

Az bilinen bir konu tokofobi: bir olgu sunumu

A rarely known topic tocophobia: a case report

Gamze Vesile Çolak¹, Çiçek Hocaoğlu²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

ÖZ

Her kadın azda olsa doğum ile ilgili korku yaşar. Tokofobi şiddetli doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır. Nulliparlar ile multiparlar karşılaştırıldığında nulliparlar daha fazla doğum korkusu yaşamakta ve doğum korkusu daha şiddetli olmaktadır. Patolojik doğum korkusu olan kadınların %6-10'unu tokofobi ile baş etmektedir. Tokofobi tedavisinde gevşeme egzersizler, ağrı yönetimi, bilişsel davranışçı yaklaşım, hipnoz gibi **yöntemler kullanılabilir**. Gebelerin doğum süreci ile ilgili korkuları belirlenmeli ve doğum komplikasyonlarını azaltmak için doğum korkusu tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Korku, doğum, gebelik

ABSTRACT

Every woman has little fear of birth. Tocophobia is defined as severe fear of birth. Compared to multiparous and nulliparous, nulliparous fear of birth is more severe and fear of birth is more severe. 6-10% of women with pathological birth fear are coping with tocophobia. Relaxation exercises, pain management, cognitive behavioral approach and hypnosis can be used in the treatment. Fears of the pregnant women about the birth process should be identified and fear of birth should be treated to reduce the complications of birth.

Keywords: Fear, childbirth, pregnancy

GİRİŞ

Gebelik ve doğum, tüm kadınlar için önemli bir yaşam olayıdır. Gebelik doğurganlık çağına gelen her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadının hayatında stres ve kaygı yaratan bir geçiş dönemidir (1). 'Tokofobi' olarak da bilinen doğum korkusu, kadınlar için çocukluktan yaşlılığa kadar önemsenmeyecek düzeyden şiddetli doğum korkusuna kadar değişen psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (2,3). Kadının günlük işleyişini de etkileyen doğum korkusu ağır bir tokofobi biçimidir ve patolojik bir korku olarak adlandırılır (3). Gebeliğin ilk trimesterinden son trimesterine kadar farklı psikolojik değişiklikler yaşanır. İlk trimesterde bu deği-

şikliklerden en baskın olanı ambivalan duygular iken ikinci trimesterde ikircik duygularda azalma olur. Son trimesterde ise kadın tekrar ikircikli duygular yaşamaya başlar. Gebelik yaşayan kadın yakında gerçekleşecek doğuma yönelik diğer trimesterlere göre daha yoğun anksiyete yaşar (4).

Annede doğumun gerçekleşemeyeceği kendisinin ya da bebeğinin zarar göreceğine ait şiddetli korkular mevcuttur. Bu durum bebeğin hem gebelik sırasında hem de doğum ve doğum sonrası gelişimini olumsuz olarak etkileyebilir (5). Bir çalışmada doğum korkusu olan gebelerin bebeklerinin doğum sonrası apgar puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (6).

Sorumlu Yazar: Gamze Vesile Çolak, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

E-posta: gamzevesilecolak@gmail.com

Geliş Tarihi: 16.09.2019 **Kabul Tarihi:** 10.11.2019 **Makale ID:** 620922

Cite this article as: Çolak GV, Hocaoğlu Ç. Az bilinen bir konu tokofobi: bir olgu sunumu. Anadolu Güncel Tıp Derg 2020; 2(2): 56-60.

Marce tarafından 1859 yılında tanımlanan doğum korkusu, annelerin ağrıya aşırı odaklanması şeklindedir (7). Anne odak noktasını kendisi için belirsiz bir durum olan ağrıya yöneltmiştir. Eğer anne multipar ise doğumda onu bekleyen durumlar için aşırı bir korku halindedir. Eğer nullipar ise bu seferde kendisinin neyle karşılaşacağına dair şiddetli bir korkuya kapılmaktadır. Tokofobi terimi 2000 yılında Hofberg ve Brinckton tarafından ilk kez kullanılmıştır. Aynı zamanda Hofberg ve arkadaşları (8) tokofobiyi tanımlayıp sınıflandırmışlardır. Tokofobi o dönemde gebeliğe özgül bir anksiyete bozukluğu çeşidi olarak ve doğum sırasında da ölüm korkusu olarak tanımlanmışlardır.

