



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZİ

GEBELİKTE PLISSIT MODELİNE TEMELLİ NLP TEKNİKLERİNİN  
KULLANIMININ DOĞUM KORKUSUNA ETKİSİ

HATİCE ACAR BEKTAŞ

DANIŞMAN  
PROF. DR. ÜMRAN YEŞİLTEPE OSKAY

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2019

**TEZ ONAYI**

Bu çalışma 17.06.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


**TEZ JÜRİSİ**

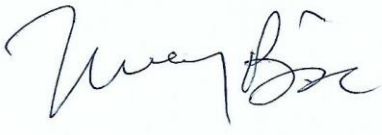
  
Prof. Dr. Umran YEŞİLTEPE OSKAY  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



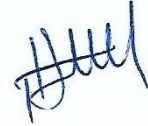
  
Prof. Dr. Ergül ASLAN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

  
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ  
Marmara Üniversite  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

  
Prof. Dr. Turgay BİÇER  
Marmara Üniversitesi  
Spor Bilimleri Fakültesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Hatice ACAR BEKTAŞ

## İTHAF

*“Kanatlarıma: Mete’ye ve Bahar Ayşe’ye ithaf ediyorum.”*

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince, ışığı ile yolumu aydınlatan çok kıymetli hocam ve danışmanım sayın Prof. Dr. Ümran OSKAY YEŞİLTEPE'ye

Tez izleme jürimde yer alarak çalışmama değer katan, yön veren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN ve Prof.Dr. Turgay BİÇER'e

Doktora eğitimim boyunca ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ, Prof. Dr. Ergül ASLAN şahsında bugüne kadar gelmemde emeği geçmiş olan tüm hocalarıma,

Bölüm Başkanım sayın Doç Dr Ayla ERGİN'e ve bu zorlu ama bir o kadar da keyifli olan süreçte nazımı, gafımı, kahrımı çeken değerli arkadaşlarım Öğr. Gör. Dr. Nafiye DUTUCU, Öğr. Gör. Dr. Resmiye ÖZDİLEK, Öğr. Gör. Dr. Sena DİLEK AKSOY nezninde tüm measi arkadaşlarıma,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren kurum yetkililerine, her türlü desteği sağlayan kadın hastalıkları ve doğum kliniği ekibine ve gebe okulunda hizmet veren çok kıymetli meslektaşım Ebe Şermin DERE'ye

Çalışmaya katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm kadınlar ve bebeklerine,

Hayatım boyunca beni sonsuz sevgisi ile sarıp sarmalayan canım annem Ayşe ACAR'a, arkamdaki sağlam desteğim, koca çınarım canım babam Ali Haydar ACAR'a, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ablalarım Saliç ACAR, Hüsne ACAR ve eşsiz geniş aileme,

Rahatlığı, samimiyeti, güler yüzü ve sonsuz desteği ile hep yanımda olan sevgili eşim Feyruz BEKTAŞ'a

Daha onlardan öğreneceğim çok şey olduğuna inandığım, varlıkları ile beni onurlandıran, gururlandıran ve güçlendiren sevgili yavrularım Mete'ye ve Bahar Ayşe'ye sonsuz kere teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	XI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET .....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Doğum Korkusu.....	3
2.1.1. Doğum Korkusunun Tanımı ve Türleri .....	3
2.1.2. Doğum Korkusunun Nedenleri ve İlişkili Faktörler .....	5
2.1.3. Doğum Korkusunun yaygınlığı.....	7
2.1.4. Doğum korkusunun sonuçları .....	8
2.1.5. Doğum Korkusuna Yönelik Girişimlerle ilgili yapılmış çalışmalar .....	9
2.2. PLISSIT Modeli.....	12
2.2.1. PLISSIT Modelinin Seviyeleri.....	13
2.2.2. PLISSIT Modeli Kullanılarak Yapılan ve Uluslararası Literatürde Yer Alan Araştırmalar .....	13
2.2.3. PLISSIT Modeli'nin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Kullanılması .....	15
2.3. Nöro Linguistik Programlama .....	15
2.3.1. Nöro Linguistik Programlama'nın Tarihsel Gelişimi .....	15
2.3.2. Nöro Linguistik Programlama'nın Tanımı .....	16
2.3.3. NLP'nin Temel Prensipleri .....	17
2.3.4. NLP'nin Temel Varsayımları.....	17
2.3.4.1. Harita bölge değildir: .....	18
2.3.4.2. Başarısızlık yoktur sadece deneyimler/ sonuçlar/ öğrenme vardır. ....	18
2.3.4.3. İnsanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptirler. ....	18

2.3.4.4. İletişimin anlamı karşımızdan aldığımız karşılıktır. ....	19
2.3.4.5. Her davranışın özünde olumlu bir niyet vardır. ....	19
2.3.4.6. İnsanlar her zaman, içinde buldukları duruma göre en doğru seçimi yaparlar.....	19
2.3.4.7. Eğer bir insan bir şeyi yapabiliyorsa, herhangi birisi de onu yapmayı öğrenebilir. ....	19
2.3.4.8. ....e bilen her şey, ..... e bilebilir. ( T. Biçer) .....	19
2.3.4.9. Her deneyimin bir yapısı vardır. ....	20
2.3.4.10. Zihin ve vücut bir sistemin parçalarıdır. ....	20
2.3.4.11. İnsan mükemmel bir sistemdir ve mükemmel çalışır. ....	20
2.3.4.12. İlgi neredeyse enerji oradadır. ....	20
2.3.4.13. İnsanlar ne düşündüklerinden ve ne yaptıklarından kendileri sorumludur. ....	20
2.3.4.14. Yaptığın şey işe yaramıyorsa, başka bir şey yap.....	21
2.3.4.15. Bilinçdışı zihin bilinci dengeler. ....	21
2.3.4.16. Anlamak istiyorsan yap.....	21
2.3.4.17. İletişim kurmamak imkansızdır.....	21
2.3.5. NLP’de Temsil Sistemleri.....	21
2.3.5.1. NLP ve Göz Hareketleri.....	22
2.3.5.2. NLP’de Alt Sistemler.....	22
2.3.6. Metaprogramlar (Davranış Filtreleri).....	22
2.3.7. NLP’de Etkili Amaç ve Hedef Belirlemek .....	23
2.3.8. TOTE Model (Başarı Döngüsü).....	23
2.3.9. NLP, Uyum (Kalibrasyon) ve Güven .....	24
2.3.10. NLP, Mantıksal Düzeyler (Değişim seviyeleri).....	25
2.3.11. NLP ve Bakış Açıları (Algısal Duruş) .....	25
2.3.12. Çıpalar (Tepki uyandıran uyarılar).....	26
2.3.13. Etkili Dil Kalıpları (Meta Model) .....	26
2.3.14. Modelleme .....	26
2.3.15. İnanç Sistemleri.....	26
2.3.16. Yeniden Çerçevelemek .....	27
2.3.17. Metaforlar (mecazlar) Kullanmak.....	27
2.3.18. Söz ustalığı.....	27
2.3.19. NLP ile ilgili yapılmış yayınlar.....	27

2.3.20. NLP Tekniklerinin Doğum Korkusunu Gidermede Kullanımı.....	29
2.4. Doğum Korkusu İle Baş Etmede Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın amacı.....	34
3.2. Araştırmanın türü .....	34
3.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman: .....	34
3.4. Araştırmanın değişkenleri .....	34
3.5. Araştırmanın hipotezleri .....	35
3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	36
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	37
3.8. Veri Toplama Araçları .....	38
3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	38
3.8.2. Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12).....	38
3.8.3. Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği A versiyonu (W-DEQ A) .....	39
3.8.4. Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği B versiyonu (W-DEQ B).....	40
3.8.5. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği.....	40
3.8.6. Maternal Bağlanma Ölçeği .....	41
3.9. Ön Uygulama .....	41
3.10. Akış Şeması ve Verilerin Toplanması .....	43
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi, Analizi .....	47
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
4. BULGULAR.....	48
5. TARTIŞMA .....	62
5.1. Örneklem grubunun tanıtıcı özelliklerine ait verilerin tartışılması (Tablo 4-1) ....	63
5.2. Gruplar arasında ve grupların kendi içlerinde Girişim Öncesi-Sonrası WDEQ A puanlarına ait verilerin tartışılması (Tablo 4-2).....	65
5.3. Gruplar arasında ve grupların kendi içlerinde Girişim Öncesi-Sonrası DÖYÖ YB-SB alt boyutlarının puanlarına ait verilerin tartışılması (Tablo 4-3).....	68
5.4. Katılımcıların doğum şekillerine ait verilerin tartışılması (Tablo 4-4).....	69
5.5. Katılımcıların WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ne ait verilerinin tartışılması (Tablo 4-5) .....	70
5.6. Kullanılan ölçeklerin sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Tablo 4-6) .....	71
KAYNAKLAR .....	74



6. EKLER.....	85
6.1. NLP Pratisyen (Uygulayıcı) Sertifikası .....	86
6.2. Ölçek Kullanım İzinleri .....	87
6.2.1. Genel Sağlık Ölçeği için izin yazısı .....	87
6.2.2. WDEQ A Versiyonu için izin yazısı.....	87
6.2.3. Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği için izin yazısı.....	87
6.2.4. WDEQ B Versiyonu için izin yazısı .....	88
6.2.5. Maternal Bağlanma Ölçeği için izin yazısı .....	88
6.3. Etik Kurul Kararı, Kurum ve Kişi İzinleri .....	89
6.3.1. Etik Kurul Kararı .....	89
6.3.2. Hastane Kurum İzni .....	91
6.3.3. Halk Sağlığı Müdürlüğü izin Yazısı (ön Uygulama) .....	92
6.3.4. Aydınlatılmış Onam Formu .....	93
6.4. Kullanılan Ölçüm Araçları.....	95
6.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	95
6.4.2. Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12) .....	96
6.4.3. WIJMA DOĞUM DENEYİMİ/BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ (A) (W-DEQ-A).....	97
6.4.4. WIJMA DOĞUM DENEYİMİ/BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ (B) (W-DEQ-B) ...	100
6.4.5. Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği .....	103
6.4.6. Maternal Bağlanma Ölçeği .....	105
6.4.7. NLP Teknikleri ile görüşme akışı .....	106
6.4.8. NLP görüşmelerinde sorulan temel sorular .....	109
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	110
ÖZGEÇMİŞ .....	111

