
BAYBURT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-97634879-799-240709546
Konu : Prof. Dr. Hava ÖZKAN (Araştırma İzni
Hk.)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

28/03/2024 tarihinde toplanan Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme komisyonunca; Müdürlüğümüze bağlı Bayburt Devlet Hastanesi'nde Prof.Dr. Hava ÖZKAN sorumluluğunda ve Bayburt Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Araştırma Görevlisi Elif ODABAŞI AKTAŞ'ın yardımcı araştırmacılığında "Primipar Gebelerde Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Depresyon Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" konulu bilimsel araştırma projesinin yapılması talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Ek-4. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

“Primipar Gebelerde Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Depresyona Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma ” amacı ile yapılan bu anketi içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Hava ÖZKAN

Elif Odabaşı Aktaş

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz?

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

3. Mesleğiniz nedir?.....

4. Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

5. Aile tipiniz?

☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile

6. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

☐ Gelirim giderimden az

☐ Gelirim giderime denk

☐ Gelirim giderimden fazla

7. Eşinizin yaşı nedir?.....

8. Eşinizin eğitim durumu nedir?

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

10. Çocuk sahibi olmaya eşiniz ile birlikte planlayarak/isteyerek mi karar verdiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Gebelikte eşiniz veya herhangi bir yakınınızdan sosyal destek alıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Gebelik takiplerinizi yapıldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

13.Doğumdan korkuyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır



Ek-5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği-A (WDBDÖ-A)

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli*ni değil.

I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

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

- 3 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
yalnız yalnız değil
- 4 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
güçlü güçlü değil
- 5 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç kendinden emin değil
kendinden emin
- 6 0 1 2 3 4 5
Son derece korkmuş Hiç korkmamış

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

- 7 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç

	yüzüstü bırakılmış	yüzüstü bırakılmamış
8	0 1 2 3 4 5 Son derece güçsüz	Hiç güçsüz değil
9	0 1 2 3 4 5 Son derece güvende	Hiç güvende değil
10	0 1 2 3 4 5 Son derece bağımsız	Bağımlı
11	0 1 2 3 4 5 Son derece umutsuz	Hiç umutsuz değil
12	0 1 2 3 4 5 Son derece gergin	Gerginlik yok
13	0 1 2 3 4 5 Son derece memnun	Hiç memnun değil
14	0 1 2 3 4 5 Son derece hoşnut	Hiç hoşnut değil
15	0 1 2 3 4 5 Son derece terkedilmiş	Hiç terkedilmemiş
16	0 1 2 3 4 5 Tamamen kendine hakim	Hiç kendine hakim değil
17	0 1 2 3 4 5 Son derece rahat	Hiç rahat değil
18	0 1 2 3 4 5 Son derece mutlu	Hiç mutlu değil

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
keyif verici keyif verici değil

29 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
doğal doğal değil

30 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması Hiç olması gerektiği
gerektiği gibi gibi değil

31 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

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

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Ek-6. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (WDBDÖ-B)

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğumdan sonraki dönemde doğum kasılmaları ve doğum eylemini hatırladıklarında yaşadıkları duygu ve düşünceleri kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum kasılmalarınızın ve doğum eyleminizin size neler hissettirdiğini **hatırlayarak** duruma en uygun olan sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken **deneyimlediğiniz** doğum kasılmalarınızı ve doğum eyleminizi düşününüz, *hayal ettiğiniz şekli değil*.

I Doğum kasılmalarının ve doğumunuzun genel olarak nasıl olduğunu hatırlıyorsunuz?

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

II Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?

3	0	1	2	3	4	5	
	Son derece yalnız						Hiç yalnız değil
4	0	1	2	3	4	5	
	Son derece güçlü						Hiç güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5	
	Son derece kendinden emin						Hiç kendinden emin değil
6	0	1	2	3	4	5	
	Son derece korkmuş						Hiç korkmamış
7	0	1	2	3	4	5	
	Son derece yüzüstü bırakılmış						Hiç yüzüstü bırakılmamış

II Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?

8	0	1	2	3	4	5	Son derece güvende	Hiç güvende değil
9	0	1	2	3	4	5	Son derece bağımsız	Bağımlı
10	0	1	2	3	4	5	Son derece umutsuz	Hiç umutsuz değil
11	0	1	2	3	4	5	Son derece gergin	Gerginlik yok
12	0	1	2	3	4	5	Son derece memnun	Hiç memnun değil
13	0	1	2	3	4	5	Son derece hoşnut	Hiç hoşnut değil
14	0	1	2	3	4	5	Son derece terkedilmiş	Hiç terkedilmemiş
15	0	1	2	3	4	5	Tamamen kendine hakim	Hiç kendine hakim değil
16	0	1	2	3	4	5	Son derece rahat	Hiç rahat değil
17	0	1	2	3	4	5	Son derece mutlu	Hiç mutlu değil

III Doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?

18	0	1	2	3	4	5	Aşırı panik	Hiç panik değil
19	0	1	2	3	4	5	Aşırı ümitsizlik	Ümitsizlik yok
20	0	1	2	3	4	5	Aşırı çocuğa kavuşma isteği yok	Hiç çocuğa kavuşma isteği
21	0	1	2	3	4	5	Aşırı öz güvenli	Öz güveni yok
22	0	1	2	3	4	5	Son derece güvenli	Kendine güvensiz
23	0	1	2	3	4	5	Aşırı ağrılı	Hiç ağrı yok

IV Doğum kasılmalarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?