Hemen hemen her kültürde doğum korkusu mevcuttur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınlarda yüksek oranda doğum korkusu görüldüğü bildirilmektedir. Örneğin; Norveç'te %7.5; Kanada'da %9,1; İsveç'te %10 oranında bildirilen veriler de vardır (9). Doğum yapmış kadınlarla hiç doğum yapmamış kadınlar karşılaştırıldığında hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazla tokofobi görülmektedir ve şiddetli olmaktadır (9). Patolojik doğum korkusu gebe kadınların %6-10'unda görülür (10). Bu oran Batı ülkelerinde %20'nin üzerindedir (3,11). Avustralya'da yapılan bir çalışmada kadınların% 48'inde ılımlı tokofobi; %26'sında şiddetli doğum korkusu olduğu belirtildi (12).

Doğum korkusunun oluşmasında birçok faktör rol oynayabilir. Çok sayıda sınıflandırma şekli olmasına rağmen yaygın olarak biyolojik(doğum ağrısı korkusu), psikolojik(geçmişte yaşanan travmatik olaylar, ebeveyn olmaya ilişkin korku) ve sosyal nedenler(sosyal destek yetersizliği) şeklinde sınıflandırılabilir (5,13). Biyolojik nedenler arasında operasyonlu doğum, perinenin hasar alacağı, malformasyonlu bebek sahibi olma, cinsel hayatın olumsuz yönde etkileneneği, kendisinin ve bebeğinin zarar göreceği korkusu yer almaktadır (14). Psikolojik nedenler arasında belirgin olan annenin kişilik özellikleridir ve bunun içerisinde en belirleyici özellik genel anksiyete düzeyidir. Sosyal nedenler arasında düşük gelir düzeyi, genç yaş, düşük eğitim seviyesi, işsizlik aile desteğinin olmayışı, tokofobi riskini artırır. Yapılan bir çalışmada eşinden yeterli düzeyde destek almayan gebelerin doğum korkusu düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (15). Yapılan bir çalışmada tokofobi için en önemli risk faktörleri kaygı ve depresyon olarak bulunmuştur (2). Günümüzde halen gebelerdeki doğum korkusunun nedenleri ve ilişkili risk faktörlerini tam olarak açıklayabilmek mümkün değildir. Tanı sınıflandırmalarında henüz yer almayan doğum korkusu

ile bilgiler sınırlıdır. Araştırmacıların da yeterli ilgisini çekmemiş olan doğum korkusunun nedenlerinin, klinik görünümü ve tedavi yaklaşımlarının araştırılması gereklidir.

Biz bu çalışmada psikiyatri servisimizde doğum korkusu nedeni ile yatarak tedavi gören gebe olguyu literatür bulguları ışığında sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Bayan F, 31 yaşında, evli, üç çocuk annesi, ilköğretim mezunu, Artvin doğumlu ve ailesiyle birlikte Artvin'de yaşıyor. Otuz dört haftalık gebe olan hasta, eşiyile birlikte ayaktan tedavi birimimize keyifsizlik, moralsizlik, isteksizlik, uykusuzluk ve doğum korkusu yakınmaları ile başvurmuş ve aynı gün psikiyatri servisimize kabul edilmiştir. Hastanın kendine göre yakınması: ' 1,5 ay önce idrarımı yaparken bebeğin geleceğinden ve doğum yapacağımdan çok korktum. Acaba gelir mi diye düşündüm. Bu korkudan dolayı bir müddet dışarı gezmeye dolaşmaya çıktım. Son 20 gündür kendi evimde korkularım daha da arttığı için annemde kalmaya başladım. Zaman zaman nasıl doğuracağım nasıl olacak diye düşündüğümde koltukta oturamaz hale geliyorum saçlarımı ellerimin arasına alıp çıldırarak gibi oluyorum. Korkudan kontrollere gidemiyorum. Doğum anının başladığını hayal ettiğimde nasıl tepki vereceğim nasıl davranacağım ne hissedeceğimi düşündükçe çok kötü oluyorum. Kendimi doğum anında kontrolü sağlayamayacağım ve kendimi kaybedeceğimi düşünüyorum. Bu düşünceler aklıma geldikçe balkona çıkıyorum atlayıp bu düşüncelere son veresim geliyor. Sakat kalmaktan korktum ve çocuklarımı düşünerek vazgeçtim.'

