

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR GEBELERE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME
YÖNTEMİ İLE VERİLEN EĞİTİM PROGRAMININ
DOĞUM KORKUSUNA, DOĞUMDA ÖZ-YETERLİLİĞE
VE DOĞUM ŞEKLİNE ETKİSİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Pelin CALPBİNİCİ

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2020

ÖZET

Calpbinici, P. Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Verilen Eğitim Programının Doğum Korkusuna, Doğumda Öz-Yeterliliğe ve Doğum Şekline Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2020. Araştırma, primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz-yeterliliğe ve doğum şekline etkisini değerlendirmek amacıyla iki grulu paralel randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma, Nevşehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde Ağustos 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 73 primipar gebe (müdahale:37, kontrol:36) ile yürütülmüştür. Örneklemeye alınan primipar gebeler tabakalı blok randomizasyon yöntemine göre müdahale ve kontrol grubuna atanmıştır. Müdahale grubunda yer alan 37 gebeye haftada bir kez olmak üzere toplam dört oturumda bireysel olarak “Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı” uygulanmış, kontrol grubundaki 36 gebeye ise rutin hastane uygulamalarının dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve B Versiyonu, Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu (DÖYÖ) ve Doğum Eylemi Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, yüzdeler, ki-kare testi, Bağımsız Gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon testi, tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi ve Friedman testi kullanılmıştır. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası W-DEQ A versiyonu puan ortalamalarının eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Her iki grupta yer alan gebelerin eğitim öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalamaları benzerken ($p>0,05$), müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında W-DEQ A versiyonu puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundaki gebelerin W-DEQ B versiyonu puan ortalamaları, kontrol grubundakilerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında DÖYÖ toplam, sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi alt boyutları puan ortancalarının kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol grupları arasında doğum şekilleri bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak; primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının gebelerin doğum korkularını azalttığı ve doğumda öz-yeterliliklerini artırdığı saptanırken, doğum şekillerine etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda; doğum öncesi dönemde doğum korkusunu azaltmak ve doğumda öz-yeterliliği artırmak için planlanan hemşirelik bakımı içerisinde doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, doğumda öz-yeterlilik, doğum şekli, motivasyonel görüşme, hemşirelik, gebelik

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 17650).

ABSTRACT

Calpbınici, P., The Effect of the Training Program Provided to Primipara Pregnant Women through the Motivational Interview Method on Their Fear of Childbirth, Childbirth Self-Efficacy and Delivery Mode: A Randomized Controlled Study, Hacettepe University Graduate School Health Sciences, Obstetrics and Gynecological Nursing Programme Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2020. This two-group, parallel randomized controlled study was conducted to evaluate the effect of the training program provided to primipara pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy and delivery mode. The study was carried out in the Gynecology and Obstetrics Polyclinic of Nevşehir State Hospital between August 2019 and May 2020 with 73 primipara pregnant women who met the inclusion criteria. The primipara pregnant women included in the study sample were assigned to the intervention (n=37) and control (n=36) groups using the block randomization method. The women in the intervention group were individually provided with “Training Program on Fear of Childbirth Based on Motivational Interview Method” once a week, four sessions in total, while no interventions were made for those in the control group other than routine hospital practices. Study data were collected using a descriptive information form, the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) versions A-B, the Childbirth Self-Efficacy Inventory-Short Form (CBSEI-SF) and the Delivery Evaluation Form. Data were analyzed using number, percentage, mean, standard deviation, median, percentage, chi-square test, Independent Groups t test, Mann Whitney U test, Wilcoxon test. ANOVA test and Friedman test were used for repeated measures. The mean post-training and 37-40 gestational week W-DEQ-A scores of the women in the intervention group were found to be lower compared to their mean W-DEQ-A scores before the training ($p < 0.05$). While the pre-training W-DEQ-A mean scores of the pregnant women in both groups were similar ($p > 0.05$), the mean 37-40 gestational week W-DEQ-A scores of the pregnant women in the intervention group were significantly lower than those in the control group ($p < 0.05$). The mean W-DEQ-B scores of the pregnant women in the intervention group were found to be significantly lower than those in the control group ($p < 0.05$). The total CBSEI-SF score of the women in the intervention groups in the 37-40 weeks of gestation and their median scores of outcome expectancy and self-efficacy expectancy subscales were significantly higher than those in the control group ($p < 0.05$). There was no significant difference between the intervention and control groups in terms of delivery modes ($p > 0.05$). As a result, the training program provided to primipara pregnant women through the motivational interview method was found to reduce their fear of childbirth and increase their self-efficacy during childbirth, but not to have any effect on delivery modes. In line with the results of the study, training programs based on the motivational interview method for the fear of childbirth should be integrated into the nursing care planned to reduce fear of childbirth in the prenatal period and increase self-efficacy during childbirth.

Keywords: Fear of childbirth, childbirth self-efficacy, mode of delivery, motivational interview, nursing, pregnancy

This study is supported by the Hacettepe University Scientific Research Projects Coordination Unit (Project No: 17650).

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Doğum Korkusu	6
2.1.1. Doğum Korkusunun Tanımı	6
2.1.2. Doğum Korkusunun Prevalansı	7
2.1.3. Doğum Korkusuna Yol Açan Faktörler	7
2.1.4. Doğum Korkusunun Etkileri	10
2.1.5. Doğum Korku ile Baş Etmeye Yönelik Girişimler	12
2.2. Motivasyonel Görüşme	16
2.2.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri	16
2.2.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri	17
2.2.3. Motivasyonel Görüşmede Temel İletişim Becerileri	18
2.2.4. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları	19
2.3. Öz-Yeterlilik	21
2.3.1. Öz-Yeterliliğin Kaynakları	22
2.3.2. Öz Yeterliliğin Etkileri	22
2.3.3. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik	24
2.4. Doğum Korkusu Yönetiminde ve Doğumda Öz-Yeterliliğin Artırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.3.1. Araştırmanın Evreni	29
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	29
3.3.3. Randomizasyon	30
3.3.4. Araştırmanın Örneklem Seçimi	32
3.3.5. Körleme	33
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-2)	33
3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (EK-3)	34
3.4.3. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu (EK-4)	35
3.4.4. Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (EK-5)	36
3.4.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (EK-6)	36
3.5. Araştırmanın Uygulanması	37
3.5.1. Birinci Aşama: Araştırmanın Hazırlık Aşaması	38
3.5.2. İkinci Aşama: Araştırmanın Ön Uygulanması	41
3.5.3. Üçüncü Aşama: Araştırmanın Uygulanması	41
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.8. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	44
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler	45
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	45
4. BULGULAR	48
4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.2. Gebelerin/Lohusaların Doğum Korkusu, Doğum Öz-Yeterlilik Puan Ortalamaları ve/veya Ortancalarına İlişkin Bulgular	53
4.3. Gebelerin/Lohusaların Doğum Sürecine İlişkin Bulgular	60
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70

6.1. Sonuçlar	70
6.1.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	70
6.1.2. Gebelerin/Lohusaların Doğum Korkusu, Doğum Öz-Yeterlilik Puan Ortalamaları ve/veya Ortancalarına İlişkin Sonuçlar	70
6.1.3. Gebelerin/Lohusaların Doğum Sürecine İlişkin Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	72
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER	
EK-1: Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formu	
EK-2: Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu	
EK-4: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form	
EK-5: Doğum Eylemi Değerlendirme Formu	
EK-6: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu	
EK-7: Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi	
EK-8: Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Katılım Sertifikası	
EK-9: Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı	
EK-10: Doğuma Hazırlık Rehberi	
EK-11: Müdahale Grubu Katılım Belgesi	
EK-12: Etik Kurul Kararı	
EK-13: Kurum İzni	
EK-14: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-15: Ek Tablolar	
EK-16: Orjinallik Ekran Görüntüsü	
EK-17: Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği)
ADYÖ	Açık uçlu soru sorma, Doğrulama, Yansıtımlı dinleme, Özetleme
D/C	Dilatasyon ve Küretaj
DÖYÖ	Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği
NST	Non-Stres Test
Ort	Ortanca
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
USG	Ultrasonografi
W-DEQ A	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A (Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu)
W-DEQ B	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B (Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu)
$\bar{X} \pm SS$	Ortalama \pm Standart Sapma

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Bandura'nın öz-yeterlilik modeli	21
3.1. Araştırmanın uygulama akış şeması	46
4.1. Gebelerin Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı	53
4.2. Gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) toplam ve alt boyut puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı	57

TABLolar

Tablo		Sayfa
3.1.	Tabakalama grupları	31
3.2.	Primipar gebelerin randomizasyonunda kullanılan bloklar	31
3.3.	Primipar gebelerin tabakalama özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımı	32
4.1.	Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı	48
4.2.	Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı	50
4.3.	Gebelerin Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı	52
4.4.	Lohusaların Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının çalışma gruplarına göre dağılımı	54
4.5.	Gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı	56
4.6.	Gebelerin doğum şekline ilişkin bulguların çalışma gruplarına göre dağılımı	59
4.7.	Lohusaların gelecekte doğum şekli tercihi, doğum deneyimi ve memnuniyetinin çalışma gruplarına göre dağılımı	59

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum süreci, her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Buna karşılık, doğum eyleminin sonucunun önceden tahmin edilememesine bağlı yaşanan belirsizlik duygusu, doğumda kontrolün kaybedileceği hissi ve annenin kendi yetkinliğine olan güvensizliği, bazı kadınlarda kaygı ve strese yol açarak doğum korkusunun yaşanmasına neden olabilmektedir (1-3). Yapılan çalışmalarda, gebelerin %6,3-75'inin doğum korkusu yaşadığı (4-8), %6-10'unun ise günlük yaşamını etkileyebilecek şiddette doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (1, 8). Doğum korkusunun ortaya çıkmasında; biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (geçmişteki travmatik olaylar, kişilik özelliği, ebeveynlik korkusu), sosyal (ekonomik belirsizlikler, destek eksikliği) veya ikincil (önceki doğum deneyimleri, çevreden duyulan olumsuz hikayeler) faktörler rol oynayabilmektedir (9). Ayrıca gebelik haftası (1, 2) ve paritenin de (10, 11) doğum korkusunun ortaya çıkmasında önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir.

Gebelik haftası ilerledikçe ve doğuma yaklaştıkça kadının doğum korkusu artmaktadır (1, 2, 12). Laursen ve ark. (12), 31. gebelik haftasında olan gebelerin doğum korkusunun 16. gebelik haftasında olan gebelere göre daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmiştir. Rouhe ve ark. (1) ise doğum korkusunun 20. gebelik haftasından itibaren yükseldiğini saptamıştır. Doğum korkusunun gebelik haftası ilerledikçe artmasının nedeni; kadınların ilk üç ayda gebeliğe, ikinci üç ayda bebeğine ve üçüncü üç ayda ise doğuma odaklanmasından kaynaklanmaktadır (3). Gebelik haftasının yanı sıra kadının paritesi de doğum korkusu yaşama durumunu etkilemektedir. Rouhe ve ark. (1) primipar gebelerin, hem gebeliğin erken döneminde hem de geç döneminde multipar gebelere göre daha yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığını belirtmektedir. Bu durum; primiparların bilinmezlik duygusu (2, 7, 13, 14) ve kontrol kaybı hissi yaşamaları (1, 14), olumsuz doğum hikayeleri duymaları (15, 16) ve doğum ağrısı ile baş edememe (14), sağlıklı bir doğum yapamama (2), perinede laserasyon oluşacağı ve epizyotomi açılacağı (5, 16) gibi düşüncelere sahip olmalarından kaynaklanabilmektedir.

Doğum korkusu; gebelik öncesi, gebelik, doğum süreci ve doğum sonu dönemde ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Doğum korkusunun yüksek düzeyde olması; kadının gebelikten kaçınmasına, istemli düşüklere (17), gebelikte anksiyeteye, depresyona, uykusuzluğa, kabus görmeye ve doğuma hazırlık sınıflarına katılmamaya (18-20), eylemde; doğumun uzamasına (21), indüksiyon kullanımına, acil sezaryen ile doğum ve müdahaleli vajinal doğuma (22) neden olabilirken, doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasında gecikmeye (18), postpartum depresyona (18, 23) ve travma sonrası stres bozukluğuna (18, 20) yol açabilmektedir. Ayrıca doğum korkusu, sezaryen ile doğumun da en sık nedeni olarak belirtilmektedir (4, 5, 10, 24, 25).

Sezaryen ile doğum, tıbbi nedenlerle yapıldığında annenin ve bebeğinin hayatını kurtaran önemli bir cerrahi girişimdir (26). Ancak maternal ve neonatal riskleri bulunduğundan (27) gerekli durumlarda yapılması önerilmektedir (26). Dünya Sağlık Örgütü sezaryen ile doğum oranının %10'dan yüksek olmasının maternal ve neonatal mortalite oranlarında azalma ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (26). Buna karşılık son yıllarda sezaryen ile doğum oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır (26). Dünyada 1990-2014 yılları arasında, sezaryen ile doğum oranı üç kat artarak %6,7'den %19,1'e yükselmiş ve yıllık ortalama %4,4 artmıştır (28). Türkiye'de ise sezaryen ile doğum oranı 2003 yılında %21'iken (29), 2018 yılında bu oran %52'ye çıkmıştır (30). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre ise primer sezaryen ile doğum oranı %26,3 olarak belirtilmiştir. Primer sezaryen ile doğum oranlarının yüksek olması, ilk doğumunu sezaryen ile yapan kadınların sonraki doğumlarında da sezaryen ile doğum yapmasına yol açarak sezaryen ile doğum oranlarının yükselmesine neden olmaktadır (31, 32). Sezaryen ile doğum oranlarının artışına neden olan birçok faktör içinde annenin sezaryen ile doğum istemesi önemli bir paya sahiptir (34). Anne isteğine bağlı sezaryen ile doğum oranları ile ilgili kesin istatistik veriler olmamakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm doğumların %2,5'ini (34), İsveç'de yapılan bir çalışmada doğumların %7,3'ünü (4), Çin'de 21 şehirde yapılan bir çalışmada ise doğumların %20'sini kapsadığı saptanmıştır (35). İsteğe bağlı sezaryen ile doğumların en büyük belirleyicilerinden biri doğum korkusudur (36, 37). Long ve ark. (38)'nın sistematik derleme, nicel meta-analiz çalışmasında; Çinli kadınların yaklaşık beşte birinin sezaryen ile doğum tercih ettiği ve bu tercihin en yaygın nedeninin ise doğum korkusu olduğu belirtilmiştir.

Reyes ve Rosenberg (25) çalışmasında, sezaryen ile doğum yapan kadınların %73,2'sinin doğum tercihlerini etkileyen faktörün doğum korkusu olduğunu bildirmişlerdir.

Sezaryen ile doğumun tercih edilmesi, kadının doğumla başa çıkma yeteneğinde bir yetersizlik yaşandığını gösterebilmektedir (24). Gebenin, doğum eylemi ile baş edebilmesi için kendi yeteneklerine güvenmesi gerekmektedir. Doğumda öz-yeterlilik olarak tanımlanan bu durum, kadının doğum sürecini etkileyebilmektedir (39). Yapılan çalışmalarda; doğumda öz yeterliliği yüksek olan kadınların, doğum ağrısını daha az algıladığı (40, 41), doğumda daha az analjezik kullanıldığı (42), daha az stres yaşadığı ve doğumdan memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu (40, 43) belirlenmiştir. Diğer taraftan doğumda öz-yeterlilik ile doğum korkusu arasında yakın bir ilişki olduğu ve düşük öz-yeterliliğe sahip gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (43-46). Doğum korkusu yüksek olan kadınların doğumun birinci ve ikinci evresinde iyi bir performans göstereceklerine olan inançları (40) ve bedenlerinin bu durumdan etkilenmesine yönelik beklentileri daha düşüktür (24). Bu durum, kadınların sezaryen ile doğuma yönelmelerine neden olabilmektedir (40).

Doğum korkusunun yol açabileceği istenmeyen sonuçları azaltmak ve kadının doğum korkusu ile baş etmesine yardımcı olmak için doğuma hazırlık eğitimleri (47), bilişsel davranış tekniği (48), psiko-eğitim (49), haptoterapi (50), bireysel danışmanlık (51), sanat terapisi (52) gibi birçok yaklaşım kullanılmaktadır. En yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri doğuma hazırlık eğitimleridir. Doğuma hazırlık eğitimleri daha çok kadının bilgi eksikliğini gidermeye ve doğum ağrısı ile baş etmeye odaklanmaktadır (53). Bununla birlikte, doğum korkusunun yalnızca bilgi eksikliği ve doğum ağrısı ile ilişkili olmadığı ve birçok faktörün etki ettiği de belirtilmektedir (20, 45, 46). Kadının doğum korkusunu azaltmak ve kadında istendik davranış değişikliği oluşturmak için bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanılması önemlidir (49). Bu stratejileri barındıran yaklaşımlardan biri de motivasyonel görüşme yöntemidir.

Motivasyonel görüşme “danışanların çelişen duyguların (ambivalans) farkına vararak çözümlmelerine yardımcı olacak davranış değişikliğini ortaya çıkartmada kullanılan, direktif ve danışan merkezli bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır. Motivasyon görüşmelerinde temel amaç; bireyin başa çıkma yeteneğini ve kendine

olan güvenini artırmaktır. Bu yaklaşım, özellikle değişim için isteksiz olan ve/veya çelişen duyguları olan bireyler için kullanışlı bir yöntemdir (54). Motivasyonel görüşme tekniği; alkol (55) ve madde bağımlılığının tedavisinde (56), sigaranın bırakılmasında (57), diyet yönetiminde ve kilo kontrolünde (58), egzersize uyumda (59), emzirmenin sürdürülmesinde (60), kontraseptif kullanımının sağlanmasında (61), cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde (62), sezaryen ile doğum oranlarının azaltılmasında (63), gebelerin doğuma hazırlık sınıflarına katılımının teşvik edilmesinde (64), bireylerde davranış değişikliğini oluşturmak için kullanılmaktadır. Literatürde, motivasyonel görüşmenin doğum korkusuna etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists/ACOG), doğum korkusu ve sezaryen ile doğum oranlarının azaltılmasında gebenin davranışlarına odaklanan motivasyonel görüşmenin uygun bir yöntem olduğunu belirtmiştir (65).

Bireylerin sağlığının korunması ve yükseltilmesinde davranış değişikliği yapmak üzere bireyleri motive etmek önemli bir hemşirelik görevidir (66). 6283 Sayılı Hemşirelik Yasasına dayalı, 27515 Sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde, hemşirenin görevi “birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması” olarak tanımlamıştır (67). Bu kapsamda, gebelik boyunca kadının yanında olan ve gebeye ihtiyacı olan konularda eğitim ve danışmanlık veren hemşirelere, gebenin yaşadığı doğum korkusunu belirlemede ve baş etmesine yardımcı olmada önemli sorumluluklar düşmektedir (68). Ülkemizde gebelerin doğum korkusunu azaltmaya yönelik standart bir uygulama protokolü bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı (69) tarafından yayınlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde gebenin fiziksel sağlığına odaklanan öneriler bulunmasına karşın, psikolojik sağlığını değerlendiren ve doğum korkusuna odaklanan önerilere yer verilmediği belirlenmiştir. Anne isteğine bağlı sezaryen ile doğumların en önemli nedenlerinden birinin doğum korkusu olduğu düşünöldüğünde, özellikle doğum korkusu ve bilinmezlik duygusunu daha yoğun yaşayan primipar gebelerin doğuma ilişkin kaygı ve endişelerinin azaltılması ve vajinal doğuma yönelik motivasyonunun artırılması büyük önem taşımaktadır (70). Doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programı ile sadece doğumun

fizyopatolojisine odaklanmak yerine doğumun fizyolojisinin yanında kadınların kendine olan güvenine, dirençliliğine ve yeterlilik duygusunun güçlendirilmesine odaklanılmakta ve kadının öz-yeterliliği desteklenmektedir. Bu nedenle motivasyonel görüşmenin; primipar gebelerin çelişen duygularının farkına varması sağlanarak doğum korkusunun azaltılmasında, öz-yeterliliğinin arttırılmasında ve vajinal doğuma yönlendirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca literatürde motivasyonel görüşmenin doğum korkusuna etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmaması nedeniyle bu çalışmadan elde edilecek sonuçların gelecek çalışmalara yol gösterici olması ve ışık tutması açısından literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz-yeterliliğe ve doğum şekline etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim alan primipar gebeler ile eğitim almayan primipar gebeler arasında doğum korkusu bakımından anlamlı bir fark vardır.

H₂: Motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim alan primipar gebeler ile eğitim almayan primipar gebeler arasında doğumda öz yeterlilik bakımından anlamlı bir fark vardır.

H₃: Motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim alan primipar gebeler ile eğitim almayan primipar gebeler arasında doğum şekli bakımından anlamlı bir fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Korkusu

2.1.1. Doğum Korkusunun Tanımı

Gebelik ve doğum süreci kadının yaşamında önemli yer tutan, eşsiz ve çok boyutlu bir deneyimdir (4, 71). Bu süreçte; kadınların bir kısmında gebelik ve doğuma yönelik beklenti ve deneyimler olumlu duyguları içerirken, bazı kadınlar olumsuz duygular yaşanabilmektedir (4, 10). Bu olumsuz duygulardan biride doğum korkusudur.

Doğum korkusu, kapsamlı bir kavram olmakla birlikte kesin bir tanımı bulunmamaktadır (9, 14, 72, 73). Hofberg ve Brockington (17)'nin aktarımına göre; doğum korkusu, ilk kez 1858 yılında Fransız psikiyatrist Louis Victor Marcé tarafından tanımlanmıştır. Marce, primiparların bilinmeyen acı beklentisinden kaynaklanan kaygısını; multiparların ise geçmiş anılarından ve gelecek beklentilerinden kaynaklanan korkularını doğum korkusu olarak tanımlamıştır. 1981 yılında, doğum korkusu, gebelerin günlük hayatlarını ve refahını olumsuz etkileyen güçlü kaygı olarak tanımlanmıştır (74). Saisto ve Halmesmaki (9) doğum korkusunu, anksiyete bozukluğu veya kâbus görme, fiziksel şikayetler, günlük aktivitelere konsantre olmada zorluk ve çoğu zaman sezaryen ile doğum isteğini içeren fobik bir korku olarak tanımlamıştır. Ryding ve ark. (36), doğum korkusunu olumsuz doğum beklentisi olarak tanımlarken, Wijma ve ark. (75) doğumdan önce, doğumda veya doğumdan sonra var olan doğuma yönelik endişe duygusu olarak tanımlamıştır.

Doğum korkusu farklı düzeylerde yaşanabilmektedir (7, 19, 75, 76). Düşük düzeyde korku, kadının günlük yaşamını etkilemeyen ve kendisinin yönetebileceği düzeyde bir korkudur. Genelde kadının doğuma hazırlanmasına yardımcı olabilir. Orta düzeyde korku, kadınların mental sağlığını etkilemeyen ancak kendi kendine korkuyu yönetmede güçlük yaşayabileceği ve desteğe ihtiyaç duyabileceği bir korkudur. Şiddetli düzeyde korku ise kadının günlük yaşamını etkileyen ve mental sağlık sorunlarına neden olabilen korkudur (75, 77). Gebelik ve/veya vajinal doğumdan kaçınmaya neden olan aşırı korku düzeyi ise tokofobi olarak adlandırılmaktadır (5, 18, 75, 78).