24	0	1	2	3	4	5	Son derece kötü bir şekilde davrandım	Kötü bir şekilde davranmadım
25	0	1	2	3	4	5	Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermedim	Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin verdim
26	0	1	2	3	4	5	Kontrolümü tamamen kaybettim	Kontrolümü kaybetmedim

V Bebeği doğurduğunuz anda nasıl hissettiniz?

- 27 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
keyif verici keyif verici değil
- 28 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
doğal doğal değil
- 29 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması Hiç olması gerektiği
gerektiği gibi gibi değil
- 30 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

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

- 31 ...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

Ek-7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek okadar değil
- ☐ Artık kesinlikle okadar değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- ☐ Hayır, hiç bir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- ☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

☐ Evet, oldukça sık

☐ Bazen

☐ Hemen hemen hiç

☐ Asla



Ek-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırmanın amacı, Primipar Gebelerde Duygusal Dayanıklılık Eğitiminin Doğum Korkusuna ve Depresyona etki düzeylerini belirlemektir. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Çalışma deneysel olarak yürütülecektir. Çalışmamız 2 gruplu olacaktır. (Deney-Kontrol). Çalışmada deney grubuna seçilen gebelere eğitim verilerek ölçeklerle değerlendirilmesi yapılacaktır. Deney grubunda iseniz size de eğitim verilecek ve sonrasında ölçeklerle birkaç kez izlemlerinizi yapılacaktır. Lakin kontrol grubundaysanız eğitim verilmeden ölçeklerle izlemlerinizi yapılacaktır. Hangi grupta olduğunuzu araştırmacı size söyleyecektir. Verilecek eğitimler haftanın 2 günü 2 oturumdan (60-90 dk) oluşacaktır. Araştırmada eğitim öncesi 1 kez eğitim sonrası 3 kez olmak üzere sizin cevaplandırmanız için 1 adet gebe tanıtıcı bilgi formu, postpartum bilgi formu ve 2 adet ölçek formu sunulmuştur. Sizin her ifadeyi okuduktan sonra kendinize uyan maddeleri işaretlemeniz veya doldurmanız gerekmektedir. Anketleri doldurmanız ortalama 10/15 dakika sürecektir.

Araştırma sırasında karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk veya zarar bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmada kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana

yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin sadece bu araştırma kapsamında kullanılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur, alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Ek-9. Eğitim Kitapçığını Değerlendiren Uzman Listesi

(Unvan) İsim ve Soyisim		Çalıştığı kurum
1	Prof. Dr. Kamile ALTUNTUĞ	Necmettin Erbakan Üniversitesi
2	Prof. Dr. Yeşim AKSOY DERYA	İnönü Üniversitesi
3	Prof. Dr. Rabia GENÇ	Ege Üniversitesi
4	Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ	Çukurova Üniversitesi
5	Doç. Dr. Selda İLDAN ÇALIM	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
6	Doç. Dr. Ayşegül DURMAZ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
7	Doç. Dr. Duygu MURAT ÖZTÜRK	Amasya Üniversitesi
8	Dr. Öğretim Üyesi Fatma BAŞARAN	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi
9	Dr. Öğretim Üyesi Yeliz ÇAKIR KOÇAK	Bartın Üniversitesi
10	Dr. Öğretim Üyesi Gülüzar SADE	Tarsus Üniversitesi

*İsimler ünvan ve soy ismi alfabetik sırasına göre sıralanmıştır.

Ek-10. Eğitim Sertifikası



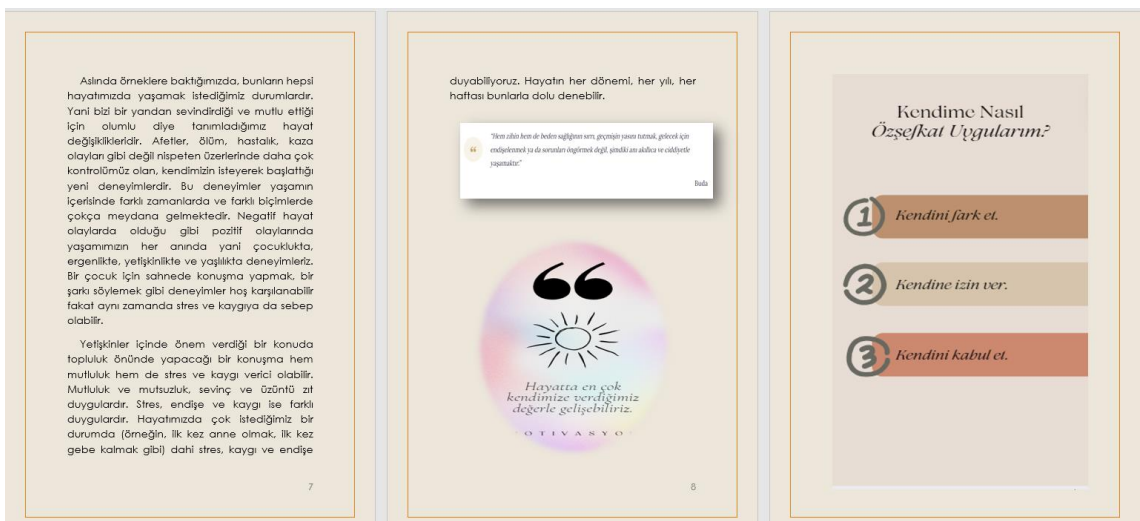
(1.Otutum)

128

Eğitim Sunumu (2.Oturum)

[illegible]

Ek-12. Duygusal Dayanıklılık Eğitim Kitapçığı



Özetle, duygusal olarak zorlanma sadece üzüntülü veya hüzünlü hissettüğümüz anımlarda olmuyor, kaygı ve stresli kurvetli hissettüğümüzde ya da kaygı ve stres uzun süreli yaşadığında duygusal olarak kişiyi zorlayabilir.