Hasta genel olarak kendisini sessiz, sakin, hakkını arayamayan, korkak bir insan olarak ifade ediyor. Sosyal bir insan olmadığını gezip eğlenmediğini genelinde evde eşi, çocuklarıyla ve ev işleriyle ilgilendiğini söylüyor. Eşi ile 15 yaşında kaçarak evlenmiş. Eşi 6 senedir nazofarenks kanseriyle mücadele etmekteymiş ve onun tedavisiyle ilgilendiği için birlikte sık sık il değiştiriyorlarmış. Eşi kamyon şoförüymüş fakat hastalığı dört ay önce nüksettiği için işini bırakmış. Hekimler eşinin kemoterapi aldığı için çocuklarının olmayacağını söylemiş. Hasta ve eşi bu söylemlerden hareketle korunmamışlar. Hasta 4. gebeliğini öğrendiğinde bakamayacağını düşünerek bebeği aldırma istemiş fakat eşinin onu ikna etmesiyle bu düşüncesinden vazgeçmiş. Gebeliğinin başlarında doğum korkusu yokmuş. 2 ay önce arkadaşları yanında doğum sırasında plasentanın gelmemesini ve travmatik doğum hikayelerini konuşmuşlar. İlk o zaman nasıl

yapacağına, doğuracağına dair korkular hissetmiş. Geceleri uyuyamamış. Hasta 4. gebeliğinden önce normal doğumla 3 erkek çocuğu dünyaya getirmiş. Önceki doğumlarında bebeklerinin kız olmasını istemesine rağmen 4. gebeliğinde bebeğin cinsiyetinin kız olması onu heyecanlandırmamış. Hastanın ilk doğumu 24 saat sürmüş ve oldukça zorlu geçmiş. Sağlık merkezine ulaşabilmek için yaklaşık 25 km yürümüş. Fakat herhangi bir doğum tecrübesi olmadığı için doğum korkuları olmamış. 2. ve 3. doğumlarında korkuları olmamış. 7-8 aylık gebeyken havuzda yüzyormuş. Son gebeliğinde ise, hiçbir şey yapmak istemiyor, çocuklarla ve evle ilgilenmek istemiyormuş. Son dönemde isteksizliğinde artma olmuş. Hasta doğum korkusu yüzünden çocuğu düşünemediğini bu korkular yüzünden dolayı sıkıntılı ve gergin bir dönem geçirdiğini ifade ediyor.

Hastanın eşi ile görüşme yapıldı. Eşine göre hastayı son dönemlerde sıkıntılı gördüğü korkularının arttığını ve iş yapamaz hale geldiğini bebeğe veya kendine zarar vermesinden korktuğunu ifade etti. Eşi hastanın bebeği istemediğini dile getirdi. Yedi çocuklu ailenin 2. çocuğu olarak evde normal doğumla doğmuş. Büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun olmamış. Annesinin 55 yaşında ilkokul mezunu, ev hanımı girişken ve konuşkan bir yapıya sahip olduğu belirtildi. Hasta annesinin fedakar olduğunu ve babasına göre onunla daha iyi anlaştığını ifade ediyor. Babası 57 yaşında, ilkokul mezunu, işçi kendisi gibi sessiz sakin kendi halinde olan bir kişiliğe sahip. Anne ve babası görücü usulü evlenmişler. Hasta eşiyile küçüklükten itibaren tanıştıklarını ve ailesi istemediği için kaçarak evlendiklerini ifade etti. Evliliklerinden 16, 14 ve 8 yaşlarında 3 tane erkek çocukları olmuş. Hasta eşinin ara sıra alkol kullandığını belirtti. Hastanın eşi 34 yaşında, kıskanç, şüpheli, sahiplenici bir kişiliğe sahip. Eşi hastanın ailesi tarafından sevilen biri değil ve kız kardeşiyle iyi anlaşmamaktadır. Hiç ayrılma ya da boşanma durumları olmamış fakat evde sürekli kavgalar tartışmalar olurmuş. Evde kayınvalidesi ve kayınpederiyle birlikte yaşadıklarını ifade etti. Hasta hayatında sadece 1 kere iş hayatı olmuş o da 8 ay devam etmiş. Ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlanmadı. Hasta alkol kullanmadığını fakat 2 günde 1 paket sigara bitirdiğini belirtti. Kliniğe yatışı olduğundan beri sigarayı bıraktığını da ekledi.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları: Vital bulgular: Normal, Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri, tiroid fonksiyon testleri, prolaktin, folik asit normal, vitamin B12: 160 pg/ml (211-911 pg/ml), hemogloblin: 10,4 gr/dl (N:11-15 gr/dl) olarak saptandı. Ağırlığı 52,7 kg olarak ölçüldü.