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Ülkelere göre tokofobi prevalansı ve çalışmalarda kullanılan ölçekler .....	7
Tablo 2-2: PLISSIT Modelinin Doğum Korkusuna yönelik bakım ve tedaviye uyarlanması .....	15
Tablo 2-3: Doğum Korkusunu Gidermede PLISSIT Modeline Temelli NLP İlkelerinin kullanımı .....	31
Tablo 3-1: Örneklem hesaplamasında esas alınan ölçek puanları .....	36
Tablo 3-2: PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Kullanıldığı Görüşme planı .....	46
Tablo 4-1: NLP ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların tanıtıcı özellikleri.....	49
Tablo 4-2: Girişim öncesi-sonrası/ ilk ve son görüşmede uygulanan Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (WDEQ) A versiyonu puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	51
Tablo 4-3: Girişim öncesi-sonrası/ ilk -son görüşmede uygulanan Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	53
Tablo 4-4: Doğum şeklinin ve doğum sonu dönemde uygulanan ölçeklerin yanıtlanma durumlarının gruplara göre dağılımı .....	56
Tablo 4-5: Doğum sonrası uygulanan Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi B Versiyonu (WDEQ B) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	57
Tablo 4-6: NLP ve kontrol gruplarında kullanılan ölçeklerin sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi .....	59

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: A) Cinsel kaygıların gösterimi, B) PLISSIT Modeli yaklaşımı ile cinsel kaygıların her basamakta azalması. ....	12
Şekil 2-2: Göz hareketlerinin anlamı .....	22
Şekil 2-3: TOTE Model .....	24
Şekil 2-4:Robert Dilts'in değişim seviyeleri varsayımı (A), Bu varsayımın piramit şeklinde gösterimi (B).....	25
Şekil 2-5: NLP ve bakış açıları .....	25
Şekil 3-1: Akış Şeması.....	43



## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

<b>BİDENS:</b>	Belçika, İzlanda, Danimarka, Estonya, Norveç, İsveç
<b>DÖYÖ:</b>	Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği
<b>DÖYÖ-SB:</b>	Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Boyutu
<b>DÖYÖ-YB:</b>	Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Boyutu
<b>DSÖ, WHO:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSA:</b>	Genel Sağlık Anketi
<b>MBÖ:</b>	Maternal Bağlanma Ölçeği
<b>NLP:</b>	Nöro Linguistik Programlama
<b>P-LI-SS-IT:</b>	İzin verme- Sınırlı Bilgi- Özel Öneriler- Yoğun Terapi/Tedavi
<b>SB:</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>SPSS:</b>	İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences)
<b>TNSA:</b>	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
<b>TOTE (Model):</b>	Test, Operate (Eylem), Test, Exit (Çıkış, Bitiriş)
<b>TÜİK:</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>W-EDQ-A:</b>	Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği A versiyonu
<b>W-EDQ-B:</b>	Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği B versiyonu
<b>X<sup>2</sup></b>	Ki kare
<b>±</b>	Artı Eksi
<b><math>\bar{X}</math></b>	Aritmetik Ortalama
<b>SD</b>	Standart Sapma

## ÖZET

ACAR BEKTAŞ, Hatice (2019). Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Kullanımının Doğum Korkusuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD Doktora Programı. Doktora Tezi. İstanbul.

**Amaç:** Bu randomize kontrollü yarı deneysel çalışma, “Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Doğum Korkusuna Etkisi”nin değerlendirilmesi amacı ile yürütüldü.

**Gereç-Yöntem:** Çalışma 2017 Mayıs-2018 Mayıs tarihleri arasında, bir eğitim araştırma hastanesinin gebe okuluna başvuran ve araştırmaya dâhil edilme ölçütlerine uyan 140 primigravida (deney:77, kontrol:63) ile yürütüldü. İki grup da, altı haftalık doğum öncesi eğitim ve rutin bakım aldı. Deney grubu ile ek olarak, kadınların doğumla ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerine yönelik NLP teknikleri ile girişimlerin yapıldığı, ortalama 60 dk süren, haftada bir kez olmak üzere üç yüz yüze görüşme yapıldı. Birinci görüşmede, gebelerin doğuma yönelik algıları, temsil sistemleri, alt sistemleri, meta-programları belirlendi. İkinci ve üçüncü görüşmelerde belirlenen özellikler göz önünde bulundurularak, doğum korkusuna müdahale edildi. Tüm katılımcılara, doğum öncesi eğitimlerin başladığı ve bittiği gün tanıtıcı bilgi formu, Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (WDEQ) A ve Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ), doğum sonu 1-4 ay arasında Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ve vaginal doğum yapanlara WDEQ-B, öz bildirim dayalı olarak uygulandı. Veriler IBM-SPSS-21’de, tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-kare, Fisher-Exact Test, Mann Whitney U, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, Pearson Korelasyon kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Gruplar, tanıtıcı özellikleri bakımından birbirinden farklı değildi. Uygulama sonrasında gruplar arasındaki WDEQ-A ve DÖYÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Vaginal doğum yapan kadınlarda gruplar (deney=52, kontrol=36) arasındaki WDEQ-B puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunurken, MBÖ puanları açısından gruplar arasında fark bulunmadı. Ayrıca WDEQ-A ile DÖYÖ arasında negatif yönde ilişki tespit edildi.

**Sonuç:** NLP teknikleri, doğum korkusunu azaltmak, doğum öz yeterliliğini artırmak için kullanılabilecek bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Doğum, Korku, Nöro Linguistik Programlama (NLP), Öz Yeterlilik, Bağlanma, Ebe, Hemşire

## ABSTRACT

ACAR BEKTAŞ, Hatice (2019). The Effect of the Use NLP Techniques Based on PLISSIT Model on Fear of Childbirth in Pregnancy. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Women Health and Diseases Nursing Doctorate Programme. Dissertation. İstanbul.

**Objective:** This randomized controlled quasi-experimental study was conducted to evaluate the effect of PLISSIT model-based NLP techniques on the fear of childbirth (FOC) in pregnancy.

**Material and Method:** The study was carried out between May 2017 and May 2018 with 140 primigravida (experimental: 77, control: 63) who applied to the pregnant school of an educational research hospital and met the criteria for inclusion in the study. Both groups received six-week antenatal care and routine care. In addition, experimental group received three face-to-face interviews were conducted with NLP techniques for initiative to FOC of women, once a week for 60 min. On the first and last day of the prenatal education introductory information form, Wijma Birth Experience / Expectancy Questionnaire (WDEQ) A, Childbirth Self-Efficacy Scale (CBSES) and between 1 and 4 months postpartum Maternal Attachment Inventory (MAI) and WDEQ-B were applied to women based on self-report. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's chi-square, Fisher-Exact Test, Mann Whitney U, Wilcoxon Signed Rank Test, Pearson Correlation in IBM-SPSS-21.

**Results:** The groups were not different of their characteristics. The difference between the WDEQ-A and CBSES and sub-dimension scores between the groups was statistically significant. While the difference between WDEQ-B scores in groups of women who had vaginal births (exp.= 52, control = 36) was statistically significant, there was no significant difference between the groups about MAI scores. In addition, there was a negative correlation between WDEQ-A and CBSES.

**Conclusion:** NLP techniques can be used to decrease the FOC and to increase childbirth self-efficacy.

**Key Words:** Pregnancy, Childbirth, Fear, Neuro Linguistic Programming (NLP), Self efficacy, attachment, Midwife, Nurse

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum korkusu; doğum öncesi, sırası veya sonrasında hissedilen düşük bir endişe veya anksiyeteden fobiye benzeyen korkuya kadar değişebilen duygu durumu olarak tanımlanabilir (Wijma, 2003, s. 141). Doğum korkusu patolojik değildir. Tam tersine gebelikte kadınların doğuma ilişkin kontrol edilebilir düzeyde korkularının olması olumlu getirileri olan bir durumdur, doğuma hazırlanmak için motivasyon sağlar. Bazı kadınlarda ise durum daha farklıdır. Onlara göre doğum tehlikeli, dehşet verici ve ölüm korkusu ile eşdeğerdir. Bu durum günlük yaşamlarını olumsuz etkiler. Çocuk sahibi olmayı çok isteseler bile yoğun korku nedeni ile doğumdan kaçınırlar. Bu yoğun duygu durumu artık fobidir ve tokofobi olarak adlandırılır (Hofberg & Ward, 2007, s. 165). Tokofobi, literatüre Hofberg ve Ward'ın (2000) yaptıkları çalışma ile girmiştir ve primer, sekonder, gebelikte depresyon semptomu olarak tokofobi olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır (Hofberg & Brockington, 2000; Hofberg & Ward, 2004; M. O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, & Kenny, 2015).

Yapılan çalışmalar, sosyo-demografik özelliklerle doğum korkusu arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymaktadır. Ayrıca biyolojik, psikolojik, sosyal faktörler ve ikincil nedenler de doğum korkusunun şiddeti üzerinde etkilidir (Elvander, Cnattingius, & Kjerulff, 2013).

Ülkelerin doğum korkusu prevalansları %0,80-42,9 arasında değişkenlik göstermektedir (O'Connell vd., 2017, s. 909). Aradaki bu denli büyük fark temel olarak sosyo-kültürel, sağlık politikaları ve hizmetleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olmakla birlikte çalışmalarda doğum korkusunun tanımlanması ile ilgili farklı ölçeklerin ve farklı kesme noktalarının kullanılmasından da kaynaklanıyor olabilir (Nilsson vd., 2018, s. 5; M. A. O'Connell vd., 2017, s. 911).