Duygusal dayanıklılık, yaşadığımız belirsizlikler, stres, kaygı gibi durumlarda duygusal olarak ayakta kalabilmek önemlidir.

Peki, duygusal dayanıklılığımızı arttırmak için ne yapmalıyız?

DUYGUSAL DAYANKILILIĞI ARTIRAN FAKTÖRLER NELERDİR?

Uçamıyorsan koş;
kasmıyorsan, yürü;
yürüyemiyorsan sürün ama ne yaparsan yap, illeti doğru hareket et.

MLK.KING

Beynimizi bir fabrika gibi düşünelim ve bu fabrikaya işlenmek üzere bazı ürünler geliyor. Fabrikaya gelen ürünleri gün içerisinde yaşadığımız olaylar olarak düşünürsek, bu ürünlerin bazılarında meyve suyu, bazılarında meyve salatası, bazılarında ise meyveli şeker yapılabilir. Gelen ürünü anlayıp, onu ne olduğunu algılayıp bu ürünün neler yapabileceğimize dair zihnimizde oluşan anlam, bizim düşüncemizdir. Yani ürüne verdiğimiz anlam ve anlamın hayatımızda ortaya çıktığı duygu bizim hareketimizi belirler. Gelen ürünü meyve suyu, meyve şekeri ya da salatasına

dönüştürmek için harekete geçmek bizim davranışımızdır.

Örnekeyecek olursak, ilk bebeliğiniz (durum): "Ben bebeliğimi kabullenemedim ve sürdüremiyorum," (düşünce) dersiniz bu düşüncenin sonucu olarak kaygı, endişe ve stres yaşayabilirsiniz ya da hissedebilirsiniz (duygu). Düşünce bir şeye dair zihnimizde ki yorumlamayken, duygu düşüncenin uyandırdığı tepki, davranış ise duyguya verilen yanittir. Yani düşünce duyguyu, duyguda davranış etkiliyor.

Buradan dikkatimiz duygu ve hislere çevirirsek, bazen his kelimesini kullanma şeklimiz duygu ve düşünce arasındaki farkı karıştırmaya sebep olur. Aye "Anne olarak kendimi yetersiz hissediyorum," dediğinde burada aslında anneliğe dair değerlendime yapıyor. Bu duygu değil Aye'nin anneliğe dair düşüncesi ve duygusudur. "Dün işimden dolayı çocuğumun gösterisini izleyemediğime çok üzülüm. Bir anne olarak yetersiz olduğumu düşünüm," dediğindeyse hem düşüncesini hem de bu düşüncenin kendinde yarattığı duyguyu ifade ediyor.

Duygularımız hakkında konuşmak, düşüncelerimiz hakkında konuşmaktan oldukça zordur. Aslında duygularımızı eşimize, çocuğumuza etrafımızda yakın hissettüğümüz kişilere bahsetmek ve onlardan öneriler almak bizi duygusal olarak daha dayanıklı hale getirebilir. Çünkü duyguyla bastırmanın sağlığı olumsuz etkileri varken, paylaşmanın ise duygularımızı daha iyi yönetebilmeye ve ilişkilerimizi düzenlemeye önemi daha fazladır.

Hissediyor olduğumuz duyguyu anlamak ve yönetebilmek duygusal dayanıklılık için temeldir. Duygularımızı tanımak, onları anlamlandırmak tepkilerimizi olduğunca mantıklı ve zarar vermeyecek şekilde göstermek duygusal dayanıklılığımızı yüksek tutmaktadır.

Kişide altı temel duygu vardır. Bunlar: **Kızgınlık, Şaşkınlık, Üzüntü, Korku, İğrenme ve Mutluluk.**



ÖNERİLER

Bildiğiniz duygulan herhangi bir kâğıda deftere sırayla yazın.

Şimdi sıraladığınız duygulan sizin için öncelik ve önem sırasına göre sıraya koyun.

Çünkü duygularınızı listelemek, duygusal dayanıklılığını geliştirme konusunda size yardımcı olur ve farklı duygularınız olduğunu görmek kendinize karşı öz-farkındalığınızı artırır.

1. Anı Yaşayın

Gelecekle ilgili çok fazla endişemiz varsa veya geçmişle ilgili çok sık hayıflanıyorsak, anı yaşamayı bırakmıyızdır. Yapılan araştırmalara göre, ortalama bir insan günde yaklaşık 70.000 düşünce üretir. Ne yazık ki bunların büyük bir kısmı negatiftir.

Unutmamalıyız ki, gelecek belirsizliklerle doludur ve geçmişli geri gitmek mümkün

değildir. Yapılması gereken anda kalmaya çalışmaktır. Ancak burada bahsettiğimiz şey boş vermek, umursamamak ve bugünün iğni yanına bırakmak değildir. Önemli olan, tüm olasılıklar ve imkânlarıyla anı kucaklamak ve değiştirebileceklerimizi üzerine yoğunlaşmaktır.

"Dün öldü, yani doğmadı, bugün can çekiyor. Sen bu anı değerlendir."

