

## Tokofobi

### Tokophobia

Meltem PUŞUROĞLU<sup>1\*</sup>, Çiçek HOCAOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Rize Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Rize

<sup>2</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Rize

### ÖZET

Özet: Tokofobi , şiddetli doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır. Gebelerde doğuma yönelik korku olması bir miktar normal ve gerekli sayılmaktadır. Ancak tüm gebelerin ortalama %15 kadar bir kesimi şiddetli doğum korkusu, tokofobi ile başetmektedir. Tokofobi nedeniyle kadınlarda gebelikten kaçınma, elektif sezaryen, doğum komplikasyonları gibi durumlar görülmektedir. Tedavide gebenin doğum öncesi eğitimi, solunum, ıkınma egzersizleri, bilişsel davranışçı yaklaşım gibi yöntemler kullanılabilir. Tokofobisi olan kadınlar bu tedavi yöntemlerinden fayda görmektedir. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren tokofobi değerlendirilip tedavi edildiğinde oluşabilecek olumsuz sonuçların önüne geçilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, Korku, Gebelik

### ABSTRACT

Tokophobia is defined as a severe fear of childbirth. Minimal fear of childbirth in pregnancy is considered to be normal and necessary. However, approximately 15% of all pregnant women cope with severe fear of childbirth and tokophobia. Due to tokophobia, situations such as avoidance of pregnancy, elective cesarean section and birth complications are seen in women. Methods such as prenatal education of the pregnant woman, breathing, straining exercises, cognitive behavioral approach can be used in the treatment. Women with tokophobia benefit from these treatment methods. When tokophobia, which requires a multidisciplinary approach, is evaluated and treated, negative consequences can be prevented.

**Keywords:** Pregnancy, Childbirth, Fear

\*Meltem PUŞUROĞLU

Rize Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Rize

e-mail: meltempusuroglu@gmail.com

ORCID ID:// 0000-0002-1970-3262

Geliş tarihi: 23.02.2021

Kabul tarihi: 05.06.2021

## GİRİŞ

Doğum ve anneliğin kadın hayatında çok özel bir yeri bulunmaktadır. Her ne kadar bu süreç heyecan vericiyse de aynı zamanda içinde birçok belirsizlikleri de barındırmaktadır. Gebelik süreci, doğum, doğum esnasında yaşanacaklar anne için korku yaratabilir. Hemen hemen her kadın az da olsa doğum korkusu yaşamaktadır. Bu korku hem gebeliğe hazırlık, hem de doğum için hazırlayıcı bir durumdur. Ancak gebelerin yaklaşık % 20 sinde orta şiddette, (1) ortalama % 15 kadarında da şiddetli doğum korkusu görülmektedir. Bu kadınlar doğum ile ilgili şiddetli bir kaygı duymakta, doğum yapamayacakları, kendilerine ya da bebeklerine zarar geleceği gibi düşüncelere kapılmaktadır. Bu durum elektif sezaryen, gebe kalmaktan kaçınma, doğum esnasında komplikasyon gelişmesi gibi durumlara yol açmaktadır. Doğum korkusunun değerlendirilmesi ve tedavi yöntemlerinin uygulanması doğum korkusuna bağlı oluşacak yeti yitimlerini en aza indirmektedir (2).

## TANIM

Doğum korkusu ilk olarak 1859 yılında Marce tarafından annelerin ağrıya aşırı odaklanması şeklinde tanımlanmıştır. Anne kendisi için belirsiz bir durum olan ağrıya çok fazla odaklanmıştır. Öncesinde doğum yaptıysa onu bekleyen durumlar için aşırı bir korku halindedir. Eğer doğum yapmadıysa bu seferde kendisini neyin beklediğine dair aşırı korkuya kapılmaktadır.

Tokofobi terimi ise ilk olarak Hofberg ve Brinckton tarafından 2000 yılında kullanılmıştır. Tokos Yunanca'da doğum, phobos ise korku anlamına gelmektedir. Hofberg ve arkadaşları 26 vakalık bir çalışma yapmışlar, tokofobiye hem tanımlamış hem de sınıflandırmışlardır. O dönemde Hofberg tokofobiye gebeliğe özgü bir anksiyete bozukluğu olarak tanımlamıştır (3). Annede doğumun gerçekleşmeyeceği, kendisinin ya da bebeğinin zarar göreceğine ait şiddetli korkular mevcuttur. Ancak zamanla bu tanımların içeriği genişlemiştir. Sadece gebeliğe özgü bir tanım olmaktan çıkmıştır. Günümüzde tokofobi genel olarak şiddetli doğum korkusu, patolojik doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır. Annede aklını yitireceği, kontrolünü kaybedeceği, kendisine ya da bebeğine bir şey olacağı, perinenin ağır hasarlanacağı, şiddetli bir ağrı yaşayacağı gibi korkular mevcuttur.