Gebelikte ve sonrasında doğum korkusunu azaltmak için yapılan girişimler psiko-eğitim, bilişsel davranışçı yaklaşım, farklı felsefelerle yapılan doğum öncesi eğitimler, kendi kendine hipnoz, haptoterapi, farkındalığa dayalı eğitimler olarak sayılabilir. Tablo 2'de, doğum korkusuna yönelik girişim yapılan, randomize kontrollü ya da deneysel bazı çalışmalar yer almaktadır. Bu faydalı yöntemlerden birisi de Neuro Lingustik Programming (NLP) olabilir.

Nöro Linguistik Programlama (NLP), performans mükemmelliği üzerine temellenen, çeşitli araçlardan ve tekniklerden oluşan bir davranış modelidir. Bu model daha iyi iletişim, değişim, hızlı öğrenme ve herhangi bir alanda kişisel başarıyı, performansı artırmanın yolunu göstermektedir. Bigley ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında kolostrofobik bireylere NLP teknikleri uygulanmış ve anestezi ihtiyacı olmadan MR işlemi gerçekleştirilebilmiştir (Bigley vd., 2010, s. 115).

NLP tekniklerinin fobilerin/korkuların giderilmesinde kullanılması, “NLP tokofobinin/doğum korkusunun giderilmesinde de kullanılabilir mi?” sorusunu akla getirmektedir. Ayrıca, doğum korkusunu gidermeye çalışırken PLISSIT Modeli yol gösterici olabilir.

Bu çalışma, gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP tekniklerinin kullanımının doğum korkusuna etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yürütülmüştür.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum Korkusu

#### 2.1.1. Doğum Korkusunun Tanımı ve Türleri

Biyolojik bir süreç olarak doğum, bir dizi farklı ve yorucu fizyolojik olay ile karakterizedir. Bununla birlikte eylemin seyri ve kadınının nasıl bir deneyim yaşayacağı kesin olarak bilinmemektedir. Bu nedenle gebeler, doğumun getirdiği zorluklarla başa çıkıp çıkamayacakları ile ilgili değişken duygulara sahip olurlar. Endişe ve belirsizlik duygularının artışı, doğum sürecinin bilinmezliği, kaçınılmazlığı, kontrol edilemezliğinden kaynaklanıyor olabilir. Bazı kadınlar için bu durum distres yaratır ve bu, doğum korkusu olarak isimlendirilir (Wijma, Wijma, & Zar, 1998, s. 84). Doğum korkusu Hofberg ve Brockington'un çalışmalarında (2000, s.83) aktardıkları gibi ilk kez, Marce tarafından (1859):

*“Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılanamaz bir anksiyete içerisine iter, fakat önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır.”* şeklinde ifade edilmiştir.

Doğum korkusu; doğum öncesi, sırası veya sonrasında hissedilen düşük bir endişe veya anksiyeteden fobiye benzeyen korkuya kadar değişebilen duygu durumu olarak tanımlanabilir (Wijma, 2003, s. 141).

Doğum korkusunun tanılanmasında standart bir ölçüt yoktur ve korku çeşitli biçimlerde tespit edilmektedir. Bunlar, kadının kendi bildiri ile (Nilsson, Lundgren, Karlström, & Hildingsson, 2012, s. 1), geçerliliği, güvenilirliği tespit edilmiş ve edilmemiş ölçme araçları ile (Saisto vd., 2001, s. 821; Wijma, Zar, & Wijma, 1998, s. 93) ve doğum korkusuna özel hizmet veren birimlere yönlendirilme şeklinde (Sari Räisänen vd., 2013, s. 2; Saisto, Toivanen, Salmela-Aro, & Halmesmäki, 2006, s. 1316) sıralanabilir. Doğum korkusunun değerlendirilmesi için geçerli ve en yaygın başvuru olan yöntem Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği'nin A ve B versiyonlarının (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ-A) (WDEQ-B)) kullanılmasıdır (M. A. O'Connell vd., 2017, s. 908; Pallant vd., 2016, s. 1; Richens, Smith, Lavender, Smith, & Lavender, 2018, s. 109). W-DEQ'dan alınan sonuçlara göre doğum korkusu hafif, orta ve şiddetli olarak derecelendirilebilmektedir (Zar, Wijma, & Wijma, 2001, s. 80).

Doğum korkusu patolojik değildir. Tam tersine gebelikte kadınların doğuma ilişkin kontrol edilebilir düzeyde korkularının olması olumlu getirileri olan bir durumdur, doğuma hazırlanmak için motivasyon sağlar. Bazı kadınlarda ise durum daha farklıdır. Onlara göre doğum tehlikeli, dehşet verici ve ölüm korkusu ile eşdeğerdir. Bu durum günlük yaşamlarını olumsuz etkiler. Çocuk sahibi olmayı çok isteseler bile yoğun korku nedeni ile doğumdan kaçınırlar. Bu yoğun duygu durumu artık fobidir ve tokofobi olarak adlandırılır (Hofberg & Ward, 2007, s. 165). Tokofobi, literatüre Hofberg ve Ward'ın (2000) yaptıkları çalışma ile girmiştir ve primer (Birincil), sekonder (İkincil), gebelikte depresyon semptomu olarak tokofobi olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır (Hofberg & Brockington, 2000; Hofberg & Ward, 2004; M. O'Connell vd., 2015).

**Primer Tokofobi:** İlk konsepsiyondan önce de varolabilen, adölesan ya da çocukluk döneminde ortaya çıkabilen doğum korkusudur. Primer tokofobiye sahip olan kadınların cinsel hayatları aktif olsa bile gebelikten korunmak için titiz davranırlar. Bu kadınlar gebe kalırlarsa, korkuları nedeniyle gebeliği sonlandırmayı tercih edebilirler. Gebelikleri devam ederse de sezaryen olmayı talep ederler. Bazı kadınlar çocuk sahibi olmayı çok isteseler bile doğum korkusu nedeniyle bunu gerçekleştiremezler.

**Sekonder Tokofobi:** Bu fobi, daha önce doğum yapmış kadınların yaşadığı türde bir korkudur. Nedeni çoğunlukla yaşanmış travmatik bir doğum öyküsüdür. Kadınlar yaşadıkları ve tekrar yaşanma ihtimali olan doğum deneyiminden korkmaktadırlar.

**Prenatal depresyon belirtisi olarak tokofobi:** Bazen, prenatal depresyon tokofobi ile ortaya çıkabilir. Bu kadınlar sürekli olarak doğumdan kaçınma davranışı sergiler ve bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünür ve ifade edebilirler (Hofberg & Brockington, 2000, s. 84; O'Connell vd., 2015, s. 175).

### 2.1.2. Doğum Korkusunun Nedenleri ve İlişkili Faktörler

Yapılan çalışmalar, sosyo-demografik özelliklerle doğum korkusu arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Ayrıca biyolojik, psikolojik, sosyal faktörler ve ikincil nedenler de doğum korkusunun şiddeti üzerinde etkilidir.

Kadınların doğumdan korkmasının en büyük nedeni ağrı korkusu ve ağrısı ile baş edememe düşüncesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağrıdan korkma sezaryene yönelme nedenlerinin de başında gelmektedir (Dehghani, Sharpe, & Khatibi, 2014). Doğum deneyimindeki düşük ağrı seviyesi ile yüksek doğum memnuniyeti arasında da ilişki vardır (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004, s. 215).

Birçok araştırmanın sonucunda kadının yaşı ile doğum korkusunun ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bazı çalışmalarda ileri yaş gebelerin (Eriksson, Westman, & Hamberg, 2005, s. 65; S. Räisänen vd., 2014, s. 965), bazı çalışmalarda ise genç yaştaki gebelerin (Laursen, Hedegaard, & Johansen, 2008, s. 357; Mazúchová vd., 2017, s. 744) daha yoğun doğum korkusu yaşadığı rapor edilmiştir.

Düşük sosyal desteğin daha fazla doğum korkusu yaşanmasında etken olduğu sonucuna varan çalışmalar mevcuttur (Azimi, Fahami, & Mohamadirizi, 2018, s. 237; Elvander vd., 2013, s. 291; Lukasse, Schei, & Ryding, 2014, s. 101). Azimi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008, s.237) en önemli desteğin aile desteği olduğu ifade edilmektedir. Medeni durum/ ilişki durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, beraberliği/evliliği olan kadınlarda, yalnız olanlara göre doğum korkusu şiddetinin daha az olduğu bildirilmektedir (Lukasse vd., 2014, s. 101; Poikkeus vd., 2006, s. 70).

Gebeliğin planlı olup olmaması da doğum korkusunun şiddetini etkileyen bir diğer faktördür. Çalışmalar, planlı gebelik yaşayan kadınlarda doğum korkusunun, plansız gebelik yaşayanlara göre daha düşük olduğunu bildirmektedirler (Elvander vd., 2013, s. 295; Lukasse vd., 2014, s. 101). İnfertilite tedavisi ile gebe kalan kadınlar da ise doğum korkusu daha yüksek bulunmuştur (Poikkeus vd., 2006, s. 70).

Doğum korkusu ile ilgili çalışmalarda etnisite ile ilgili sonuçlar da yer almaktadır. Elvander ve arkadaşlarının (2013, s.291) çalışma sonuçlarında siyah kadınlarda, beyaz, İspanyol kökenli ve diğer ırklara göre doğum korkusu daha yüksek bulunmuştur (Elvander vd., 2013, s. 291). Ternström ve arkadaşları (2015) İsveçli ve İsveç'te yaşayan göçmen kadınlarda doğum korkusu çalışmışlar ve göçmen kadınlarda üç kat daha yaygın doğum korkusu olduğunu saptamışlardır (Ternström, Hildingsson, Haines, & Rubertsson, 2015, s. 447).