BİŞR el-HÂFİ

2. Belirsizlikleri ve Kaygıyı Normalleştirin

İnsan doğası gereği her şeyin net ve belirli olmasını ister. Yüzde yüz bir netlik hepimiz için rahatlatıcı olsa da mümkün değildir ve bir süre sonra hayat sıkıcı hale gelebilir. Örneğin, bebeliğimizde cinsiyeti hala öğrenmemiş olmamız belirsizlik ve tatlı heyecan gibi siz çezebedebilir.

Aslında kaygı ve korku, evrimsel olarak hayatı kurtarıcı duygulardır, varlığını ve konfor alanımıza tehdit eden olaylara karşı kendimizi savunmamızı ve aksiyon almamızı sağlar. Negatif

olan, bu duygulan normalden fazla hissetmektr. Korku pek çok duygunun sebebidir. Kızgınlık duygusu korkudan kaynaklanır ve kişi korktuğu şeyden kendisini korumak için gıter o yüzden korku sayesinde kendini kurtarabilir. Aslında insanın doğuştan gelen iki temel korkusu vardır. İlk yok olma/ölüm korkusu ikinci ise yükseklik korkusudur. Bunlar dışındaki korkular zihnimizin ürettiği durumlardır. Örneğin şiddet görmüş çocukların lisede ötek ve korkak olması öğrenilmiş bir korkudur.

Doğum korkusu, doğum eyleminin sonucunu tam olarak kestiremediğimiz için ve belirsizliklerin olduğu bir süreç olması nedeniyle birçokumuz doğum eylemine yönelik korku yaşayabilmekteyiz. Korku verici bir duruma karşılanan kişinin dikkati doğur, tehlike neden olan faktör üzerine odaklanır ve endişesi artar. Bu da kadını olumsuz bir duygu durumu içine yoneltir ve doğumu baştan ile tamamlamayacağı düşüncesine iter. Bu döngü olumsuz beklentilerin gerçekleşmesine neden olur. Gebelik boyunca doğum korkusu gibi olumsuz beklentilerin doğumun olumsuz bir deneyimle sonuçlanmasını, doğum ile ilgili pozitif

beklentiler doğumun olumlu bir deneyimle son uılanmasını sağlar.

AKTİVİTE

OLUMSUZ DÜŞÜNCELERİMİZİ SİZ KÂĞIDA YAZARAK AŞAĞIDA TABLODAKİ GİBİ OLUMLU DÜŞÜNCELERLE YER DEĞİŞTİRELİM

Olumsuz Düşünceler	Alternatif Olumlu Düşünceler
1. Bu anı geçireceğim	1. Daha hızlı zamanımdan geçireceğim
2. Kızgın olan tutumuma kaybediyorum	2. Kontrolü geri alabiliyorum
3. Daha düşünce oluyorum	3. Daha hızlı karar veriyorum
4. Başka birine odaklanıyorum	4. Başka birine odaklanmıyorum
5. Başka birine odaklanmıyorum	5. Başka birine odaklanıyorum

3. İyimsel Olun

İnsanın doğuştan gelen iki temel korkusu vardır. Bu korkular, yok olma korkusu ve yükseklik korkusudur. Geri kalan bütün korkular zihin tarafından çocuklukta yaşanan olumsuz olaylar esas alınarak üretilir. Örneğin, çocukken şiddet görmüş birey, gelecekte de benzer bir şey yaşayacağını düşünürse geri ve korkar. Bu korkuların bizi ele geçmesine müsaade

edersek, duygusal dayanıklılığımıza düşümüş oluruz. Korku duygumuzu sınırlandırıp daha pozitif bir tutum geliştirelimiz.

Bu zor gibi görünebilir ancak değildir. Dikkatimizi pozitif anılara ve ihtimallere vermeliyiz. Dikkat kapasitemiz sınırlıdır. Aynı anda birçok şeye dikkat vermek mümkün değildir. Dikkat neredeyse bütün enerji ve kaynak aradadır ve kişi dikkatini nereye vereceğini seçme konusunda özgürdür. Bu sebeplerden dolayı, pozitif olana odaklanmak kendi elimizdedir ve bu, bütün enerji ve kaynağımızı yalnızca pozitif ihtimallere aktarmamızı sağlayacaktır.

4. Kendinizi Tanıyın

Kişilerin iki dünyasında iki sarmal vardır: biri **asagi sarmal** diğeri **yukarı sarmal**. Hayal kırıklığı, endişe, kaygı, çaresizlik, yetersizlik gibi duygular asagi sarmala ait duygulardır ve kişiyi tepki, kuyunun dibine düşürmüş gibi aşağı çeker. Yukarı sarmalda olan kişi stresle başa çıkma konusunda iyidir, dışı dârdır, iyimserdir ve tüm bunların bir sonucu olarak fiziksel ve ruhsal olarak daha sağlıklıdır. Kişinin hangi durumlarda aşağı

sarmala inidğini hangi durumlarda yukan sarmala çıktığını gözlemlemesi gerekir.

Neler, kimler ve hangi durumlar sizde negatif duyguları ortaya çıkarmaya neden oluyor? İhtizil son ana bırakmak sizde telaşa neden oluyorsa bunu yapmamaya çalışın. İstemediğiniz ilişkiler sizde endişe ve korkuya neden oluyorsa bu insanları hayatınızdan çıkarın. Aynı şekilde sizde pozitif duygular uyandıran durumları gözlemlemek de önemlidir. Sahil kenarında çay içmek, yakın bir arkadaşınızla sohbet etmek veya temizlik yaptıktan sonra Türk kahvesi içmek sizi mutlu ediyorsa bu aktivitelere daha fazla zaman ayırmayı düşünebilirsiniz.