## TİPLERİ

Tokofobi genel olarak 3 grupta incelenir; Primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklinde sınıflandırılmıştır.

**Primer Tokofobi:** Primer tokofobi gebelik yaşanmadan başlayan doğum korkusudur. Çok erken yaşlarda, hatta adölesan dönemde bile başlayabilir. Bu kadınlar gebe kalmaktan kaçınır, küretaj, sezaryen gibi müdahalelere yönelebilirler. Çok istemelerine rağmen hiç çocuk sahibi olmayabilir, evlat edinmeyi tercih edebilirler. Daha çok kuşaklar arası aktarımı olan bir durumdur. Annelerden kızlarına miras gibi doğum hikayeleri ile aktarılırlar. Çocukluk çağında geçirilmiş cinsel travma da erişkin dönemde tokofobiye yol açabilir. Özellikle adölesan dönem ve öncesindeki cinsel taciz öyküleri bu sıklığı daha çok artırmaktadır. Tekrar tekrar travmayı yaşantılama, özellikle vajinal doğumdan kaçınma olabilir (4). Yapılan bir

çalışmada doğum korkusu olan nullipar kadınların %13 ünün gebelikten kaçındığı ya da ertelediği gösterilmiştir (5).

**Sekonder Tokofobi:** Geçirilmiş bir obstetrik olay sonrasında ortaya çıkan doğum korkusudur. Çoğunlukla geçirilmiş travmatik olay önceki doğum öyküsüdür. Öncesinde zor doğum öyküsü olan kadınların sonraki doğumlarında doğum korkusu görülme sıklığı artar. Doğum öyküsü dışında abortus, ölü doğum ya da travmatik vajinal muayene de yine sekonder tokofobi nedenleri arasındadır.

**Prenatal Depresyon Belirtisi Olarak Tokofobi:** Prenatal depresyonun bir belirtisi de tokofobi olabilir. Diğerlerine oranla daha nadir görülmektedir. Annede depresyon gizlenebilir ve bu durum depresyonun ileriki dönemlerde de devamına yol açar. Annede düşük benlik algısı, olumsuz beklentiler, doğumu gerçekleştiremeyeceği gibi korkular oluşur. Anne bebek bağlanmasında gecikme, aile içi sorunlar, annede alkol madde kullanımı hatta intihar bile gözlenebilir (6).

## YAYGINLIK

Tokofobi hemen hemen her toplumda ve her kültürde mevcuttur. Ortalama kadınların %15 inde şiddetli doğum korkusu gözlenir. İsveç'te %10, Norveç'te % 7.5, Kanada'da % 9.1 oranında görüldüğünü bildiren veriler mevcuttur. (7) Hiç doğum yapmamış kadınlarda doğum yapmış kadınlara oranla daha fazla tokofobi gözlenmektedir. Ancak doğum yapmış kadınlarda tokofobi daha şiddetli olmaktadır. Gebelik haftası ilerledikçe doğum korkusunun şiddeti de artmaktadır. Yapılan bir çalışma da doğum korkusu gebelik ortası dönemde %12, geç gebelik döneminde %15 ve doğumdan bir yıl sonra %15 oranında bulunmuştur (8).

## NEDENLERİ

Doğum korkusunun altında birçok sebep yatabilir. Birçok şekilde sınıflandırılmıştır. Ancak en yaygın olarak biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenler şeklinde sınıflandırılabilir.

**Biyolojik Nedenler:** Biyolojik nedenlerin en başında doğum ağrısı korkusu gelmektedir. Anne baş edemeyeceği şiddette bir doğum korkusu yaşayacağını düşünür. Doğum korkusunda yaşanan ağrı korkusu genel ağrı korkusu ile benzer özellikler gösterir. Ağrı eşliğinin düşük olduğunu düşünme, ağrıyla baş edemeyeceğini düşünme, anneyi elektif sezaryene yönlendirebilir. İsviçre'de 8000 gebe ile yapılan bir çalışmada nulliparların %42 sinin doğumda ağrı korkusu yaşadığı, Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise gebelerin %50 sinin ağrı korkusu nedeniyle sezaryen talebinde bulunduğu bildirilmiştir (9,10). İsveç'te yapılan bir diğer çalışmada ise elektif sezaryene yönelen annelerin %36 sının doğum ağrısı korkusu nedeniyle vajinal doğumdan kaçındıkları bildirilmiştir (11). Diğer biyolojik nedenler arasında operasyonlu doğum, malformasyonlu bebek sahibi olma, perinenin hasar alacağı, sonrasında cinsel hayatın bozulacağı, kendisinin ve bebeğinin zarar göreceği korkusu yer almaktadır.