Kadınların eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve gelirlerinin doğum korkusu ile ilişkilerinin değerlendirildiği çalışma sonuçları da rapor edilmiştir (Elvander vd., 2013, s. 291; Hall, Stoll, Hutton, & Brown, 2012, s. 4; Ryding vd., 2015, s. 53; Ternström vd., 2015, s. 447).

Doğum korkusunun şiddetini etkileyen diğer faktörler, önceki deneyimler, doğumla ilgili işitilen olumsuz hikâyeler, ihmal/istismar öyküsü, doğum ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliği olarak sıralanabilir (Hofberg & Brockington, 2000, s. 84; O'Connell vd., 2015, s. 175).

Kişilik tipi, kaygı durumu ve düşük benlik saygısının da doğum korkusu için anlamlı psikolojik belirleyiciler olduğu bildirilmiştir (Hamama-Raz, Sommerfeld, Ken-Dror, Lacher, & Ben-Ezra, 2017, s. 385). Beden kitle indeksi doğum korkusu ile ilişkilendirilen başka bir konudur.

Obez kadınların daha çok olumsuz doğum deneyimi yaşadıkları, doğuma karşı tutumlarının olumlu olmadığı ve beden kitle indeksi yüksek olan kadınlarda doğum korkusunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Hildingsson & Thomas, 2012, s. 341).

Stres, anksiyete ve bunlara verilen tepkilerin de doğum korkusu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmalarda stresle baş etmede güçlük çeken (Söderquist, Wijma, & Wijma, 2004, s. 139), günlük stresörlerinin fazla olduğunu ifade eden (Hall vd., 2012, s. 4) ve acı veren yaşam olayları ile karşılaşan kadınların (Lukasse vd., 2014, s. 101) daha yoğun doğum korkusu yaşadığı ifade edilmiştir.

### 2.1.3. Doğum Korkusunun yaygınlığı

Ülkelerin doğum korkusu prevalansları %0,80-42,9 arasında değişkenlik göstermektedir (O’Connell vd., 2017, s. 909). Aradaki bu denli büyük fark temel olarak sosyo-kültürel, sağlık politikaları ve hizmetleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olmakla birlikte çalışmalarda doğum korkusunun tanımlanması ile ilgili farklı ölçeklerin ve farklı kesme noktalarının kullanılmasından da kaynaklanıyor olabilir (Nilsson vd., 2018, s. 5; M. A. O’Connell vd., 2017, s. 911).

Striebich’in (2018) ve O’Connell’in (2017) arkadaşları ile yaptığı sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmalarında, bazı ülkelerdeki doğum korkusu prevalansları ve çalışmalarda kullanılan ölçekler, kesme noktaları ile birlikte, Tablo 2-1’de verilmiştir.

**Tablo 2-1: Ülkelere göre tokofobi prevalansı ve çalışmalarda kullanılan ölçekler**

İlk yazar	Yıl	Ülke	Soru formu/ ölçek	n	%
Areskog vd	1981	İsveç	“Şiddetli doğum korkusu” ile ilgili görüşme	139	6,50
Ryding vd	1998	İsveç	W-DEQ A $\geq$ 84	1981	1,50
Lowe	2000	USA	Doğum tutum ölçeği “Yüksek Korku”(CAQ 'High Fear')	351	14,80
Zar vd	2001	İsveç	W-DEQ A $\geq$ 66	162	25,90
Geissbuehler vd	2002	İsviçre	50 soru	8528	5,30
Zar vd	2002	İsveç	W-DEQ A $\geq$ 85	506	11,10
Heimstad vd	2006	Norveç	W-DEQ A $\geq$ 100	1452	4,90
Waldenstrom vd	2006	İsveç	Negatif duygular ve danışmanlıkla ilgili 2 soru	2662	10,90
Kjaergaard vd	2008	İsveç/ Danimarka	W-DEQ A $\geq$ 85	165	10,90
Laursen vd	2008	Danimarka	ICD kod	31479	<b>0,80</b>
Fenwick vd	2009	Avustralya	W-DEQ A $\geq$ 71	401	26,10
Hall vd	2009	Kanada	W-DEQ $\geq$ 66	649	25,00
Niemenen vd	2009	İsveç	W-DEQ A $\geq$ 85	1635	15,50
Rouhe vd	2009	Finlandiya	W -DEQ A $\geq$ 100	1400	6,60
Spice vd	2009	Kanada	W -DEQ A $\geq$ 85		9,10
Christaens vd	2011	Belçika/ Hollanda	Doğum tutum ölçeği (CAQ)	833	-
Haines vd	2011	Avustralya	Doğum korkusu skalası (FOBS>5)	122	29,50
Haines vd	2011	İsveç	Doğum korkusu skalası (FOBS>5)	383	31,00
Adams vd	2012	Norveç	W -DEQ A $\geq$ 85	2206	7,50
Nordeng vd	2012	Norveç	W -DEQ A $\geq$ 85	1984	7,60
Sluijs vd	2012	Hollanda	W -DEQ A	108	-
Storksens vd	2012	Norveç	W -DEQ A $\geq$ 85	1642	8,34

Salomonssen vd	2013	İsveç	W -DEQ A $\geq$ 85	423	20,80
Lukasse vd	2014	BIDENS*	W -DEQ A $\geq$ 85	6870	11,10
Raisanen vd	2014	Finlandiya	ICD kod	788317	3,70
Toohill vd	2014	Avustralya	W -DEQ A $\geq$ 66	1386	4,90
Ternstrom vd	2015	İsveç	Doğum korkusu skalası (FOBS>60)	606	22,10
Aksoy vd	2015	Türkiye	W -DEQ A $\geq$ 85	817	15,70
Pazzagli vd	2015	İtalya	W -DEQ A	158	9,50
Matinnia vd	2015	İran	Gebelik ve doğum ile ilgili korku soru formu	342	<b>42,90</b>
Gao vd	2015	Çin	Doğum tutum ölçeği (CAQ Çince)	353	Orta derece

Kaynak: (M. A. O'Connell vd., 2017, s. 909; Striebich, Mattern, & Ayerle, 2018, s. 111)

\*BİDENS: Belçika, İzlanda, Danimarka, Estonya, Norveç, İsveç

#### 2.1.4. Doğum korkusunun sonuçları

Doğum korkusu yaşayan kadınlar, kendilerini gergin, asabi, huzursuz hissettiren tekrarlayan, can sıkıcı, acı verici düşüncelere sahiptirler ve kabuslar, fiziksel şikayetler nedeniyle işte ya da evde konsantrasyon eksikliği yaşamaktadırlar (Saisto, Halmesmaki, & Halmesmaki, 2003). Bu kadınlar daha fazla günlük strese, yorgunluğa ve daha az sosyal desteğe sahip olup (Hall vd., 2009, s. 574), korkuları hakkında konuşmaya daha çok ihtiyaç duymaktadırlar (Melender, 2002, s. 107). Doğum korkusu yaşayan kadınların, sorunları ile baş edebilmek için daha fazla psikotropik ilaç kullandıkları bildirilmiştir (Nordeng, Hansen, Garthus-Niegel, & Eberhard-Gran, 2012, s. 203).

Posttravmatik stres yaşayan kadınlar için de önemli risk faktörlerinden birinin gebelikte yaşanan doğum korkusu olduğu belirtilmektedir (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016, s. 1129) ve bu kadınlarda doğumdan sonraki bir yıl içinde ortaya çıkan duygusal dengesizlik göze çarpmaktadır (Nilsson vd., 2012, s. 120).

Doğum kokusu yaşıyan kadınlar gebelikten korunmak için oldukça titiz davranabilir, hatta gebelik meydana gelirse gebeliği sonlandırmayı tercih edebilirler. Gebelikleri devam ederse de sezaryen olmayı talep etmeleri olasıdır (Hofberg & Brockington, 2000, s. 84; O'Connell vd., 2015, s. 175). Parite durumu fark etmeksizin, doğumdan korkan kadınların doğum tercihi daha çok sezaryen olmaktadır (Ryding vd., 2015, s. 48). Fransa, Avrupa'daki diğer bazı ülkeler, Türkiye, İran gibi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum korkusunun elektif sezaryen oranlarını artıran önemli etkenlerden biri olduğu bilinmektedir (Azimi vd., 2018; Lukasse vd., 2014; Poggi, Goutaudier, Séjourné, & Chabrol, 2018; Saisto vd., 2003; Stoll, Hauck, Downe, Payne, & Hall, 2017; Taşçı Duran & Ünsal Atan, 2011). Acil sezaryen durumu da doğum korkusu olan kadınlarda daha sık görülebilir (Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh, & Josefsson, 2012, s. 47), çünkü indiksiyon doğum korkusu olan kadınlarda daha fazla kullanılmaktadır (Sydsjö vd., 2012, s. 46). Gebelikte doğum korkusunun uterus kan akımı parametreleri üzerinde olumsuz etkileri olabilir (A. Aksoy, Aydın, Kucur, & Gözükara, 2016, s. 634). Bu fizyolojik süreç hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın aktivasyonu nedeniyle maternal kanda, stres hormonu olan, kortizol düzeyinin artması ile ilişkisi olduğu raporlanmıştır (Alder vd., 2011, s. 422). Bu mekanizmanın, fetüs ve bebek gelişimi üzerine olan olası etkileri tartışılmaktadır (Beijers, Buitelaar, & de Weerth, 2014, ss. 943–956). Doğum korkusu yaşıyan kadınların bebeklerinde bağlanma sorunları, %8 daha fazla yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, düşük doğum ağırlığı gibi sorunlarla birlikte bebekte uzun dönem duygusal etkiler de görülebilmektedir (M. O'Connell vd., 2015, s. 176).

