



Parite ve doğum, gebelerde kaygı seviyelerini etkiliyor mu?

Zeliha Çiğdem Demirel Güler¹ , Aşkın Evren Güler¹ , Mehmet Ferdi Kıncı² , Erhan Aktürk³ 

¹Koru Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla

³İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Muğla

Özet

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız, farklı parite ve doğum türlerinin varlığında prenatal dönemde durumluk kaygı seviyelerini incelemektir.

Yöntem: Haziran – Aralık 2013 tarihleri arasında üçüncü basamak merkezimizde farklı paritelere ve doğum türlerine sahip gebelerin sonuçlarını toplamak amacıyla retrospektif bir çalışma gerçekleştirildi. Yüz seksen altı olgu 3 gruba ayrıldı. Grup 1 (n=60) spontan doğum yapması beklenen primipar gebelerden, Grup 2 (n=64) spontan vajinal doğum ile ikinci doğumlarını yapacak multipar gebelerden ve Grup 3 (n=62) elektif sezaryen ve ikinci trimester gebelerden oluşmaktaydı. Gebeliğin 37. haftasındaki antenatal gebelik takibi esnasında Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State and Trait Anxiety Inventory, STAI) analizi yapıldı.

Bulgular: Hastalar normal, hafif kaygı, orta seviye kaygı ve şiddetli kaygı gruplarına ayrıldı ve 124 (%66.6) hastada kaygı saptandı. Kaygı hastalarının olduğu grupta hastaların %95.9'unda hafif kaygı bulundu. Hiçbir hasta şiddetli kaygıya sahip değildi. Özellikle Grup 1'in hasta oranı, %85 oran ile diğer gruplardan daha fazlaydı. Grup 3'teki hastaların çoğu (%50), diğer gruplara kıyasla normal olarak değerlendirildi.

Sonuç: Gebelerin kaygı seviyeleri genellikle hafiftir ve daha önce doğum yapmış ve ağrı yaşamamış gebeler düşük kaygı seviyelerine sahiptir.

Anahtar sözcükler: Kaygı, elektif sezaryen, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri.

Abstract: Does parity and labor influence anxiety levels of pregnant women?

Objective: Our aim for this study is to examine state anxiety levels in the prenatal period in the presence of different forms of parity and birth types.

Methods: A retrospective study was conducted to collect the results of pregnant woman which has different parities and type of deliveries in our tertiary center between June and December 2013. 186 cases were divided into 3 groups. Group 1 (n=60) consists of primiparous pregnant women who are expected to give birth spontaneously, Group 2 (n=64) consists of multiparous pregnant women whose will be their second birth with spontaneous vaginal delivery and Group 3 (n=62) consists of elective cesarean section and second-trimester pregnant women. State and Trait Anxiety Inventory (STAI) analysis was made during antenatal pregnancy follow-up at 37 weeks of gestation.

Results: When patients were divided into groups of normal, mild anxiety, moderate anxiety and severe anxiety, 124 (66.6%) of the patients were found to be anxious. In the group of anxious patients, it was found that 95.9% of the patients had mild anxiety. No patient is severely anxious. Especially in Group 1, the patient ratio was higher than the other groups with 85%. In Group 3, it was shown that the majority of the patients (50%) evaluated as normal compared to other groups.

Conclusion: The anxiety levels of pregnant women are generally mild and women who have already experienced birth and did not experience pain have reduced anxiety levels.

Keywords: Anxiety, elective cesarean section, STAI.

Giriş

Gebelik esnasında kadın vücudunda birçok fizyolojik, psikolojik ve anatomik değişiklik meydana gelmektedir. Bu değişiklikler fetüsün gelişimini destekler ve anneyi doğuma hazırlar.^[1] Gebelik sürecinin yanı sıra

doğum yapmak da önemli bir deneyimdir. Bazen ciddi travmalardan biri haline gelebilir.^[2] Gebelik, doğum süreci ve doğum şekli kaygıya neden olabilir. Bu kaygının şiddeti değişmektedir. Kadınlar için doğum sürecinin nasıl olduğunu ve doğum türünün ne olacağını bil-

Yazışma adresi: Dr. Mehmet Ferdi Kıncı. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Muğla. e-posta: drferdikinci@gmail.com / **Geliş tarihi:** 15 Nisan 2019; **Kabul tarihi:** 24 Mayıs 2019