**Psikolojik Nedenler:** Psikolojik nedenler arasında en belirgin olan annenin kişilik özellikleridir. Genel anksiyete düzeyi yüksek, benlik algısı düşük, nevroitik kişilik özellikleri belirgin olan annelerde daha fazla tokofobi gözlenmektedir. Bunların içerisinde en belirleyici özellik ise genel anksiyete

düzevidir (12). Gebelikte herhangi bir komorbid psikiyatrik tanı almış olmak tokofobi riskini iki kat artırmaktadır. Gebelikte en sık anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk gözlenmektedir. Annede anksiyete ya da depresyon varlığı tokofobi riskini 2.4 kat artırırken hem anksiyete hem de depresyon varlığı bu riski 11 kat artırmaktadır (13). Öncesinde olumsuz doğum öyküsü, travmatik vajinal muayeneler de bir diğer tokofobi nedenidir. Önceki doğumunda bir ya da birden fazla komplikasyon geçiren annelerin doğum korkuları artmaktadır. Olumsuz doğum deneyimi yaşayan annenin diğer doğumlara yönelik beklentileri o yönde şekillenmektedir. Geçirilmiş komplikasyon sayısı arttıkça doğum korkusu da şiddetlenmektedir (14). Bir diğer neden de cinsel taciz öyküsüdür. Daha çok çocukluk döneminde gözlenen cinsel taciz öyküsü tokofobi riskini artırmaktadır. Bu kadınlarda doğum anı ile birlikte yaşanan taciz olayı tekrar yaşantılanmaktadır. Ayrıca doğum korkusu görüldüğü gibi vajinal muayene gibi vajinal her türlü müdahaleye karşı bir korku görülebilmektedir (15). Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı cinsel travması olan kişilerde %12 oranında tokofobi bildirilmiştir. Bu kişiler de doğum korkusu, doğumu yönetememe, kontrolü kaybetme korkusu gözlenmektedir. Ayrıca doğuma bağlı komplikasyon riskide artmaktadır (16).

**Sosyal Nedenler:** Genç yaş , düşük gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi, yeterli aile desteğinin olmayışı, işsizlik tokofobi riskini artırır. Yapılan bir çalışmada eşinden yeterli derecede destek alamamanın doğum korkusu düzeylerini artırdığı gösterilmiştir (17). Yeni bir sosyal rol olan annelik, ebeveynlik rolü de anneyi kaygılandırabilir. Annenin yeterli bakım veremeyeceği korkusu, mevcut hayatındaki yeni dengelere alışma, annenin doğum korkusu nedenleri arasında yer almaktadır (18).

## TANI

Tokofobinin tanısı daha çok klinik görüşme ile konulmaktadır. Klinikte kullanılmak üzere ölçekler geliştirilmiştir. Bunlar içinde çalışmalarda en sık kullanılan Wijma'nın Doğum Kaygısı Ölçeğidir. A ve B olarak iki versiyonu vardır. A versiyonu doğum öncesi , B versiyonu ise doğum sonrası dönemi değerlendirmektedir. 20 soruluk bir ankettir ve likert tipi hesaplanır. Her soru 1-6 puan arasında değerlendirilir. 100 puan ve üstü şiddetli doğum korkusu olarak değerlendirilir (19). Klinik koşullarda uygulaması zor ve uzun bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Korukçu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20). Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının düzenlediği Doğum Ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği ve Oxford Doğum Endişesi Ölçeği kullanılabilecek diğer ölçekler arasındadır (21).