Sizi pozitif duygulara yönlendiren aktiviteleriniz nelerdir?

İl Gebe ken yaşadığınız tüm olaylara, durumlara ve beklentileriniz yönelik günlük tutmak sizi rahatlatabilir.

19

5. Değişimden Korkmayın

Duygusal dayanıklılık ve değişim arasında doğrudan bir ilişki vardır. Duygusal dayanıklılık, değişim yaşadığı anlarda düşer. Değişim; bir insanın, bir durumun ve bir nesnenin aynı kalmama özelliğidir. İnsan doğası gereği, aynı kalmamak için her zaman çaba harcar. Her zaman bizi daha iyile götürecek ihtimalleri seçmeye çalışır.

Öte yandan, bununla çelişki olsa da konfor alanımızdan da ayrılmak istemeyiz. Yeni bir değişim fırsatı çıktığında ve bilmediğimiz bir şeyle karşı karşıya kaldığımızda yaşadığımız belirsizlik bizi gerer. Sabit ve alışık olduğumuz düzenin dışına çıkma durumu sizde direnç yaratır. Bu normaldir. Ancak burada önemli olan direncin şiddetidir. Duygusal dayanıklılığı olan bireyler zorlanırlar da değişimin getirdiği yenilikleri kucaklarırlar.

"Değişimden nefret edenler aynı zamanda değişmek istiyorsunuz; ancak istediğiniz şey, her şeyin aynı kalması ama daha iyi olması".

Sydney J. Harris

20



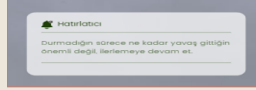
Gelecek süreci hayatınızda yaşadığınız önemli ve özel değişimlerden biridir. Bu değişimi kucaklamak ve sonunda istediğiniz bir şeye kavuşmak sizi duygusal olarak rahatlatacaktır. Değişim ile birlikte yaşadığınız korkuları, kaygıları ve endişelerinizi size en yakın kişilere anlatabilir ve destek alabilirsiniz.

21

6. Kendinize İhtifad Edin

Kendimizle olan ilişkilerimizde zihne negatif hisler yükleyen "Kurban dilini" yerine bilinçaltına özgüveni ve cesareti arttıracak mesajlar veren "kuvel dilini" kullanmalıyız. Kurban dili, "Ben yapamadım", "Ben göçtüm", "Ben yetemedim", gibi zihnimize negatif mesajlar veren dil kalıplarıdır. Bunlar yerine, "Bunu yapmam mümkün", "Ben daha önce daha zorları gerçekleştirdim", "Ben cesur ve yetenekliyim" gibi cümleler kurmalıyız.

İlk başlarda bunlara inanmasak da bu egzersiz alışkanlık haline gelmek bir süre sonra pozitif duyguları da beraberinde getirecektir. Evrende sizden bir tane daha yok. Siz eşsiz ve değersiniz. Hayatta kaldığınız her bir gün de aynı ölçüde değerli. Bu gerçekleri sık sık kendinize hatırlatmayı unutmayın.



22



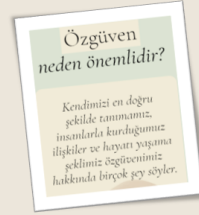
7. İç Dünya ve Dış Dünya Arasında Denge Kurun

Gerçek potansiyelimizi gerçekleştirebilmek ve duygusal dayanıklılık kazanabilmek için dünyamızdan ve dış dünyadan gelen negatif etkileri kontrol altında tutabiliyor olmamız gerekir. Dış dünya kendimiz haricindeki tüm kişiler, olaylar ve şeylerdir. Belirli ölçüde bizi ve hareketlerimizi etkiliyor olması sorun değildir. Ancak kişi dış dünyadan abartılı bir şekilde etkileniyorsa, örneğin herhangi bir kişinin negatif yorumu üzerine bütün bir gün düşünüp üzülüyorsa sorun var demektir.

23

Aynı şekilde, kişinin kendi iç dünyasında kaybolması ve sürekli duygu ve düşünceleriyle boğuşması da bir sorundur. Bu durumda, birey kendini kaybeder ve dışardan gelecek olumlu eğretileri ve uyarılara kendini kapatır.

Hayatın dikkatli bir şekilde olmalı ve içerden ve dışardan gelebilecek olan her türlü uyarıyı mantık süzgecinden geçirip kontrol ediyor olmalıyız.



24

8. Yaşadığınız İşe Anlam Yükleyin

Üretmek, ortaya bir şey çıkarmak ve işe yaradığını hissetmek insanların temel ihtiyaçlarından biridir. Kişi bir iş yaptığında topluma olumlu yönde katkı sağladığına inanırsa pozitif duygular hissedecektir. Yaşamımızın büyük bir kısmını mesaiye harcıyorsunuz. Eğer yaptığınız işi anlamlandıramıyorsanız, kendinizi değersiz ve işe yaramayan biri olarak hissedebilirsiniz. Yaşadığınız işe anlam yüklemek veya anlamlı bulduğumuz bir işle meşgul olmak gün içerisinde iyi hissetmemizi ve uzun mesai saatlerinde mutlu olmamızı sağlayacaktır.