2.1.2. Doğum Korkusunun Prevalansı

Hemen hemen her gebede farklı şiddetlerde görülebilen doğum korkusu, kadının sağlığını ve refahını etkileyen bir sorundur (5, 79). Yapılan çalışmalarda, gebelerin %26-42'sinin hafif (5-7, 11), %26-65'inin orta (5-7, 11, 76) ve %7,5-26'sının şiddetli düzeyde (6, 8, 11, 76, 78, 80, 81) doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir. Doğum korkusu prevalansındaki bu farklılıklar; kültürel faktörler (78), doğum öncesi bakım alma durumu (11), kullanılan ölçüm araçlarındaki farklılıklar (73) ve pariteden (1, 7, 11, 78) kaynaklanabilmektedir.

2.1.3. Doğum Korkusuna Yol Açan Faktörler

Sosyo-demografik, obstetrik ve psiko-sosyal faktörler, doğum korkusuna yol açabilmektedir (3, 6, 9).

Sosyo-Demografik Faktörler

Maternal yaş, eğitim düzeyi, istihdam durumu ve gelir düzeyi gibi sosyo-demografik faktörler, doğum korkusunu etkilemektedir (3, 9). Yapılan çalışmalarda, genç gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (9, 44, 45, 82). Genç yaşta gebelerin çoğunluğunun primipar olması ve doğum ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması daha fazla doğum korkusu yaşamalarına yol açabilmektedir (3). Eğitim düzeyinin düşük olması da doğum korkusunu artıran bir diğer faktördür (6, 11, 44, 45, 82). Bununla birlikte, Çin'de 1039 nullipar gebe ile yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde doğum korkusunun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Yazarlar, eğitilmiş kadınların yaşamlarını planlayarak yaşadıklarını ve her şeyi kontrol altında tutmak istediklerini, doğumun kontrol edilemeyen bir olay olmasından dolayı da doğum korkusunun bu kadınlarda daha çok görülebileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (46). Ayrıca gebenin işsiz (6, 82) ve gelir düzeyinin düşük olması da (8, 45, 83) doğum korkusunu arttırmaktadır. Phunyanmalee ve ark., (83), sosyo-ekonomik düzeyi düşük gebelerin doğum öncesi bakıma sınırlı erişebileceğini ve bu durumun da doğum korkusunu artırabileceğini belirtmiştir.

Obstetrik Faktörler

Gebelik haftası, parite, ağrı korkusu ve olumsuz doğum deneyimi gibi faktörler doğum korkusunun yaşanmasına yol açabilmektedir (3, 9). Gebelik haftası ilerledikçe ve doğuma yaklaştıkça kadının doğum korkusu artmaktadır (1, 2). Kaya ve Evcili (86)'nin yaptığı çalışmada, gebelik haftası arttıkça doğum korkusunun arttığı ve gebeliğin üçüncü trimesterinde olan kadınların doğum korkularının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun nedeni; kadınların gebeliğin ilk üç ayında gebeliğe, ikinci üç ayında bebeğe ve üçüncü üç ayında doğuma odaklanmasından kaynaklanmaktadır (3).

Gebelik haftasının yanı sıra kadının paritesi de doğum korkusu yaşama durumunu etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, primiparların multiparlara göre daha yüksek oranlarda doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (1, 7, 10, 11, 76, 78). Bu durum; primiparların bilinmezlik duygusu (2, 7, 14) ve kontrol kaybı hissi (1, 14) yaşamaları, olumsuz doğum hikayeleri duymaları (15, 16), doğum ağrısı ile baş edememe (14), sağlıklı bir doğum yapamama (2), perinede laserasyon oluşacağı ve epizyotomi açılacağı (5, 16) gibi düşüncelere sahip olmalarından kaynaklanabilmektedir. Multiparların ise doğum korkusunu yaşamalarının temel nedeni genellikle önceki doğum deneyimleridir (9, 10, 16, 20). Önceki doğumu acil sezaryen veya müdahaleli vajinal doğum (vakum veya forseps kullanılması) olan kadınların doğum korkusunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (7, 10). Ayrıca Raisanen ve ark. (37), in vitro fertilizasyon ve majör konjenital anomali gibi obstetrik geçmişe sahip olan kadınlarda doğum korkusunun daha fazla yaşandığını belirlerken, Çıtak-Bilgin ve ark. (45), planlanmamış gebeliğin ve düşük deneyiminin doğum korkusunu artırdığını belirlemiştir.

Doğum korkusunda rol oynayan en yaygın görülen nedenlerden biri de ağrı korkusudur (5, 9, 15, 16). Doğum eylemi, evrensel bir deneyim olmasına karşın doğum ağrısının algılanması kişiden kişiye değişebilmektedir (84). Bazı kadınlar doğum ağrısını anneliğin bir parçası olarak görürken (85), bazı kadınlar ise ağrıyla baş edemeyeceği düşüncesiyle korku yaşayabilmektedir (16). Araştırmalar, yüksek düzeyde ağrı beklentisi olan kadınların daha şiddetli doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir (15, 85, 87). İsviçre'de 8000 gebe ile yapılan bir çalışmada, primiparların yaklaşık yarısının (%42) doğum ağrısından korktuğu belirlenmiştir (88).

Wigert ve ark. (14) ise, doğumda kadının yaşadığı ağrının gelecekteki gebeliğini etkilediğini ve kadının sonraki gebeliğinde daha yoğun doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir. Diğer taraftan ağrı korkusu kadınların isteğe bağlı sezaryen ile doğum tercih etmesindeki en yaygın nedendir (9, 89-91). Bu durum, kadınların sezaryen ile doğumu ağrısız doğumun bir alternatifi olarak görmelerinden kaynaklanmaktadır (90).

Psiko-Sosyal Faktörler

Psiko-sosyal faktörler; sosyal destek, öz yeterlilik, gebelerin kişilik özelliği, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon gibi değişkenlerden oluşmaktadır (3, 9, 45). Gebelik, fiziksel ve psikolojik değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde gebeler; arkadaşlarından, sağlık profesyonellerinden, aile üyelerinden ve özellikle eşlerinden sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır (92, 93). Yapılan çalışmalarda, sosyal destek eksikliği yaşayan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (6, 9, 20, 44, 82, 83). Buna karşılık, gebelerin sosyal desteğinin artması, doğum korkusunu azaltmakta (45), gebeyi emosyonel ve bilişsel olarak rahatlatmakta, stres etkenleriyle ve anksiyete ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır (94).

Doğum korkusunu etkileyen önemli psiko-sosyal faktörlerden biri de öz yeterliliktir. Çalışmalar, öz-yeterliliğin gebelerde doğum korkusunun güçlü bir belirleyicisi olduğunu ve düşük öz-yeterliliğe sahip gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığını saptamıştır (44, 45, 46)

Kişilik, gebelikte kadının gebeliğe ve doğuma ilişkin tutumunu etkilemektedir (95). Yapılan çalışmalarda, nevrotik kişilik özelliğine ve sürekli kaygıya sahip gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (95, 96). Kişiliğin önemli bir parçası olan benlik saygısının da doğum korkusu ile ilişkili olduğu ve düşük benlik saygısına sahip gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (9, 82).

Kadının, gebelik ve doğuma ilişkin algı ve deneyimleri, duygusal ve psikolojik sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (16). Yapılan çalışmalarda, gebelerde sürekli anksiyetenin (44, 45) ve durumluk anksiyetenin (44, 87, 97) yüksek olmasının doğum korkusu için risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Raisanen ve ark. (37), gebelikten önce ve gebelikte var olan depresyonun doğum korkusu için bir risk faktörü olduğunu

bildirmiştir. Ayrıca doğum korkusu, gizli bir depresyon belirtisi olabilmektedir (17, 98).

2.1.4. Doğum Korkusunun Etkileri

Doğum korkusunun gebelik öncesi, gebelik, doğum süreci ve doğum sonu döneme yönelik olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Gebelik Öncesine Yönelik Etkiler

Doğum korkusu, gebelik öncesi dönemden itibaren kadını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Doğum korkusu nedeniyle bazı kadınlar gebelikten kaçınabilmekte hatta gebe kalsalar bile gebeliği sonlandırma kararı verebilmekte, çocuk sahibi olmamayı veya evlat edinmeyi tercih edebilmektedir (98). Hofberg ve Brockington (17)'nin 26 kadın ile yürüttüğü nitel bir çalışmada, yüksek doğum korkusunun kadınların gebelikten kaçınmasına ve gebeliği sonlandırmasına neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Sydsjö ve ark. (21)'nin 356 multipar ile yürüttüğü çalışmada, doğum korkusunun gebelikler arası süreyi uzattığı belirlenmiştir.

Gebeliğe Yönelik Etkiler

Doğum korkusu, gebelik süresince kadının günlük yaşamını etkileyebilmektedir. Gebelikte doğuma ilişkin yaşanan bu korku, gebede bazı davranışsal, duygusal ve fiziksel değişimlere neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda; yüksek doğum korkusunun stres, yorgunluk (97), anksiyete, depresyon (20), uykusuzluk, kâbus görme, travma sonrası stres bozukluğu ve doğuma hazırlık sınıflarına katılmadan kaçınma gibi durumlara yol açabileceği belirlenmiştir (18, 19).

Doğum Sürecine Yönelik Etkiler

Sezaryen ile doğum, tıbbi nedenlerle yapıldığında annenin ve bebeğinin hayatını kurtaran önemli bir cerrahi girişimdir (26). Ancak maternal ve neonatal risklerinin bulunması nedeniyle (27) gerekli durumlarda yapılması gerekmektedir (26). Buna karşılık, son yıllarda sezaryen ile doğum oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır (26). Dünyada 1990-2014 yılları arasında, sezaryen ile doğum oranı üç kat artarak %6,7'den %19,1'e yükselmiş ve yıllık ortalama %4,4

artmıştır (28). Türkiye’de ise sezaryen ile doğum oranı 2003 yılında %21’iken (29), 2018 yılında bu oran %52’ye çıkmıştır (30).

Sezaryen ile doğum oranlarındaki bu artışa katkıda bulunan en önemli faktörlerden birisi doğum korkusu nedeniyle kadınların isteğe bağlı sezaryen ile doğumu tercih etmesidir (1, 2, 4, 5, 10, 24, 25, 36, 37). Ryding ve ark. (36)’nın Kuzey Avrupa’da 6422 gebe ile yürüttüğü çalışmada; şiddetli doğum korkusu olan nulliparaların %16,7’sinin, multiparaların ise %31,7’sinin tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen ile doğum yaptığı belirlenmiştir. Long ve ark. (38)’nin yaptığı sistematik derleme, nicel meta-analiz çalışmasında ise, Çinli kadınların yaklaşık beşte birinin sezaryen ile doğumu tercih ettiği ve bu tercihin en yaygın nedeninin ise doğum korkusu olduğu saptanmıştır. Reyes ve Rosenberg (25), sezaryen ile doğum yapan kadınların %73,2’sinin doğum tercihlerini etkileyen faktörün doğum korkusu olduğunu belirlemiştir.

Korku, doğum deneyimini de olumsuz etkilemektedir. Doğum korkusu, gebede sempatik sinir sistemini ve vazokonstrüksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaları tetikler. Gebenin doğumda korkulu ve endişeli olması, katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını uyarır. Katekolaminler, uterusu giden arterlerde vazokonstrüksiyon yaparak, uterusu giden kan akımını azaltır. Uterusa giden kan miktarındaki azalma, plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına neden olur. Bu da fetüse giden oksijen miktarını azaltarak fetal distrese yol açar. Aynı zamanda korku, uterus kaslarının normal çalışma düzenini de bozar. Uterusun vertikal kasları, sirküler kasları yukarı çekmek ister (sirküler kasların yukarıya doğru çekilmesiyle serviks açılır) ancak sirküler kaslar buna direnç gösterir. Bu durumda serviksin açılması yavaşlar ve doğum uzayabilir. Kasların normal çalışma dengesindeki bu bozulma, doğumda yaşanan ağrının da artmasına neden olur. Doğum ağrısının artması, korkunun daha da artmasına yol açar. Bu durum kısır bir döngüdür ve “Korku-Gerginlik-Ağrı Döngüsü” olarak isimlendirilir (99-101). Aynı zamanda, doğumda korku ve stres durumunda artan adrenalin düzeyi, kontraksiyonları tetikleyen oksitosin hormonunun salgılanmasına engel olarak, doğumun yavaşlamasına veya durmasına neden olabilir. Uzayan doğum eylemi, gebede doğum korkusunun daha da artmasına yol açabilir (102).

Doğum korkusunun doğum süreci üzerine olan farklı olumsuz etkilerini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Sydsjö ve ark. (22); doğum korkusu yaşayan kadınlarda indüksiyon kullanımı, acil sezaryen ile doğum ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının korku yaşamayan kadınlara göre daha fazla olduğunu belirlemiştir. Başka bir çalışmada ise sekonder doğum korkusu olan kadınlarda eylemin aktif fazının 40 dakika daha uzun olduğu saptanmıştır (21). Dencker ve ark. (20)'nın yaptığı sistemik derlemede, doğum korkusu yaşayan kadınlarda; epidural analjezi kullanımı, doğum distosisi, acil sezaryen ile doğum ve müdahaleli vajinal doğumun daha sık olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Junge ve ark. (84), şiddetli doğum korkusu yaşayan kadınların daha fazla doğum ağrısı yaşadığını bildirmiştir.

Doğum Sonuna Yönelik Etkiler

Gebelikte yaşanan doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlanabildiği gibi, doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasında gecikmeye (18), postpartum depresyona (18, 23) ve travma sonrası stres bozukluğuna (18, 20) neden olabilmektedir. Ayrıca Kaymaz ve ark. (103)'ün bildirdiği olgu sunumunda, gebelikte doğum korkusunun annede bebeğini emzirmeme davranışına yol açtığı da belirlenmiştir.

2.1.5. Doğum Korkusu ile Baş Etmeye Yönelik Girişimler

Doğum korkusu ile baş etmeye yönelik girişimlerde temel amaç, kadının doğum ile ilgili belirsizliklerini kabul etmesine, farkındalığının artırılmasına, doğum ile ilişkili kaygılarını kontrol altına almasına ve doğum eylemine yönelik pozitif duygulara sahip olmasına yardım etmektir (9, 104). Ayrıca korkuya neden olan bilinmezlik korkusunu azaltmak, yanlış bilinen ve korkuya neden olan bilgileri düzeltmek ve kadının öz yeterliliğini artırmaktır. Doğum korkusu ile baş etmede en yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri doğuma hazırlık eğitimleridir.

Doğuma Hazırlık Eğitimi

Doğuma hazırlık eğitiminde amaç; kadına istedik sağlık davranışı kazandırmak, kadının doğumda öz-yeterliliğini artırmak, kadını ve partnerini doğuma ve ebeveynliğe hazırlamak, kadının sosyal destek ağlarını geliştirmek, stres yönetimi

sağlamak, anksiyeteyi ve korkuyu azaltmak, perinatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasına katkıda bulunmak, yenidoğan sağlığını geliştirmek, bebeğini başarılı bir şekilde emzirmesini sağlamak ve postpartum dönemde kadının sağlığını yükseltmektir (104, 105). Doğuma hazırlık eğitiminin uzun bir geçmişi olmasına rağmen, 1930’lu yıllardan sonra önem kazanmaya başlamıştır. Çünkü 1930’lu yıllarının başlarına kadar doğumlar evde gerçekleştirilmekteydi. Doğum, kadının yaşamında doğal bir olaydı ve çoğunlukla doğum sırasında kadın; annesi, büyükannesi ve kardeşi tarafından desteklenmekteydi. Doğumların hastane ortamına taşınması bu süreci değiştirmiş, hastanede kadınlar arkadaşlarının ya da aile üyelerinin sınırsız desteğinden mahrum kalmıştır. Ayrıca kadınların hastane rutinleri ve prosedürleri için hazırlıklı olmaması, kadınlarda doğum sürecine ilişkin korku ve endişenin artmasına yol açmış ve kadının doğuma hazırlık eğitimine ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (47).

Doğuma hazırlık eğitimi ilk olarak doğal doğumu savunan İngiliz kadın-doğum uzmanı Dick-Read ile ön plana çıkmıştır. 1933 yılında Dick-Read, doğum ağrısına doğum sürecinde yaşanan korkunun neden olduğunu ve kadının doğum sürecine ilişkin farkındalığının artırılmasının bu korkuyu azaltarak doğum ağrısını da azaltacağını savunmuştur. Dick-Read’in doğum eğitimine ilişkin savunduğu bu teori, birçok doğuma hazırlık eğitim metodunun oluşmasına katkı sağlamıştır (47, 99). Yıllar içerisinde dünyada doğuma hazırlık eğitimlerine ilgi giderek artmış ve farklı doğuma hazırlık eğitim metotları ortaya çıkmıştır.

İlk olarak Lamaze ve Bradley Metodu, doğuma hazırlık eğitiminde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Lamaze Metodu, Fransız kadın-doğum uzmanı Fernand Lamaze tarafından Pavlov’un şartlı öğrenme kuramından etkilenerek geliştirilmiştir. Lamaze’a göre ağrı, şartlanmış bir tepkidir ve kadın, doğum öncesinde kendini doğum sırasında ağrı yaşamayacağına şartlarsa ve doğum sırasında doğum ağrılarına odaklanmak yerine nefes alıp vermeye, gevşemeye odaklanırsa, doğum süreci daha kısa sürmekte ve ağrı düzeyi azalmaktadır (47). Bradley metodu, çiftleri gereksiz tıbbi müdahaleler olmaksızın normal ve doğal bir şekilde doğuma hazırlanması için tasarlanmış “doğum koçluğu” modelidir. Bradley metodunun temelini, eşin koç olarak görev alması oluşturmaktadır. Eğitimlerde eşlere, doğum yapan kadına nasıl destek olunacağı ve nasıl koçluk yapılacağı, kadının ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı anlatılmaktadır. Bu metotta; gevşeme teknikleri, doğum sürecine

ilişkin bilgi ve kanıta dayalı doğum bilgisi öğretilmektedir. Ayrıca doğumda gereksiz müdahalelerin önlenmesi için fiziksel ağrıyı kabul etme ve ağrıyı yönetme konusunda bilgi verilerek kadın güçlendirilmektedir (47).

HypnoBirthing metodu, Marie F. Mongan tarafından, Dick-Read'in korku-gerginlik-ağrı döngüsüne dayalı olarak geliştirmiştir. Bu metod, "her kadın kendisi ve bebeği için doğumun en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayacak içgüdü ve enerjiye sahiptir" önermesinden yola çıkmaktadır (47, 100). Bu metota göre, doğadaki tüm canlı varlıklar gibi kadının bedeni de nasıl doğum yapacağını içgüdüsel olarak bilmektedir. Bu içgüdü'nün keşfedilmesi ise derin gevşeme, nefes, görselleştirme ve derinleşme teknikleri kullanılarak gerçekleşmektedir. Kullanılan bu teknikler beden ve zihni doğuma hazırlamaktadır (100).

Farkındalık Odaklı Doğum ve Ebeveynlik Programı, farkındalık pratiğini kullanarak ebeveynleri doğum ve ebeveynliğe hazırlamaktadır (106). Yapılan çalışmalarda; bu programın gebelikte algılanan stresi ve depresyon semptomlarını azalttığı (107), doğumda öz yeterliliği artırdığı ve doğum korkusunu azalttığı (108) belirlenmiştir. England Modelinde (İçsel Doğum), doğum bir sanat olarak görülmekte ve doğum eğitiminde özgürlük ve yaratıcılık kullanılmaktadır. Bu modelde ebeveynler, geçmiş doğum eylemleri hakkında bilgilerini, korkularını, istek ve ihtiyaçlarını resmederek, rol-play ve maket yaparak anlatmaktadır (47, 109). Diğer doğuma hazırlıkta kullanılan model ise, Janet Balaskas tarafından tanımlanan Aktif doğum'dur. Aktif doğum, kadının isteğiyle gerçekleşen ve kadının vücudunu istediği şekilde kullanmakta özgür olduğu içgüdüsel bir doğumdur. Aktif doğumun üç temel özelliği vardır. Birincisi, kadınların doğumda içgüdüsel olan dik doğum pozisyonlarını kullanması; ikincisi, doğumda salgılanan hormonlar ve doğuma etkisi; üçüncüsü ise kadınların doğumları hakkında kendi seçimlerini yapmalarını sağlamaktır. Bu yolla ebeveynler daha özgür, daha doğal ve dolayısıyla daha rahat bir doğuma hazırlanmaktadır (110).

Günümüzde farklı eğitim metotları harmanlanarak doğuma hazırlık eğitimi verilmektedir (111, 112). İşbir ve ark. (112)'nin Dick-Read, Lamaze, aktif doğum ve HypnoBirthing metotlarından yararlanarak oluşturduğu doğum öncesi eğitim programının etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında; eğitime katılan kadınların doğumda öz-yeterliliğinin arttığı, doğum korkularının azaldığı ve doğumdan sonra

travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının azaldığı belirlenmiştir. Çankaya ve Şimşek (111)'in farklı eğitim metotlarını harmanlayarak oluşturduğu doğuma hazırlık eğitiminin, gebelerde doğum korkusunu, depresyon, anksiyete ve stres semptomlarını azalttığı, doğumda öz yeterliliği ve vajinal doğum oranlarını artırdığı saptanmıştır.

Doğuma Korkusu ile Baş Etmede Kullanılan Diğer Yaklaşımlar

Doğum korkusu ile baş etmede doğuma hazırlık eğitiminin yanı sıra bilişsel davranış terapisi (48), psiko-eğitim (49), haptoterapi (50), sanat terapisi (52) ve bireysel danışmanlık (51) gibi birçok farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır. Nieminen ve ark. (48), şiddetli doğum korkusu olan nullipar gebelere internet tabanlı 8 hafta uyguladığı bilişsel davranış terapisinin kadınlarda doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu, Uçar (115), üç hafta süren ve altı oturumdan oluşan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı eğitim programının gebelerin doğum korkusunu azaltmada, doğumdan memnuniyeti artırmada ve doğumun ikinci evresini kısaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Toohill ve ark. (117), telefonla uygulanan psikoeğitim programının gebelerin doğum korkusunu azalttığını ve doğumda öz yeterliliği artırdığını bildirmiştir. Akgün ve ark. (116)'nın yaptığı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, psiko-eğitimin, doğum korkusunu ve sezaryen ile doğum oranını azalttığı belirlenmiştir. Klappers ve ark. (50) gebeliğin 20. ve 36. gebelik haftaları arasında, birer saatlik sekiz seansta uygulanan Haptoterapi uygulamasının doğum korkusunu azaltmada internet tabanlı psiko-eğitimden ve standart bakımdan daha etkili olduğunu bildirmiştir. Sezen ve Ünsalver (52), doğum korkusuna yönelik altı seanslık grup sanat terapisinin kadınların doğum korkularını anlamlı derecede azalttığını ve vajinal doğum oranını artırdığını saptamıştır. Andaroon ve ark. (122) ise bireysel danışmanlığın, kadının doğal doğuma karşı olumlu tutuma sahip olmasında, bilinçli karar vermesinde ve doğal doğum tercihinde artışta yol açtığını belirlemiştir. Larsson ve ark. (124)'nin kadınların doğum korkusuna yönelik ebeden aldığı danışmanlık süresince yaşadığı deneyimleri araştırdığı nitel çalışmasında; kadınlar, danışmanlığın kendine olan güveni artırdığını, doğum deneyimlerinin olumlu yönde etkilendiğini, doğumda kendilerini güçlü hissettiklerini ve doğum korkularının azaldığını belirtmişlerdir.