## TOKOFOBİNİN GEBELİK VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

**Gebelik Sürecine Etkisi:** Doğum korkusu yaşayan anne sadece korku düşüncesine sapanır kalır. Gebelik ve doğumu ile ilgili diğer konulara odaklanamaz. Sürekli doğumu ile ilgili olumsuz beklentiler içerisindedir. Bu durum da doğumu ve gebelik sürecini olumsuz bir döngüye sokar. Şiddetli doğum korkusu yaşayan annede titreme, çarpıntı, terleme, huzursuzluk, sinirlilik, ağlama ve öfke nöbetleri, yeme düzeninde değişiklikler, uykusuzluk, dalgınlık, paranoid düşünceler ve intihar davranışı gözlenebilir. Gebe kadının günlük hayatı olumsuz etkilenir. Bu kadınlarda alkol madde kullanımında artış gözlenebilir. Doğum aralarındaki süre uzar,

istenilenden daha az çocuk sahibi olurlar. Bu kadınlarda elektif sezaryene yönelim daha fazla görülmektedir. Annede olumsuz duyulanımda 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.

**Doğum Sürecine Etkisi:** Aşırı doğum korkusuna bağlı doğum esnasında komplikasyon riski artar . Doğum korkusu yaşayan kadınlarda doğum esnasında kaygıya bağlı katekolamin seviyelerinde artış gözlenir. Bu durum genel olarak damarlarda vazokonstriksiyona ve uterin kasların kontraksiyonlarında düzensizliklere yol açar. Uterin damarlarda gelişen vazokonstriksiyon ve uterin kasılma düzensizliği fetüse daha az oksijen gitmesine neden olur. Daha az oksijenlenen fetüste fetal distress gelişir. Bu durum da hem anneye hem de bebeğe müdahale nedeni doğurur (22). Artan adrenal seviyelerine bağlı oksitosin düzeylerinin de azaldığı gösterilmiştir. Azalmış oksitosin uzamış doğum eylemine yol açmaktadır. Bir çalışmada tokofobisi olan kadınların doğum süreçlerinin aktif evresinin daha uzun olduğu gösterilmiştir. Tokofobiye bağlı daha fazla doğum komplikasyonu, daha fazla acil sezaryen ihtiyacı görülmektedir. Tokofobisi olan kadınların doğumlarının acil sezaryenle sonlandırılma riski daha fazladır. Bu gebelerde müdahaleli doğum, kanama riskinde artış, erken doğum, daha fazla ilaç kullanımı olabilir.(23) Ayrıca doğum sonrasında anne bebek bağlanmasında güçlükler, annenin doğum sonrasında daha fazla depresyon yaşaması gözlenebilir (24).

## TEDAVİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirtmiş olduğu ideal sezaryen oranı %15 tir. Ancak ülkemizde ve diğer dünya ülkelerinde sezaryen oranları giderek artış göstermektedir. Ülkemizdeki 2008 verilerine göre sezaryen oranı %36,7 dir. Tokofobi elektif sezaryen tercihinin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Tedavide en önemli basamak gebenin gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerle ilgili bilgilendirilmesidir. Doğum kadın için belirsiz bir süreçtir. Bu belirsizliklerin giderilmesi açısından doğumda onu neler bekleyeceği anlatılmalıdır. Ağrı yönetimi, gevşeme egzersizleri, ıkmama ile ilgili bilgi verilmelidir. Ayrıca doğumda ağrı korkusu yaşayan gebeler ağrısız doğum yöntemleri hakkında da bilgilendirilebilir. Normal doğumun avantajları, anne ve bebek açısından faydaları anlatılmalıdır. Gebenin ihtiyaç duyduğu anda istekleri karşılanabilmelidir. Bu sebeple ülkemizde ve dünyada gebe eğitimi veren merkezler kurulmuştur. Ülkemizde de gebe okulu adında bu tür merkezler kurulmakta ve sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu merkezlerde psikologlar, ebeler, egzersiz hocaları yer alabilir. Anne, doğum ekibi, ekibin görevleri ve kendine düşen görevler hakkında bilgilendirilmelidir. Gebeler doğum süreci hakkında eğitilir. Bu eğitim sürecine eşler de dahil edilebilir. Gebe eğitim merkezinde eğitim almış kadınların daha rahat doğum yaptıkları, doğum korkularının azaldığı gösterilmiştir (25). İsveç'te yapılan bir çalışmada doğum öncesi eğitimin %74 oranında etkili olduğu gösterilmiştir. Yine başka bir çalışmada ise doğum öncesi eğitim alanların vajinal doğumu daha fazla tercih ettiği bildirilmiştir (26). Gebe eğitimleri bireysel olarak yapılabileceği gibi gruplar halinde de yapılabilmektedir. Yapılan bir çalışmada grup olarak yapılan eğitimlerin daha verimli olduğu bildirilmiştir (25). Korkusuz doğum kavramını ilk olarak Read ortaya artmıştır. Read'a göre anne doğumunun korkusuz ve hatırlayacağı çok güzel bir anı