Duygusal dayanıklılık. hem bireyler hem de kurumlar için geçerli olan bir kavramdır. Hayatta karşılaştığımız zorluklara ne kadar iyi başa çıkabiliğimiz veya baskı altında soğukkanlılığımızı kaybetmeden hareket edebilme yeteneğimiz doğrudan dayanıklılığımızla ilişkilidir.

Duygusal olarak dayanıklı olan insanlar daha olumlu ve ılımlı bir bakış açısına sordurma ve stresle daha etkili bir şekilde başa çıkma eğilimindedir. Eminim bu özellikleri okurken, tanıdığınız duygusal olarak dayanıklı

25

nitelendirileceğiniz en az bir kişi aklınıza gelmiştir. Kötü bir anlık yaşadığınız sonra hayatını çok daha iyi hale getiren ya da işten çıkarıldıktan bir yıl sonra, bir şekilde her zamanından daha güçlü ve mutlu bir şekilde yeniden kariyerine devam edebilen o kişi...

Araştırmalar gösteriyor ki bazı insanlar doğal olarak duygusal direnç gibi görünse de, bu davranışlar sonradan öğrenilebilir. İster zor bir dönemden geçiyor olun, isterseniz de karşılaşılabileceğiniz zorluklara hazırlıklı olmak isteyin, derinleştiğiniz tecrübeleri kullanarak duygusal olarak daha dayanıklı hale gelmeniz mümkündür! Gelin, hep birlikte bakalım!

STRES YÖNETİMİ

Her insan doğar, yaşar, ölür ve kendisine ait bir yaşam öyküsü oluşturur. Kimi insan kolaylıkla istediği her şeye sahip olurken kimi işe sahip olamadıkları için daha fazla mücadele vererek huzuru ve başarıyı kazanmaya çalışır. Bu yüzden ihtiyaçlarımız doğrultusunda yaşam koşullarımızı iyileştirmek adına hayatımız boyunca kişisel, çevresel ve psikolojik birçok engelle mücadele ederiz. Hayatın gerçekleri bu engellere uyum sağlamamızı gerektirmektedir. Bu doğrultuda

26

fiziksel ve duygusal sağlığını etkileyen zorluklar, başa çıkma yetimizi aştığında verdiğimiz psikolojik savaş genellikle stres olarak tanımlanmaktadır.

Stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için mevcut durumu veya bu duruma verilen tepkileri değiştirmeye stres yönetimi denir. Stresi hayatımızdan tamamen çıkarmak neredeyse imkânsızdır. Hayatımızdan çıkaramıyorsa stresle karşı olan tavırımızı değiştirmek olumsuz olan stresli olumlu strese çevirebilir. Stres yaşamın her döneminde gerek özel gerekse iş hayatımızda sıklıkla karşımıza çıkan bir olgudur. Uygun dozda stres bireyi harekete geçirebilir fakat sürekli ve yoğun stres bireysel



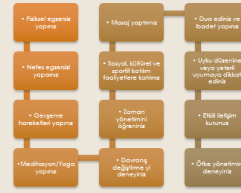
27

anlamda yıkıcı olabilmektedir. Bu sorunların önüne geçebilmek adına strese neden olan kaynakların araştırılarak bireylerin bu durumla mücadele etmesi gereklidir. Dolayısıyla stresli hayatımızdan çıkarmak için bireysel yönetimine ihtiyaç vardır.

Bireysel Stres Yönetimi: Birçok kişi bireysel olarak stresten uzaklaşmak için farklı yöntemler kullanır. Bireyler stres yaşadığının farkındadır ve daha önce stres yaşadıkları belirtilerini tanımlayabilirler. Bireyler stresin yıkıcı etkilerini bilmelerine rağmen strese başa çıkma yöntemleri hakkında pek bilgisi sahip değildir. Günlük yaşamımızda yaşadığımız bazı değişimler, çatışmalar, yorumlar, ani gelişen olaylar ve anlaşmazlıklarda stres yaşamamıza neden olmaktadır.

Bu yüzden stresli günlük hayatımızda en aza indireyecek amaçla verilen yöntemlerden size uygun olanları kullanabilirsiniz:

28



Kullanmayı seçtiğiniz yöntemlerin yanı sıra sağlıklı ve dengeli beslenme, sigaradan uzak durma, olumlu alışkanlıklar edinme, düzenli sağlık kontrollerine gitme, gergin ortamlardan kaçınmak, pozitif düşünme, kendine özgü hobiler edinme, tatil planlama/çıkma, mizah anlayışını geliştirmede bireyin stresini azaltabilir.



29

STRESLİ ZAMANLARDA BİLE ŞÜKRETTİĞİMİZ HER ŞEYİ LİSTELEDİĞİMİZ BİR ŞÜKRAN GÜNLÜĞÜ TUTABİLİRİZ. GÜNLÜĞÜN SÜTUNLARINI DOLDURMAK, HAYATTAKİ TÜM GÜZEL ŞEYLERİ KENDİMİZE NAZİKÇE HATIRLATACAKTIR. HAFTALIK BİR GÜNLÜK ŞÖYLE GÖRÜNEBİLİR:

30

STRESLE BAŞETMEDE EGZERSİZ

Temel olarak, kişisel farkındalık zihnimizin **ABC**'sini bilmekte ilgilidir: Burada

A öncül veya mevcut duruma yol açan sebep,

B davranış veya buna tepki göstermeyi seçtiğimiz yol

C sonuçtur.

Eylemlerimizi ve duygularımızı getirmesi muhtemeldir.