Doğum korkusu ile baş etmede kullanılan yaklaşımlardan birisi de ACOG tarafından önerilen motivasyonel görüşme yöntemidir (65). Motivasyonel görüşme yöntemi her yönüne entegre edilebilen (125), kısa görüşmelerde dahi etkinliği kanıtlanmış (126) kanıta dayalı bir yöntem olması ve gebede istendik davranış değişikliğini oluşturabilecek bilişsel ve davranışsal stratejileri barındırması nedeniyle önemli bir yaklaşımdır (56).

2.2. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, klinik psikolog William R. Miller ve Stephen Rollnick tarafından geliştirilen bir danışmanlık yaklaşımıdır (125). Miller ve Rollnick (54), motivasyonel görüşmeyi “danışanların çelişen duyguların (ambivalans) farkına vararak çözümlmelerine yardımcı olacak davranış değişikliğini ortaya çıkartmada kullanılan, direktif ve danışan merkezli bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır (54). Motivasyonel görüşmede temel amaç; bireyin değişim için içsel motivasyonunu uyarmak ve değişim sürecine aktif katılımını sağlamaktır (125). Bu yaklaşım, özellikle değişim için isteksiz olan ve/veya çelişen duygulara sahip olan bireyler için kullanışlı bir yöntemdir (54).

Motivasyonel görüşme tekniği ilk olarak problemlili alkol kullanımı olan bireylerde davranış değişikliği yapmak için geliştirilmiştir (125). Günümüzde ise madde bağımlılığının tedavisinde (56), sigaranın bırakılmasında (57), diyet yönetiminde ve kilo kontrolünde (58), egzersize uymada (59), emzirmenin sürdürülmesinde (60), kontraseptif kullanımının sağlanmasında (61), cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde (62), sezaryen ile doğum oranlarının azaltılmasında (63), gebelerin doğuma hazırlık sınıflarına katılımının teşvik edilmesinde (64), bireylerde davranış değişikliğini oluşturmak için kullanılmaktadır.

2.2.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

Motivasyonel görüşmenin özellikleri aşağıda yer almaktadır (54, 127).

- Danışan ve danışman arasında bir iletişim biçimidir.
- Ambivalansı çözmeye, içsel motivasyonu oluşturmaya ve davranışı değiştirmeye yöneliktir.

- Danışan merkezlidir.
- Motivasyonel görüşmede danışman kişiyi ikna etmeye çalışmaz. Çünkü ikna etmeye çalışmak, kişide suçluluk, utanç ve direnç oluşturabilir.
- Motivasyonel görüşmede, değişim için sorumluluk danışana aittir ve dışardan dayatılmaz.
- Terapötik ilişki, uzman/alıcı rolünden ziyade ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir.

2.2.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin dört temel ilkesi vardır. Bunlar; empati gösterme, çelişki geliştirme, direnci çözme ve öz yeterliliği desteklemedir (125).

Empati Gösterme

Empati gösterme, motivasyonel görüşmenin temel özelliğidir ve görüşmenin en başından başlayarak süreç boyunca kullanılır. Empatinin altında yatan tutum, kabullenmedir. Kabullenmenin, aynı fikirde olma ya da onaylama değil, kişinin bakış açısını anlama isteğiyle kişiyi saygıyla dinlemektir. Kabullenme ve saygı duyma, değişimi kolaylaştırır ve danışanın kendine güvenini destekler (54).

Çelişki Geliştirme

Motivasyonel görüşme, kasıtlı olarak yönlendiricidir ve bireyi ambivalansını çözmek için yönlendirir (54). Amaç, kişinin değişim motivasyonunu bulması ve değişimi keşfetmeye doğru yönelmesidir (125). Bu süreci tanımlamanın en iyi yolu, kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi ortaya koymaktır. Bu çelişki, bireyin dikkatini mevcut davranışın ideal veya istenen davranıştan ne kadar farklı olduğuna odaklanmasına yardımcı olur. Bu da kişiyi değişime motive eder ve karar vermesine yardımcı olur. Ayrıca danışanın değişim için nedenlerini ortaya koymasını sağlayarak, değişimi keşfetmesini sağlar. (54).

Dirençle Çalışma

Değişimi başlatma noktasında, danışman, değişimi savunurken, danışanın buna karşı kanıtlar sunduğu zaman ortaya çıkar. Direnç, danışmanın yaklaşımını

değiştirmesi için bir sinyaldir. Dirençli kiři ile tartışılmaktan kaçınılır ve yeni bakış ağıları, amağlar dayatılmaz. Bunun yerine kiři yeni bilgileri dūřünmeye davet edilir (54).

Öz-yeterliliği Destekleme

Öz-yeterlilik, kişinin herhangi bir görevi yapma ya da başarma konusunda kendine olan inancıdır. Öz-yeterlilik, davranış değişiminde bireyin sorumluluk almasında anahtar role sahiptir. Bireyin öz-yeterliliğini desteklemede, motivasyonel görüşme oldukça önemlidir. Motivasyonel görüşmenin temel amacı, kişinin değişim yönünde kendisine olan güvenini ve inancını artırmaktır. Çünkü bireyin değişime olan inancı, önemli bir isteklendirme kaynağıdır ve bireyin sorumluluk almasını sağlayarak değişimi kolaylaştırmaktadır (54). Motivasyonel görüşme sırasında öz-yeterliliği desteklemede; doğrulama, önemlilik/güven cetveli gibi özgün stratejiler kullanılmaktadır (125).

2.2.3. Motivasyonel Görüşmede Temel İletişim Becerileri

Danışan-merkezli danışmanlıktan alınan dört klinik mikrobeceri, motivasyonel görüşme boyunca kullanılmaktadır. Bu beceriler; Açık uçlu soru sorma, Doğrulama, Yansıtımlı Dinleme, Özetleme (ADYÖ)'dir (125).

A: Açık uçlu soru sorma: Danışanın kendini ifade etmesine izin verilmesi, güvenli bir ortam oluşturulmasında oldukça önemlidir. Açık uçlu soru sorma, motivasyonel görüşmenin ilk aşamasından itibaren danışan ile sağlıklı iletişim kurmayı destekler ve değişim hakkında konuşmak için bireye rahat bir ortam yaratır. Ayrıca açık uçlu soru sorma, danışanın konuşacağı konuyu kendisinin belirlemesine olanak sağlar ve kendini ifade etmesine teşvik eder (54). Çünkü bireyler, bazen endişelerinden dolayı dūřüncelerini net bir şekilde ifade edemezler veya deneyimlerini aktaracak doğru kelimeleri bulamazlar. Açık uçlu sorular, danışanların gerçek duygu ve dūřüncelerini daha iyi ifade etmelerine yardımcı olur (125). Aynı zamanda, bireyin, mevcut duruma karşı değişimin veya bir kararın diğerine göre faydalarını keşfetmesi konusunda yardımcı olur (128).

D: Doğrulama: Doğrulama, danışanın güçlü yönlerinin, başarılarının ve değişim için çabalarının vurgulanmasıdır. Danışman, bireyin eksiklerini eleştirmekten

çok kişinin doğru yaptığı şeyleri destekler (125). Bu durum, danışanın olumlu yönlerini görmesini sağlar ve öz yeterliliğini destekler ve geliştirir. Aynı zamanda doğrulama, danışan ile iletişimi güçlendirir. Bireyler, kendi güçlü yanlarını gören ve bunları doğrulayan kişiler ile daha fazla zaman geçirmek isterler, daha çok güvenirler ve daha açık bir tutum sergilerler. Doğrulama, aynı zamanda danışanın savunmaya geçmesini de azaltır ve değişimi kolaylaştırır (129).

Y: Yansıtma dinleme: Motivasyonel görüşmenin en sık kullanılan ve en önemli iletişim becerisi, yansıtma dinlemedir (125). Yansıtma dinleme, danışanın ne demek istediği ile ilgili bir ön görüşte bulunması ve bu öngörüğü bir deyiş olarak ifade etmesidir. Başka bir deyişle; danışman, yansıtma dinleme ile danışanın ne demek istediği ile ilgili veya danışanın o sırada ne gibi duygular içinde olduğu ile ilgili düşüncelerini dışa vurmasıdır. Bu durum, bireyin kendini anlama sürecini ve kendi üzerinde düşünmesini kolaylaştırır (129). Ayrıca bireyin değişimi konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlar (54).

Ö: Özetleme: Özetleme, danışan-merkezli danışmanlıkta önemli bir rol oynar ve motivasyonel görüşmede oldukça sık kullanılır (125). Özetleme, danışanın dile getirdiği birçok konuyu bir araya getiren yansıtmalardır. Özetleme, bir anlamda yansıtmanın derlenmesidir ve resmin bütününe görülmesini sağlar. Özetlemeler; danışanın değişim ile ilgili önemli deyişlerini vurgulamak veya pekiştirmek için, danışanın bir takım farklı yönlerini bağdaştırmak için, yeni bir konuya geçiş yapmak için ve görüşmeyi sonlandırmak için kullanılmaktadır (129).

2.2.4. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları

Motivasyonel görüşme iki aşamadan oluşmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, değişim konuşmaları olgunlaştıktan sonra ve kişi değişime hazır olduğunda, birinci aşamadan ikinci aşamaya geçilmeli ve sonrasında değişimin sürekli hale gelmesi sağlanmalıdır (54).

Birinci Aşama: Değişim İçin İçsel Motivasyon Oluşturması

Buradaki asıl amaç, ambivalansı çözerek değişim motivasyonunu sağlamaktır. Bu aşamada; karar dengesi, önemlilik ve güven-yeterlilik yöntemleri kullanılmaktadır (54).

Karar Dengesi

Karar dengesi, davranışı değiştirmede motivasyonu sağlamak için kullanılan bir motivasyonel görüşme stratejisidir. Asıl amacı, kişilerin zor kararları vermelerinde seçim yönünü herhangi bir şekilde etkileme girişimi olmadan yardım etmektir. Aynı zamanda kişilerin, ikilem aşamasında değişimin artıları ve eksilerini değerlendirerek değişimi belirli bir yöne teşvik etmek amacıyla da kullanılmaktadır (125). Karar dengesi teraziye benzetilmektedir. Terazinin iki yanında, iki farklı ağırlık bulunmaktadır. Terazinin bir tarafı, hareketin belirli yönündeki öngörülen yararları/avantajları; terazinin diğer tarafı ise öngörülen zararları/dezavantajlarıdır. Terazi kefesi ile yapılan kavramsallaştırma; kişinin, bir davranış ile ilgili neyi yarar ve zarar olarak öngördüğünü belirleyerek, kişinin değişim yönündeki ifadelerinin ortaya çıkmasına yardımcı olur (54).

Önemlilik/Güven Cetveli

Kişinin ambivalansını anlamada, motivasyonunu değerlendirmede, öz-yeterliliğini desteklemede ve kişiyi değişime yönlendirmede önemlilik/güven cetveli tekniği kullanılmaktadır. Bu teknikte, 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş bir cetvel kullanılmaktadır (54, 125). Kişinin konuya verdiği önemi öğrenmek için 0 "hiç önemli değil" ve 10 "çok önemli" olarak derecelendirilen bir ölçek üzerinden kişiye ".....bu konu sizin için ne kadar önemli?" sorusu sorularak cetvel üzerinden işaretlemesi istenir. Kişinin verdiği cevap üzerinden görüşme devam ettirilir (54).

Kişide güven duygusunu öğrenmek için 0 "hiç önemli değil" ve 10 "çok önemli" olarak derecelendirilen bir ölçek üzerinden kişiye ".....bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz?" sorusu sorularak cetvel üzerinden işaretlemesi istenir. Kişinin verdiği cevap üzerinden artılar ve eksiler, geçmiş başarı, güçlü yönleri tartışılarak değişim için cesaretlendirilir. Sıklıkla önemlilik ve güven cetveli, eş zamanlı olarak ya da ikisi arasında ileri geri gidilerek tartışılır (54).

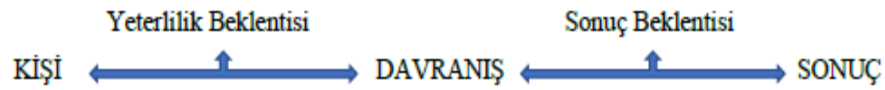
İkinci Aşama: Değişime Olan Bağlılığın Güçlendirilmesi ve Hedefe Ulaşmak için Plan Geliştirilmesi

İkinci aşama, kişilere ne yapmaları gerektiğini söylemekten çok ne istediklerinin ve ne yapmayı planladıklarının ortaya çıkartılmasını içerir. Bu aşamaya,

danışanın mevcut durumu ve o ana kadarki konuşmaları yansıtılarak ve özetlenerek başlanır. Bunun amacı, birinci aşamanın sona erdiğini belirtmektir. Özetleme, bağlılığa geçiş için son hazırlık olarak kullanılır. Görüşme, anahtar sorular ile devam ettirilir. Anahtar sorular, açık uçlu sorulardır ve danışanın düşüncelerini ve planını netleştirmek amacıyla ve daha fazla açıklama yapmasını teşvik etmek amacıyla kullanılır. Danışanın anahtar kelimelere verdiği yanıtlarla, bilgi ve tavsiyelerle bir değişim planı oluşturulur (54).

2.3. Öz-Yeterlilik

Öz-yeterlilik kavramını ilk olarak Psikolog Albert Bandura, “bireyin belirlenmiş bir performansı yönetmek amacıyla gerekli olan eylemleri belirlemesi ve yürütmesi için kendi kapasitesine olan inancı” şeklinde tanımlanmıştır (130). Bandura (131), öz yeterliliği, “yeterlilik beklentisi” ve “sonuç beklentisi” olmak üzere iki bölümde ele almış ve insan davranışını bunun üzerinden modellemiştir (Şekil 2.1.).



Şekil 2.1. Bandura'nın öz-yeterlilik modeli (131).

Yeterlilik beklentisi, bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme, başarabilme kapasitesine ilişkin inancı iken sonuç beklentisi, bireyin belirli bir davranışın doğurabileceği olası sonuca ilişkin inancıdır. Yeterlilik beklentisi ile sonuç beklentisi her zaman birbiriyle örtüşmeyebilir. Birey, belirli bir davranışın belirli bir sonucu doğuracağına inansa bile, kendisi gerekli faaliyette bulunabileceğine inanmayabilir (130). Örneğin; gebe, doğum sırasında gevşemenin ağrıyı azaltabileceğine inanabilir ancak kendisini vücudunu gevşetmekte yetersiz hissedebilir (39). Ayrıca birey bu durumda, ilgili davranışı başlatmada ya da başlattığında ise bir sorunla karşılaştığında davranışı sürdürmede istikrarlı olmayabilir (133).

2.3.1. Öz-Yeterliliğin Kaynakları

Öz-yeterlilik dinamiktir ve bireyin geçmiş deneyimleri, başka bireylerin deneyimleri, fiziksel ve duygusal durum ve sözel ikna olmak üzere dört temel kaynaktan elde edilen bilgilerden etkilenmektedir (131, 132).

Bireyin Deneyimleri: Öz-yeterliliği etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bireyler, sahip oldukları deneyimleri yorumlar ve buna karşı bir algı geliştirir. Bu algı, bireylerin bir sonraki sorumluluklarının planlanmasını etkileyebilmektedir. Elde edilen başarılı sonuçlar, yüksek öz-yeterliliğe, başarısız sonuçlar ise düşük öz-yeterliliğe neden olabilmektedir (131, 132).

Başka Bireylerin Deneyimi: Bireyler hem kendi deneyimlerinin sonuçlarını değerlendirerek hem de başkalarını gözlemleyip, onların deneyimlerinden yola çıkarak bir algı geliştirirler. Bireyin herhangi bir işe başlamadan önceki beklentileri, bu işi daha önce deneyimleyen başka bireylerin deneyim sonuçlarına göre şekillenebilir. Başka bireylerin başarılarının gözlemlenmesi, bireylerin kendisi hakkında başarılı olabileceği beklentisine girmesini sağlayarak öz yeterlilik algısını artırabilir ya da başarısızlıklarının gözlemlenmesi öz yeterlilik algısının düşmesi ile sonuçlanabilir (131, 132).

Bireyin Fiziksel ve Duygusal Durumu: Bireyin stres, kaygı ve korku düzeyi, öz-yeterlilik algısını etkilemektedir. Olumlu ruh haline sahip bireylerin öz yeterlilik algısı yüksek, olumsuz ve umutsuz duygulara sahip olan bireylerin ise öz yeterlilik algısı düşük olabilmektedir. Ayrıca bireylerin bir performansı gerçekleştirme konusunda olumsuz düşüncelere ve korkulara sahip olması, öz yeterlilik algısında düşüşe ve sonucun olumsuz olmasına yol açabilmektedir (131, 132).

Sözel İkna: Bireyin bir davranışı başarıyla yapılabileceğine ilişkin nasihat ve teşvikler, bireyin öz-yeterlilik algısını etkilemektedir. İkna edici olumlu sözler, öz-yeterlilik algısını artırabilir. Ancak gerçeğe uygun olmayan nasihat ve teşvikler, bireyin göstereceği çabaya karşın, bireyin yaşayacağı başarısızlık sebebiyle bireyin öz-yeterlilik algısında hızlı bir düşüşe neden olabilir (131, 132).

2.3.2. Öz Yeterliliğin Etkileri

Öz-yeterlilik, insan davranışlarında anahtar role sahiptir. Bireylerin amaçlarını, seçimlerini ve beklentilerini etkileyerek davranışı belirler (133). Bandura (132), öz-

yeterlilik inancının bireylerin bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve seçim süreçler üzerinde etkileri olduğunu belirtmiştir.

Bilişsel Süreç: Öz-yeterlilik inancı, bireyi harekete geçirebilecek veya engelleyebilecek düşünce kalıplarını etkiler. Bu etkiler, çeşitli biçimlerde olabilmektedir. Pek çok insan davranışı, bilişsel amaçları öngören ve kişisel hedefleri belirleyen öngörü tarafından düzenlenmektedir. Bireysel amaçlar, kişinin kendi yeteneklerini değerlendirmesinden etkilenir. Yüksek öz-yeterlilik algısına sahip olan bireyler kendileri için daha yüksek düzeyde amaçlar belirlerler ve belirledikleri amaçlara bağlılıkları daha güçlüdür (132).

Birey davranışlarının çoğu ilk olarak düşüncede şekillenir. Öz-yeterlilik inancı yüksek bireyler, performansları için olumlu yönde başarı senaryolarını görselleştirirler. Öz-yeterlilik inancı düşük bireyler ise performanslarını olumsuz şekilde etkileyecek başarısızlık senaryolarını kurgularlar. Bu durum, bireylerde yanlış davranışlara yoğunlaşarak kendi motivasyonlarının ve başarılarının azalmasına neden olabilir (132).

Motivasyon Süreçleri: Bireylerin öz-yeterlilik inancı, motivasyonun yapılandırılmasında önemli rol oynar. Öz-yeterlilik inancı, bireylerin hedef belirlemede çaba harcamalarını, zorluklar karşısında devam etmelerini ve başarısızlıklara karşı dayanıklılığını etkiler. Yüksek öz-yeterlilik inancına sahip olan bireyler, amaca ulaşma konusunda daha istikrarlı olurlar ve amaca ulaşmak için çaba gösterirler. Düşük öz-yeterlilik inancına sahip bireyler ise zorluklar karşısında daha çabuk vazgeçerler veya çabalarını azaltırlar (132).

Duyuşsal Süreçler: Öz-yeterlilik inancı, bireylerin tehdit edici veya sıkıntılı durumlarda stres ve depresyon düzeylerini ve motivasyon düzeylerini etkiler. Öz-yeterlilik inancı, stres yapıcı ve kaygı uyandırıcı etmenlerin kontrol altına alınmasında önemli bir rol oynar. Tehdit içeren ve olumsuz durumları yönetebileceğine inanan bireyler, daha az stresli ve kaygılıdır. Buna karşı yüksek anksiyeteyi kontrol altına alabileceğine inanmayan bireyler, stres ve kaygılı durumlarda başa çıkma yetersizliği yaşarlar ve çevrelerini tehlike ile dolu olarak görürler. Ender olan olaylar hakkında dahi endişelenirler (132).

Seçim Süreci: Öz-yeterlilik inancı, bireyin seçtiği faaliyet türünü ve çevreyi etkileyerek yaşantısına yön verir. Genellikle bireyler kendi kapasitelerini ve

yeteneklerini aşan durumlardan uzak dururlar ve kendini yeterli gördükleri ve kapasitesine göre durumları tercih ederler (132; 133). Bireyler yaptıkları seçimler sayesinde sosyal ağlarını, ilgi alanlarını ve farklı yetkinliklerini geliştirerek yaşamlarına yön verirler. Seçim davranışını etkileyen herhangi bir etmen kişinin gelişimini derinden etkileyebilir. Kariyer seçimi ve gelişimi, seçim ile ilgili süreçler aracılığıyla yaşama yön veren öz-yeterlik inancı gücünün bir örneğidir. Bireylerin algıladığı öz-yeterlilik düzeyi ne kadar yüksek olursa, düşündükleri kariyer seçenekleri de o kadar geniş ve ilgileri o kadar fazla olur (132).

2.3.3. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik

Doğum, sürecin ve sonucunun bilinmezliğine karşın özellikle primipar gebelerde stres yaratan ve anne sağlığını fiziksel ve ruhsal yönden etkileyen önemli bir yaşam olayıdır (2). Bu dönemde gebelerin stres ile başa çıkabilmelerinde ve doğumun güvenli bir şekilde yönetilerek sonlandırılmasında öz-yeterlilik önemli rol oynamaktadır (134, 135). Doğum eyleminde öz-yeterlilik “kadının doğum eylemi ile baş edebilmesi için kendi yeteneklerine olan güveni” şeklinde tanımlanmıştır (39). Öz-yeterlilik, kadının doğumu nasıl algıladığı ve fiziksel olarak nasıl baş edebileceği ile ilişkilidir (135). Özellikle doğum ağrısı ile baş etmede öz-yeterlilik önemli rol oynamaktadır. Çünkü yüksek öz-yeterlilik, kadının doğum ağrısını yönetme becerisini kullanabilmesine yardımcı olmaktadır (136). Çalışmalarda, yüksek öz-yeterliliği sahip olan kadınların doğum ağrısını daha az algıladığı (40, 41) ve bunun sonucu olarak da daha az analjezik ilaç kullanıldığı belirlenmiştir (42).

Öz-yeterlilik, gebelerde doğum korkusunun güçlü bir belirleyicisidir ve düşük öz-yeterliliğe sahip gebeler daha yoğun doğum korkusu yaşamaktadır (43-45, 46). Salomonsson ve ark. (24) yaptığı çalışmada, gebelerin doğum sırasında yararlı davranışları gerçekleştirme konusunda kendi kapasitelerine olan düşük güvenin (düşük yeterlilik beklentisi) yüksek doğum korkusu ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Çıtak-Bilgin ve ark. (45)'nin çalışmasında da, öz-yeterliliğin doğum korkusunda önemli rol oynadığı ve artan öz-yeterliliğin doğum korkusunu azaltabileceği belirtilmiştir.