Bu yazının atf künyesi: Demirel Güler ZÇ, Güler AE, Kıncı MF, Aktürk E. Does parity and labor influence anxiety levels of pregnant women? Perinatal Journal 2019;27(1):43-48. Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü: www.perinataljournal.com/20190271007 / doi:10.2399/prn.19.0271007

ORCID ID: Z. Ç. Demirel Güler 0000-0002-9300-7329; A. E. Güler 0000-0002-2281-2347; M. F. Kıncı 0000-0003-0487-1201; E. Aktürk 0000-0003-1436-6049

memek ve doğumla ilgili ağrı korkusu, kaygıya yol açabilecek nedenlerdir.^[3,4] Ayrıca bebeğin veya annenin zarar görmesinden veya ölmesinden korkmak, aşırı ağrı korkusu, sağlık çalışanlarına güvenmemek ve kontrolü kaybetme düşüncesi de kaygının yaygın nedenleri arasındadır.^[5-8]

Doğum öncesinde aşırı kaygı ve stres, uzamış eyleme neden olabilir ve bunun sonucunda operatif doğumlara ve fetüsün olumsuz etkilenmesine yol açabilir.^[9] Ayrıca kaygı, doğum ağrısı şiddetini artırmak bakımından çok önemlidir. Kaygı literatürde iki farklı şekilde sınıflandırılmıştır; sürekli ve durumluk kaygı. Çalışmamızda, kadınların durumluk kaygı seviyelerini ölçtük. Durumluk kaygı, tehlikeli ve istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan bir kaygı türüdür.^[10]

Doğum öncesinde ve esnasında sorumlu olan hemşire, ebe ve doğum uzmanlarının, gebenin kaygı seviyesini bilmesi ve doğumu yönetmek için yaklaşımlarını planlamaları önemlidir. Bu nedenle doğum öncesi durumluk kaygısı üzerine daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, farklı parite ve doğum türlerinin varlığında prenatal dönemde durum kaygı seviyelerini incelemektir.

Yöntem

Çalışmamıza, gebelik takipleri Özel Korumaya Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılan 186 hasta dahil edildi. Çalışmanın etik onayı, Korumaya Ankara Hastanesi Etik Kurulundan alındı (Etik Kurulu protokol no. 13/11/2018-16). Çalışma, Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirildi. Yüz seksen altı olgu 3 gruba ayrıldı. Grup 1 (n=60) spontane doğum yapması beklenen primipar gebelerden, Grup 2 (n=64) spontane vajinal doğum ile ikinci doğumlarını yapacak multipar gebelerden ve Grup 3 (n=62) ise elektif sezaryen ve ikinci trimester gebelerden oluşmaktaydı.

Verilerin toplanması

Ana ölçüm aracı olarak, tüm sosyodemografik verilerin kaydedildiği "hasta poliklinik geçmişi bilgi ekranı" kullanıldı. İkinci ölçüm aracı olarak Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State and Trait Anxiety Inventory, STAI) TX-1 formu kullanıldı. Bu formlar, gebeliğin 37. haftasındaki antenatal gebelik takibi esnasında dolduruldu.

Veri toplama araçları

STAI-1 (Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği)

Preoperatif kaygı seviyelerini ölçmek için birçok anket çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaların, ülkeler ve bölgeler arasındaki farka ve toplumdaki sosyokültürel değişikliklere paralel biçimde yenilenmesi gerekmektedir. Kaygı ölçümü için tıpta en sık kullanılan test, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ölçeğidir.^[10] 1964'te Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilen bu ölçek ile, normal ve normal olmayan bireylerde sürekli ve durumluk kaygı seviyelerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.^[11] Ölçek maddelerine hazırlık olarak, Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği, Taylor'ın Açık Kaygı Ölçeği ve Welsh'in Kaygı Ölçeği maddeleri kullanılmıştır.^[12] Türk popülasyonundaki geçerliliği, Le Compte ve Öner tarafından kanıtlanmıştır.^[13]