#### 2.1.5. Doğum Korkusuna Yönelik Girişimlerle ilgili yapılmış çalışmalar

Doğum korkusuna yönelik girişimlerin değerlendirildiği birçok çalışma yapılmıştır. Bu girişimlerden hangisinin en iyisi, en etkili olduğunu gösteren uluslararası kabul görmüş kanıt temelli çalışma sonuçları henüz yoktur (Klabbers, van Bakel, & van den Heuvel, M.M.A., Vingerhoets, 2016, ss. 117–120; M. O'Connell vd., 2015, s. 176). Bununla birlikte kadın doğum ile ilgili bakım ve tedavi hizmeti sunan tüm çalışanların doğum korkusunun tanınması ve yönetimi ile ilgili stratejilerin farkında olması önemlidir. Bu farkındalıkla doğum korkusu ele alınmazsa, sonraki gebeliklerde durum daha yoğun ve başedilmesi daha zor bir hale gelebilir ve kadının sağlığını, iyilik halini, ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir (M. O'Connell vd., 2015, ss. 176–177).

Gebelikte ve sonrasında doğum korkusunu azaltmak için yapılan girişimler psiko-eğitim, bilişsel davranışçı yaklaşım, doğum öncesi eğitimler, kendi kendine hipnoz ve gevşeme, yoga çalışmaları, haptoterapi, farkındalığa dayalı eğitimler, sanat terapi, rol yapma programları, telefonla danışmanlık olarak sayılabilir.

Bu bölümde doğum korkusuna yönelik girişimlerin yapıldığı randomize kontrollü çalışmaların bazılarını yer verilecektir.

Şiddetli tokofobi yaşayan 105 primiparla yürütülen randomize kontrollü çalışmada, 28-33 gebelik haftaları arasında altı seans, doğum sonu 6-8 hafta arasında bir seans olmak üzere yapılan ve içeriğinde psikoeğitim, yaşam boyu motivasyon modeli, zihin-beden iletişimi, olumlama çalışmaları gibi girişimleri barındıran toplam yedi grup terapi müdahalesinin, doğum korkusu ve duygulardaki ve kişisel hedeflerdeki değişimler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada, görüşmelerin yapıldığı hergün, doğuma yönelik olumlu, olumsuz duygular, deneyimler ve kişisel hedefler paylaşılmıştır. İlk görüşmeden itibaren olumsuz duygularda azalma olmuş ve bu azalma dördüncü görüşmeden itibaren anlamlı hale gelmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, grup müdahalesi doğum korkusunu azaltmakta ve doğum için duygusal hazırlığı teşvik eden duygularda ve kişisel hedeflerde değişiklik sağlamada etkili olmuştur. Doğum korkusundaki azalma ile, özellikle olumsuz duygularla başedebilmek için daha iyi bir kapasite edinmenin mümkün olduğu saptanmıştır. Olumsuz duygular ve korku azaldıkça, kadınların kişisel hedefleri de eş zamanlı olarak yeni doğanın ebeveyni olarak yeni yaşam durumuna adapte olma yönünde değişim göstermiştir (Airo (Toivanen) vd., 2018, s. 363).

Şiddetli doğum korkusu olan kadınlarla yürütülen nitel bir çalışmada, rutin bakım ve izlemlere ek olarak beş seans sanat terapisi uygulanmıştır. Doğumdan üç ay sonra kadınlarla, sanat terapisi deneyimleri ile ilgili görüşme yapılan çalışma sonuçlarına göre, kadınlar korku ve duygularına yönelik gözle görülür görüntüler oluşturarak, korku yüklerini paylaşarak, yaklaşan doğumları karşısında umut ve özgüven kazanmışlardır. Bu bağlamda sanat terapisi doğum korkusunun tedavisinde kullanılabilir bir yöntem olarak önerilmektedir (Wahlbeck, Kvist, & Landgren, 2018, s. 299).



İletişim kurmak, birlikte hissetmek anlamına gelen Haptonominin ilkelerinin teröpatik olarak uygulanması olan haptoterapi, saygılı ve güvenli bir dokunma türüdür. Haptoterapinin şiddetli doğum korkusu üzerine etkisini değerlendirmek için yürütülen randomize kontrollü çalışmada, gebeler üç gruba ayrılmıştır ve deney grubuna sekiz saatlik haptoterapi, kontrol grubunun birine internet aracılığı ile doğum öncesi eğitim, diğer kontrol grubu ise rutin izlem ve bakım hizmeti verilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre haptoterapi doğum korkusu ile başetmede kullanılabilecek etkin bir yöntemdir (Klabbers, Wijma, Paarlberg, Emons, & Vingerhoets, 2014, s. 1).

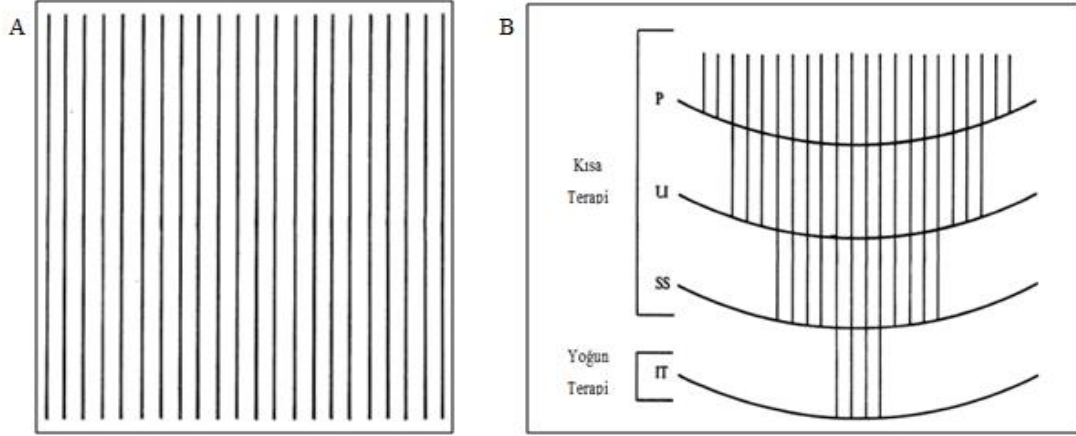
Doğum öncesi eğitimin doğum korkusuna etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada, ön test ve son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmama ile birlikte, WDEQ A puanlardaki düşüşün dikkate değer olduğu vurgulanmıştır (Kizilirmak & Başer, 2016, s. 19). Görece daha büyük bir örnekleme yapılan benzer çalışmalarda ise doğum öncesi eğitimin doğum korkusunun azalması konusunda etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Karabulut, Coşkuner Potur, Doğan Merih, Cebeci Mutlu, & Demirci, 2016; Serçekuş & Başkale, 2016).

Antenatal dönemde yapılan yoganın doğum korkusuna etkisini belirlemek amacı ile yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, rutin izlem ve bakım grubu ile 8 hafta x 1,5 saat yoga yapan gebe grubu karşılaştırılmıştır. Çalışma sonuçları yoganın kadınların genel iyilik durumları ve doğum korkularının azalması üzerine etkili olduğunu ortaya koymuştur (Newham, Wittkowski, Hurley, Aplin, & Westwood, 2014, s. 631).

Toplamda 1222 sağlıklı gebe ile yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, bir gruba doğumda kullanabilmeleri için kendi kendine hipnoz tekniklerini içeren kısa bir eğitim, bir gruba doğumda kullanabilmeleri için kendi kendine rahatlama tekniklerini içeren kısa bir eğitimi verilmiş bir grup ise rutin sağlık hizmeti almıştır. Çalışmada doğum, doğum korkusu ve doğum sonuçları değerlendirilmiş, gruplar arasında fark bulunamamıştır. Sadece hipnoz grubundaki gebelerin, doğum korkusu nedeniyle bir sonraki doğumlarında daha azının sezaryen tercih edeceğini belirtmesinin önemli bir sonuç olduğu vurgulanmıştır (Werner, Ulbjerg, Zachariae, & Nohr, 2013, s. 816).

## 2.2. PLISSIT Modeli

Bu modelin kavramsal şeması, hatırlamaya yardımcı olacak şekilde, içinde barındırdığı dört farklı yaklaşım seviyesinin başharfleri olan, P-LI-SS-IT olarak adlandırılır. Bu dört seviye şöyledir: Permission (İzin Verme), Limited Information (Sınırlı Bilgi), Specific Suggestions (Özel Öneriler), Intensive Therapy (Yoğun Terapi) (Annon, 1976, s. 3).



Kaynak: (Annon, 1976, ss. 3–4)

**Şekil 2-1: A) Cinsel kaygıların gösterimi, B) PLISSIT Modeli yaklaşımı ile cinsel kaygıların her basamakta azalması.**

Şekil 2-1-A, danışmanın, herhangi bir zamanda karşılaştığı kişilerin cinsel sorunlarını/endişelerini temsil etmektedir. Şekil 2-1-B de ise PLISSIT Modeli uygulandığında bu endişelerin nasıl azalacağı şematize edilmiştir. Yine Şekil 2-1-B’de gösterildiği gibi, ilk üç seviye kısa terapi, dördüncü seviye yoğun terapi olarak kullanılır (Annon, 1976, ss. 3–4).

Bu modelin kullanımı ile bir dizi belirgin avantaj elde edilebilir. Çeşitli seviyelerde kullanılabilir ve uygun olan zamana göre uyarlanabilir. Teorik olarak azalan her bir yaklaşım seviyesi, klinisyen adına artan derecede bilgi, eğitim ve beceri gerektirir. Model, her seviye artan mesleki tecrübe gerektirdiğinden, bireylerin bu yaklaşımı kendi özel yetkinlik seviyelerine göre düzenlemelerine olanak tanır. Bu aynı zamanda klinisyenlerin artık başka bir yere yönlendirmenin ne zaman uygun olacağını belirlemede yardımcı olan bir plana sahip oldukları anlamına gelir. En önemlisi, bu model, yoğun tedavi gerektiren problemler ile kısa terapiye cevap verenler arasında ayırım yapmak için bir çerçeve sunmaktadır (Annon, 1976, ss. 3–4).