Kadınların daha önceki doğumlarında yaşadığı olumsuz deneyimler ve primipar gebelerin doğum eylemine ilişkin duyduğu olumsuz hikayeler, doğum

eyleminde öz-yeterliliği düşürerek (136), kadının doğuma ilişkin tutumlarını etkilemektedir (39, 133). Schwartz ve ark. (40) yaptıkları çalışmada, kadınların öz-yeterlik düzeylerinin doğum tercihlerini etkilediğini, düşük sonuç beklentisi ve öz-yeterlik puanına sahip kadınların sezaryen ile doğumu tercih etme olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Yüksek öz-yeterliliğe sahip kadınlar, yeteneklerine güvenir, doğumda uzmanlaşmak ve doğum ile başa çıkabilmek için yeni beceriler kullanır ve doğuma daha kontrollü yaklaşır. Bu durum, gebelerin doğumdan daha fazla memnuniyet duymasına ve daha az stres yaşamasına neden olur. Buna karşılık, düşük öz-yeterliliğe sahip olan kadınlar, perinatal morbidite risklerini artıran yüksek düzeyde anksiyete, depresyon veya travma sonrası stres bozukluğu yaşama eğilimindedir. Bu nedenle, doğumda öz-yeterliliğin, kadının doğum deneyimi üzerinde önemli etkisi vardır. Öz-yeterlilik kadında sadece doğumda başa çıkma yeteneğini kolaylaştırmakla kalmaz, aynı zamanda doğum ile ilgili belirsizlikleri yönetmek için güveni güçlendirir (40, 43, 137).

Kadının doğumda stres ve ağrı ile başa çıkabilme davranışını geliştirerek ve kendi kaynaklarını kullanma konusunda farkındalığını artırarak öz-yeterliliğini geliştirmede çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Ip ve ark. (41), Bandura'nın öz-yeterlilik teorisine uygun olarak geliştirdiği eğitim uygulamasının gebelerin doğumda öz yeterliklerini arttırmada ve doğumun ilk iki evresinde algılanan ağrı ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu belirlemiştir. Campbell ve Nolan (136), yoga ve meditasyon becerilerinin, Abbasi ve ark. (134) e-öğrenme ve eğitim kitapçığının, Howarth ve Swain (138) ise multimedya tabanlı, becerilere dayalı, kendi kendine öğrenme yöntemi ile verilen doğuma hazırlık programının doğumda öz-yeterliliği arttırmada etkili olduğunu bildirmiştir. Doğumda öz-yeterliliği arttırmada etkinliği değerlendirilen bu müdahalelere karşın öz-yeterliliği desteklemeye yönelik özgül stratejileri içeren motivasyonel görüşme yönteminin doğumda öz-yeterliliğe etkisi araştırılmamıştır (125). Yapılan çalışmalarda, gebelerle yapılan motivasyonel görüşmenin; sigarayı bırakma (139), ağız ve diş sağlığı (140) ve emzirme (141) konularında öz-yeterliliği artırdığı belirlenmiştir. Öz-yeterliliğin davranış değişimi için en önemli ön koşul olduğu düşünüldüğünde (142) motivasyonel görüşme yöntemi ile gebelerin doğumda öz-yeterliliklerinin artırılarak vajinal doğuma yönelmesi sağlanabilir.

2.4. Doğum Korkusu Yönetiminde ve Doğumda Öz-Yeterliliğin Artırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Doğum korkusunun gebelerin sık yaşadığı bir durum olmasına ve hem mevcut gebelik, doğum ve doğum sonu dönem hem de sonraki gebelikler için bazı riskleri ortaya çıkarmasına rağmen, göz ardı edilen konulardan birisidir. 6283 Sayılı Hemşirelik Yasasına dayalı, 27515 Sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde hemşirenin görevi; “birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması” olarak tanımlamıştır (67). Bu kapsamda, gebelik boyunca kadının yanında olan ve gebeye ihtiyacı olan konularda eğitim ve danışmanlık veren hemşirelere, gebenin yaşadığı doğum korkusu ile baş etmede ve öz-yeterliliğini artırmada önemli sorumluluklar düşmektedir (68).

Anne isteğine bağlı sezaryen ile doğumların en önemli nedenlerinden birinin doğum korkusu (36, 37) olduğu düşünüldüğünde özellikle doğum korkusu ve bilinmezlik duygusunu daha yoğun yaşayan primipar gebelerin doğuma ilişkin kaygı ve endişelerinin azaltılması ve vajinal doğuma yönelik motivasyonunun artırılması büyük önem taşımaktadır (70). Bu noktada hemşire, kadının doğumda kendine güveninin artırılmasını sağlayarak ve doğumda baş etme becerisini geliştirerek, kadının olumlu doğum deneyimi yaşamasına yardım etmektedir (9, 45, 46).

Doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında hemşireler, her gebede doğum korkusunu değerlendirmeli ve doğum korkusunu ifade etmesi konusunda teşvik etmelidir. Bu süreçte hemşirenin iyi bir anamnez olarak risk faktörlerini tanımlaması önemlidir. Gebede doğum korkusunu etkileyebilecek olan doğum hikayesi veya başkasından duyduğu hikayeler, anneliğe hazır olma durumu, aile ve evlilik ilişkisi, kariyer, sosyo-ekonomik ve kültürel geçmişi, sağlık algısı, destekleyici bireylerin varlığı veya yokluğu, taciz deneyimi (fiziksel, cinsel vb.) gibi faktörler değerlendirilmelidir (143). Kadınların doğum korkusunun temelini oluşturan bu faktörlerin erken dönemde belirlenmesi (144), gebeye uygun hemşirelik yaklaşımının planlanmasında yardımcı olmaktadır.

Gebede doğum korkusu tanımlandıktan ve şiddeti belirlendikten sonra, doğumla baş etme kaynakları ve uygun yaklaşımlar planlanmalıdır. Doğum korkusunun klinik düzeyde olduğu durumlarda gebenin, hemşire tarafından uygun birime yönlendirilmesi gerekmektedir (98). Doğum korkusu, bazen prenatal

depresyonun bir belirtisi olarak da ortaya çıkabilmektedir (18, 98). O'Connell ve ark. (18)'nin aktarımına göre, Kraliyet Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), intihar riskinin olmasından dolayı prenatal depresyon ile başvuran gebelerin değerlendirilmesinin ve uygun şekilde sevk edilmesinin çok önemli olduğunu bildirmiştir. Bu doğrultuda, doğum öncesi kliniklerde çalışan hemşirelerin doğum korkusunun prenatal depresyonun bir belirtisi olabileceğinin farkında olmaları gerekmektedir (18).

Hafif ve orta düzeyde doğum korkusuna sahip olan gebelerin korkularını dinlemek, doğum hakkında yanlış mitleri ortadan kaldırmak ve doğumda yeterli destek sağlamak korkularını azaltmada yardımcı olabilmektedir (18). Çünkü destek sistemi, gebenin doğum korkusu ile baş etmesine ve öz-yeterliliğinin artırılmasına yardımcı olan önemli etmenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Destek; duygusal destek, bilgi arama veya sadece deneyimleri paylaşma şeklinde olabilmektedir (41, 145). Araştırmalar, profesyonel desteğin, doğumla ilgili korkuların azaltılmasında, öz-yeterliliğin artırılmasında, doğumda iç kontrol algısı ile doğumla ilişkili travma sonrası stres bozukluğu üzerinde ve kadının vajinal doğuma yönlendirilmesinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (51, 111, 112, 117, 123). Doğuma hazırlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri, doğum korkusunun azaltılmasında kullanılan önemli yaklaşımlardan bazılarıdır (111, 112). Bu doğrultuda, doğum öncesi bakım hizmeti veren hemşirelerin, kadının doğum korkusunu değerlendirerek, doğum korkusu ile baş etmesine yardım edebilecek, doğumda öz-yeterliliğini artırabilecek uygun hemşirelik yaklaşımlarını planlaması beklenmektedir. Ayrıca hemşire, doğum korkusunun doğum sonu depresyon yaşama olasılığını artırdığını (18, 23) ve bu durumun bebek bakımı ve emzirmede yetersizliğe yol açarak bebeğin sağlığını da olumsuz etkileyebileceğini bilmeli ve doğum sonrası dönemde de kadını takip etmelidir (143).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz yeterliliğe ve doğum şekline etkisini değerlendirmek amacıyla iki gruplu paralel randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Nevşehir Devlet Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yapılmıştır. Nevşehir Devlet Hastanesi 340 yatak kapasitelidir ve 36 farklı branşta hizmet vermektedir. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde; bir jinekoloji servisi, bir doğum salonu, bir kadın hastalıkları ve doğum polikliniği ve bir gebe okulu bulunmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde; üç poliklinik odası, bir non-stres test (NST) odası ve bir gebe takibi odası yer almaktadır. Poliklinikte, üç kadın hastalıkları ve doğum uzmanı görev yapmaktadır ve sağlıklı ve riskli gebelere aynı polikliniklerde hizmet verilmektedir. Poliklinikte yer alan muayene odalarında hekimlerin yanında hemşire ya da ebeler görev yapmamaktadır. Poliklinikte prenatal takip için başvuran gebelere ortalama 10-15 dakika zaman ayrılmaktadır. Bu süreçte; öykü alma, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve ultrasonografi (USG) yapılmaktadır. NST odasında iki hemşire ya da ebe, gebe takip odasında bir hemşire ya da ebe ve gebe okulunda bir hemşire ya da ebe görev yapmaktadır. NST odasında gebelere NST işlemi uygulanmakta, gebe takip odasına gelen gebelerin boy ve kilo ölçümü, ödem kontrolü ve kan basıncı takibi yapılmaktadır.

Gebe okulunda gebelere 20. gebelik haftasından itibaren, üç oturumda eğitim verilmektedir. Birinci oturumda; gebelik süreci, gebelikte oluşabilecek sorunlar, gebelikte beslenme ve egzersiz konularında, ikinci oturumda; doğum süreci, doğuma hazırlık, doğum ağrıları ile baş etme, lohusalık dönemine ilişkin konularda, üçüncü oturumda ise yenidoğan bakımı, emzirme ve aile planlamasına ilişkin konularda eğitim verilmektedir. Eğitimler bir hemşire ya da ebe tarafından verilmektedir. Gebe okulunun kısa bir süre önce açılması ve kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinden

farklı bir yerde bulunması nedeni ile gebeler tarafından aktif olarak kullanılmamaktadır. Bu nedenle gebe okulunda, her gebeye rutin olarak eğitim verilmemektedir. Çalışmamızda müdahale grubunda yer alan gebelerin gebe okuluna katılmadığı, kontrol grubunda ise sekiz gebenin gebe okuluna katıldığı belirlenmiştir.

Doğum salonunda; eylemdeki gebelere ve doğum sonu lohusalara hizmet verilen 11 yataklı beş oda, doğumun gerçekleştirildiği iki travay odası ve bir ebe odası bulunmaktadır. Doğum salonunda toplam 15 ebe görev yapmaktadır. Hastanede doğumlar ebeler tarafından yaptırılmakta olup, riskli doğumlar doktorlar tarafından yaptırılmaktadır. Doğum salonuna gelen gebe, kayıt işlemlerinin ardından odasına alınmakta ve doğum gerçekleşene kadar bu odada takip edilmektedir. Odalar iki kişilik olup, gebenin yanında refakatçi kalmasına izin verilmemektedir. Gebenin servikal açıklığı tamamlandıktan sonra travay odasına alınmaktadır. Travay odasında doğum yapan kadın, daha sonra yine doğum salonunda başka bir odaya alınarak 24 saat takip edilmektedir. Hastanenin istatistik verilerine göre 2019 yılında 1348 vajinal doğum, 683 sezaryen ile doğum olmak üzere toplam 2031 doğum gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Nevşehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran primipar gebeler oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve güç hesaplamasında G*Power 3.1.9 programı kullanılmıştır (146). Araştırmanın ana parametresi olarak doğum korkusunun değerlendirilmesinde kullanılan W-DEQ A versiyonu puanı dikkate alınmıştır. Literatürde, motivasyonel görüşmenin doğum korkusuna etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmadığı için örneklem büyüklüğü ve gücün hesaplanmasında Türk kültüründe yapılan Uçar'ın (115) yaptığı çalışma referans alınarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Bu doğrultuda güç analizinde; %5 yanılma düzeyi ve %95 güç baz alınarak her bir grup için örneklem büyüklüğü 27 olarak

hesaplanmıştır. Uygulama sürecinde olabilecek olası kayıplar göz önünde bulundurularak her grupta 60 primipar gebe olmak üzere toplamda 120 primipar gebe örnekleme alınmıştır. Müdahale grubunda 37, kontrol grubunda 36 primipar gebe olmak üzere toplamda 73 katılımcıya ulaşıldıktan sonra güç analizi tekrarlanmıştır. Elde edilen ölçümlerin analizi sonucu %5 yanılma düzeyi, 3,5 etki büyüklüğü ile araştırmanın gücü %100 olarak hesaplanmıştır. Yeterli güce ulaşıldığı için toplam 73 primipar gebe ile araştırma sonlandırılmıştır.

Uygulama sürecinde müdahale grubunda yer alan iki gebe eğitim programını tamamlamadığı için, üç gebe COVID-19 pandemisinden dolayı araştırmadan çekilmek istediği için, bir gebe erken doğum yaptığı için, iki gebe il dışında doğum yaptığı için, bir gebe üçüncü basamak bir hastaneye sevk edildiği için ve 14 gebe tıbbi endikasyon (üç gebede fetal distres, bir gebede baş-pelvis uyumsuzluğu, üç gebede prezentasyon anomalisi, bir gebede fetal boyunda umbilikal kord dolanması, üç gebede fetal makrozomi, üç gebede uzamış eylem) nedeni ile sezaryen ile doğum yaptığı için araştırmadan dışlanmış. Kontrol grubunda ise iki gebe COVID-19 pandemisinden dolayı araştırmadan çekilmek istediği için, üç gebe erken doğum yaptığı için, dört gebe ile iletişim kurulamadığı için, bir gebe il dışında doğum yaptığı için, iki gebe doğumunu araştırmacıya haber vermediği için ve 12 gebe tıbbi endikasyon (üç gebede fetal distres, bir gebede baş-pelvis uyumsuzluğu, iki gebede fetal makrozomi, üç gebede prezentasyon anomalisi, üç gebede uzamış eylem) nedeni ile sezaryen ile doğum yaptığı için araştırmadan dışlanmış. Müdahale grubunda 37, kontrol grubunda 36 primipar gebe olmak üzere toplam 73 gebe ile araştırma tamamlanmıştır (Şekil 3.1.).

Türkiye'de ilk Covid-19 vakası Sağlık Bakanlığı tarafından 11 Mart 2020 tarihinde ilan edilmiştir. Tez çalışmasının bir kısmı Covid-19 pandemisi sonrası yürütülmüştür. Bu tarihten itibaren doğum yapan gebeler ile öncesi doğum yapan gebeler arasında doğum korkusu, doğumda öz-yeterlilik ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; EK Tablo 1., EK Tablo 2.).

3.3.3. Randomizasyon

Araştırmada örnekleme alınan primipar gebeler tabakalı blok randomizasyon yöntemine göre müdahale ve kontrol grubuna atanmıştır. Blok büyüklüğü 6 olarak

alınmıştır. Araştırmada primipar gebeler, yaş (18-24 ve 25-35) ve eğitim düzeyine (İlkokul ve Ortaokul, Lise, Lisans ve Lisansüstü) göre tabakalandırılmıştır. Tabakalama yapıldıktan sonra; tabaka özelliklerine göre toplam 6 grup oluşturulmuştur (Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Tabakalama grupları.

Gruplar	Yaş	Eğitim Düzeyi
1. Grup	≤ 24	İlkokul ve Ortaokul
2. Grup	≤ 24	Lise
3. Grup	≤ 24	Lisans ve Lisansüstü
4. Grup	≥ 25	İlkokul ve Ortaokul
5. Grup	≥ 25	Lise
6. Grup	≥ 25	Lisans ve Lisansüstü

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine doğum öncesi bakım almak amacıyla başvuran primipar gebelerle görüşülerek araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelere, uygulamada izlenecek yöntem hakkında bilgi verilerek, kişisel bilgileri alınmıştır. Örneklem alınan gebeler, tabakalama grublarına yerleştirilmiştir (Tablo 3.1.). Her grup için araştırmacı dışındaki bir kişi tarafından 1 ile 20 arasında www.random.org sitesi kullanılarak bir sayı üretilmiş ve tabloda bu sayıya karşılık gelen 6'lı bloklar kullanılarak müdahale ve kontrol grubuna atanmıştır (Tablo 3.2.). Randomizasyon sonrası grupların homojenitesini doğrulamak için müdahale ve kontrol grupları yaş ve eğitim düzeylerine göre ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.3.).

Tablo 3.2. Primipar gebelerin randomizasyonunda kullanılan bloklar.

Sayı	6'lı Bloklar	Sayı	6'lı Bloklar
1	AAABBB	11	ABAABB
2	AABBBA	12	BAABBA
3	ABBBAA	13	ABBABA
4	BBBAAA	14	ABABAB
5	AABBAB	15	BABABA
6	ABBAAB	16	BABAAB
7	BBAAAB	17	BAAABB
8	AABABB	18	BBABAA
9	ABABBA	19	BBAABA
10	BABBAA	20	BAABAB

A: Müdahale Grubu

B: Kontrol Grubu

Tablo 3.3. Primipar gebelerin tabakalama özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımı.

Özellikler	Müdahale		Kontrol		İstatistiksel Analiz*	p
	S	%	S	%		
Yaş						
18-24	25	67,6	23	63,9	0,110	0,741
25-35	12	32,4	13	36,1		
Eğitim Düzeyi						
İlkokul+Ortaokul	11	29,7	14	38,9		
Lise	13	35,1	12	33,3	0,778	0,678
Lisans+Lisansüstü	13	35,1	10	27,8		

* Pearson ki-kare

3.3.4. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Türkçe konuşabilen, anlayabilen ve yazabilen,
- Son adet tarihine veya son adet tarihini bilmeyen gebelerin USG ile yapılan hesaplamalarına göre gebeliğin 24-28. haftasında olan,
- Vajinal doğum için kontrendikasyonu olmayan,
- Sağlık Bakanlığı Gebelikte Risk Değerlendirme Formunda bulunan kriterlerden herhangi birine sahip olmayan (147) (EK-1),

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler örneklem kapsamına alınmıştır.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Prematür doğum yapan (37. gebelik haftasından önce),
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında gebelik komplikasyonu gelişen (Preeklampsi, plasenta previa, oligohidroamniyoz, gestasyonel diyabet gibi),
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında tıbbi endikasyon nedeni ile sezaryen planlanan,
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak isteyen,
- Eğitim programını tamamlamayan,
- İl dışında doğum yapan,
- Doğumdan sonra 24 saat içinde görüşülemeyen,
- Veri toplama araçlarının herhangi birinde eksiklik olan gebeler örneklem dışında bırakılmıştır.

3.3.5. Körleme

Araştırmacının motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim ve danışmanlık vermesi, verilerin toplama ve analiz aşamasında yer alması ve müdahale grubunda yer alan gebelerin yapılan müdahaleden haberdar olmaları nedeniyle bu araştırmada körleme yapılmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Tanıtıcı Bilgiler Formu” (EK-2), “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu” (EK-3), “Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu” (EK-4), “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu” (EK-5) ve “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu” (EK-6) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-2)

Tanıtıcı Bilgiler Formu, literatür taranarak (7, 77, 148-150) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formun uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliğinin

değerlendirilebilmesi amacıyla, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanından beş, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından bir, Halk Sağlığı Hemşireliği alanından bir olmak üzere yedi uzmandan görüş¹⁻⁷ alınarak forma son şekli verilmiştir. İki bölümden oluşan formun birinci bölümünde; gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin yaşı, eşinin eğitim düzeyi, eşinin mesleği, eşinin çalışma durumu, sosyal güvence durumu) belirlemeye yönelik 12 soru yer alırken, ikinci bölümde ise obstetrik özellikleri (gebelik haftası, abortus ve D/C deneyimi, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğumöncesi eğitim aldığı kişi, gebelik takibi başlama zamanı ve gebelik takibi sayısı, gebelik süresince sağlık sorunu yaşama durumu, tercih ettiği doğum şekli) belirlemeye yönelik 9 soru yer almaktadır. Tanıtıcı Bilgiler Formunda toplam 21 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (EK-3)

Kadınların gebelikte yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Wijma ve Klaas tarafından 1998 yılında İsveç'te geliştirilmiş olan "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu, 2009 yılında Körükçü ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (151, 152). Orijinal ölçekte Cronbach's alfa değeri nulliparlarda 0.89, multiparlarda 0.99 ve toplam grupta 0.93 olarak belirlenmiştir (151). Körükçü ve arkadaşları (152) tarafından yapılan çalışmada ise Cronbach's alfa değeri primipar gebeler için 0.88, multipar gebeler için 0.90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, kullanılan ölçeğin ölçüm zamanlarına göre Cronbach's alfa değeri eğitim öncesinde 0,87, eğitimden hemen sonra 0,80 ve 37-40. gebelik haftasında 0,94 olarak hesaplanmıştır.

W-DEQ A versiyonu 33 maddeden oluşmaktadır. Altılı likert tipte olan ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmaktadır. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11,

¹ Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

² Prof. Dr. Nevin ŞAHİN

³ Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

⁴ Doç. Dr. Gözde Gökçe İŞBİR

⁵ Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL

⁶ Dr. Öğr. Üyesi Melike ERTEM

⁷ Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN

12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekte en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 165'dir. Puanının yüksek olması yüksek düzeyde doğum korkusunu göstermektedir. Kesme noktası 85'tir. 85 ve üzeri puan, klinik düzeydeki doğum korkusunu göstermektedir (152).

- 0-37 puan = hafif düzeyde korku
- 38-65 puan = orta düzeyde korku
- 66-84 puan = şiddetli düzeyde korku
- 85 ve üzeri puan = klinik düzeyde korkuyu göstermektedir.

3.4.3. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu (EK-4)

Lowe (153) tarafından Bandura'nın öz-yeterlik teorisi temel alınarak geliştirilen Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği, 62 maddeden oluşmaktadır. Ip ve arkadaşları (135), Lowe tarafından geliştirilen 62 maddelik ölçeği 32 maddeye indirerek ölçeğin kısa versiyonunu geliştirmişlerdir. Bu ölçek, gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (135). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ersoy (154) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçekte Cronbach's alfa değeri 0.90 olarak belirlenmiştir (135). Ersoy ve arkadaşları (154) tarafından yapılan çalışmada ise Cronbach's alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, kullanılan ölçeğin ölçüm zamanlarına göre Cronbach's alfa değeri eğitim öncesinde 0,77, eğitimden hemen sonra 0,70 ve 37-40. gebelik haftasında 0,95 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek, sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutu 16 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi ölçekteki yanıtlar 1'den 10'a kadar puanlandırılmıştır. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutunda; 1 "hiç yararlı değil", 10 ise "çok yararlı" şeklinde, yeterlilik beklentisi alt boyutunda ise; ilk 13 soru 1 "tamamen eminim", 10 "hiç emin değilim", 14-16 arasındaki sorular 1 "hiç emin değilim", 10 ise "tamamen eminim" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekteki yeterlilik beklentisi alt boyutlarındaki 1'den 13'e kadar olan sorular, tersine çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak olan en düşük puan 16, en yüksek puan 160'dır. Her bir alt boyuttan alınacak yüksek puan gebelerin doğum eylemine ilişkin yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan

32, en yüksek toplam puan ise 320'dir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (135).