Çalışmamızda STAI-1 testini yapabilmek için katılımcılara "yok", "biraz", "çok" ve "tamamen" seçeneklerinin bulunduğu 1 ile 4 arası bir ölçek üzerindeki en iyi ifadeyi seçmeleri istendi. Bu ölçeklerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlara doğrudan ve zıt ifadeler adını verebiliriz. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, zıt ifadeler ise olumlu duyguları belirtmektedir. Bu ikinci turda puanlama yapılırken, 1 ağırlık değeri 4 olarak ve 4 ağırlık değeri 1 olarak değişir. Doğrudan ifadelerde, 4 değerli yanıtlar kaygının daha yüksek olduğunu gösterir. Zıt ifadelerde ise, 1 değerli yanıtlar yüksek kaygıyı ve 4 değerli yanıtlar düşük kaygıyı gösterir.^[9]

Durumluk kaygı ölçeğinde on zıt ifade bulunmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'dir. Bu maddelerde 1'e 4 puan, 2'ye 3 puan, 3'e 2 puan ve 4'e 1 puan verilir.^[9] Durumluk kaygı ölçeğinde on doğrudan ifade bulunmaktadır. Bu maddeler 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, ve 18'dir. Bu maddelerde 1'e 1 puan, 2'ye 2 puan, 3'e 3 puan ve 4'e 4 puan verilir. Durumluk kaygıyı ölçmek için, doğrudan ve zıt ifadelerden alınan sonuçlar toplanır. 40 ve altındaki sonuçlar normal, 41-60 arası sonuçlar hafif kaygı, 61-80 arası sonuçlar orta seviye kaygı, 80 ve üzeri sonuçlar ise şiddetli kaygı olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda ise, 40 ve altındaki sonuçlar normal, 41 ve üzeri sonuçlar ise kaygılı olarak değerlendirilmektedir ve sonuçlar hafif, orta ve şiddetli kaygı olarak sınıflandırılmaktadır.

Araştırmanın uygulanması

İlk çalışma grubunda, takip edilen, 37. gebelik haftasında olan ve polikliniğimizde primipar ve normal do-

ğum yapması beklenen 71 gebe yer aldı. Spontan vajinal doğum yapan 68 multipar gebeden oluşan ikinci çalışma grubuna anket çalışması uygulandı. İlk doğumları sezaryen olan ve mevcut doğumları da sezaryen olarak planlanan 69 multipar gebenin bulunduğu 3. gruba anket çalışması uygulandı. Grup 1'deki 15 gebe ve Grup 2'deki 4 gebe, doğum esnasındaki müdahaleler nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Planlanan tarihten önce acil sezaryen operasyonu gerçekleştirilmesi nedeniyle Grup 3'teki 7 gebe çalışma dışı bırakıldı. Psikiyatrik rahatsızlık veya tanı geçmişi olan gebeler, hipertansiyon, gestasyonel diabetes mellitus (GDM) gibi maternal metabolik hastalığı bulunan gebeler, büyüme geriliği, polihidramniyos ve oligohidramniyos gibi fetal antenatal problemleri olan gebeler çalışma dışı bırakıldı.

İstatistiksel analiz

Tüm istatistiksel analizler, SPSS versiyon 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı. Veriler normal dağılım için Kolmogorov-Smirnov testiyle değerlendirildi. Normal dağılıma uygun hiçbir veri grubu bulunamadı. İki den fazla bağımsız grup olması nedeniyle normal dağılıma uygun değillerdi ve gruplar arasındaki farklılık Kruskal-Wallis H testiyle değerlendirildi. Anlamli farklılık durumunda, çoklu testlere yönelik Bonferroni düzeltmesi sonrası ikili karşılaştırmalar elde edildi. Literatür ile çalışmamız arasındaki yüzdelerin karşılaştırılması ki kare uyum derecesi testi ile gerçekleştirildi. Uygun durumlarda her değişken için sıklığı, merkezi eğilimi (ortalama, medyan ve tepe

değeri) ve dağılımı (aralık, varyans, standart sapma, maksimum ve minimum) ölçmek için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. <0.05 p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Annenin çalışma durumu, verilerin toplandığı hafta, doğum haftası ve yenidoğan ağırlığı bakımından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı hiçbir farklılık bulunmadı (**Tablo 1**). Yaş bakımından üç grupta istatistiksel olarak anlamlı hiçbir fark yoktu (Grup 1: 28.38±1.74, Grup 2: 27.96±1.16, Grup 3: 28.21±2.01; p=0.454) (**Tablo 1**). VKİ bakımından da üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı hiçbir fark yoktu (Grup 1: 21.72±3.16, Grup 2: 22.18±3.01, Grup 3: 21.88±2.92; p=0.436) (**Tablo 1**).