olacağına ikna edilebilir. Özellikle gebelere ıkmına ve gevşeme egzersizleri konusunda eğitimler verilmiş, anneye beden ve ruhun birlikte işleyen bir sistem olduğu anlatılmıştır. Anneler doğum yapacağı ortama götürülerek eğitilmişlerdir. Korkusuz doğum modeli kendisinden sonra gelen doğum modellerine de öncülük etmiştir. Bilişsel davranışçı yaklaşım ve birçok tedavi modeli uygulanmaktadır. En sık uygulanan tedavi modelleri arasında Hypnobirthing, Lamaze Modeli, Bradley Modeli bulunmaktadır (27).

**Bilişsel Davranışçı Yaklaşım:** Klasik Bilişsel Davranışçı Yaklaşımın temellerini içermektedir. Terapistin daha aktif olduğu sorun belirleme ve sorun çözme becerileri üzerine yapılan görüşmelerdir. Gebenin mevcut sorunu belirlemesi, bu sorunla ilgili oluşan duygu ve düşüncelerini farketmesi ve oluşan davranışsal yanıtı değerlendirmesine yöneliktir. Gebelerle yapılan bireysel terapiler sonucunda gebelerin anksiyetelerinin azaldığı, daha fazla vajinal doğumu tercih ettiği ve komplikasyon oranlarının daha az olduğu gösterilmiştir. Kısa sürmesi, çözüm odaklı ve etkili olması nedeniyle Bireysel Davranışçı Yaklaşım sıklıkla tercih edilen bir tedavi modelidir (28).

**Hipnoz:** Daha çok annenin kendisini doğumun rahat geçeceğine inandırmasını temel alır. 1990 yılında Marie Mongan tarafından geliştirilmiştir. Bir yöntemden ziyade felsefe olarak tanımlanmıştır. Ağrıyı azaltmayı hedef almaktan ziyade olumlu düşünmeye odaklanmıştır. Annelerin içgüdüsel olarak doğumu bildiği, dışardan bir müdahalenin gerekmediği şeklinde belirtilmektedir. Anne olumlu düşünmeli, ağrıdan ziyade bebeğine odaklanmalı, doğumun güzel geçeceğine dair kendini hipnotize etmelidir. Marie Mongan bu yöntemi ilk kendi kızına denemiştir ve literatüre ilk vaka olarak geçmiştir. Kurduğu ensititü ile bu yöntem günümüze kadar taşınmıştır (29).

**Lamaze Modeli:** Lamaze Fransız bir hekimdir. Ivan Pavlov'un koşullanma teorisinden yola çıkarak doğumdaki ağrının da şartlanmış bir tepki olduğunu öne sürmektedir. Anneyi ağrısız bir doğum geçireceğine şartlandırarak daha sakin, kontrolü kaybetmeden, gevşeme ıkmına egzersizlerini içine alan bir eğitim modelidir. Eşler de bu sürece dahil edilir. Anne ayakta doğal bir pozisyonda ıkmmalı ve gevşeme teknikleri anneye öğretilmelidir. Başlangıçta solunum egzersizleri odaklı bir yöntemken artık günümüzde annenin sağlıklı ve doğal doğum yapma hakkını ele alan bir felsefedir. Anneye gerektiğinde eşler destek ve moral vermelidir. Annenin duygusal yönden desteklenmesine önem vermektedir. Anneye sakin sessiz bir ortam sağlanmalı, gereksiz fazla müdahaleden kaçınılmalıdır (30).

**Bradley Modeli:** Jinekolog Robert A. Bradley tarafından geliştirilmiştir. Doğumun tamamen normal bir süreç olduğunu belirten Bradley anneye hiçbir dış müdahalenin olmaması gerektiğini savunmaktadır. Anneye yapılacak müdahale bebeğe ya da anneye zarar verebilir düşüncesi hakimdir. Anne sessiz, yalnız kalmalı, doğuma odaklanmalı, özellikle eş anneyi bu süreçte sadece desteklemelidir. Eş burda bir doğum koçu gibi görev üstlenir ve eğitim sürecine eşte dahil edilir. Eşin anneye destek olması ve doğum sürecinde yanında bulunarak destek vermesi önemlidir (31).

Tedavide ayrıca komorbid psikiyatrik hastalıkların tedavisi de yapılmalıdır. Depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar gebede doğum korkusunu artırmaktadır. Tokofobide

komorbid psikiyatrik tabloların da göz önünde bulundurulması ve tedavi planına eklenmesi gerekmektedir (13).