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşında gösteren, kılık kıyafeti sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu kadın hasta, göz teması kuruyor, öz bakımı iyi seviyede. Görüşmeye istekli, konuşması açık, hızlı, anlaşılır, amaca yönelik, normal uzunluktaki cümlelerle, düşük volümdeydi. Affektü anksiyöz, duygudurumu çökükündü. Bilinç açık, koopere ve oryanteydi. Algılamada, zeka düzeyinde, bellek, gerçeği değerlendirme yetisinde, yargılamada patolojik bulgu gözlenmedi. Çağrışımları düzenli, düşünce içeriğinde doğumu nasıl yapacağına dair yoğun korkuları, değersizlik ve suçluluk düşünceleri mevcuttu. Dışa vuran davranışları ve benlik saygısı azalmıştı.

Klinik Seyir: Yapılan klinik görüşme ve değerlendirme sonrası DSM-5'e göre major depresif bozukluk ve doğum korkusu tanıları ile servise kabul edilen hastanın psikometrik değerlendirmesinde Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi A versiyonundan 154 puan almıştır. Beck Anksiyete Ölçeğinden 30 puan ve Beck Depresyon Envanterinden 42 puan almıştır. Beier Cümle Tamamlama Testi değerlendirmesinde hastanın ailesi, durumu ile ilgili cümleleri dikkat çekmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum servisi tarafından konsülte edilen hastanın gebelik seyrinin normal olduğu belirtildi. İç Hastalıkları tarafından demir eksikliği tanısı ile demir replasmanı uygulandı ve doğum sonrası B12 tedavisi kullanması önerildi. Hasta kliniğe yatışının olduğu ilk gün huzursuz, sıkıntılı ve korkularından ağlayarak anlatıyordu. Hasta vajinal doğum yapmak istemediğini korktuğunu sezaryan olmak istediğini ifade ediyordu. Hastanın tedavisi sertralin 12,5 mg/gün olarak düzenlendi. Hasta ile yapılan görüşmelerde doğum korkuları üzerine duruldu. Kadın hastalıkları ve doğum servisi ile iletişime geçilerek hastanın gebe eğitim merkezi ve ağrısız doğum ile ıkınma ve gevşeme egzersizleri konusunda bilgilendirildi. Hastanın gün içerisindeki ağlamalarda azalma olduğu gözlemlendi. Uykularındaki düzensizlik şikayetiyle ilgili uyku hijyeni semineriyle bilgilendirilme yapıldı. Hastanın uykusuzluk şikayetlerinde azalma oldu. Hastanın eşi yatışının 8. gününde eşi ile yapılan görüşmede hastanın daha rahat olduğunu, korkularının azaldığını, durumunun daha iyiye olduğunu belirtti. Hasta yatışının 12. gününde ileri sağlık hali ile ve 50 mg/gün sertralin tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Doğum korkusu, bir dereceye kadar normal bir olgudur, çünkü doğum gerçekten acı verici ve tahmin edilemez bir deneyimdir. Kontrolü kaybetme korkusu, dayanılmaz acı hissetme korkusu doğum korku-