Kruskal-Wallis testinde, en az iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.001). Hangi grupların arasında farklılık olduğunu bulmak için ikili karşılaştırmalar yaptık. Bunun sonucunda Grup 1 ve 2 arasında (p=0.001) ve Grup 1 ve 3 (p=0.014) arasında fark bulundu (**Tablo 2**). Kaygı seviyeleri Grup 1'de 49.9±8.44, Grup 2'de 43.43±5.73 ve Grup 3'te 45.58±5.25 idi (**Tablo 2**) (anlamli değerler, çoklu testlere yönelik Bonferroni düzeltmesi ile düzeltildi).

Hastalar normal, hafif kaygı, orta seviye kaygı ve şiddetli kaygı gruplarına ayrıldı ve 124 (%66.6) hastada kaygı saptandı (**Tablo 3**). Kaygılı hasta grubundaki 119 (%95.9) hastada hafif kaygı, 5 (%2.68) hastada orta sevi-

Tablo 1. Hastaların başlangıç değerleri.

	Grup 1 Primipar (n=60)	Grup 2 Multipar (n=64)	Grup 3 Elektif sezaryen (n=62)	p değeri*
Yaş (yıl)	28.38±1.74	27.96±1.16	28.21±2.01	0.454
Gravida (n)	1 (1-2)	2 (2-4)	2 (2-4)	0.01
Parite (n)	0 (0-0)	1 (1-1)	1 (1-1)	0.01
VKI (kg/m ²)	21.72±3.16	22.18±3.01	21.88±2.92	0.436
Gebelik esnasında çalışma				
Çalışma n (%)	39 (65)	40 (62.5)	39 (62.9)	0.310
Çalışmama n (%)	21 (35)	24 (37.5)	23 (37.1)	0.082
Verilerin toplandığı hafta (hafta)	37.12±0.28	37.32±0.81	37.28±0.71	0.814
Doğum haftası (hafta)	39.2±0.24	39.14±0.31	38.66±0.45	0.097
Yenidoğan ağırlığı (g)	3450±172.12	3400±180.23	3440±167.48	0.111

*<0.001

Tablo 2. Gruplara göre kaygı seviyelerinin değerlendirilmesi.

	Grup 1 Primipar (n=60) Ortalama±SS	Grup 2 Multipar (n=64) Ortalama±SS	Grup 3 Elektif sezaryen (n=62) Ortalama±SS	p değeri
Kaygı seviyeleri	49.9±8.44	43.43±5.73	45.58±5.25	<0.001*

*Kruskal-Wallis testi: Hangi grupların arasında farklılık olduğunu bulmak için ikili karşılaştırmalar yaptık. Bunun sonucunda Grup 1 ve 2 arasında (p=0.001) ve Grup 1 ve 3 (p=0.014) arasında fark bulundu.

ye kaygı olduğu ve hiçbir hastada şiddetli kaygı olmadığı bulundu (**Tablo 3**). Grup 1'deki hasta oranı diğer gruplardan daha yüksek olarak 51 (%85) idi, fakat kaygılı hastaların çoğunda kaygı seviyesi hafifti (%90.2) (**Tablo 3**).

Orta seviye kaygısı olan hastaların tümü (5 hasta) Grup 1'de idi (**Tablo 3**). Grup 3'teki hastaların yarısı (%50) normal olarak ve diğer yarısı da hafif kaygılı (%50) olarak değerlendirildi (**Tablo 3**).

Tartışma

Korku, algılanan veya mevcut tehlikeye karşı olağan tepki olarak tanımlanmaktadır. Bu tepki, insanları tehlikeyle karşılaştıklarında kendilerini uarmaları ve bu tehlikeye uygun bir davranış sergilemesi konusunda motive etmektedir.^[14,15] Gündelik uygulamalarında doğum uzmanları ve jinekologlar, hastaların muayene ve girişimsel prosedürler (histerosalpingografi, amniyosentez, kordosentez vb.) sırasındaki korku ve kaygılarını gözlemlemektedir.^[16-18]