3.4.4. Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (EK-5)

Doğum Eylemi Değerlendirme Formu, doğum eylemi sırasında anne sağlığını, doğum sürecini ve annenin doğumdan memnuniyetini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak (1, 77, 115, 123) hazırlanmıştır. Formun uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliğinin değerlendirilebilmesi amacıyla, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanından beş, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından bir, Halk Sağlığı Hemşireliği alanından bir olmak üzere yedi uzmandan görüş¹⁻⁷ alınarak forma son şekli verilmiştir.

İki bölümden oluşan formun birinci bölümünde; hastane bilgi sisteminden elde edilen doğum sürecine ilişkin bilgiler, doğum eylemi sırasında uygulanan müdahaleler ve komplikasyon gelişme durumu verilerini elde etmeye yönelik 8 soru yer almaktadır. Bu bölümde yer alan doğum evrelerinin süreleri, gebe hastaneye geldiğinden itibaren ebe tarafından hasta dosyasına kaydedilen bilgiler dikkate alınarak doldurulmuştur. İkinci bölümde ise kadınların gelecekte yapmak istediği doğum şekli, doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyetini değerlendirmeye yönelik üç soru yer almaktadır. Doğum eylemi değerlendirme formunda toplam 11 soru bulunmaktadır.

3.4.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (EK-6)

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu, Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından doğum sonrası kadınların doğum korkusunu ölçmek amacı ile geliştirilmiştir (151). W-DEQ B versiyonunun Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Körükçü ve arkadaşları (155) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçekte Cronbach's alfa değeri hem nulliparlarda hem de

¹ Prof. Dr. Kafıye EROĞLU

² Prof. Dr. Nevin ŞAHİN

³ Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

⁴ Doç. Dr. Gözde Gökçe İŞBİR

⁵ Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL

⁶ Dr. Öğr. Üyesi Melike ERTEM

⁷ Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN

multipartlarda 0.87 olarak bulunmuştur (151). Körükçü ve arkadaşları (155) tarafından yapılan çalışmada ise Cronbach's alfa değeri 0.84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, kullanılan ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin doğum sonrası ilk gün uygulanması önerilmiştir. Bu çalışmada da ölçek, kadınlara doğum sonrası ilk 24 saat içinde uygulanmıştır. 32 maddeden oluşan ve altılı likert tipte olan ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmaktadır. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26, 30) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekte en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 160'dır. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır (155). Ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar; 1) kasımlara ilişkin kaygılar (1,2,6,11,16,17,18,23); 0-40 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğum kasımlarına ilişkin hatırladığı kaygıların arttığını, 2) olumlu davranışlarda yetersizlik (24,25,26,30); 0-20 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğum sırasında sergilediği olumlu davranışlardaki yetersizliğin arttığını, 3) yalnızlık (3,7,10,14,19,21,22); 0-35 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğumda hatırladığı yalnızlık duygusunun arttığını, 4) olumlu duygularda yetersizlik (4,5,8,9,12,13,17,20); 0-40 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğumla ilgili olumlu duyguların azaldığını, 5) doğuma ilişkin kaygılar (27,28,29); 0-15 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğuma ilişkin hatırladığı kaygıların arttığını ve 6) bebeğe ilişkin kaygılar (31,32); 0-10 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, bebekle ilgili hatırladığı kaygının arttığını göstermektedir (155).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı, araştırmanın uygulama sürecine başlamadan önce motivasyonel görüşme tekniği hakkında bilgi ve beceri kazanabilmek amacıyla 19 Ocak 2018 tarihinde İstanbul'da Prof. Dr. Kültekin Ögel tarafından düzenlenen "Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi" ne katılmış ve katılım belgesi almıştır (EK-7). Ayrıca araştırmacı Hitit Üniversitesi tarafından 15.12.2018-16.12.2018 tarihleri arasında düzenlenen "Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi" kursuna katılarak sertifika almıştır (EK-8).

Araştırma üç aşamada yürütülmüştür. Birinci aşama, hazırlık aşamasıdır. Bu aşamada “Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı” ve “Doğuma Hazırlık Rehberi” geliştirilmiştir. İkinci aşamasında ön uygulama yapılmıştır. Üçüncü aşamasında ise geliştirilen eğitim programı uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

3.5.1. Birinci Aşama: Araştırmanın Hazırlık Aşaması

Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı (EK-9)

Eğitim programı, araştırmacı tarafından literatür taranarak (16, 51, 54, 60, 64, 126,129,156-159) geliştirilmiştir. Eğitim programının kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere motivasyonel görüşme yöntemi ve/veya doğum korkusu alanında çalışan yedi uzmandan¹⁻⁷ görüş alınmıştır. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda eğitim programına son şekli verilmiştir.

Eğitim Programının Amacı

Eğitim programının amacı, doğuma hazırlık eğitimi kapsamında motivasyonel görüşme yöntemi kullanarak, primipar gebelerin doğum korkusuyla baş etmelerini sağlamak, doğumda öz-yeterliliklerini artırmak ve vajinal doğuma yönelmelerini sağlamaktır.

Eğitimin Yapıldığı Yer

Eğitim ve görüşmeler, gebenin isteğine uygun olarak ev ortamında veya hastanede uygun bir odada gerçekleştirilmiştir.

Eğitimin Süresi

Motivasyonel görüşme kullanılarak yapılan çalışmalar ve doğum korkusu alanında yapılan çalışmalar dikkate alınarak (16, 51, 60, 64,126, 157) gebelere haftada

¹ Prof. Dr. Kafıye EROĞLU

² Prof. Dr. Nevin ŞAHİN

³ Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK

⁴ Doç. Dr. Gözde Gökçe İŞBİR

⁵ Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL

⁶ Dr. Öğr. Üyesi Melike ERTEM

⁷ Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN

bir kez olmak üzere toplam dört oturumda bireysel olarak eğitim verilmiştir. Eğitimin birinci ve dördüncü oturumu, ortalama 45-60 dakikada, ikinci ve üçüncü oturumu ise ortalama 60-90 dakikada gerçekleştirilmiştir.

Eğitim Programının İçeriği

Programın her bir oturumunda motivasyonel görüşme yöntemine özgü olan; açık uçlu soru sorma, yansıtımlı dinleme, onaylama ve özetleme iletişim yöntemleri kullanılmıştır. Motivasyonel görüşmenin birinci aşaması, değişim için içsel motivasyon oluşturulmasıdır. Buradaki asıl amaç, ambivalansı çözerek değişim motivasyonunu sağlamaktır (54). Bu doğrultuda birinci oturumda; gebede değişim konuşmasını ortaya çıkartmak için çelişki geliştirmek önemli bir yöntemdir. Gebenin doğuma ilişkin düşünceleri, duyguları, endişeleri, korkuları ve doğum korkusunun doğum eylemine etkisi tartışılarak gebede çelişki geliştirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca gebenin, vajinal ve sezaryen ile doğuma ilişkin düşüncelerini ve ambivalansı ortaya çıkarmak için karar dengesinden yararlanılarak kadına ev ödevi verilmiştir. Karar dengesi, davranışı değiştirmede motivasyonu sağlamak için kullanılan bir motivasyonel görüşme stratejisidir. Karar dengesi teraziye benzetilmektedir. Terazinin iki yanında, iki farklı ağırlık bulunmaktadır. Terazinin bir tarafı, hareketin belirli yönündeki öngörülen yararları/avantajları; terazinin diğer tarafı ise öngörülen zararları/dezavantajlarıdır. Terazi kefesi ile yapılan kavramsallaştırma; kişinin bir davranışı ne kadar yararlı ve ne kadar zararlı olarak öngördüğünü belirlemek amacı ile yapılmaktadır (54). İkinci oturumda; birinci oturumda gebeye verilen ev ödevi ile istenen, vajinal ve sezaryen ile doğumun olumlu-olumsuz özelliklerine ilişkin karar dengesi ile görüşmeye başlanılmıştır. Vajinal doğum hakkındaki düşünceleri sorularak, değişim için niyeti ortaya çıkarılmıştır. Gebenin vajinal doğuma yönelik motivasyonunu ölçmek ve değişim hareketine geçmesini kolaylaştırmak amacıyla motivasyonel görüşme stratejilerinden biri olan 0-10 önemlilik/güven cetveli kullanılmıştır. 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş bu cetvel; 0 "hiç önemli değil/hiç güvenmiyorum" ve 10 "çok önemli/çok güveniyorum" olarak derecelendirilmektedir. Gebe, kendine uygun olan dereceyi cetvel üzerinde işaretlemiş ve soruya verdiği dereceye göre artı ve eksiler tartışılmıştır. Gebenin sezaryen ile doğum hakkındaki bilgi ve istekleri tartışılarak değişim konuşması için çelişki geliştirilmiştir. Gebenin

değişime bağlılığını güçlendirmek için doğuma ilişkin bilgi verilmiştir. Gebeye bilgi vermeden önce, özerkliğini desteklemek ve dinleme isteğini artırmak için gebeden izin istenmiştir. Bu doğrultuda; doğum eyleminin başlama belirtileri, doğumun evreleri, sezaryen ile doğum konuları hakkında bilgisayar aracılığıyla slayt sunumu kullanılarak eğitim verilmiştir.

Motivasyonel görüşmenin ikinci aşaması, değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini ve bu hedefe ulaşmak için plan geliştirilmesini kapsamaktadır (54). Üçüncü ve dördüncü oturum bu doğrultuda şekillendirilmiştir. Üçüncü oturumda; gebenin değişim sürecinin değerlendirilmesi için doğum korkusuna ilişkin duygu durumunun tekrar gözden geçirilmesi sağlanmış ve bu konu üzerine tartışılmıştır. Doğum kasılmaları ile baş etme yöntemleri ve doğum ortamı hakkında bilgi durumu değerlendirilerek çelişki oluşturulmuştur. Motivasyonel görüşme stratejisi olarak gebeden izin alınarak doğum kasılmaları, doğum kasılmaları ile baş etme yöntemleri ve doğum ortamı hakkında bilgi verilmiştir. Gebenin doğumda kullanacağı solunum ve gevşeme teknikleri uygulamalı olarak anlatılmış, gebenin uygulaması sağlanarak öz yeterliliği desteklenmiştir. Değişimi sürdürmek için gebeden doğumunun nasıl olmasını istediğine (hayalindeki doğum) ilişkin düşüncelerini yazıp, bir sonraki görüşmeye getirmesi için ev ödevi verilmiştir. Dördüncü oturumda; değişime bağlılığı güçlendirmek için değişim planı geliştirmeye ve bağlılığı ortaya çıkarmaya devam edilmiştir. Gebenin doğumla ilgili hedefleri netleştirilmiş ve seçilen hedeflere ulaşmak için olası yöntemler değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda; bir önceki görüşmede verilen ev ödevinde yer alan hayalindeki doğum ile ilgili düşünceleri tartışılmış ve doğum planı oluşturularak kadının öz-yeterliliği desteklenmiştir. Doğum planını takip etme kararını sözlü olarak ifade etmesi sağlanmıştır. Değişikliği sürdürmek için duygu ve düşüncelerinde zamanla değişiklik olup olmadığı hakkında konuşularak, verdiği kararlar desteklenmiştir.

Doğuma Hazırlık Rehberi (EK-10)

Doğuma Hazırlık Rehberi, literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu rehberde, Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı kapsamında tartışılan; korkunun doğuma etkisi, vajinal ve sezaryen ile doğum, doğum kasılmaları ile baş etme yöntemleri ve doğum

ortamı ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Doğuma Hazırlık Rehberi'nin kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında çalışan beş uzmandan¹⁻⁵ görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda, Doğuma Hazırlık Rehberi'ne son şekli verilmiştir. Doğuma Hazırlık Rehberi, müdahale grubunda yer alan gebelere eğitim öncesi kitapçık şeklinde verilmiştir.

3.5.2. İkinci Aşama: Araştırmanın Ön Uygulaması

Tanıtıcı Bilgiler Formunun (EK-2) ve Doğum Eylemi Değerlendirme Formunun (EK-5) anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla Nevşehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 10 gebe ve doğum salonunda vajinal doğum yapmış 10 kadın ile 10.12.2018-24.12.2018 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, formlarda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamında alınan gebeler, örnekleme dahil edilmemiştir.

Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programının (EK-9) ve Doğuma Hazırlık Rehberinin (EK-10) uygunluğu ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 3 gebe ile 1-25 Şubat 2019 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu eğitim programında ve rehberde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamında alınan gebeler, örnekleme dahil edilmemiştir.

3.5.3. Üçüncü Aşama: Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, Ağustos 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine doğum öncesi bakım almak amacıyla başvuran 391 gebe ile görüşülerek araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelere, araştırmanın amacı ve yöntem hakkında bilgi verilerek, araştırmaya davet edilmişlerdir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan

¹ Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

² Doç. Dr. Fatma KORUK

³ Doç. Dr. Gülten Koç

⁴ Doç. Dr. Gözde Gökçe İŞBİR

⁵ Doç. Dr. Şengül Yaman Sözbir

gebelerden yazılı onamları alınmıştır. Bu kapsamda 120 primipar gebe, araştırmacı dışındaki bir kişi tarafından www.random.org sitesi kullanılarak, tabakalı blok randomizasyon yöntemine göre müdahale ve kontrol grubuna atanmıştır.

Müdahale Grubu

Araştırma kapsamında müdahale grubunda yer alan gebelerle telefonla iletişim kurularak eğitim için yer, tarih ve saat belirlenmiştir. Eğitimler gebenin uygun olduğu bir zamanda, kendisini rahat hissettiği ve istediği bir yerde (ev ortamında veya hastanede görüşmenin sağlıklı biçimde yürütülebileceği bir odada) gerçekleştirilmiştir. Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı, gebeliğin 24-28. haftalarında başlanarak, dört hafta boyunca haftada bir oturum olacak şekilde bireysel olarak verilmiştir.

Eğitim programının birinci ve ikinci oturumunda değişim için içsel motivasyon oluşturulmaya odaklanılmış ve buna uygun stratejiler kullanılmıştır. **Birinci oturumda;** eğitime başlamadan önce gebelere yüz yüze görüşme yöntemi ile “Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-2)”, “W-DEQ A versiyonu” (EK-3) ve “Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu” (EK-4) uygulanmıştır. Daha sonra eğitim programının amacı, hedefleri ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Aynı zamanda zarf dosya içerisinde, araştırmacı tarafından hazırlanan Doğuma Hazırlık Rehberi (EK-8), not defteri ve kalem verilerek, rehberin kullanımı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Birinci oturumda amaç, gebenin doğum korkusunu ve endişesini açığa çıkarmak, doğuma ilişkin belirsizlikleri kabul etmesini sağlamak ve doğum korkusu ile baş etmesine yönelik farkındalık geliştirmektir. 45-60 dakika süren bu oturumun sonunda, gebelerden vajinal ve sezaryen ile doğumun olumlu ve olumsuz özelliklerine ilişkin bir liste hazırlayıp bir sonraki görüşmeye getirmesi istenmiş ve sonraki görüşme tarihi belirlenerek görüşme sonlandırılmıştır. **İkinci oturuma;** birinci oturumda gebeye verilen ev ödevi ile istenen, vajinal ve sezaryen ile doğumun olumlu ve olumsuz özelliklerine ilişkin karar dengesi ile görüşmeye başlanılmıştır. İkinci oturum ortalama 60-90 dakika sürmüş ve gebenin doğum şekline ilişkin belirsizlikleri ortaya çıkarmaya ve çözmeye odaklanılmıştır. Bu doğrultuda; bilgisayar vasıtası ile slayt sunumu kullanılarak vajinal doğum süreci, vajinal doğumun avantajları ve sezaryen ile doğumun yapılış amacı hakkında bilgi verilmiştir.

Üçüncü ve dördüncü oturumda, bağlılığın güçlendirilmesi ve bu hedefe ulaşmak için plan geliştirilmesine odaklanılmış ve buna uygun stratejiler kullanılmıştır. **Üçüncü oturumda;** gebenin doğum korkusu ile baş etme inancını geliştirmek ve vajinal doğumda öz-yeterliliğini artırmak amacıyla doğum kasılmaları ile baş etme yöntemleri ve doğum ortamı hakkında bilgi verilmiştir. Bu oturum, ortalama 60-90 dakika sürmüştür. **Dördüncü oturumda;** gebenin öz-yeterliliğini desteklemek ve değişime bağlılığını güçlendirmek için doğum planı üzerinde durulmuştur. İsteddiği doğum şekli sorularak kararı desteklenmiş ve eğitim programı sonlandırılmıştır. Bu oturum, ortalama 45-60 dakika sürmüştür. Eğitim programı tamamlandıktan hemen sonra gebeye “W-DEQ A versiyonu” (EK-3) ve “Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu” (EK-4) tekrar uygulanmıştır. Ayrıca eğitim programını tamamlayan gebelere katılımlarından dolayı “Katılım Belgesi” (EK-11) verilmiştir. Gebeler ile 37-40. gebelik haftaları arasında tekrardan iletişim kurularak rutin gebelik takibine geldiklerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile “W-DEQ A versiyonu” (EK-3) ve” Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu” (EK-4) tekrar uygulanmış ve doğumları başladığında araştırmacıya haber vermeleri konusunda hatırlatmada bulunulmuştur. Doğum yapan kadınlar, hastaneden taburcu olmadan doğumdan sonra 24 saat içinde araştırmacı tarafından hastanede ziyaret edilerek, yüz yüze görüşme yöntemi ile “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu” (EK-5) ve W-DEQ B versiyonu (EK-6) uygulanmıştır.

Kontrol Grubu

Araştırma kapsamında kontrol grubunda yer alan gebelere rutin hastane uygulamalarının dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Gebelere 24-28. gebelik haftalarında rutin gebelik takibine geldiklerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile “Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-2)”, “W-DEQ A versiyonu” (EK-3) ve “Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu” (EK-4) uygulanmıştır. Gebeler ile 37-40. gebelik haftaları arasında telefon ile iletişim kurularak rutin gebelik takibine geldiklerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile “W-DEQ A versiyonu” (EK-3) ve” Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu” (EK-4) tekrar uygulanmıştır. Aynı zamanda gebelere doğumları başladığında araştırmacıya haber vermeleri konusunda hatırlatmada bulunulmuştur. Doğum yapan kadınlar, hastaneden taburcu olmadan doğumdan sonra

24 saat içinde araştırmacı tarafından hastanede ziyaret edilerek, yüz yüze görüşme yöntemi ile “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu” (EK-5) ve W-DEQ B versiyonu (EK-6) uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulu’na başvurulmuş ve 2018.05.48 sayı ve 19.03.2018 tarihli yazı ile izin alınmıştır (EK-12). Araştırmanın Nevşehir Devlet Hastanesi’nde yürütülebilmesi için Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izini alınmıştır (Sayı: 55831188-604.02) (EK-13). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-14).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya ait sınırlılıklar aşağıda yer almaktadır:

- Bu araştırmada körleme yapılamamıştır.
- Araştırma örneklemini Nevşehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran primipar gebeler oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilir.
- Sonuçlar gebelerin öz bildirimlerine dayanmaktadır.
- COVID-19 pandemisi nedeni ile müdahale grubundan 3 gebe, kontrol grubundan 2 gebe araştırmaya devam etmek istememişlerdir.
- Gebelerin doğumhaneye birinci evrenin farklı fazlarında başvurması (bazı gebeler aktif fazda başvururken, bazı gebeler latent fazda başvurmuşlardır) nedeniyle doğumun birinci evresinin süresi tam olarak hesaplanamamıştır.

3.8. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasinda Karşılaşılan Güçlükler

- Araştırma sürecinde örnekleme alınmaya uygun olan gebelerin bir kısmının il merkezi dışında yaşamaları, gebelerin eş ve/veya kayınvalidelerinin araştırmaya katılmalarına izin (köyde yaşayanların) vermemeleri, gebelerin eğitim programını uzun bulmaları araştırmaya katılmayı kabul etmemelerine

neden olmuştur. Bunun sonucu olarak da, araştırmanın uygulama süreci uzatmıştır.

- Kontrol grubunda yer alan gebeler ile tekrardan iletişim kurulmakta güçlük yaşanmış bu süreçte 4 gebeye ulaşılamamış, 2 gebe doğumunu haber vermediği için veri kaybı yaşanmıştır. Bu da araştırmanın uygulama sürecinin uzamasına neden olmuştur.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler

Araştırmanın iki gruplu paralel randomize kontrollü çalışma olması, eğitimlerin sertifikalı araştırmacı tarafından ve bireysel olarak verilmesi araştırmanın güçlü yönleridir.