sunun önemli bir göstergesidir. Korku, aynı zamanda doğum şekli ile de anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Vajinal doğum yapmayı tercih eden kadınlar, sezaryen olmayı tercih edenlere kıyasla daha az korkuyorlardı. Korku ne kadar yüksek olursa, sezaryeni tercih etme de o kadar yüksek olur (10). Bizim olgumuzda da doğum anında kendini kontrol edemeyeceğine dair düşünceler mevcuttu. Aynı zamanda olgunun sezaryen olma talebi vardı. Doğum korkusu olan gebelerde kaygı genellikle belirgin yüksektir (16). Bu bilgiler ışığında bakıldığında olgumuzun Beck Anksiyete Ölçeğinden 30 puan almıştır ve literatür ile uyumludur. Gebelerdeki yüksek düzeydeki anksiyete ile doğum korkusu arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (17). Doğum korkusu bir anksiyete bozukluğu veya fobik bir korku olarak görülebilir, kabuslar, bedensel yakınmalar ve iş ya da aile faaliyetlerine odaklanmadaki zorluklar olarak kendini gösterir (16,18) Olgumuzda da son haftalarda belirgin bedensel yakınmalar, uykusuzluk yakınmaları bu bulguları destekler nitelikteydi. Doğum korkusu, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, patolojik korku ve doğumdan kaçınma özellikleri ile görülebilir. Aynı zamanda doğum korkusu olanlarda anksiyetenin patolojik bir zihinsel durumun birincil belirtisi olduğu bozukluklar vardır (2). Olguda doğum korkusuna eşlik eden majör depresif bozukluk varlığı belirgin şekilde mevcuttu. Olgunun iştahsızlık yakınması ile belirgin kilo kaybı mevcuttu. Depresif bozukluk, her ne kadar doğum sonrası annelerin bir rahatsızlığı olarak bilinse de aslında gebe kadınlarda da yaygın olarak görülmektedir (19). Olgu daha önce üç kere vajinal doğum gerçekleştirmesine rağmen dördüncü gebeliğinde doğum korkusu ortaya çıkmıştır. Literatürdeki bir çalışmada doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığı bulunmuştur. Bunun nedeninin de önceki doğumlarda yaşanan travmatik deneyimlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. (4). Olgunun daha önceki doğumlarından travmatik anılar bulunmamaktadır. Fakat bu gebeliğinde eşinin kanser olması nedeniyle onunla ilgilenmesi, istenmeyen bir gebelik yaşaması, eşinin ailesiyle yaşadığı problemler son dönemde yaşadığı stresli yaşam olayları olarak tanımlanabilir. Gebeliğinin başlarında korkuları olmayan hastanın 2 ay önce arkadaşlarıyla birlikte bulunduğu ortamda plasentanın gelmemesi, bebeğin parçalanmış şekilde doğabileceği, ölebileceği gibi travmatik doğum hikayeleri konuşulmuştur. Daha öncesinde annesinin de kardeşinin doğum anında böyle bir durum yaşadığını belirten hasta henüz korkuları başlamamışken annesiyle kardeşinin doğumunu aralarında konuştuklarını ifade etti. Aslında çalışmaların doğum korkusunun nulliparlarda daha sık görüldü-

ğünü belirtmesine rağmen, olgumuzdakine benzer şekilde sonraki gebeliklerde de ortaya çıkabileceğine bildiren çalışmalar da mevcuttur (20,21).

Ailesinin eşini istemediği, boşanmalarını istediği ve gebe olduğunu söylediğinde tepki vermediklerini anlattı. Olgu eşiyile evde tartışıklarını, anlaşamadıklarını, kendisini anlamadığını bu süreçte kendisine destek olmadığını söyledi. Gebelik devam ettiği süreçte kadının önemsendiğini hissetmeye ve desteğe ihtiyacı vardır. Gebenin birincil desteği eştir. Gebelik esnasında partnerin sunacağı destek evlilik uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Çiftler arasındaki ilişki problemleri, gebenin doğum stresi yaşamasına ve bilinçdışı gebelik bulantılarına neden olabilir (21)

Doğum korkusu yaşayan annede olumsuz duygulanımda artış, aile içi ilişkilerin bozulması, doğum sorası dönemde anne bebek bağlanmasında azalma görülür. Annelerde düşük benlik algısı yetersizlik, bebeğine yeterince bakım verememe gibi düşünceler gelişir. Tokofobiye bağlı olarak fetal gelişme geriliği, düşük apgar skoru, düşük doğum ağırlığı gelişebilir. Doğum sonrasında anne bebek bağlanmasında güçlükler, annenin doğum sonrasında daha fazla depresyon yaşaması gözlenebilir (22). Ayrıca araştırmalar bu bebeklerin çocuklukta duygusal davranışsal problemler veya bilişsel gecikmeler geliştirebileceklerini göstermektedir (23,24).

Doğum kadın için belirsiz bir süreç ve belirsizliklerin giderilmesi açısından doğumda onu nelerin bekleyeceği, neler yaşayacağı gebeye anlatılmalıdır. Doğum korkusunun tedavisinde gebeliğin konforlu ve rahat geçirilmesini, yeni rol olan anneliğe uyumun kolaylaşmasını ve doğum sonrası dönemde annenin iyi hissetmesini sağlamaktır (21). Gevşeme egzersizleri, ağrı yönetimi ile ilgili bilgiler verilmelidir (25). Gebenin var olan sorunu belirlemesi, soruna ilişkin oluşan düşünce ve duygularının farkına varması ve oluşan davranışsal yanıtı değerlendirmesine yönelik olan, çözüm odaklı kısa sürmesi ve etkili olması nedeniyle etkili olan bilişsel davranışçı yaklaşım, Marie Mongan tarafından 1990 yılında geliştirilen hipnoz annenin doğumun rahat geçeceğine inandırmasına dayanır (26,27). Lamaze modelinde Fransız hekim Lameze tarafından geliştirilen eşlerinde sürece dahil olduğu annenin ağrısız bir doğum geçireceğine şartlandırılarak daha sakin, kontrolü kaybetmeden, gevşeme ıkmama egzersizlerini içine alan bir eğitim modelidir (28). Bir diğer model olan Jinekolog Rober A. Bradley tarafından geliştirilen Bradley modelinde ise anneye hiçbir dış müdahalenin olmaması gerektiği, anneye yapılacak müdahalenin bebeğe ya da anneye