### 2.2.1. PLISSIT Modelinin Seviyeleri

**Permission (İzin verme):** Modelin ilk basamağı olan bu aşama; cinsellikle ilgili davranış, endişe ve düşüncelerin ifade edilmesine dair izin verilmesini kapsamaktadır. Açık uçlu sorular ile danışan sorunları hakkında konuşmaya ve soru sormaya teşvik edilmelidir (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2006).

**Limited Information (Sınırlı bilgi):** Modelin ikinci basamağı olan bu aşama, bireylere bilgi verme aşamasıdır. Bu basamakta, danışanın durumla ilgili bilgisinin artırılması amaçlanmaktadır (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2006).

**Specific Suggestions (Özel Öneriler):** Modelin üçüncü basamağı olan bu aşamada, bireye özel öneriler vermeden önce veri toplanması önemlidir. Bu veriler kişinin öyküsünden elde edilen bilgiye bağlıdır ve belirlenen amaca ulaşmak için danışanların düşünce ve davranışlarını değiştirmelerine yönelik girişimleri içermektedir (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2006).

**Intensive Therapy (Yoğun Tedavi):** Modelin dördüncü ve son basamağı olan bu aşama, cinsel sorunlarına yönelik daha ayrıntılı bakım ve hizmet verilmesini içermektedir. Bu aşamada, danışan, yoğun terapi alabileceği birim ya da uzmanlara (psikolog, psikiyatrist gibi) yönlendirmelidir ve gerekli tedavi ve bakım hizmetlerini bu uzmanlardan almalıdır (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2006).

### 2.2.2. PLISSIT Modeli Kullanılarak Yapılan ve Uluslararası Literatürde Yer Alan Araştırmalar

PLISSIT Modeli cinsel sorun/endişelerin çözümü için geliştirilmiş bir modeldir (Annon, 1976). Literatür incelendiğinde de yayınların PLISSIT modelinin, farklı durumlardaki kişilerin cinsel sorunları, memnuniyetleri, cinsel işlev bozuklukları vb alanlarda kullanıldığını görülmektedir. Bu bölümde PLISSIT Modeline temelli yapılmış çalışmalara yer verilecektir.

HIV pozitif evli 60 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, PLISSIT modeline temelli danışmanlık yapılan ve yapılmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu sunucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmada, bu modelin maliyet etkin, basit ve etkili olduğu vurgusu yapılmış, HIV pozitif kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini geliştirmek için kullanılabileceği belirtilmiştir (Asadi vd., 2018, s. 169).

İran’da bağımlılık sorunu için Metadon tedavisi alan cinsel işlev bozukluğu olan 50 erkek hasta ile yapılan rardomize kontrollü klinik araştırmada, iki gruba da Bupripion tedavisi başlanmış, deney grubuna ise ek olarak altı haftalık PLISSIT Modeli ile cinsel danışmanlık hizmeti verilmiştir. Sonuçlara göre, PLISSIT programının Bupropion'a eklenmesi, Metadon tedavisi alan erkekler arasında cinsel fonksiyonu ve evlilik doyumunu artırabilir. Bu anlamda, PLISSIT Modeli’nin bağımlılık tedavi kliniklerinde danışmanlar tarafından uygulanmasının faydalı olacağını altı çizilmektedir (Shirani, Salehi, Molaeinezhad, Safaee, & Mahaki, 2018, s. 814).

Evli, multiple skleroz (MS) tanısı olan kadınlarla yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna haftada dört kez PLISSIT modeli ile cinsel danışmanlık hizmeti verilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, bu model MS tanısı olan kadınların cinsel işlev bozukluklarını ele almak için uygun ve etkin bir modeldir (Daneshfar vd., 2017, s. 399).

PLISSIT modeline temelli danışmanlığın gebe kadınlarda cinsel fonksiyona etkisinin değerlendirildiği bir randomize kontrollü bir çalışmada, gruplara doğum öncesi izlem, deney grubuna ise ek olarak PLISSIT Modeli ile cinsel danışmanlık hizmeti verilmiştir. Çalışma sonuçlarında PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın, gebelikte cinsel işlevi arttırdığı ifade edilmiş ve bu modelin gebelikte cinsel danışmanlık hizmetlerinde kullanılması önerilmiştir (B. vd., 2017, s. 739).

PLISSIT Modeli ile yapılan cinsel danışmanlık hizmetleri, kanserli hastaların tedavisi sonrası ve sonrası dönemdeki cinsel yaşam kaliteleri ve cinsel işlev/ işlev bozukluklarının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için de kullanılmıştır. Örneğin meme kanseri nedeniyle mastektomi sonrası (Faghani & Ghaffari, 2016, s. 4845) jnekolojik kanserler (Chun, 2011, s. 471; Nho, 2013, s. 681) nedeni ile tedavi sonrası ve sonrası dönemde kadınların cinsel yaşam kalitelerinin ve cinsel fonksiyonlarının iyileştiğine, eş uyumunun arttığına yönelik çalışma bulguları mevcuttur.

Edinilmiş bir engeli veya kronik hastalığı olan bireylerin cinsel refahını ele almak için PLISSIT modelinin kullanımının faydalı olacağını belirten inceleme çalışmaları bulunmaktadır (Taylor & Davis, 2007, s. 135). Bu doğrultuda, stomalı hastaların (S. Ayaz & Kubilay, 2009; Sultan Ayaz, 2009), diyabet hastalarının (Rutte vd., 2015, s. 69), Hodgking hastalarının (Cooley, Yeomans, & Cobb, 1986) cinsel sorunlarının ele alınmasında ve çözümünde bu modelin kullanımı önerilmektedir.

### 2.2.3. PLISSIT Modeli'nin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Kullanılması

Doğum korkusunun tedavisine ilişkin çalışmalar farklı sonuçlar sunmaktadır ve olası tedavinin nasıl, nerede ve kim tarafından yapılması gerektiği konusunda bir fikir birliği yoktur. Ayrıca, klinik düzeyde kaygı, depresyon veya panik bozukluğu olmadıkça doğum korkusuna yönelik tıbbi tedavi gerekmemektedir (Saisto, 2001, s. 27).

Gebelik ve doğum sırasında, doğuma hazırlık ve destek, her kadın için temel gereksinimlerdir. Doğum korkusuna müdahalede farklı yaklaşımlar yararlı olabilir ve basit veya özel danışmanlık (psikoeğitim) ile birleştirilebilir. Literatürde, PLISSIT Modeli kullanılarak doğum korkusunu ele alan bir çalışmaya şimdiye kadar rastlanmamıştır. PLISSIT modeli doğum korkusu ile karşılaşan farklı seviyelerdeki sağlık çalışanlarına uygun yaklaşım seçenekleri sunmaktadır ve bu model doğum korkusunun bakım ve tedavisine de uyarlanabilir (Klabbers vd., 2016; Saisto, 2001). Bu uyarlama Tablo 2-2'de ele alınmıştır.

**Tablo 2-2: PLISSIT Modelinin Doğum Korkusuna yönelik bakım ve tedaviye uyarlanması**

PLISSIT modeli aşamaları	Hedef kitle	Tedavi-bakım	Tedavi ediciler/ Bakım verenler
İzin verme	Tüm gebe kadınlar	Kabul edilebilir korku	Tüm sağlık personeli
Sınırlı Bilgi	Hafif doğum korkusu yaşayanlar, nulliparlar	Doğuma hazırlık, doğumda ağrı ile başetme ile ilgili bilgi	Genel ve/veya özelleşmiş klinikler ( <i>doğum öncesi eğitim sınıfları gibi</i> )
Özel Öneriler	Orta derecede doğum korkusu yaşayanlar, önceki doğumlarında komplikasyon yaşayanlar, C/S isteyenler	Psikoeğitim (bireysel veya grup oturumu) veya kısa terapi	Özel eğitim görmüş kadın doğum uzmanı (Dr.), ebe veya psikolog
Yoğun tedavi	Psikiyatrik problemlerle komplike olan doğum korkusu yaşayanlar	Psikoterapi	Psikiyatrist-psikoterapist

Kaynak: (Saisto, 2001, s. 27)

## 2.3. Nöro Linguistik Programlama

### 2.3.1. Nöro Linguistik Programlama'nın Tarihsel Gelişimi

Nöro Linguistik Programlama (NLP), 1970'lerde, Kaliforniya Santa Cruz Üniversitesinde psikoloji öğrencisi Richard Bandler ve dilbilim öğretim üyesi olan John Grinder tarafından geliştirilmiştir. Bandler ve Grinder, çalışma alanlarında son derece başarılı ve tanınmış olan üç uzmanın sözel ve davranışsal yaklaşımlarını inceleyip, modellemişlerdir. Bu modellemenin amacı, mükemmelliğe nasıl erişildiğinin belirlenerek bunun herkes tarafından öğrenilebilir uygulanabilir hale getirilmesiydi. Modellenen başarılı üç uzman, ABD'de Aile Terapisi'nin kurucusu olan Virginia Satir,

Gestalt Terapi'nin babası olarak kabul edilen Frits Perls ve Modern Hipnoterapi'nin kurucusu Milton Erikson'dur. Bandler ve Grinder'in NLP ile ilgili ilk çalışmalarında etkili olan başka bir isim de, Palo Alto grubu ile çalışan, sistem teorisi, iletişim teorisi ve sibernetik üzerine yayınları olan İngiliz Yazar, Düşünür ve Antropolog Gregory Bateson olmuştur (Biçer, 2014, s. 9,13; Kondu, 2010, ss. 15–16; A. Özbay & Erengil, 2008, ss. 12–17; Rijk, 2015, s. 18).