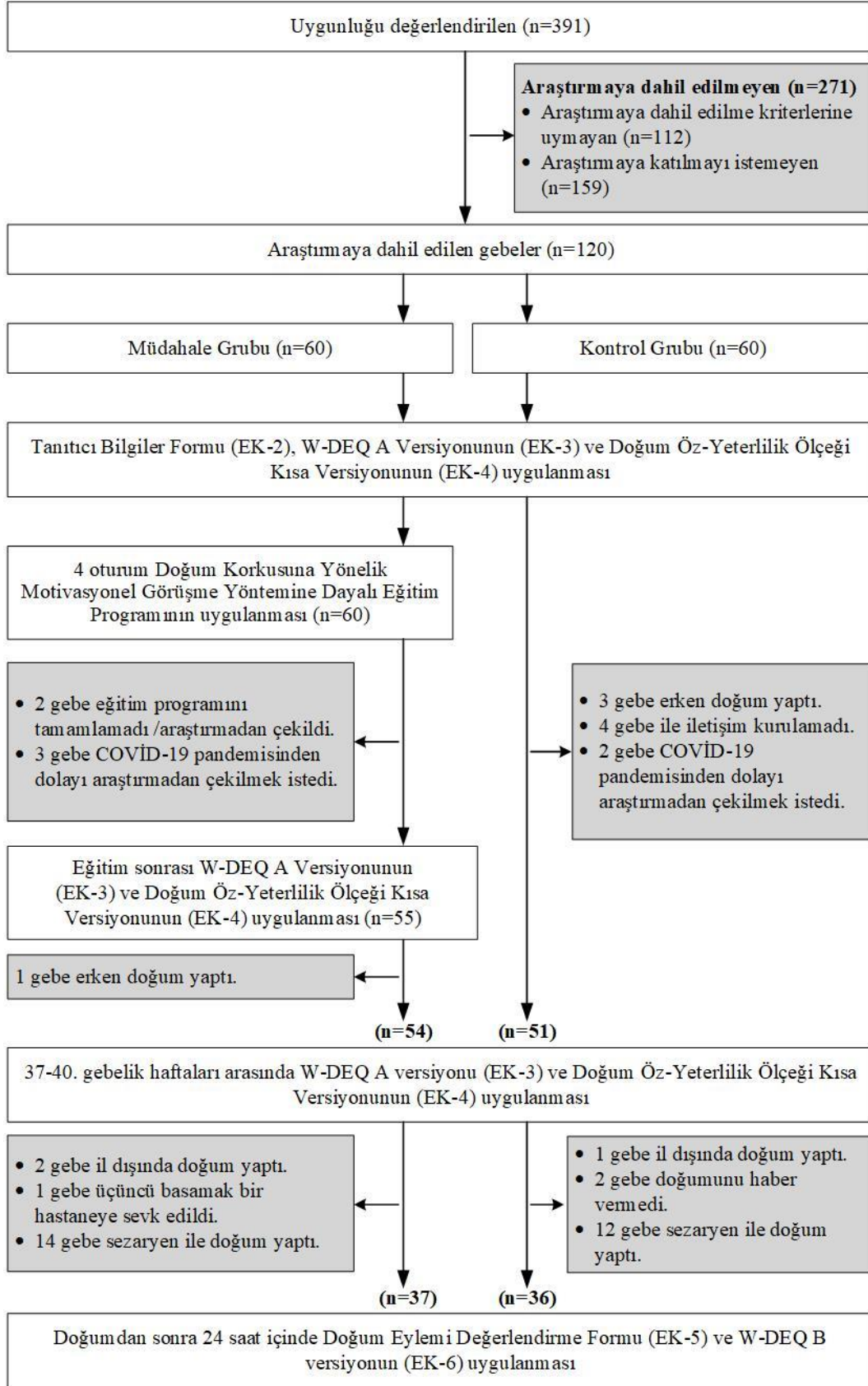
Araştırmada “Doğum Korkusuna Yönelik Motivasyonel Görüşme Yöntemine Dayalı Eğitim Programı”nı kullanırken araştırmacının yaşadığı deneyimler aşağıda yer almaktadır:

- Motivasyonel görüşmede empatik dinlemenin; gebe ile terapötik ilişki kurmayı kolaylaştırdığı, gebenin kendisini daha rahat ifade etmesini sağladığı, bunun sonucu olarak da doğum korkusunun altında yatan nedenin ortaya çıkmasına yardımcı olduğu,
- Uygulamada danışmanın yönlendirici olmak yerine destekleyici ve kılavuzluk etmesinin, gebenin değişim konuşması yapmasına yardımcı olduğu,
- Çelişki oluşturulmasının, kadının güçlü yönlerini tanımasına yardımcı olduğu,
- Değişim kararının (doğum şekli tercihine) gebeye bırakılmasının, gebenin öz-yeterliliğini desteklediği ve gebeyi motive ettiği,
- Doğum sürecine ilişkin bilgi verilmesinin kadının yanlış bilgilerini düzeltmede ve doğumla baş etme becerisini geliştirmede yardımcı olduğu gözlenmiştir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, yüzdeler) ve kategorik değişkenler için frekans ve

yüzde dağılımları kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında; Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. İki bağımsız grubun ortalama farklarını değerlendirmek için Bağımsız Gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen iki bağımlı grubun farkları Wilcoxon testi ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla bağımlı değişken arasında farklılığı değerlendirmek amacıyla normal dağılım gösteren verilerde Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA testi (Post-Hoc test: Bonferroni), normal dağılım göstermeyen verilerde ise Friedman Testi (Post-Hoc test: Dunn-Bonferroni) kullanılmıştır. Araştırmada $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama akış şeması

4. BULGULAR

Primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz yeterliliğe ve doğum şekline etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında ele alınmıştır.

1. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
 - a. Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı
 - b. Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.
2. Gebelerin/lohusaların doğum korkusu, doğum öz-yeterlilik puan ortalamaları ve/veya ortancalarına ilişkin bulgular
 - a. Gebelerin Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı
 - b. Lohusaların Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının çalışma gruplarına göre dağılımı.
 - c. Gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı
3. Gebelerin/lohusaların doğum sürecine ilişkin bulgular
 - a. Gebelerin doğum şekline ilişkin bulguların çalışma gruplarına göre dağılımı
 - b. Lohusaların gelecekte doğum şekli tercihi, doğum deneyimi ve memnuniyetinin çalışma gruplarına göre dağılımı

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Bazı Sosyo-demografik Özellikler	Müdahale Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=36)		Toplam		İstatistiksel Analiz	p
	S	%	S	%	S	%		
Yaş								
18-24	25	67,6	23	63,9	48	65,8	0,110	0,741 ^a
25-35	12	32,4	13	36,1	25	34,2		
Eğitim Düzeyi								
İlkokul+Ortaokul	11	29,7	14	38,9	25	34,2	0,778	0,678 ^a
Lise	13	35,1	12	33,3	25	34,2		
Lisans+Lisansüstü	13	35,1	10	27,8	23	31,5		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	8	21,6	6	16,7	14	19,2	0,289	0,591 ^a
Çalışmıyor	29	78,4	30	83,3	59	80,8		
Eşin Eğitim Düzeyi								
İlkokul+Ortaokul	15	40,5	20	55,6	35	47,9	1,790	0,409 ^a
Lise	11	29,7	7	19,4	18	24,7		
Lisans+Lisansüstü	11	29,7	9	25,0	20	27,4		
Eşin Çalışma Durumu								
Çalışıyor	36	97,3	32	88,9	68	93,2	-	0,199 ^b
Çalışmıyor	1	2,7	4	11,1	5	6,8		
Sosyal Güvence								
Var	31	83,8	30	83,3	61	83,6	0,003	0,959 ^a
Yok	6	16,2	6	16,7	12	14,4		
Aile Tipi								
Çekirdek Aile	25	67,6	19	52,8	29	39,7	1,667	0,197 ^a
Geniş Aile	12	34,4	17	47,2	44	60,3		
Algılanan Gelir Durumu								
Gelir Giderden Düşük	3	8,1	4	11,1	7	9,6	0,194	0,888 ^b
Gelir Gidere Denk	32	86,5	30	83,3	62	84,9		
Gelir Giderden Fazla	2	5,4	2	5,6	4	5,5		
En Uzun Süre Yaşadığı Yer								
İl	23	62,2	16	44,4	39	53,4	3,201	0,236 ^b
İlçe	4	10,8	3	8,3	7	9,6		
Köy/Kasaba	10	27,0	17	47,2	27	37,0		

^a Pearson ki-kare testi,

^b Fisher'in kesin testi

Tablo 4.1.'de gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki gebelerin %67,6'sının, kontrol grubundaki gebelerin %63,9'unun 18-24 yaş aralığında olduğu, müdahale

grubundaki gebelerin %35,1'inin lise ve lisans veya lisanüstü, kontrol grubundaki gebelerin ise %38,9'unun ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki gebelerin %78,4'ünün ve kontrol grubundakilerin %83,3'ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı, müdahale grubundaki gebelerin %83,8'inin ve kontrol grubundakilerin %83,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki gebelerin %67,6'sının ve kontrol grubundakilerin %52,8'inin çekirdek aileye sahip olduğu, müdahale grubundaki gebelerin %86,5'inin, kontrol grubundakilerin %83,3'ünün gelir durumunun gidere denk olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin %62,2'sinin, kontrol grubundakilerin %44,4'ünün en uzun süre yaşadığı yerin il olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki gebelerin eşlerinin %40,5'inin, kontrol grubundakilerin ise %55,6'sının ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu, müdahale grubundaki gebelerin eşlerinin %97,3'ünün, kontrol grubundakilerin %88,9'unun gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, aile tipi, algılanan gelir durumu ve en uzun süre yaşadığı yer açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2. Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Bazı Obstetrik Özellikler	Müdahale Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=36)		Toplam		İstatistiksel Analiz	p
	S	%	S	%	S	%		
Abortus								
Var	2	5,4	4	11,1	6	8,2	-	0,430 ^a
Yok	35	94,6	32	88,9	67	91,8		
D/C								
Var	2	5,4	3	8,3	5	6,8	-	0,674 ^a
Yok	35	94,6	33	9,7	68	93,2		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu								
Planlı	37	100,0	30	83,3	67	91,8	-	0,011^a
Planlı Değil	0	0,0	6	16,7	6	8,2		
Gebelikte Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu								
Alan	0	0,0	8	22,2	8	11,0	-	0,002^a
Almayan	37	100,0	28	77,8	65	89,0		
Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama Durumu								
Yaşayan	2	5,4	5	13,9	7	9,6	-	0,107 ^a
Yaşamayan	35	94,6	31	86,1	66	90,4		
Tercih Edilen Doğum Şekli								
Vajinal Doğum	34	91,9	31	86,1	65	89,0	4,250	0,260 ^a
Sezaryen ile Doğum	0	0,0	3	8,3	3	4,1		
Kararsız	3	8,1	2	5,6	5	6,8		
Gebelik Takibine Başlama Zamanı (Hafta) ($\bar{X} \pm SS$)								
	5,95 \pm 1,93		5,81 \pm 1,28		5,88 \pm 1,63		0,365	0,716 ^b
Gebelik Takibi Sayısı ($\bar{X} \pm SS$)								
	6,84 \pm 1,54		6,75 \pm 1,54		6,79 \pm 1,52		0,244	0,808 ^b
Gebelik Haftası ($\bar{X} \pm SS$)								
	26,32 \pm 1,65		26,61 \pm 1,32		26,47 \pm 1,49		-0,822	0,414 ^b

^a Fisher'in kesin testi^b Bağımsız Gruplarda t testi

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan gebelerin %100'ünün, kontrol grubundakilerin ise %83,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu, müdahale grubundaki gebelerin %100'ünün, kontrol grubundakilerin ise %77,8'inin doğum öncesi eğitim almadığı belirlenmiştir. Gebeliğin planlı olma durumu ve doğum öncesi eğitim alma durumu açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Müdahale grubundaki gebelerin %5,4'ünün, kontrol grubundakilerin %11,1'inin abortus deneyimi yaşadığı, müdahale grubundaki gebelerin %5,4'ünün, kontrol grubundakilerin %8,3'ünün D/C deneyimi yaşadığı ve müdahale grubundaki gebelerin %5,4'ünün, kontrol grubundakilerin %13,9'unun gebelikte sağlık problemi yaşadığı belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle beraber, müdahale grubunda yer alan iki gebenin gebeliğin erken döneminde kanama yaşadığı, kontrol grubunda yer alan iki gebenin idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği ve üç gebenin ise gebeliğin erken döneminde kanama yaşadığı bulunmuştur.

Müdahale grubunda yer alan gebelerin %91,9'unun, kontrol grubundaki gebelerin ise %86,1'inin doğumunu vajinal yolla yapmayı tercih ettiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin gebelik takibine başlama zamanı $5,95 \pm 1,93$ hafta iken, kontrol grubundakilerin $5,81 \pm 1,28$ hafta olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki gebelerin gebelik takibi sayısı $6,84 \pm 1,54$ iken, kontrol grubunun $6,75 \pm 1,54$ 'dür. Gebelik haftası ise müdahale grubundaki gebelerde $26,32 \pm 1,65$ 'iken, kontrol grubundakilerde $26,61 \pm 1,32$ 'dir. Gebelerin abortus ve D/C deneyimi, gebelikte sağlık problemi yaşama durumu, tercih edilen doğum şekli, gebelik takibine başlama zamanı, gebelik takibi sayısı ve gebelik haftası açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.2. Gebelerin/Lohusaların Doğum Korkusu, Doğum Öz-Yeterlilik Puan Ortalamaları ve/veya Ortancalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Gebelerin Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Ölçüm Zamanı	Müdahale	Kontrol	İstatistiksel Analiz	p ^c
	Grubu (n=37) X̄±SS	Grubu (n=36) X̄±SS		
Eğitim Öncesi	49,22±21,15	56,63±16,03	-1,686	0,096
Eğitim Sonrası	16,46±10,29	- ^e	-	-
37-40. Gebelik Haftası	15,51±7,35	57,50±16,33	-14,101	<0,001
İstatistiksel Analiz	F=87,804 p<0,001^a	t=0,388 p=0,700 ^b		
Ölçüm Zamanları Arası Fark^d	1-2,3; 2-1; 3-1	-		

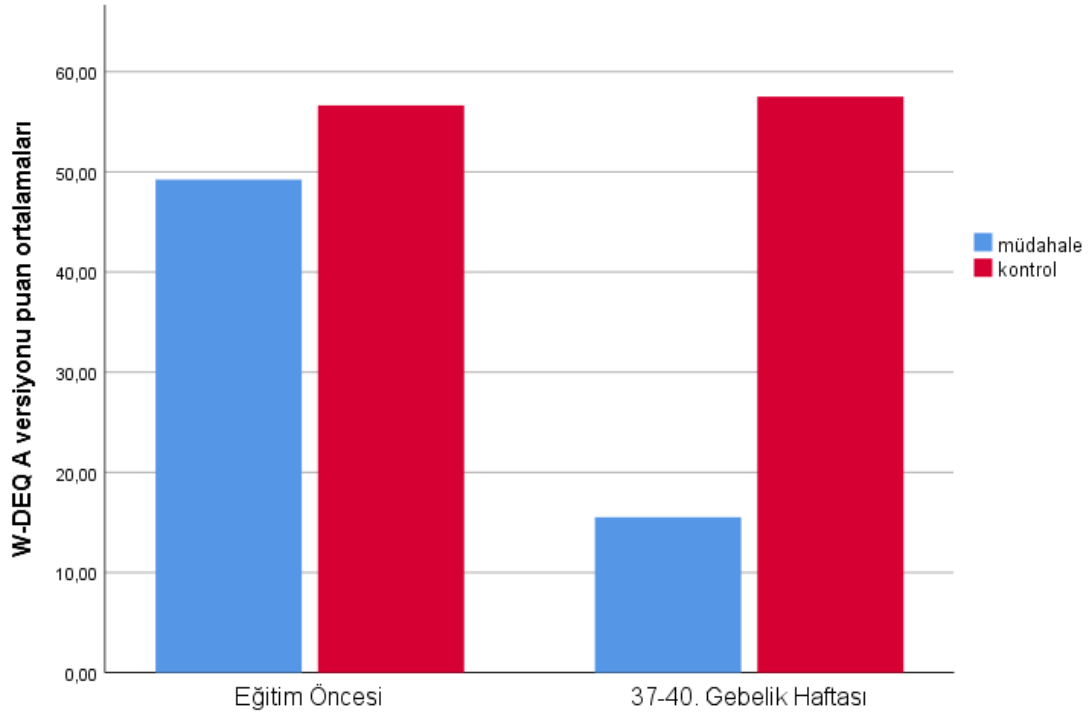
^aTekrarlı Ölçümlerde ANOVA

^bBağımlı Gruplarda t testi

^cBağımsız Gruplarda t testi

^dBonferroni Post-Hoc testi

1: Eğitim öncesi, 2: Eğitim sonrası, 3: 37-40. Gebelik haftası



Şekil 4.1. Gebelerin Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.3. ve Şekil 4.1.'de araştırmaya katılan gebelerin W-DEQ A versiyonu puan ortalamalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi WDEQ A versiyonu puan ortalaması $49,22 \pm 21,15$, eğitim sonrası $16,46 \pm 10,29$, 37-40. gebelik haftasında $15,51 \pm 7,35$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası W-DEQ A versiyonu puan ortalamalarının eğitim öncesine göre önemli derecede azaldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki gebelerin eğitim öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalaması $56,63 \pm 16,03$, 37-40. gebelik haftasında $57,50 \pm 16,33$ olarak belirlenmiştir. Gebelerin eğitim öncesi W-DEQ-A versiyonu puan ortalaması ile 37-40. gebelik haftası puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmada müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalaması ile kontrol grubundaki gebelerin W-DEQ A versiyonu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında W-DEQ A versiyonu puan

ortalamasının kontrol grubundaki gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Lohusaların Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının çalışma gruplarına göre dağılımı.

W-DEQ B Versiyonu ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=37)	Kontrol Grubu (n=36)	İstatistiksel Analiz	p
	$\bar{X}\pm SS$ Ort (%25p -%75p)	$\bar{X}\pm SS$ Ort (%25p -%75p)		
W-DEQ B Toplam Puan	33,28±19,67 28,00 (17,25-50,00)	66,53±21,24 58,50 (50,75-77,25)	-6,801	<0,001 ^a
Kasımlara İlişkin Kaygılar	14,61±6,86 15,00 (10,50-21,00)	28,82±8,46 27,00 (24,00-32,50)	-6,325	<0,001 ^b
Olumlu Davranışlarda Yetersizlik	2,69±3,30 1,00 (0,00-5,75)	4,62±4,21 3,52 (1,02-7,02)	-2,180	0,029 ^b
Yalnızlık	4,42±5,22 1,50 (0,00-9,00)	10,44±6,66 9,52 (5,02-14,25)	-4,043	<0,001 ^b
Olumlu Duygularda Yetersizlik	10,00±6,54 8,00 (5,00-14,00)	20,65±6,36 21,50 (15,00-25,00)	-5,423	<0,001 ^b
Doğuma İlişkin Kaygılar	1,44±1,84 0,00 (0,00-3,00)	1,03±1,88 0,00 (0,00-2,00)	-1,212	0,226 ^b
Bebeğe İlişkin Kaygılar	0,67±1,53 0,00 (0,00-0,00)	1,32±2,33 0,00 (0,0-2,00)	-1,254	0,210 ^b

^a Bağımsız Gruplarda t testi,

^b Mann Whitney U testi

Ort: Ortanca

Tablo 4.4.'da lohusaların W-DEQ B versiyonu toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki lohusaların W-DEQ B versiyonu puan ortalaması 33,28±19,67, kontrol grubundakilerin ise 66,53±21,24 olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki lohusaların W-DEQ B versiyonu puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

W-DEQ B alt boyutlarından alınan puan ortancaları incelendiğinde; kasımlara ilişkin kaygılar alt boyut puan ortancasının müdahale grubunda 15,00 (10,50-21,00), kontrol grubunda 27,00 (24,00-32,50), olumlu davranışlarda yetersizlik

alt boyut puan ortancasının ise müdahale grubunda 1,00 (0,00-5,75), kontrol grubunda 3,52 (1,02-7,02) olduğu belirlenmiştir. Yalnızlık alt boyut puan ortancası müdahale grubunda 1,50 (0,00-9,00), kontrol grubunda 9,52 (5,02-14,25) olarak saptanmıştır. Olumlu duygularda yetersizlik puan ortancası müdahale grubunda 8,00 (5,00-14,00), kontrol grubunda 21,50 (15,00-25,00) olarak belirlenmiştir. Doğuma ilişkin kaygılar puan ortancasının müdahale grubunda 0,00 (0,00-3,00), kontrol grubunda 0,00 (0,00-2,00), bebeğe ilişkin kaygılar puan ortancasının ise müdahale grubunda 0,00 (0,00-0,00), kontrol grubunda 0,00 (0,0-2,00) olduğu saptanmıştır.

Müdahale grubundaki lohusaların kasılmalara ilişkin kaygılar, olumlu davranışlarda yetersizlik, yalnızlık ve olumlu duygularda yetersizlik alt boyut puan ortancalarının, kontrol grubundaki lohusaların puan ortancalarına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Doğuma ilişkin kaygılar ve bebeğe ilişkin kaygılar alt boyut puan ortancaları açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları	Ölçüm Zamanı	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz	p ^a
		(n=37) X̄±SS Ort (%25p - %75p)	(n=36) X̄±SS Ort (%25p - %75p)		
DÖYÖ Toplam Puan	Eğitim Öncesi	267,49±31,33 273,00 (247,00-291,00)	265,86±37,38 268,50 (246,50-287,00)	-0,353	0,724
	Eğitim Sonrası	308,65±9,52 310,00 (302,00-317,00)	- ^d	-	-
	37-40. Gebelik Haftası	311,49±9,28 313,00 (309,50-317,50)	256,28±22,63 256,50 (245,25-273,75)	-7,197	<0,001
	İstatistiksel Analiz	$\chi^2=46,704$ p<0,001^b	Z=-2,343 p=0,019^c		
DÖYÖ Sonuç Beklentisi Alt Boyutu	Eğitim Öncesi	147,54±12,45 150,00 (140,50-157,50)	145,83±24,02 147,50 (133,75-154,75)	-0,867	0,386
	Eğitim Sonrası	156,54±3,98 158,00 (155,00-160,00)	- ^d	-	-
	37-40. Gebelik Haftası	158,19±3,02 159,00 (157,50-160,00)	138,67±11,89 139,50 (131,25-146,75)	-6,777	<0,001
	İstatistiksel Analiz	$\chi^2=20,901$ p<0,001^b	Z=-2,429 p=0,015^c		
DÖYÖ Yeterlilik Beklentisi Alt Boyutu	Eğitim Öncesi	119,95±25,35 124,00 (106,00-137,50)	120,03±18,24 124,00 (108,25-131,75)	-0,687	0,687
	Eğitim Sonrası	152,11±7,49 153,00 (150,00-159,50)	- ^d	-	-
	37-40. Gebelik Haftası	153,29±7,14 154,00 (152,00-158,00)	117,61±15,35 118,00 (104,75-131,00)	-7,118	<0,001
	İstatistiksel Analiz	$\chi^2=37,000$ p<0,001^b	Z=-0,899 p=0,369^c		

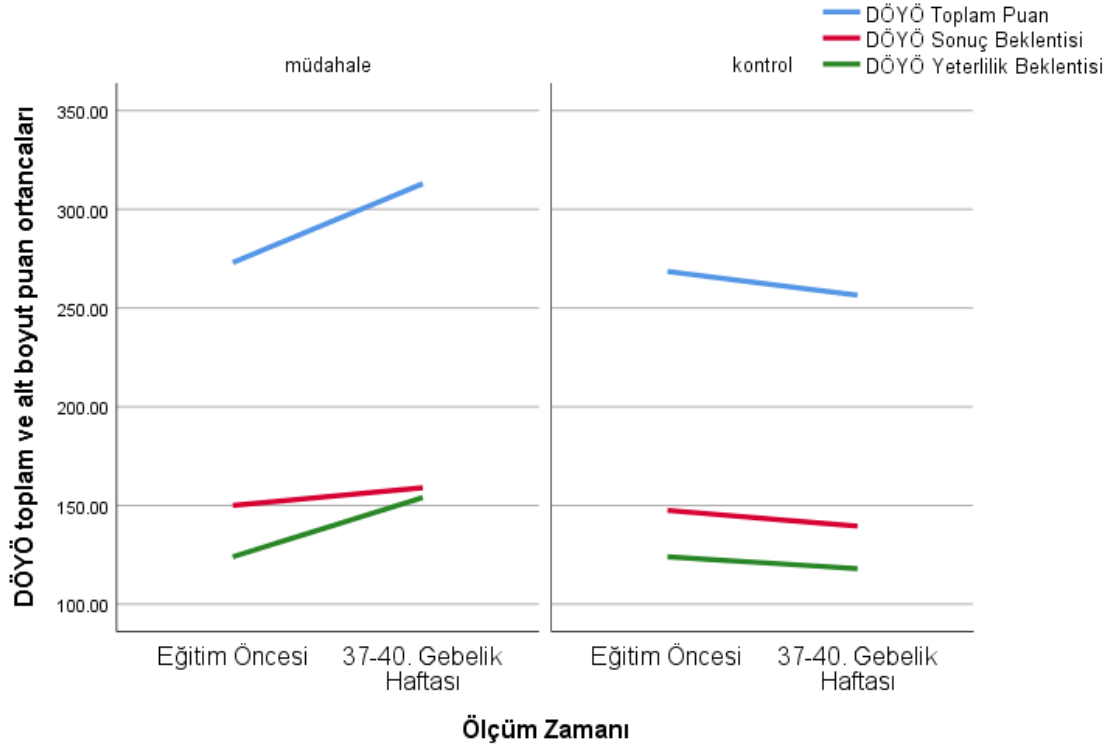
^a Mann Whitney U testi

^b Friedman testi

^c Wilcoxon testi

^d Ölçüm yapılmamıştır,

Ort: Ortanca



Şekil 4.2. Gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) toplam ve alt boyut puan ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Tablo 4.5. ve Şekil 4.2.'de gebelerin Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) puan ortalaması ve ortancalarının çalışma gruplarına ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi DÖYÖ toplam puan, DÖYÖ sonuç beklentisi alt boyutu ve DÖYÖ yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortancaları ile kontrol grubundaki gebelerin puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında DÖYÖ toplam puan, DÖYÖ sonuç beklentisi alt boyutu ve DÖYÖ yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortancalarının kontrol grubundaki gebelerin puan ortancalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Müdahale grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi DÖYÖ toplam puan ortancasının 273,00 (247,00-291,00), eğitim sonrası 310,00 (302,00-317,00) ve 37-40. gebelik haftasında 313,00 (309,50-317,50) olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası DÖYÖ toplam puan ortancalarının, eğitim öncesi DÖYÖ toplam puan ortancasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi DÖYÖ sonuç beklentisi alt boyutu puan ortancasının 150,00 (140,50-157,50), eğitim

sonrası 158,00 (155,00-160,00) ve 37-40. gebelik haftasında 159,00 (157,50-160,00) olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası DÖYÖ sonuç beklentisi alt boyutu puan ortancaları, eğitim öncesi puan ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubundaki gebelerin eğitim öncesi DÖYÖ yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortancası 124,00 (106,00-137,50), eğitim sonrası 153,00 (150,00-159,50) ve 37-40. gebelik haftasında 154,00 (152,00-158,00) olarak saptanmıştır. Gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası DÖYÖ yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortancaları, eğitim öncesi puan ortancasına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi DÖYÖ toplam puan ortancası 268,50 (246,50-287,00), 37-40. gebelik haftasında ise 256,50 (245,25-273,75) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında DÖYÖ toplam puan ortancasının eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki gebelerin DÖYÖ sonuç beklentisi alt boyutu puan ortancasının eğitim öncesi 147,50 (133,75-154,75), 37-40. gebelik haftasında ise 139,50 (131,25-146,75) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin DÖYÖ sonuç beklentisi alt boyutu puan ortancasının eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki gebelerin DÖYÖ yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortancası 124,00 (108,25-131,75), 37-40. gebelik haftasında ise 118,00 (104,75-131,00) olarak bulunmuştur. Gebelerin eğitim öncesi ile 37-40. gebelik haftası puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.3. Gebelerin/Lohusaların Doğum Sürecine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Gebelerin doğum şekline ilişkin bulguların çalışma gruplarına göre dağılımı.