## SONUÇ

Sağlıklı bir gebelik süreci ve doğum her kadının hakkıdır. Ancak doğum korkusu ve bu korkunun gözden kaçırılması kadınların bu süreci çok zor atlatalarına neden olmaktadır. Gebeler doğum ile ilgili bilgilendirilmeli, prenatal bakım hizmetlerinin içinde gebe eğitimine daha çok yer verilmelidir. Doğum komplikasyonlarını azaltmak ve elektif sezaryen oranlarını düşürmek için doğum korkusu tedavi edilmelidir. Her kadın azda olsa doğum ile ilgili korku yaşayabilir. Ancak gebelerin doğum süreci ile ilgili korkuları belirlenmeli ve giderilmelidir. Bu nedenle gebe eğitime yönelik çalışmalar artırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- 1.Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. (2006) How Social Context Impacts on Women's Fears of Childbirth: A Western Australian Example, *Social Science&Medicine*. 63, 64-75
- 2.Hofberg K , Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003;79(935):505-10
- 3.Hofberg KM, Brockington IF. (2000) Tokophobia: a morbid dread of childbirth. its presence in Great Britain and Gran Cayman, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*. 22 (5), 96-98
- 4.Di Renzo GC (2003). Tocophobia: a new indication for Cesarean delivery, *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 13, 217
- 5.Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. (2008) Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth, *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. 10(1), 9
- 6.Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D, Kitapçioğlu G. (2007) Gebe bir kadının hissettikleri "Korkuyorum". *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21 (2), 109-111
- 7.Çolak GV, Hocaoğlu Ç. Az Bilinen Bir Konu Tokofobi: Bir Olgu Sunumu. *Anadolu Güncel Tıp Derg* 202;2(2) : 56-60.
- 8.Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I. A longitudinal survey of childbirth related fear and associated factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40(5):532-43
- 9.Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of child birth during pregnancy: a study more than 8000 pregnant women . *j psychosomobstetgynecol* 2002 ;23(4):229-35
- 10.Dursun P, Yanık FB, Zeyneloğlu HB, Baser E, Kusçu E, Ayhan A. Why women request cesarean section without medical indication j matern-fetalneonatmed. 2011;24(9):1133-37
- 11.Ryding, E.L. (1993) Investigation of 33 Women who Demanded a Cesarean Section for Personal Reasons, *Acta Obstet Gynecol Scand*. 72, 280-5
- 12.Saisto T, Salmela-Aro K., Nurmi J, Halmesma E. (2001) Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 108, 492-498
- 13.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(2): 237-42

14. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. (2013) The Impact of Previous Birth Experiences on Maternal Fear of Childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 92, 318–324
15. Lukasse, M. (2011) *Childhood Abuse – Pregnancy and Childbirth*, A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor, University of Tromsø, Faculty of Health Sciences Department Of Community Health
16. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *PostgradMed J* 2003;79(935):505-10
17. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesmaki E. (2001) Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 108, 492-498
18. Melender H.L. (2002) Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women *Birth.* 29(2), 101- 11
19. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J PsychosomObstetGynecol* 1998;19(2):84–97
20. Korukcu O, Kukulcu K, Firat MZ. Reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy / Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *J PsychiatrMenthHealthNurs* 2012;19(3):193-202
21. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. (2008) Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 9 (1), 47-54
22. Reck, C, Zimmer K., Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S. (2013) The Influence of General Anxiety and Childbirth Specific Anxiety on Birth Outcome, *ArchWomensMenthHealth.* 16(5), 363-369
23. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol.* 1999 Nov;94(5 Pt 1):679-82. doi: 10.1016/s0029-7844(99)00413-5. PMID: 10546709.
24. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. (2013) Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 92, 210–214
25. Serçekuş P, Mete S. (2010) Turkish Women's Perceptions of Antenatal Education, *International Nursing Review,* 57(3), 395-401
26. Stoll K.H, Hall W. (2012) Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education,* 21(4), 229–237
27. Mete S. (2008) Doğum Öncesi Eğitim. (Ed: Şirin A, Kavlak O.) *Kadın Sağlığı.* Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. 501- 521
28. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. (2006) Therapeutic Group Psycho education and Relaxation in Treating Fear of Childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica.* 85, 1315-1319
29. Mongan M.F. (2012) *Hypnobirthing Mongan Yöntemi.* Gün Yayıncılık
30. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *JMid wifery Womens Health* 2009;54(6):469-476
31. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(2):117-123