NLP, günümüzde İngiltere'de, ABD'de, Meksika'da ve Avustralya'da bazı üniversitelerde yükseköğretimde de yerini almıştır (Rijk, 2015, ss. 141–142). Türkiye'de de Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi lisans, yüksek lisans ve doktora programlarında NLP eğitimlerine yer verilmektedir “([http://dosya.marmara.edu.tr/besy0/belgeler/BESYO\\_2015\\_Y\\_netim\\_M\\_fredat\\_.pdf](http://dosya.marmara.edu.tr/besy0/belgeler/BESYO_2015_Y_netim_M_fredat_.pdf), 16.01.2019 )”

### 2.3.2. Nöro Linguistik Programlama'nın Tanımı

Nöro Linguistik Programlama (NLP), performans mükemmelliği üzerine temellenen, çeşitli araçlardan ve tekniklerden oluşan bir davranış modelidir. Bu model daha iyi iletişim, değişim, hızlı öğrenme ve herhangi bir alanda kişisel başarıyı, performansı artırmanın yolunu arayan, disiplinler arası bir grup bilim insanının ortak çalışmasının ürünüdür.

NLP'nin tanımı, isminin içinde barındırdığı kavramları açıklayarak yapılabilir.

**Nöro:** Bu kavramla duyuşal nörolojik süreçler (koku ve tat alma, hissetme, işitme, görme) kastedilmektedir. Duyu organları ile algılanan iletiler beyinde işlenmekte ve buna göre davranışlar şekillenmektedir. Beyin ve vücut arasındaki ilişki mükemmeldir ve bu ilişki NLP'nin temelini oluşturmaktadır (Açmaz, 2016, s. 9; Biçer, 2014, s. 12; Kondu, 2010, s. 17).

**Linguistik:** Deneyim ve tecrübelerimizi anlam kazandırmak ve bu deneyimleri kendimize ve başkalarına aktarmak için kullandığımız sözlü veya sözsüz ileti ve sembollerini temsil eder. Yani neyle düşündüğümüzü, konuştuğumuzu ve duygularımızı kodlayarak nasıl ilettiğimizin sistemidir (Açmaz, 2016, s. 9; Biçer, 2014, s. 12; Kondu, 2010, s. 17).

**Programlama:** Hedefimize ulaşmak için kullandığımız zihinsel programlardır. Bu programların kalitesi yaşam kalitesini belirler. Her türlü tecrübe iyi veya iyi olmayan olsun, bir zihinsel programın sonucudur. Kısaca, nasıl düşündüğümüz, neyle

düşündüğümüz ve bu düşünceleri davranışa nasıl aktardığımız; bu aktarımlarla ne tür sonuçlar oluşturduğumuz yaşam kalitemizi oluşturur. Programlar değişirse davranışlar, duygular ve eylemler de değişir (Açmaz, 2016, ss. 9–10; Biçer, 2014, s. 12; Kondu, 2010, s. 17).

### 2.3.3. NLP'nin Temel Prensipleri

NLP dört temel ilke ve beceri üzerine inşa edilebilir.

- **Yaşamımızda kişisel bütünlük ve uyum içinde olmak:** Uyum, ilişkilerimizde karşılıklı güvene, açıklığa ve doğallığa ihtiyaç duyar. Her kim kendisiyle uyum içerisinde değil ve iç barışı yoksa, ilişkilerinde istediği sonucu elde edemeyecektir. Uyumun ön koşulu, kişinin kendisiyle barışık olmasıdır (Açmaz, 2016, ss. 37–42; Biçer, 2014, ss. 5–6).

- **Ne istediğini bilmek:** Kişilerin kendilerine veya başkalarına ait sorunlara takılıp kalmaları yerine istediklerinin peşine düşmeleri, onları sonucunda başarı ve mutluluk olan bir çıkışa taşıyacaktır. Ne istediğini bilmek, kişinin kendi içinde derin gözlemler yapmasını gerektiren önemli bir yolculuktur (Açmaz, 2016, ss. 42–50; Biçer, 2014, s. 7)

- **Duyusal Farkındalık:** Duyusal farkındalık, sezgi olarak tanımlanabilir. Sezgiler kişileri yol gösteren bireysel yetkinlik ve ustalıktır. Bu anlamda sezgiler NLP için önemlidir (Açmaz, 2016, s. 36; Biçer, 2014, ss. 7–8).

- **Esneklik:** Sorun, çözümün az olduğu ya da hiç olmadığı düşünülüyor durumlardır. Dolayısıyla insanlar sorunlarını çözmek için sürekli yeni düşünceler, alternatifler üretmek için zaman harcamaktadırlar. Esneklik bu aşamada devreye girer. Esneklik farklı çözümler, seçenekler ortaya koyabilmektir. Yeni buluşların, keşiflerin, yaratıcılığın, daha iyinin, güzelin kaynağı, özü esnekliktir (Açmaz, 2016, ss. 35–36; Biçer, 2014, ss. 8–9).

### 2.3.4. NLP'nin Temel Varsayımları

NLP'nin özünü oluşturan ve yalnızca NLP'ye özgü olan kabuller ve varsayımlar ne doğru ne de yanlıştır. Bu varsayımlar, olaylara, durumlara ve olgulara yeni bir bakış açısıyla bakarak, seçeneklerimizi yeniden şekillendirip, zenginleştirirler. Bu bölümde bahsi geçen varsayımların bazıları kendi yaşadığımız kültürle harmanlanmış ve bazıları

da Turgay Biçer tarafından NLP'nin daha da zenginleştirilmesi için ilave edilmiştir (Biçer, 2014, 2016). Varsayımlar aşağıda sıralanmış ve açıklanmıştır.

#### **2.3.4.1. Harita bölge değildir:**

Duyu organlarımızla algıladığımız her şey doğanın, evrenin, dış ya da iç dünyamızın aynısı değil, onun sözel, görsel ya da dokunsal temsilleridir ve sadece bize göre anlamlıdır. Hiçbirimiz aslında gerçeğin ne olduğunu bilmiyoruz. Filtrelerimizde algıladığımız şekilde davranıyoruz. Filtrelerimiz olayları algılamamızda önemli rol oynamaktadır ve çok zamanda sınırlı filtreler bizleri seçeneksizliğe itmektedir. Önemli olan olayları sınırlı haritadan görmek yerine daha zengin haritadan bakarak çözümleri kolaylaştırmaktır. Kısaca harita değişirse bölgede değişir (Açmaz, 2016, s. 13; Biçer, 2014, s. 18,19; Rijk, 2015, s. 23,24).

#### **2.3.4.2. Başarısızlık yoktur sadece deneyimler/ sonuçlar/ öğrenme vardır.**

NLP'ye göre olaylar iyi ya da kötü değildir ve her şey bir durumdan ibarettir. Öğrenme ve gelişme sürecinde bazı hatalar, yanlışlıklar; hedefe hemen ulaşamamak bir başarısızlık durumu olarak algılanamaz. Aslında başarısızlık diye bir şey yoktur, öğrenme vardır. Bazı durumlarda başarısızlık da bir başarı olabilir. Önemli olan doğru içerikte düşünerek, kendimize ve yaptıklarımıza veya yapamadıklarımıza, duygusal olumsuz içerikte değerlendirmek ve olayı başarısızlık olarak algılamak yerine bunu bir durum, deneyim, gelişme veya öğrenme şansı veya fırsatı olarak görmek daha olumlu bir davranıştır. Zira her olay gerçekleşene kadar bir dizi sürece ihtiyaç duyar. Dolayısıyla bu öğrenme sürecinde her deneyim, bulunmaz bir fırsattır (Rijk, 2015, s. 29).

#### **2.3.4.3. İnsanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptirler.**

NLP'ye göre bu kaynaklar iç ses, görüntü, duygu ve düşüncelerdir. Daha önceki deneyimlerimiz, bilgilerimiz ve hatta yaşadığımız problemler değişik bakış açılarından bakıldığında yeni bir kaynak haline gelebilir. Yaratıcılığımız ise daha değişik bir kaynak olarak bizleri farklı seçeneklere götüren önemli içsel kaynaklardır (Açmaz, 2016, s. 14; Biçer, 2014, s. 25; Rijk, 2015, s. 29).



#### **2.3.4.4. İletişimin anlamı karşımızdan aldığımız karşılıktır.**

Her insan kendi iletişiminden kendisi sorumludur. Yani anlaşılmamak karşımızdakinin değil bizim kendi sorunumuzdur. Karşımızdan aldığımız geribildirimler bizim nasıl anlaşıldığımızın resmidir. Geribildirimleri veya karşımızdaki insanları suçlamak yerine algılanmasını istediğimiz haritayı oluşturana kadar kendi davranışımızı ve stratejilerimizi değiştirmeliyiz (Açmaz, 2016, s. 15; Biçer, 2014, s. 26; Rijk, 2015, s. 24).

#### **2.3.4.5. Her davranışın özünde olumlu bir niyet vardır.**

Kişilerin davranışlarıyla niyetleri arasında fark olabilir. İyi ya da kötü olarak sınıflandırılan her davranış aslında olumlu bir nedenden kaynaklanmaktadır (Açmaz, 2016, s. 15; Biçer, 2014, s. 20; Rijk, 2015, s. 28).

#### **2.3.4.6. İnsanlar her zaman, içinde buldukları duruma göre en doğru seçimi yaparlar.**

İnsanların ortaya koydukları o anki bütün davranışları kendileri için anlamlıdır. Aksi takdirde o davranışı yapmazlar. Dolayısıyla insanları yargılamadan önce onları buldukları durum ve koşullara göre değerlendirmek gerekmektedir (Açmaz, 2016, s. 15; Biçer, 2014, s. 27; Rijk, 2015, s. 29).