Doğum Şekli	Müdahale Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=36)		İstatistiksel Analiz	p
	S	%	S	%		
Vajinal Doğum	36	97,3	34	94,4	-	0,615 ^a
Sezaryen ile Doğum	1	2,7	2	5,6		

^a Fisher'in kesin testi

Tablo 4.6.'da gebelerin doğum şekline ilişkin bulguların çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki gebelerin %97,3'ünün, kontrol grubundakilerin ise %94,4'ünün vajinal doğum yaptığı ve müdahale grubundan sadece bir gebenin, kontrol grubundan ise iki gebenin isteğe bağlı sezaryen ile doğum yaptıkları belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.7. Lohusaların gelecekte doğum şekli tercihi, doğum deneyimi ve memnuniyetinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

	Müdahale Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=36)		İstatistiksel Analiz	p
	S	%	S	%		
Gelecekteki Doğum Şekli Tercihi						
Vajinal Doğum	36	97,3	25	69,4	10,972	0,001^a
Sezaryen İle Doğum	1	2,7	3	8,3		
Kararsızım	0,0	0,0	8	22,2		
Doğum Deneyimi						
Beklediğimden Daha İyi	11	29,7	0	0,0	16,776	<0,001^b
Beklediğim Gibi	21	56,8	20	55,6		
Beklediğimden Daha Kötü	5	13,5	16	44,4		
Doğum Sürecinden Memnuniyet						
Oldukça İyi	10	27,0	0	0,0	24,475	<0,001^a
İyi	10	27,0	1	2,8		
Orta	16	43,2	31	86,1		
Kötü	1	2,7	2	5,6		
Çok Kötü	0	0,0	2	5,6		

^a Fisher'in kesin testi

^b Pearson ki-kare testi

Tablo 4.7.'de lohusaların gelecekte doğum şekli tercihi, doğum deneyimi ve memnuniyetinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Gelecekteki doğum şekli tercihi, doğum deneyimi ve doğum sürecinden memnuniyet açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubundaki lohusaların %97,3'ü gelecekteki doğum şekli tercihini vajinal doğum olarak belirtirken, kontrol grubundaki lohusalarda bu oranın %69,4 olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki lohusaların %56,8'i doğum deneyimini beklediğim gibi, %13,5'i beklediğimden daha kötü şekilde belirtirken, kontrol grubundaki lohusaların %55,6'sı beklediğim gibi, %44,4'ü beklediğimden daha kötü şekilde belirtmiştir. Lohusaların doğum sürecinden memnuniyeti incelendiğinde, müdahale grubundaki lohusaların %27'si oldukça iyi, %27'si iyi, %43,2'si orta olarak bildirirken, kontrol grubundaki lohusaların %86,1'i orta ve %2,8'i iyi olarak belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Doğum korkusunun gebelerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri (18, 160) ve anne isteğine bağlı sezaryen ile doğum oranlarında artışa yol açması (33), doğum korkusunun yönetimini önemli hale getirmiştir. Günümüzde doğum korkusunun yönetiminde farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır (47-52). En yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri doğuma hazırlık eğitimidir. Doğuma hazırlık eğitimi, daha çok kadının bilgi eksikliğini gidermeyi ve doğum ağrısı ile baş etmesine yardımcı olmayı sağlayan bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, bu yaklaşımın, kadının doğum korkusunun azaltılmasında ve doğumla baş etme becerisi kazandırılmasında sınırlı etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (53). Kadının doğum korkusunu azaltmak ve kadında istendik davranış değişikliği oluşturmak için doğuma hazırlık eğitiminde didaktik anlatımın yanı sıra bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanılması da önemlidir. Bu doğrultuda, bu çalışmada, davranış değişikliğini ortaya çıkarmada kullanılan motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen doğuma hazırlık eğitiminin etkinliği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi değerlendirmelerinde doğum korkularının orta düzeyde olduğu saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.). Müdahale grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası ($16,46\pm 10,29$) ve 37-40. gebelik haftası ($15,51\pm 7,35$) doğum korku düzeylerinin eğitim öncesine ($49,22\pm 21,15$) göre azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.). Kontrol grubunda yer alan gebelerin ise 37-40. gebelik haftasında ($57,50\pm 16,33$) doğum korku düzeylerinin eğitim öncesine ($56,63\pm 16,03$) göre değişmediği saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.). Aynı zamanda müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında doğum korku düzeylerinin kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.3.). Bu bulgulara dayanarak **“Motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim alan primipar gebeler ile eğitim almayan primipar gebeler arasında doğum korkusu bakımından anlamlı bir fark vardır (H_1)”** hipotezi kabul edilmiştir. Sonuçlar; doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Literatürde doğuma hazırlık eğitiminin etkinliği ile ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır (49, 117, 157, 161). Doğuma hazırlık eğitiminin gebede doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmaların

(111, 112, 149, 162) yanı sıra doğuma yönelik etkisinin sınırlı olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (104). Serçekuş ve Mete'nin (161) yaptığı çalışmada doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğum korkusunu artırabileceği belirtilmiştir. Bu noktada bilişsel ve davranışsal stratejilerin doğuma hazırlık eğitimlerine entegrasyonunun önemli olduğu bildirilmiştir (2, 163). Uçar ve Gölbaşı (163) bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu, Toohill ve ark. (117) ise psiko-eğitim yaklaşımlarının yüksek doğum korkusuna sahip kadınların doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Boz ve ark. (49) psiko-eğitim programı ile doğum öncesi eğitim sınıflarını karşılaştırdığı çalışmada; her iki grupta yer alan gebelerin doğum korkusunun azaldığını ancak psiko-eğitim grubundaki gebelerin doğum korkusundaki azalmanın doğum öncesi eğitim grubuna göre anlamlı derecede daha fazla olduğunu belirlemiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak doğuma hazırlık eğitiminde davranışsal ve bilişsel stratejileri barındıran yenilikçi yaklaşımların kullanılmasının gebelerin doğum korkularını azaltmada daha etkili olacağı düşünülmektedir. Nitekim motivasyonel görüşme yönteminin gebenin değişim için içsel motivasyonunu artıran davranışsal stratejileri barındıran önemli bir yöntem olduğu düşünüldüğünde gebelerin doğum korkusunu azaltmada etkili bir yöntem olarak kullanılabilir.

Çalışmamızda gebelerin doğum korkusunun azaltılmasında etkili olduğu düşünülen bir diğer faktör ise eğitimlere 24-28. gebelik haftaları arasında başlanmasıdır. Rouhe ve ark. (1), doğum korkusunun 22-26. gebelik haftaları arasında düşük düzeyde olduğunu, doğum korkusuna müdahalede bulunmak ve müdahalede istenmeyen sonuçları azaltmak için bu haftaların uygun olduğunu belirtmiştir. Çalışmada gebelere eğitimin bireysel olarak verilmesinin de gebelerin doğum korkusunun azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Doğum korkusuna neden olan bireysel farklılıklar (19) düşünüldüğünde, bireysel olarak verilen eğitim, kadının bireysel korkularına odaklanarak, bireyselleştirilmiş bakım sağlanmasına olanak sağlamaktadır. Andaroon ve ark (49)'nın yaptığı çalışmada da, bireysel danışmanlık programının gebelerin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu belirtilerek çalışma bulgularımıza benzer sonuçlar bildirilmiştir. Bu doğrultuda, doğum öncesi bakım hizmeti sunan hemşire ve ebelerin gebenin doğum korkusunu

azaltmaya yönelik girişimler planlarken bireysel eğitimin etkinliğini göz önünde bulundurarak eğitim vermeleri önerilir.

Çalışmamızda, müdahale grubunda yer alan kadınların doğum sonu dönemde doğum korku düzeylerinin kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.3). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (108, 111, 112, 164). Bu sonuç; gebelerde doğum korkusunun azaltılmasının doğum sonu dönemde de doğum korkusunu azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Doğum sonu dönemde kadının doğum korkusunun azaltılması önemlidir. Çalışmalar doğum korkusunun doğum sonu dönemde; postpartum depresyona (23), travma sonrası stres bozukluğuna (20) ve anne-bebek bağlanmasında olumsuzluklara (165) neden olduğunu bildirmiştir. Doğum öncesi korkunun, doğum sonu dönemde korkuyu yordadığı (76) düşünüldüğünde gebelikte doğum korkusunun azaltılmasının önemli olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra, doğum sonu dönemde de kadının doğum korkusu değerlendirilmeli ve takip edilmelidir. Eğer olumsuz bir doğum deneyimi yaşandıysa bunun çözümlenmesi için ek eğitim ve danışmanlık oturumları yapılmasının, kadının psiko-sosyal sağlığı için yararlı olacağı düşünülmektedir.

Literatürde W-DEQ B versiyonu alt boyutları ile yapılan çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle müdahale ve kontrol grupları arasındaki ilişki kendi içerisinde tartışılmıştır. Çalışmamızda, doğum sonu dönemde müdahale grubundaki lohusaların W-DEQ B versiyonu alt boyutlarından kasımlara ilişkin kaygılar puan ortancası, kontrol grubundaki lohusalara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4.). Yapılan çalışmalarda da doğum öncesi eğitim alan gebelerin doğumda yaşadıkları ağrı algısının daha düşük olduğu belirlenmiştir (157, 163, 166). Bu sonuçlar ışığında, eğitim alan gebelerin doğum kasımları ile daha iyi baş edebildikleri düşünülmektedir. Çalışmamızda, müdahale grubundaki lohusaların W-DEQ B versiyonu alt boyutlarından olumlu davranışlarda yetersizlik puan ortancasının kontrol grubundaki lohusalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.4.). Bu durumun eğitim alan gebelerin doğumda kontrol duygularının daha güçlü olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Gebenin doğuma ilişkin bilgi sahibi olması, doğuma daha kontrollü yaklaşmalarını sağlamaktadır (167). Byrne ve ark. (108), doğuma hazırlık eğitiminin kadınların doğumda kontrol duygusunu ve güven

duygusunu geliştirmede etkili olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar, çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda müdahale grubundaki lohusaların W-DEQ B versiyonu alt boyutlarından yalnızlık puan ortancası, kontrol grubundaki lohusalara göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$; Tablo 4.4.). Literatürde doğuma hazırlık eğitiminin yalnızlığa etkisi ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, Nilsson ve ark. (168), gebedeki yalnızlık duygusunun doğum yapma konusunda güvenini olumsuz etkilediğini bildirirken, Arfaie ve ark. (169) ise doğumda yalnızlık duygusunun doğum korkusuna neden olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, gebenin yalnızlık duygusunun azaltılmasının doğumda güven duygusunu arttırabileceği ve doğum korkusunu azaltabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda her iki grupta yer alan gebelerin eğitim ncesi DY toplam puan, sonuç ve yeterlilik beklentisi alt boyut puan ortancaları bakımından aralarında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$; Tablo 4.5.). Bu sonuç her iki grupta yer alan gebelerin doğumda öz-yeterlilik düzeylerinin eğitim öncesinde benzer olduğunu göstermektedir. alışmalar, yüksek düzeyde doğum korkusuna sahip gebelerin düşük öz-yeterliliğe sahip olduğunu bildirmiştir (43-46). Bu doğrultuda doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının doğumda öz-yeterliliği arttırmada etkili olabileceği dşnlmştir. Nitekim alışmamızda müdahale grubunda yer alan gebelerin doğumda öz-yeterliliklerinin eğitim sonrasında anlamlı derecede arttığı, 37-40. gebelik haftasında öz-yeterlilik düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir (eğitim öncesi: 273,00; eğitim sonrası: 310,00; 37-40. gebelik haftası: 313,00) ($p < 0,05$; Tablo 4.5.). Bununla birlikte, müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında doğumda öz-yeterliliklerinin kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$; Tablo 4.5.). Bu sonuç, doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının doğumda öz-yeterliliği arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin ise 37-40. gebelik haftasında öz-yeterliliklerinin eğitim öncesine göre anlamlı derece azaldığı saptanmıştır (eğitim öncesi: 268,50; 37-40. gebelik haftası: 256,50) ($p < 0,05$; Tablo 4.5.). Bu sonucun gebelerin doğumun yaklaşmasıyla birlikte doğumla baş etme konusunda endişe duymalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgulara dayanarak “**Motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim alan primipar**

gebeler ile eğitim almayan primipar gebeler arasında doğumda öz yeterlilik bakımından anlamlı bir fark vardır (H₂)” hipotezi kabul edilmiştir. Konuyla ilgili önceki çalışmaların sonuçları, doğum öncesi eğitimin gebenin öz-yeterliliğini artırmada etkili olduğunu göstermektedir (111, 112, 149). Byrne ve ark. (108), doğum öncesi eğitimin, kadınların doğum yapma konusundaki kontrol duygusunu ve güvenini geliştirerek öz-yeterliliğini artırdığını bildirmiştir. Ip ve ark. (41), öz-yeterliliği artırıcı bir eğitim müdahalesinin kadınların doğumla başa çıkma yeteneklerine olan güvenlerini artırdığını belirlemiştir. Berentson-Shawk (170), gebelerin hem bilgi hem de başa çıkma becerilerine olan güvenlerinden kaynaklanan kontrol algılarının öz-yeterliliklerini artırdığını ve doğumlarını daha aktif yönetebilmelerine yardımcı olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda gebelere uygulanan motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının üç farklı şekilde öz-yeterliliği artırmada etkili olduğu düşünülmektedir. İlk olarak; gebenin, doğumun fizyolojik ve duygusal zorlukları ile baş etme yeteneğine olan güveninin artırılması ile, ikinci olarak; gebede doğum korkusunun azaltılması ile, üçüncü olarak ise motivasyonel görüşme ile gebenin değişim yönünde kendisine olan güven ve inancın artırılması ile gebede öz-yeterlilik düzeyinin arttırıldığı düşünülmektedir. Bireyin öz-yeterliliğini desteklemede motivasyonel görüşme oldukça önemlidir. Çünkü motivasyonel görüşmenin genel amacı, bireyin zorlukların üstesinden gelmesini ve değişimi başarma kapasitesine karşı güvenini geliştirmektir. Bunu da bireyin değişim olasılığına inanmasını sağlayarak, değişimi seçme ve gerçekleştirme sorumluluğunu bireye vererek ve bireyin değişim yeteneğine inanarak gerçekleştirmektedir (54).

Öz yeterlilik, “yeterlilik beklentisi” ve “sonuç beklentisi” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (131). Yeterlilik beklentisi bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme, başarabilme kapasitesine ilişkin inancı iken, sonuç beklentisi ise bireyin belirli bir davranışın doğurabileceği olası sonuca ilişkin inancıdır (130). Çalışmamızda, müdahale grubunda yer alan gebelerin yeterlilik beklentisinin ve sonuç beklentisinin eğitim sonrasında anlamlı derecede arttığı, 37-40. gebelik haftasında anlamlı bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.5.). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (41, 108, 111, 112, 149). Özellikle müdahale grubundaki gebelerin yeterlilik beklentisi puanlarının eğitim sonrası yükselişi dikkat çekicidir. Yeterlilik beklentisi, gebeyi doğum deneyimleri hakkında

bilgi edinmeye, gerçekçi doğum hedefleri belirlemeye ve ağrıyla başa çıkma becerilerini öğrenmeye teşvik eder (170). Elde edilen bu bilgi ve becerilerin ise gebeyi harekete geçirerek doğum eylemine daha aktif katılmasını ve olumlu doğum deneyimi yaşamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin ise 37-40. gebelik haftasında sonuç beklentisinin anlamlı derece azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.5.). Bu durumun, doğumun yaklaşması ile birlikte gebelerin doğum korkusundaki artışa bağlı olarak doğumla başa çıkma konusunda ki inanç ve güvenlerinde yetersizlik olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Soh ve ark. (43)'nın yaptığı çalışmada, doğum korkusunun doğumda öz-yeterliliğinin belirleyicisi olduğu belirlenmiştir.

Son yıllarda sezaryen ile doğum oranı dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hızla artmaktadır (26, 30). Uluslararası Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development) 2020 verilerine göre; Türkiye, sezaryen ile doğum oranlarında birinci sırada yer almaktadır (171). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre ise Türkiye’de sezaryen ile doğum oranı %52’dir (30). Yüksek sezaryen oranlarının azaltılması için Sağlık Bakanlığı yoğun bir çalışma başlatmış ve bir dizi uygulamayı devreye sokmuştur. Bu doğrultuda, 2012 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 153. Maddesinde yapılan düzenleme ile sezaryen ile doğum için tıbbi zorunluluk getirilmiştir (172). Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi'nde (173) sezaryen ile doğumun azaltılması amacıyla doğumda partograf kullanımı, uygun olan vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğum yapılması ve doğumda analjezik kullanımı önerilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, gebelerin doğum eğitimine öncelik verilmesi, vajinal doğum yaptırma oranı yüksek olan hekimlere başarı belgesi verilmesi, vajinal doğum konusunda kamu spotları yapılması ve yüksek sezaryen ile doğum oranlarına sahip kliniklerden ayrıntılı rapor talep edilmesi ile sezaryen ile doğum oranlarını azaltmayı amaçlamıştır (174).

Sezaryen ile doğumların en büyük yordayıcılarından birinin doğum korkusu olduğu bildirilmiştir (36, 37). Çalışmamızda, doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının vajinal doğuma teşvikte etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda müdahale grubunda yer alan gebelerin %97,3'ü, kontrol grubundaki gebelerin ise %94,4'ü vajinal doğum yapmıştır.

Müdahale grubundaki gebelerin doğum şekilleri ile kontrol grubundaki gebelerin doğum şekilleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.6.). Bu bulgulara dayanarak **“Motivasyonel görüşme yöntemi ile eğitim alan primipar gebeler ile eğitim almayan primipar gebeler arasında doğum şekli bakımından anlamlı bir fark vardır. (H₃)”** hipotezi reddedilmiştir. Gruplar arasında doğum şekilleri açısından fark olmamasının, Sağlık Bakanlığının sezaryen ile doğumun azaltılmasına yönelik politikasının çalışmanın yürütüldüğü hastane tarafından uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan çalışma gruplarındaki kadınların vajinal doğum oranlarının yüksekliği dikkat çekicidir. Nitekim müdahale grubundan 1 gebenin, kontrol grubundan ise 2 gebenin isteğe bağlı sezaryen ile doğum yaptıkları belirlenmiştir. Literatürde gebelere uygulanan girişimlerin vajinal doğum oranlarına etkisi konusunda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Rasouli ve ark., (64), nullipar gebelere uygulanan motivasyonel görüşmenin vajinal doğum yapma olasılığını artırdığını, Shakiba ve ark. (63), motivasyonel görüşmenin primipar gebelerde isteğe bağlı sezaryen ile doğum oranını azaltmada etkili olduğunu, Çankaya ve Şimşek (111) ise, doğum öncesi eğitimin vajinal doğumu teşvik etmede etkili olduğunu bildirmişlerdir. Uslu-Yuvaci ve ark. (166) ise doğuma hazırlık eğitiminin, vajinal doğum oranlarını artırmada etkili olmadığını belirtmiştir. Sonuçlar doğrultusunda, motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum şekline etkisini saptamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu, doğuma hazırlık eğitimlerinin vajinal doğum oranlarını artırmada tek başına etkili olmadığını, eğitimin yanında sağlık politikalarının ve sağlık personelinin vajinal doğuma bakışının önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının kadınların gelecekte vajinal doğum tercih etme oranını arttırdığı saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.7.). Fenwick ve ark (16), çalışmasında, benzer sonuçlar bildirmiştir. Bu durumun, eğitim alan kadınların daha olumlu doğum deneyimi yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karlström ve ark (175), kadınların sezaryen ile doğumu tercih etmelerinin en önemli nedenlerinden birisinin olumsuz doğum deneyimine sahip olmak olduğunu belirtmiştir. Motivasyonel görüşme yöntemine dayalı verilen eğitim programı ile kadınların olumlu doğum deneyimi kazanması sağlanarak gelecek doğumlarda isteğe bağlı sezaryen tercihi

azaltılabilir ve vajinal doğum tercihleri artırılabilir. Nitekim çalışmamızda motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim alan kadınların doğum deneyiminin kontrol grubundaki kadınlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.7.). Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (164, 176). Werner ve ark. (176), doğum öncesi hipnoz eğitiminin, Rouhe ve ark. (164), psiko-eğitim programının, kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamalarına katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Bu durumun, eğitim alan kadınların doğuma karşı olumlu bir tutum içerisinde olmasından, doğumla baş etme konusunda kendisine güvenmesinden ve doğumda kontrol duygusuna sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum deneyimini değerlendirmede önemli bir gösterge, doğuma ilişkin kadının memnuniyettir (177). Doğum memnuniyeti, bilişsel ve duygusal faktörlerden etkilenen, üreme sağlığı hizmetlerinin ve anne bakımının kalitesinin önemli bir göstergesidir (178, 179). Doğum memnuniyeti, kadının fiziksel ve psikolojik sağlığı ve yenidoğan ile ilişkisi üzerinde kısa ve uzun vadeli etkilere sahiptir ve birçok faktörden etkilenmektedir (178). Bunlar; algılanan doğum ağrısının şiddeti, kontrol duygusu, doğum beklentilerinin karşılanması, bakım vericiden alınan destek miktarı, bakım verici-hasta ilişkisinin kalitesi, karar alma sürecine katılım, gebeliğe karşı tutum ve doğum ortamı gibi faktörlerdir (178-180). Kadının doğum memnuniyetini etkileyen bir diğer faktör de doğum öncesi eğitimidir (178, 180). Uçar ve Gölbaşı (163), doğuma hazırlık eğitiminin doğum memnuniyetinin önemli bir yordayıcısı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda da doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim verilen kadınların doğum memnuniyetleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5.). Müdahale grubundaki gebelerin doğum memnuniyetinin yüksek olmasının, öz-yeterliliklerinin artırılmasından ve doğum korkularının azaltılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan Akca ve ark. (180), doğuma hazırlık eğitiminin, kadınların sağlık personeli ile daha iyi iletişim kurmasını ve doğum sırasında karar alma sürecine katılmasını sağlayarak ve doğum ağrısını azaltarak, doğum memnuniyetini artırdığını belirtmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Müdahale grubunda yer alan gebeler ile kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, aile tipi, algılanan gelir durumu ve en uzun süre yaşadığı yer açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.1.).
2. Gebeliğin planlı olma durumu ve doğum öncesi eğitim alma durumu açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.1.). Gebelerin abortus ve D/C deneyimi, gebelikte sağlık problemi yaşama durumu, tercih edilen doğum şekli, gebelik takibine başlama zamanı, gebelik takibi sayısı ve gebelik haftası açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.1.).
3. Müdahale grubundaki gebelerin %91,9'unun, kontrol grubundaki gebelerin ise %86,1'inin doğumunu vajinal yolla yapmayı tercih ettiği belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.1.).