zarar verebilir düşüncesi mevcuttur. Eş bu süreçte anneyi desteklemelidir (29). Depresyon, anksiyete gibi eş tanımlı ruhsal bozukluklar gebede doğum korkusunu artırmaktadır. Tokofobide bu komorbid durumlar göz önünde bulundurulmalı ve tedavi planına eklenmelidir (30).

Sonuç olarak; oldukça yaygın görülen doğum korkusunun erken tanınması, tedavisinin düzenlenmesi sağlıklı bir gebelik ve doğum için önemlidir. Her kadın azda olsa doğum ile ilgili korku yaşayabilir. Ancak gebelerin doğum süreci ile ilgili korkuları belirlenmeli ve doğum komplikasyonlarını azaltmak için doğum korkusu tedavi edilmelidir. Klinisyenler tarafından yeterince tanınmayan ve henüz tanı sınıflandırmalarında yer almayan doğum korkusunun etiyojisi, klinik görünümünün aydınlatılması gereklidir. Gebeler doğum ile ilgili bilgilendirilmeli, prenatal bakım hizmetlerinin içinde gebe eğitimine daha çok yer verilmelidir. Çalışmamızın bu konudaki araştırmalara katkı sunacağı inancındayız.

ETİK DURUM

Veri kullanımı için onay alınmıştır.

MADDİ DESTEK VE ÇIKAR İLİŞKİSİ

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkarıya dayalı ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social Sci Med* 2006; 63: 64-75.
2. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79: 505-10.
3. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 84-97.
4. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Bülteni* 2009; 40: 57-62.
5. Richens Y, Smith DM, Lavender DT. Fear of birth in clinical practice: a structured review of current measurement tools. *Sexual Reproductive Healthcare* 2018; 16: 98-112.
6. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: when fear of childbirth prevails. *Mediterranean J Clin Psychol* 2013; 1: 1-18.
7. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth, a series of 26 cases, *British J Psychiatr* 2000; 176: 83-5.
8. Hofberg KM, Brockington IF. Tokophobia: a morbid dread of childbirth. its presence in Great Britain and Gran Cayman. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 2000; 22: 96-8.
9. Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I. A longitudinal survey of childbirth related fear and associated

- factors. *J Obstetr Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40: 532-43.
10. Demşar K, Svetina M, Verdenik I, et al. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med* 2018; 46: 151-4.
11. Searle J. Fearing the worst—why do pregnant women feel “at risk”? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1996; 36: 279-86.
12. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2009; 18: 667-77.
13. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: fear of pregnancy and childbirth, *Internet J Gynecol Obstet* 2009; 10: 1-9.
14. Ryding EL. Investigation of 33 women whodemand a cesarean section for personal reasons, *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 280-5.
15. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesma E. Psychosocial characteristic of women and their partners fearing vaginal childbirth, *British J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 492-8.
16. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 201-8.
17. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, et al. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Obstet Gynaecol* 2009 Sep; 30: 168-74.
18. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 508-17.
19. Lumley J, Austin MP. What interventions may reduce postpartum depression. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13: 605-11.
20. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia and mental health in mothers: the obstetric psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 4: 527-34.
21. Sezen C, Ünsalver Önen B. Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *J Neurobehavioral Sci* 2018; 5: 29-36.
22. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 210-4.
23. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. *Br J Psychiatr* 1998; 172: 58-63.
24. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socioemotional development of 5 year olds with postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 1259-71.
25. Serçekuş P, Mete S. Turkish women's perceptions of antenatal education, *Int Nursing Rev* 2010; 57: 395-401.
26. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psycho education and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 1315-9.
27. Mongan M.F. *Hypnobirthing Mongan Yöntemi*. Gün Yayıncılık. 2012, İstanbul.
28. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *J Mid Wifery Womens Health* 2009; 54: 469-76.
29. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg* 2005; 8: 117-23.
30. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 237-42.