Her stresli karşılaşmanın ABC'lerini belirlemek, kişiyi daha dayanıklı hale getirir ve olumsuzluklara etkili bir şekilde başa çıkma gücü verir. **Bunu uygulamak için basit bir günlük egzersiz aşağıda gösterilmektedir:**

Stres etkileri	Öncül (Neden) gözlemlenene ne sebep oldu?	Davranış (Nasıl tepki verdim?)	Sonuç (Tepkimin etkisi neydi?)
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.

34

DUYGUSAL DAYANIKLILIK GEBELİKTE KORKU ve DEPRESYON NASIL ETKİLİ?

Doğurganlık çağındaki her kadın için gebelik ve doğum insan neslinin sürmesi ve aile büyüklüğü oluşturmada önemli bir olay olmasına rağmen, kadının hayatında korku ve stres yaratan bir durumdur. Doğumun kadın hayatında yeri büyük olmakla birlikte kadının eğitim düzeyi, kişisel deneyimleri, sosyal destek (eş, aile, yakın dostun desteği) durumu, gebeliğin planlı olup olmaması, ailenin gebeliğe karşı tutumu, sosyo-ekonomik durum gibi faktörler gebeliğin yükünü artırmakta ve gebeler için stresli bir durum ortaya çıkarabilmektedir. Gebelik boyunca kadınlar fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşarlar.

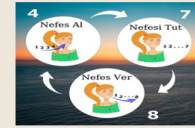
Gebeliğin son döneminde kadınlar kendileri ve bebekleri ile ilgili karmaşık duygulara kapılabilirler. Özellikle gebeliğin son döneminde doğumun yaklaşması ile kadınların gebeliğin ilk dönemlerine göre daha yoğun kaygı ve korku yaşayabilirler. Doğum sırasında yaşanabilecek ağrılar, bebeğin sağlığı ve doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili düşünceler bu korkuyu daha da

32

artırken, ilk defa doğum yapacak olan kadınlar tanımlayamadığı birçok duyguyu da bir arada yaşarken doğumda karşılayacağı durumları tahmin edemez.

AKTİVİTE III

Bazen kaygılı ya da stresli hissettüğümüzde nefes alış-verişimizi düzenliyoruz. Bu durumda, farkındalığımızı artırmak, basit egzersizlerle nefesimizi düzenlemek, vücudumuzdaki hava akışını hızlandırmak hissettığımız kaygıyı hafifletir. 4-7-8 nefes tekniği kaygılandığımızda uygulayabileceğimiz nefes tekniğidir. **Kaygılıysak ya da korkuyorsak uygulayalım!**



33

Doğumda ağrıya en çok sebebiyet verecek durumlardan en önemlisi korkudur. Öyle ki doğum korkusu kadının gebelikten kaçınmasına ve isteğe bağlı düşüklüğün artmasına neden olabilir.

Doğum korkusunun nedenlerine bakıldığında; gebelikte yaşanan bazı sağlık sorunları, geçmişte yaşanan travmatik doğum olayları, sosyal destek sistemlerinin (özellikle eş desteği) olmaması, ekonomik yetersizlikler, eğitim düzeyi, sağlık personeline güvenme şeklinde görülebilmektedir. Genç yaşta ve ilk defa doğum yapacak annelerin doğum korkusu daha sık yaşanırken,leri yaş gebeliklerde de görülebilmektedir. Yine her 5 kadından bir orta derecede doğum korkusu yaşıyor. Özellikle 28. haftadan sonra doğum korkusu kaygı ve stresli artmaktadır.

Gebelikte yaşadığımız doğum korkusu, sezaryen doğum oranlarını artırmakla birlikte, doğum sonrası kötü ruh sağlığı gibi olumsuz sonuçlarda ortaya çıkarabilir. Gebelik döneminde yaşanan korku, zorlu doğumlara, anne-bebek bağlanma sorunlarına ve depresyona sebep olabilmektedir. Doğum

34

korkusu doğum sonrası dönemde depresyon ve kaygı bozukluklarına neden olabilir. Yine gebelikte yaşanan kaygı bozuklukları da doğum korkusunu artırabilir.

Gebelikte depresyon ve kaygı, endişe görülmesi doğum korkusunu artırırken, doğum sonrası ise annenin, bebeğin ve ailenin birçok yönden güçlükler yaşamasına, anne-bebek etkileşiminin bozulmasına, annenin bebek bakımı ve annelik rollerini etkilmesine sebep olmaktadır. Gebelikte dayanıklılığın artması ile birlikte korku, kaygı, stres ve anksiyeteyi en aza indirecektir.

Dayanıklılık yaşamadaki zorluklara uyum sağlayabilme kapasitesi olarak kabul edilir. Duygusal dayanıklılık ise strese başa çıkma tarzı, kendini onama yeteneği, olumsuz olaylardan hızlı kurtulma yeteneği ve yeni ortama uyum sağlama durumu olarak tanımlanır. Duygusal dayanıklılık, olumsuz olaylar sırasında bireyin refahını artıran önemli bir psikolojik kaynaktır. Özellikle duygusal dayanıklılığı yüksek bireyler yaşamadıkları olumsuz sonuçları azaltarak fiziksel ve zihinsel sağlığını koruyabilir ve yaşam deneyimlerini artırabilir. Özellikle düşük dayanıklılığa sahip

35

gebelerin endişe, kaygı, stres ve korkularının arttığını gözlemliyoruz. Düşük dayanıklılığı olan gebelerin özellikle gebelik döneminde yaşamadıkları stresin doğum sonrası dönemde depresyona karşı savunmasız olduğu gözlemlenmektedir.