Doğum, sonuçları öngörülemeyen ve belirsizliklerin bulunduğu bir süreçtir. Çoğu kadın doğum yapma korkusuyla karşılaşmaktadır. Diğer fizyolojik değişimlerde olduğu gibi bu korku da gebeyi postpartum döneme hazırlamaktadır.^[19] Birçok farklı seviyede ve sebeple ortaya çıkan doğum, doğum sürecini olumsuz etkileyebilir ve

şiddetli aşamadaysa maternal ve neonatal komplikasyonlara zemin hazırlayabilir.^[15]

Hafif veya orta seviyede doğum yapma korkusu, çoğu kadında oldukça yaygındır. Çalışmalar, bazı kadınların doğum konusunda şiddetli bir korkuyla karşılaştığını göstermektedir. Kjærgaard ve ark.,^[20] gebelerin %10'unun şiddetli seviyede doğum korkusu ile karşılaştığını bildirirken, Spice ve ark.^[21] bu oranı %9.1 olarak bildirmiştir. Çalışmamızda, hastaların %2.68'inin orta seviyede kaygı yaşadığını fakat hiçbir hastada şiddetli kaygı olmadığını bulduk (ki kare uyum derecesi testi; p=elde edilmedi).

Yaş, doğumla ilişkili kaygının gelişiminde etkili olduğu bilinen faktörlerden biridir.^[22,23] Çalışmamızdaki gruplarda gebelerin ortalama yaşı sırasıyla 28.38±1.74, 27.96±1.16 ve 28.21±2.01 idi. Doğum yapmayla ilişkili kaygı ile karşılaşan kadınlar değerlendirildiğinde, olguların %97.31'inin normal veya hafif kaygılı olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar, ileri maternal yaşı olan gebelerde^[22] ve adolesan gebelerde^[23] kaygı seviyelerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızdaki gebelerin 25-30 yaş aralığında olması, gebeliğin planlanmış olması ve ailenin gebelik için çok daha hazır olabilmesi nedeniyle bu gebelerin daha az kaygı yaşadığını düşünüyoruz.

Arslan ve ark.'nın çalışmasında gebelerin %26.5'i çalışmakta idi.^[24] 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre çalışan kadın oranı %31

Tablo 3. Grupların kaygı seviyeleri.

Kaygı seviyeleri	Grup 1 Primipar (n=60)	Grup 2 Multipar (n=64)	Grup 3 Elektif sezaryen (n=62)	Toplam (n=186)
Normal	9 (%15)	22 (%34.37)	31 (%50)	62 (%33.33)
Hafif	46 (%76.66)	42 (%65.62)	31 (%50)	119 (%63.97)
Orta	5 (%8.33)	0 (%0)	0 (%0)	5 (%2.68)
Yüksek	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)

olarak bulunmuştur.^[25] Çalışmamızdaki çalışan kadın oranı %63.44 idi (ki kare uyum derecesi testi; $p=0.362$) Arslan ve ark.'nın çalışmasındaki veriler ile TNSA 2013 verilerine kıyasla çalışmamızda daha yüksek sayıda çalışan kadın olmasının sebebinin, hastanemizin daha yüksek gelire sahip hastalar tarafından tercih edilmesi olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle hasta popülasyonumuzu ülke ortalamasına göre değerlendirmek zordur. Bu durum çalışmamızın bir sınırlamasıdır.

Arslan ve ark.'nın çalışmasında, gebelik sayısı ile çalışmaya katılan gebelerin kaygı ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu; toplam gebelik sayısı arttıkça, kaygı ve depresyon puanları da artmıştı ($p=0.004$).^[24] Bizim çalışmamızda ise kaygı, multipar grup ve planlı sezaryen grubuna göre primipar gebelerde daha yaygındı ($p<0.001$). Normal kaygı puanına sahip ortalama hasta, Grup 3'te en yaygındı (elektif sezaryenli multipar hastalar) (%50). Bu durumun, hastaların daha önce doğum psikolojisi yaşamaları fakat ağrı yaşamamalarından kaynaklandığını düşünüyoruz. Bu veriler, Alehagen ve ark.'nın hemşirelerin takipleri esnasındaki çalışmaları ve sınırlı sayıdaki hasta ile desteklenmektedir.^[26]

Literatürde, antenatal dönemde alınan bakım ve eğitim hizmetinin doğum yapma korkusunu azalttığı bildirilmektedir.^[27] Son yıllarda tüm dünyada, özellikle de ülkemizde, sezaryen doğum oranı artmaktadır.^[28,29] Burns ve ark., çalışmalarında maternal sezaryen doğumun doktor sevgiyle gerçekleştiğini bildirmiştir.^[30] Çalışmamızın gerçekleştiği hastanede, doktorlar tarafından "Gebelik Eğitimi Sınıfları" açılmıştır ve gebelerle birçok sosyal aktivite gerçekleştirilmektedir. Bu durumun, hastaların doğum korkusunu azalttığını düşünüyoruz.