6.1.2. Gebelerin/Lohusaların Doğum Korkusu, Doğum Öz-Yeterlilik Puan Ortalamaları ve/veya Ortancalarına İlişkin Sonuçlar

1. Müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin eğitim öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.; Şekil 4.1.).
2. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında W-DEQ A versiyonu puan ortalamalarının eğitim öncesine göre anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.3.; Şekil 4.1.).
3. Kontrol grubundaki gebelerin eğitim öncesi ile 37-40. gebelik haftasında W-DEQ A versiyonu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.3.; Şekil 4.1.),

4. Müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında W-DEQ A versiyonu puan ortalamasının kontrol grubundaki gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.3.; Şekil 4.1.).
5. Müdahale grubundaki lohusaların doğum sonu dönemde W-DEQ B versiyonu puan ortalamasının kontrol grubundaki gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.4.).
6. Müdahale grubundaki lohusaların kasımlara ilişkin kaygılar, olumlu davranışlarda yetersizlik, yalnızlık ve olumlu duygularda yetersizlik alt boyut puan ortancalarının, kontrol grubundaki kadınların puan ortancalarına göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4.).
7. Müdahale ve kontrol gruplarındaki gebelerin eğitim öncesi DÖYÖ toplam puan, DÖYÖ sonuç ve yeterlilik beklentisi alt boyut puan ortancalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.5.; Şekil 4.2.).
8. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında DÖYÖ toplam puan ortancaları eğitim öncesine göre anlamlı derecede arttığı saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.5.; Şekil 4.2.).
9. Kontrol grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında DÖYÖ toplam puan ortancaları eğitim öncesine göre anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5; Şekil 4.2.).
10. Müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında sonuç ve yeterlilik beklentileri alt boyut ortancalarının eğitim öncesine göre anlamlı derecede arttığı saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.5.; Şekil 4.2.).
11. Kontrol grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında sonuç beklentisi alt boyut ortancasının eğitim öncesine göre anlamlı derecede azaldığı belirlenirken ($p<0,05$; Tablo 4.5.; Şekil 4.2.), yeterlilik beklentisi puan ortancasının eğitim öncesine göre benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.5.; Şekil 4.2.).
12. Müdahale grubundaki gebelerin 37-40. gebelik haftasında DÖYÖ toplam puan, DÖYÖ sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortancalarının kontrol grubundaki gebelerin puan ortancalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.5.; Şekil 4.2.).

6.1.3. Gebelerin/Lohusaların Doğum Sürecine İlişkin Sonuçlar

1. Müdahale grubundaki gebelerin %97,3'ünün, kontrol grubundakilerin %94,4'ünün vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.6.).
2. Müdahale grubundaki lohusaların gelecekte vajinal doğum tercih etme oranının kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.7.).
3. Müdahale grubundaki lohusaların doğum deneyiminin kontrol grubundakilere göre daha iyi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 4.7.).
4. Müdahale grubundaki lohusaların doğum memnuniyetinin kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.7.).

6.2. Öneriler

Araştırmada, primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının gebelerin doğum korkusunu azalttığı ve doğumda öz-yeterliliklerini artırdığı saptanırken, doğum şekline etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Doğum öncesi izlemlerde ve doğum sonu dönemde doğum korkusunun rutin olarak değerlendirilmesi
- Doğum korkusu yüksek olan ve doğumla baş etme konusunda kendisini yetersiz hisseden gebelerin belirlenerek uygun hemşirelik bakımının planlanması ve gerektiğinde uygun birimlere yönlendirilmesi
- Doğum öncesi dönemde doğum korkusunu azaltmak ve doğumda öz-yeterliliği artırmak için planlanan hemşirelik bakımı içerisine doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının entegre edilmesi
- Doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının multipar gebeler ve yüksek doğum korkusuna sahip gebelerde uygulanarak etkinliğinin değerlendirilmesi

- Doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının doğum tercihine etkisini değerlendirmek amacıyla sezaryen ile doğum oranlarının yüksek olduğu özel hastanelerde uygulanması
- Doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının farklı doğuma hazırlık yaklaşımları ile karşılaştırılarak etkinliğini değerlendirmek amacıyla deneysel araştırmaların yapılması
- Doğum öncesi eğitime ulaşma konusunda sıkıntı yaşayan gebeler için doğum korkusuna yönelik motivasyonel görüşme yöntemine dayalı eğitim programının web tabanlı sisteme uyarlanarak verilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;116(1):67-73.
2. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13.
3. Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *DEUHFED*. 2015;8(4):263-8.
4. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, ve ark. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28.
5. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med*. 2018;46(2):151-4.
6. Khwepeya M, Lee GT, Chen SR, Kuo SY. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):391.
7. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):275.
8. Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Bidens Study G. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5(3):99-106.
9. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-08.
10. Serçekeş P, Vardar O, Özkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sex Reprod Healthc*. 2020;24:100501.
11. Onchonga D, MoghaddamHosseini V, Keraka M, Várnagy Á. Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sex Reprod Healthc*. 2020;24:100510.
12. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2009;116(10):1350-5.
13. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med*. 2006;63:64-75.
14. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, ve ark. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *IJQHW*. 2020;15(1):1704484.
15. Serçekeş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2009;25(2):155-62.

16. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, ve ark. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):284.
17. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *Br J Psychiatry*. 2000;176(1):83-5.
18. O'Connell M, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC. Tocophobia—the new hysteria?. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2015;25(6):175-7.
19. O'Connell MA, O'Neill SM, Dempsey E, Khashan AS, Leahy-Warren P, Smyth RM, ve ark. Interventions for fear of childbirth (tocophobia). *Cochrane Database Syst. Rev*. 2019;5:CD013321.
20. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, ve ark. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*. 2019;32(2):99-111.
21. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson ANN. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(2):210-4.
22. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(1):44-9.
23. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*. 2013;3(11):e004047.
24. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;34(3):116-21.
25. Reyes E, Rosenberg K. Maternal motives behind elective cesarean sections. *Am J Hum Biol*. 2019;31(2):e23226.
26. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020]. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_en_g.pdf;jsessionid=39ADB4839DF28082389520B777223AE3?sequence=1
27. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, ve ark. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
28. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003.
30. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2018.

31. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu:“Bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *HUHEMFAD*. 2011;18(2):89-100.
32. İşgüder ÇK, Bulut YE, Yılmaz G, Doğru HY, Özsoy AZ, Başol N. Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017;14(4):168-171.
33. Stützer PP, Berlit S, Lis S, Schmahl C, Sütterlin M, Tuschy B. Elective caesarean section on maternal request in Germany: factors affecting decision making concerning mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(5):1151-6.
34. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No 761. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e73-e77.
35. Zhang J, Liu Y, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z. Cesarean delivery on maternal request in southeast China. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1077-82.
36. Ryding EL, Lukasse M, Parys ASV, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, ve ark. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*. 2015;42(1):48-55.
37. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in F inland in 1997–2010. *BJOG*. 2014;121(8):965-70.
38. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renele MD, Jahanfar S, Bohren MA, ve ark. Prevalence of and reasons for women’s, family members’, and health professionals’ preferences for cesarean section in China: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*. 2018;15(10):e1002672.
39. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(4):219-24.
40. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):29.
41. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women’s ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(15):2125-35.
42. Carlsson M, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*. 2015;31(10):1000-7.
43. Soh YX, Razak NKBA, Cheng LJ, Ying LAU. Determinants of childbirth self-efficacy among multi-ethnic pregnant women in Singapore: A structural equation modelling approach. *Midwifery*. 2020;87:102716.
44. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*. 2015;31(9):865-70.

45. Çıtak-Bilgin N, Coşkun H, Coşkuner-Potur D, İbar-Aydın E, Uca E. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734791>
46. Qiu L, Sun N, Shi X, Zhao Y, Feng L, Gong Y, ve ark. Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women and Birth.* 2020;33(2):e136-e141.
47. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(6):469-76.
48. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2016;37:37-43.
49. Boz İ, Akgün M, Duman F. A feasibility study of a psychoeducation intervention based on Human Caring Theory in nulliparous women with fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020;1-13.
50. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(1):38-47.
51. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaily H. The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *J Educ Health Promot.* 2017;6:97.
52. Sezen C, Ünsalver BÖ. Group art therapy for the management of fear of childbirth. *Arts Psychother.* 2019;64:9-19.
53. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):1-11.
54. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme, İnsanları Değişime Hazırlama. Çev. Karadağ F, Öğerl K, Tezcan AE. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009.
55. Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychol Addict Behav.* 1993;7(4):211.
56. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl H, ve ark. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011;11(5).
57. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019;7(7):CD006936.
58. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2016;99(6):944-952.
59. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, ve ark. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic

- health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2014;28(12):1159-71.
60. Cangöl E, Şahin NH. The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: a randomized controlled trial. *Breastfeed Med.* 2017;12(4):218-26.
 61. Stevens J, Lutz R, Osuagwu N, Rotz D, Goesling B. A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):423-1.
 62. Boman J, Lindqvist H, Forsberg L, Janlert U, Granåsen G, Nylander E. Brief manual-based single-session motivational interviewing for reducing high-risk sexual behaviour in women—an evaluation. *Int J STD AIDS.* 2018;29(4):396-403.
 63. Shakiba M, Navaee M, Hassanzei Y. The effect of motivational interviewing on attitude and practice about type of delivery in primigravid women requesting elective cesarean section referring to comprehensive health services centers. *J Educ Health Promot.* 2020;9:37.
 64. Rasouli M, AtashSokhan G, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E, Mousavi SA. The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery: a randomised trial. *BJOG.* 2017;124(4):631-9.
 65. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Motivational interviewing: a tool for behavior change. Committee Opinion No 423. *Obstet Gynecol.* 2009;113:243-246.
 66. Çetinkaya-Duman Z, Ertem M. Şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşme neden önemli?. *DEUHFED.* 2016;9(4):148-52.
 67. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 27515. 08.03.2010.
 68. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2011;19(1):45-53.
 69. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 11 Ağustos 2020]. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Kadin ve Ureme Sagligi Db/dokumanlar/rehbler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Kadin_ve_Ureme_Sagligi_Db/dokumanlar/rehbler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf)
 70. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol.* 2001;98(5):820-6.
 71. Storksén H T, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):221.

72. Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: a contribution to the validation of the Italian version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ). *TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol*. 2013;20(2):131-54.
73. Richens Y, Smith DM, Lavender DT. Fear of birth in clinical practice: a structured review of current measurement tools. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:98-112.
74. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Investig*. 1981;12(5):262-6.
75. Wijma K, Wijma B. A woman afraid to deliver - how to manage childbirth anxiety. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynaecology*. 2017;3-31.
76. 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(5):667-77.
77. Larsson B. Treatment for childbirth fear with a focus on midwife-led counselling: A national overview, women's birth preferences and experiences of counselling [PhD thesis]. Uppsala, Sweden: Uppsala universitets; 2017.
78. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(8):907-20.
79. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(3):141-3.
80. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;119(10):1238-46.
81. Deliktas A, Kukulcu K. Pregnant women in Turkey experience severe fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis *J Transcult Nurs*. 201;30(5):501-11.
82. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2008;115(3):354-60.
83. Phunymmalee M, Buayaem T, Boriboonthirunsarn D. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *J Obstet Gynaecol*. 2019;39(6):763-7.
84. Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: a population-based, longitudinal study. *Birth*. 2018;45(4):469-77.
85. Sani R. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2015; 1(1).
86. Kaya D, Evcili F. The affecting factors of childbirth fear for pregnant women admitted to a health center and university hospital in Turkey. *J Health Res*. 2020; 34(5): 389-97.

87. Jokić-Begić N, Žigić L, Nakić Radoš S. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2014;35(1):22-8.
88. Geissbuehler V, Eberhard, J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002;23(4):229-35.
89. Sluijs AM, Wijma K, Cleiren MP, van Lith JM, Wijma B. Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020;1-9. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708319>
90. Kabakian-Khasholian T. 'My pain was stronger than my happiness': Experiences of caesarean births from Lebanon. *Midwifery.* 2013;29(11):1251-6.
91. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019;1-6.
92. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J.* 2013;17(4):616-23.
93. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery.* 2019;75:146-51.
94. Şen S, Egelioglu N, Saruhan A. The relationship between migration and depression, anxiety level and social support in pregnancy. *IJHS.* 2012;9(2):1-13.
95. Gönenç İM, Aker MN, Güven H, Moraloğlu Tekin Ö. The effect of the personality traits of pregnant women on the fear of childbirth. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;56(2):347-54.
96. Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, ve ark. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(5):1055-62.
97. 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(5):567-76.
98. Hofberg K, Ward M. Tokophobia: A profound dread and avoidance of childbirth (when pathological fear effects the consultation). Cockburn J, Pawson ME, editors. In *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology.* London: Springer-Verlag London Limited; 2007.
99. Dick-Read G. *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth.* 2nd ed. London: Pinter & Martin Ltd.; 2013.
100. Mongan MF. *HypnoBirthing Mongan yöntemi.* 2. baskı. İstanbul: Gün Yayıncılık Ltd. Şti.; 2013.
101. Serçekuş P. Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2011;10(2):239-42.

102. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterr. J. Clin. Psychol.* 2013;1(1):1-18.
103. Kaymaz N, Uzun ME, Yıldırım Ş. Tokophobia, the fear of childbirth, and the decision to breastfeed. *Breastfeed Med.* 2015;10(10):502.
104. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;3:CD002869.
105. Serçekuş P, Yenil K. Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics.* 2015;1(1): 33-5.
106. Bardacke N. Farkındalıkla doğum. İstanbul: Doğan Egmont yayıncılık ve yapımcılık tic. A.Ş., 2017.
107. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi M. Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression—Results from a randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2020;262:133-42.
108. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59(2):192-7.
109. England P, Horowitz R. Tools for teaching:“The birthing from within holistic sphere”: A conceptual model for childbirth education. *J Perinat Educ.* 2000;9(2):1-7.
110. Balaskas J. Active birth-revised edition: The new approach to giving birth naturally. Boston: Harvard Common Press; 1992.
111. Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clin Nurs Res.* 2020. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>
112. İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res.* 2016;32:227-32.
113. Çınar MA, Sütcügil L. Dirençli durumlarda bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular.* 2014;7(1):43-47.
114. Tekinsav-Sütcü S. Bilişsel davranışçı grup terapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2015;8(1):1-2.
115. Uçar T. Gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisi [Doktora Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
116. Akgün M, Boz İ. Doğum korkusu yönetiminde psikoeğitimin yeri. *JAREN.* 2019;5(2):163-8.

117. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, ve ark. A randomized controlled trial of a psychoeducation intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*. 2014;41(4):384-94.
118. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ. Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14(1):385.
119. Aydın B. Tıbbi sanat terapisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2012;4(1):69-83.
120. Kaya-Göktepe A. Sanat terapi. İstanbul: Nesil Basım Yayın Gıda Ticaret ve Sanayi A. Ş.; 2015.
121. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. Counseling for childbirth fear—a national survey. *Sex Reprod Healthc*. 2016;8:82-7.
122. Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaeili H. The effect of individual counseling on attitudes and decisional conflict in the choice of delivery among nulliparous women. *J Educ Health Promot*. 2020;9:35.
123. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(6):629-36.
124. Larsson B, Hildingsson I, Ternström E, Rubertsson C, Karlström A. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*. 2019;32(1):e88-e94.
125. Miller W., Rollnick S. Psikolojik problemlerin tedavisinde motivasyonel görüşme. Çev Ed: Şahin M., Uğur-Kural H. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2019.
126. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-12.
127. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*. 2009;2(2):41-4.
128. Raymond J, Clements V. Motivational interviewing for midwives: creating 'enabling' conversations with women. *MIDIRS Midwifery Digest*. 2013; 23 (4): 435-40.
129. Köroğlu E. İsteklendirici görüşme yöntemleri el kitabı (Motivasyonel görüşme). Ankara: HYB Basım Yayın; 2018.
130. Bandura A. *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman;1997.
131. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191.
132. Bandura A. Self-efficacy. Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press;1994.
133. Kartopu S. Öz yeterlilik kimlik duygusu & dindarlık eğilimi. Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi Yayınları; 2015.
134. Abbasi P, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Comparing the effect of e-learning and educational booklet on the childbirth self-efficacy: a

- randomized controlled clinical trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018;31(5):644-50. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.*
135. Ip WY, Chan D, Chien WT. Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. *J Adv Nurs*. 2005;51(6):625-33.
 136. Campbell V, Nolan M. 'It definitely made a difference': a grounded theory study of yoga for pregnancy and women's self-efficacy for labour. *Midwifery*. 2019;68:74-83.
 137. Tilden EL, Caughey AB, Lee CS, Emeis C. The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(4):465-80.
 138. Howarth AM, Swain NR. Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*. 2019;70:100-5.
 139. Karatay G, Kublay G, Emiroğlu ON. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *J Adv Nurs*. 2010;66(6):1328-37.
 140. Saffari M, Sanaeinasab H, Mobini M, Sepandi M, Rashidi-Jahan H, Sehlo MG, ve ark. Effect of a health-education program using motivational interviewing on oral health behavior and self-efficacy in pregnant women: a randomized controlled trial. *Eur J Oral Sci*. 2020;128(4):308-16.
 141. Narooe H, Rakhshkhorshid M, Shakiba M, Navidian A. The Effect of motivational interviewing on self-efficacy and continuation of exclusive breastfeeding rates: A quasi-experimental study. *Breastfeed Med*. 2020;15(8):522-7.
 142. Bandura A, Adams NE, Hardy AB, Howells GN. Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cogn Ther Res*. 1980;4:39-66.
 143. Koroglu CO, Surucu SG, Vurgec BA, Usluoglu F. The fear of labor and the roles of midwives. *Life: International Journal of Health and Life-Sciences*. 2017;3(2)51-64.
 144. Wulcan AC, Nilsson C. Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2019;19:24-30.
 145. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;10(1):9.
 146. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149-60.
 147. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 22 Şubat 2018]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>
 148. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Sundin Ö, Ekdahl J, ve ark. A randomized controlled study comparing internet-based cognitive behavioral therapy and counselling by standard care for fear of birth—A study protocol. *Sex Reprod Healthc*. 2017;13:75-82.
 149. Serçekeş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*. 2016;34:166-72.

150. Isbir GG, Serçekus P. The Effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *J Nurs Res.* 2017;25(2):112-9.
151. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998;19(4):84-97.
152. Körükçü HÖ. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği A versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
153. Lowe NK. Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Res Nurs Health.* 1993;16:141-9.
154. Ersoy Y. Doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Yüksek Lisans Tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
155. Körükçü O, Bulut O, Kukulcu K. Psychometric evaluation of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire version B. *Health Care Women Int.* 2016;37(5):550-67.
156. Rathfisch G. Doğal doğum felsefesi milyonlarca yıldır gerçekleşen serüven. 2. Baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevi; 2018.
157. Yarici-Atis F, Rathfisch G. The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;33:77-84.
158. Okumuş H, Mete S, Yenal Y, Aluş Tokat M, Serçekuş P. Anne babalar için doğuma hazırlık sağlık profesyonelleri için rehber. İstanbul: Deomed yayıncılık; 2009.
159. Serçekuş P, İşbir GG. Anne Baba adayları için doğal doğum, profesyonel doğum destekçileri için rehber. Okumuş H, editör. İstanbul: Deomed yayıncılık; 2015.
160. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia—a systematic review of approaches and interventions. *Midwifery.* 2018;61: 97-115.
161. Serçekuş P, Mete S. Turkish women's perceptions of antenatal education. *Int Nurs Rev.* 2010;57(3):395-401.
162. Kızılırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res.* 2016; 29:19-24.
163. Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(2):146-55.
164. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women randomised trial. *BJOG.* 2013;120(1):75-84.

165. Klabbers GA, Wijma K, van Bakel HJA, Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM. Resistance to fear of childbirth and stability of mother-child bond. *Early Child Dev Care*. 2018;553:1-10.
166. Uslu-Yuvaci H, Cinar N, Yalnizoglu-Caka S, Topal S, Peksen S, Saglam N, ve ark. Effects of antepartum education on worries about labor and mode of delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2020. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1725465>
167. Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):218-28.
168. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2009;25(2):e1-e9.
169. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electronic Physician*. 2017;9(2):3733.
170. Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(4):357-73.
171. OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Caesarean sections (indicator) [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 22 Ağustos 2020]. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>
172. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Resmi Gazete, Kanun no: 1593. [Internet] 6 Mayıs 1930 [Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
173. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 5 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf>
174. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Komisyonu Raporu [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2020] http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastaliklari_ve_dogum_bransi_komisyon_calismalari.pdf
175. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth—few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2011; 27(5): 620-7.
176. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth*. 2013; 40(4):272-80.
177. Çıtak-Bilgin N, Ak B, Coşkuner-Potur D, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(3):342-52.
178. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46 (2): 212-9.

- 179.** Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(3):219-24.
- 180.** Akca A, Esmer AC, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, ve ark. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(5):1127-33.