Gebelikte yaşanan doğum korkusu, stres, endişe, kaygı gibi durumlar normal doğumu engelleyip gebelerin sezaryen doğuma yönlendirilebilir. Bu nedenle, gebelik döneminde stres-dayanıklılık ilişkisi çok önemlidir ve bu durum hem anne hem de bebek için sağlığı geliştirir bir faktör olacaktır. Gebelik döneminde gebelerin duygusal dayanıklılığının artması ile gebelerin stres, korku ve kaygıdan azalacak, yaşamadıkları zorluklara daha iyi başa çıkacaklardır.

DUYGUSAL DAYANIKLILIK BİLİNCİ OLUŞTURMA

Duygusal dayanıklılığın aileniz ve yaşadığınız topluma da etkileri, Duygusal dayanıklılığınız yüksek ise diğer kişilere de rol model olursunuz. Çocukları duygusal dayanıklılığı büyüklerinden kopyalar **YANI ÖĞRENİRLER**. Anne babanın duygusal dayanıklılığı düşerse çocuklarının da düşük olur.

36

Ek-13. Duygusal Dayanıklılık Bilgi Kartları

Duygusal Dayanıklılık Bilgi Kartları I

1. Duygusal Dayanıklılık Nedir?

- Duygusal dayanıklılık, zor ve stresli durumlarda güçlü kalabilmek ve duygusal dengeyi koruyabilmektir.
 - Gebelikte, bu beceri ruh hali dalgalanmaları ve endişelerle başa çıkmayı kolaylaştırır.
- 

2. Gebelikte Duygusal Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

- **Hormonlar:** Hormonlardaki değişiklikler ruh halinizi etkileyebilir.
 - **Destek Sistemi:** Aile ve arkadaşlardan gelen destek çok önemlidir.
 - **Ruhsal Geçmiş:** Önceden depresyon ya da anksiyete yaşamışsanız, bu dönemde tekrar ortaya çıkabilir.
-

3. Duygusal Dayanıklılığı Güçlendirme Yolları

- **Nefes Egzersizleri:** Derin nefes alıp vererek stresinizi azaltabilirsiniz.
 - **Mindfulness (Farkındalık):** Anı yaşamak ve o anda kalmak zihinsel rahatlık sağlar.
 - **Destek Alın:** Sevdiklerinizle konuşun veya bir uzmandan yardım alın.
-

4. Duygusal Dayanıklılığın Gebelikteki Faydaları

- **Stres Yönetimi:** Kendinizi daha huzurlu ve güçlü hissetmenizi sağlar.
- **Bebekle Bağ Kurma:** Rahat ve dengeli bir zihin, bebeğinizle sağlıklı bir bağ kurmanıza yardımcı olur.
- **Doğuma Hazırlık:** Kendinize güvenerek doğuma hazır olursunuz.

5. Ebe Desteğinin Önemi

- **Ebenizin Rolü:** Ebeler, gebelik boyunca sizi dinleyip destekleyerek duygusal dayanıklılığınızı artırabilir.
 - **Güvenli Ortam:** Ebe desteği, kendinizi güvende ve güçlü hissetmenizi sağlar.
-

1. Nefes ve Gevşeme Egzersizleri

- **Ne yapmalısınız?** Yavaş ve derin nefesler alarak vücudunuzu rahatlatın. Her nefesle, kendinizi daha sakin hissedin.
 - **Neden önemli?** Stresi azaltır, kan basıncınızı düzenler ve zihinsel rahatlama sağlar.
-
- 

2. Mindfulness (Farkındalık) Uygulamaları

- **Ne yapmalısınız?** Günde birkaç dakika, o anı fark etmek için zaman ayırın. Duyularınıza odaklanın: Ne hissediyor, ne duyuyor, ne görüyor olduğunuzu fark edin.
 - **Neden önemli?** Stres ve endişeleri azaltarak ruh halinizi dengeler.
-
-

3. Pozitif Düşünce Alıştırmaları

- **Ne yapmalısınız?** Kendinize olumlu cümleler söyleyin, örneğin: "Bu süreci en iyi şekilde atlatabilirim" veya "Güçlü bir anneyim."
 - **Neden önemli?** Kendinize olan güveni artırır ve zor anlarda daha güçlü kalmanıza yardımcı olur.
-

4. Sosyal Destek Alın

- **Ne yapmalısınız?** Aile üyeleri, arkadaşlar veya diğer anne adaylarıyla duygularınızı paylaşın. Destekleyici bir grup bulun.
 - **Neden önemli?** Anlaşıldığınızı ve desteklendiğinizi hissetmek, duygusal gücünüzü artırır.
-

5. Yeterince Dinlenin

- **Ne yapmalısınız?** Günde en az 7-8 saat uyuyun. Gün içinde kısa dinlenme molaları verin.
 - **Neden önemli?** Yorgun hissetmek, duygusal dengenizi zorlayabilir. Dinlenmek zihinsel ve fiziksel olarak yenilenmenize yardımcı olur.
-

6. Egzersiz Yapın (Doktorunuza Danışarak)

- **Ne yapmalısınız?** Hafif yürüyüşler, yoga veya su egzersizleri yapın.
 - **Neden önemli?** Egzersiz, endorfin (mutluluk hormonu) salgılar ve genel ruh halinizi iyileştirir.
-