Sonuç

Bu çalışmanın amacı, farklı parite geçmişine sahip gebelerin doğumu esnasındaki kaygı seviyelerini belirlemektir. Araştırma sonuçlarına göre, gebelerin kaygı seviyelerinin genellikle hafif olduğunu ve daha önce doğum yapmış ve ağrı yaşamamış kadınlarda kaygı seviyelerinin azaldığını düşünüyoruz. Ayrıca, çalışmanın gerçekleştiği hastanede düzenli olarak antenatal bakım hizmeti verilmektedir ve gebeler, doktorlardan ve yardımcı sağlık çalışanlarından düzenli olarak eğitim almaktadır. Bu durumun, doğum kaygısını azalttığını düşünüyoruz. Çalışmamızı homojen bir hasta popülasyonu

üzerinde gerçekleştirdik. Sonuçlarımızı daha heterojen popülasyonlarla ve daha fazla olguya sahip çalışmalarla karşılaştırmak, sonuçların yorumlanması bakımından daha faydalı olacaktır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr* 2016; 27:89–94.
2. Emerson WR. Birth trauma: the psychological effects of obstetrical interventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 1998;13:11–44.
3. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011;16:169–73.
4. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:567–76.
5. Bilert H. Tokophobia – a multidisciplinary problem. *Ginekol Pol* 2007;78:80–11.
6. Şahin N, Hüseyin D, Dişiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009;40:57–62.
7. Serçekeş P. Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 2005.
8. Ryding E, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:542–7.
9. Glover V, O'connor TG. Effects of antenatal stress and anxiety: implications for development and psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:389–91.
10. Spielberger CD. State-Trait anxiety inventory. In: *The Corsini encyclopedia of psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2010.
11. Barnes LL, Harp D, Jung WS. Reliability generalization of scores on the Spielberger state-trait anxiety inventory. *Educ Psychol Meas* 2002;62:603–18.
12. Dobson KS. An analysis of anxiety and depression scales. *J Pers Assess* 1985;49:522–7.
13. Le Compte A, Öner N. Durumluk-süreklilik kaygı envanterinin Türk toplumunda geçerliliği. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Basımevi; 1983.
14. Koroğlu E. Kaygılarımız, korkularımız. Ankara: HYB Yayıncılık; 2006.
15. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4:54–8.

16. Bilgin S, Bildircin FD, Alper T, Tosun M, Çetinkaya MB, Çelik H, et al. The effect of screening tests to maternal anxiety levels on pregnant women. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD Derg)* 2010;7:206–11.
17. Dönmez S, Dağ H, Kazandı M. Amniyosentez öncesi gebelerde anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;3:255–61.
18. Kıncı MF, Yeşilçınar İ, Acavut G, Karasahin KE. The opinions and thoughts of women who underwent hysterosalpingography for the first time: Letter to the editor. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2018;19:169.
19. Yesilcinar I, Yavan T, Karasahin KE, Yenen MC. The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;30:1213–20.
20. Kjørgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2008;26:340–50.
21. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:168–74.
22. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:100.
23. Bardone AM, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Stanton WR, Silva PA. Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:594–601.
24. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Risk factors for pregnancy anxiety and depression: assessment in 452 cases. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital* 2011;21:79–84.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNE). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK; 2014.
26. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:315–20.
27. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008;115:324–31.
28. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu A; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG* 2016;123:667–70.
29. Ulubay M, Öztürk M, Fidan U, Keskin U, Fıratlıgil FB, Kıncı MF, et al. Skin incision lengths in caesarean section. *Çukurova Medical Journal* 2016;41:82–6.
30. Burns LR, Geller SE, Wholey DR. The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Med Care* 1995;33:365–82.

Bu makalenin kullanım izni Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır. / This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.