#### **2.3.4.7. Eğer bir insan bir şeyi yapabiliyorsa, herhangi birisi de onu yapmayı öğrenebilir.**

Önemli olan o kişinin tam olarak hangi düşünce ve davranış kalıplarını izleyerek o sonucu oluşturduğudur. Bunları öğrenip modelleyerek siz de istediğiniz sonuca ulaşabilirsiniz (Açmaz, 2016, s. 14; Biçer, 2014, s. 23; Rijk, 2015, s. 31).

#### **2.3.4.8. ....e bilen her şey, ..... e bilebilir. ( T. Biçer)**

NLP ön varsayımları daha önceki modellerin nasıl işlediği ile ilgilidir. Biçer' e göre, NLP eski ön varsayımları yenilik ve yaratıcılıktan pek bahsetmemektedir. Bu varsayım bugüne kadar yapılmayan şeylerin de eğer yapılabilecekse mümkün olabileceği üzerinedir. Bir şey yapabilmek için eskiyi referans almak zorunda değiliz. Yeni şeyler üretebilmek için de gerçekçilik ilkesini gözeterek daha yeni şeyler üretilebilir (Biçer, 2014, s. 24).

#### **2.3.4.9. Her deneyimin bir yapısı vardır.**

Ortaya koyduğunuz her davranış bir dizi ardışık algı, duygu, düşünce ve eylemin sonucunda oluşur. Dolayısıyla duygu, düşünce ve eylemin anlamı veya sırası değişirse ortaya konan sonuç da değişecektir (Açmaz, 2016, s. 14; Biçer, 2014, s. 21; Rijk, 2015, s. 24).

#### **2.3.4.10. Zihin ve vücut bir sistemin parçalarıdır.**

Sistemin her hangi bir bölümünde yaşanan bir olay diğer bölümleri de etkiler. Düşüncelerimiz vücudumuzu, kaslarımızı, solunumumuzu, duygularımızı etkiler. Ne düşünüyorsak bilinçli ya da bilinçsiz olarak bedenimize yansıtırız. Aynı şekilde vücudumuzun durumu da zihnimizi etkiler (Açmaz, 2016, s. 14; Biçer, 2014, s. 22; Rijk, 2015, s. 24).

#### **2.3.4.11. İnsan mükemmel bir sistemdir ve mükemmel çalışır.**

İnsan zihni var olan programları mükemmel şekilde yerine getirir. Önemli olan zihinsel programlardır. Bazı zihinsel strateji ve programlar iyi tasarlanmamış veya eksiktir. Önemli olan, sistemin veya düşüncenin kişinin gerçek istekleri ile ekolojik (çevresel – Bütünlük) uyumun birlikteliğidir (Biçer, 2014, s. 28; Rijk, 2015, s. 29).

#### **2.3.4.12. İlgi neredeyse enerji oradadır.**

İnsanların ilgisi enerjilerinin yönünü belirler. Düşünce ve davranışı yönlendiren olay kişinin ilgisidir. İlgi zaman zaman bilinçli olabileceği gibi zaman zaman da bilinç dışıdır. İlginin yönünü kavramak, insanı anlamada yardımcıdır (Biçer, 2014, s. 28; Rijk, 2015, s. 28).

#### **2.3.4.13. İnsanlar ne düşündüklerinden ve ne yaptıklarından kendileri sorumludur.**

Çevre veya başkaları yaşamda etkili olsa bile sonuçta tek belirleyici kişinin kendisidir. Olaylardan çok olaylara davranış ve tavır kişinin seçimindedir. Ve etki ile tepki arasında kişinin seçim şansı vardır (Biçer, 2014, s. 28; Rijk, 2015, s. 26).

#### **2.3.4.14. Yaptığın şey işe yaramıyorsa, başka bir şey yap.**

Her zamanki gibi davrandığınızda her zamanki sonucu alırsınız. Hedefinize ulaşmak için seçtiğiniz yol sizi başarıya götürmüyorsa, bunu sadece yaptıklarınızın bir sonucu olarak görüp, başka bir yol seçerek istediğinizi elde edene kadar devam edin (Açmaz, 2016, s. 16; Biçer, 2014, s. 29).

#### **2.3.4.15. Bilinçdışı zihin bilinci dengeler.**

Bilinçdışı zihin içimizdeki düşman değil, dosttur. Bilincin her türlü eylemine rağmen onu dengelemek için çalışır. O aslında içimizdeki akıl, bilgelik, dost ve yol göstericidir ve kendisi her türlü kaynağı içinde barındırır (Biçer, 2014, s. 28).

#### **2.3.4.16. Anlamak istiyorsan yap.**

Öğrenmek yapmaktır. Bilmek yapabildiğimiz zaman kendini tamamlar ve gerçek olur. Kuru ve kullanılmayan bilgi işlevsel değildir. Eylem aşamasında en önemli unsur ise zarafettir. Uсталık bir işi kolay, doğal ve sanat olarak yapabilme becerisidir (Biçer, 2014, s. 29).

#### **2.3.4.17. İletişim kurmamak imkânsızdır**

İletişim sadece konuşmak demek değildir. İletişimde kelimeler genellikle en az önemli olan kısımdır. Beden dili, ses tonu, göz hareketleri vs. hepsi iletişimin bir parçasıdır ve hal böyle olunca iletişim kurmamak imkânsızdır (Açmaz, 2016, s. 14; Rijk, 2015, s. 28).

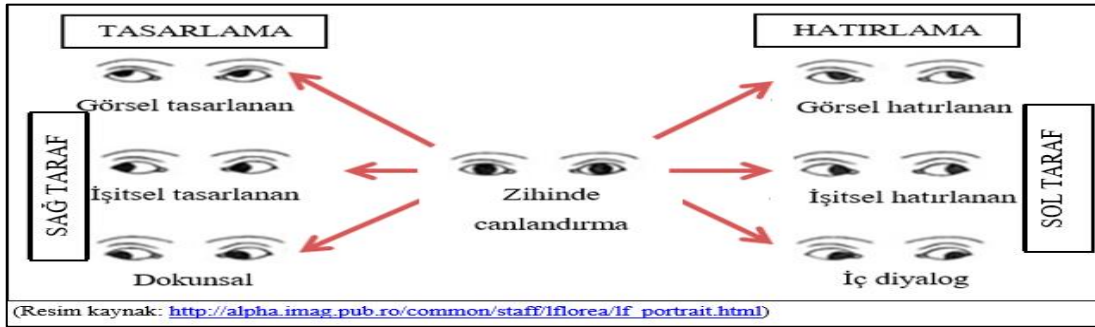
### **2.3.5. NLP’de Temsil Sistemleri**

NLP’de duyu organlarımıza, temsil sistemleri denir ve beş temsil sistemimiz vardır. Bu temsil sistemleri görsel (Visual), işitsel (Auditory), dokunsal (Kinesthetic), tatsal (Gustatory) ve kokusal (Olfactory) olarak isimlendirilir

Temsil sistemlerini kullanarak istediğimiz duygu, düşünce ve davranışı geliştirebiliriz. NLP, istediğimiz sonuçları üretmede bir kılavuzdur ve temsil sistemleri de bu sonuçları üretmede en önemli araçlardır. Eğer temsil sistemlerimizi geliştirir, zenginleştirirsek başkalarıyla daha iyi anlaşan, dış ve iç uyarılara her yönden duyarlı olan biri haline gelebiliriz (Açmaz, 2016, ss. 67–84; Biçer, 2014, ss. 33–39; Rijk, 2015, ss. 48–51).

### 2.3.5.1. NLP ve Göz Hareketleri

NLP, göz hareketlerimiz ile düşüncelerimiz arasında bir ilişki olduğunu söylemektedir. İnsanların gözlerine bakarak, zihinlerinde oluşturdukları düşünceleri anlamak mümkün olabilmektedir. NLP, göz hareketlerinin çalışma prensipleriyle beynimizin hangi bölgesini kullandığımızı ortaya koymuştur (Şekil 2-2) (Biçer, 2014, ss. 45–50; Rijk, 2015, ss. 53–55).



Şekil 2-2: Göz hareketlerinin anlamı

### 2.3.5.2. NLP’de Alt Sistemler

Alt sistemler, ana temsil sistemleri olan görme, işitme, dokunma, koklama ve tatmanın boyutunu, hacmini, keskinliğini ve yapısını oluşturan en önemli unsurlardır. Örneğin, herhangi bir resimden bahsediyorsak bu resmin büyüklüğü, renkleri, uzaklık ya da yakınlığı, çerçeveli ya da çerçevesiz oluşu, parlaklığı, canlılığı veya matlığının da bilinmesi gerekmektedir, yine herhangi bir sesin tınısı, ton aralığı, söyleniş tarzı, uzaktan ya da yakından gelmesi, netliği gibi unsurların bilinmesi gerekir. Eğer duygusal bir durum söz konusu ise, şiddeti, bölgesi, sürekliliği, ağırlığı ya da hafifliği önemli diğer unsurlardır ve bunlar alt sistemlerdir (Biçer, 2014, s. 61; Rijk, 2015, s. 51).

### 2.3.6. Metaprogramlar (Davranış Filtreleri)

Metaprogramlar, dünyayı algılama filtrelerimizdir; davranışlarımızın en küçük yapı taşı özelliği ile ne yaptığımızı, neye nasıl tepki verdiğimizizi belirlerler. Bilgisayar diliyle, beynimizdeki bir tür davranış yazılımıdır diyebiliriz. Bu yazılım doğrultusunda ve genellikle farkında olmadan hareket ederiz (Biçer, 2014, s. 71).

Metaprogramlar kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Eğer insanların bir konu hakkında konuşmaları, kullandıkları dilin yapısına, cümle kalıplarına ve hareket tarzına dikkat ederseniz, kimin hangi metaprogramları kullandığını anlayabilirsiniz.

Metaprogramların hiçbiri iyi ya da kötü değildir. Yalnızca kişisel farklılıkları ve insanları yargılamadan anlamak açısından bizlere yardım etmekte ve iletişim kolaylığı sağlamaktadır (Biçer, 2014, ss. 71–87; Rijk, 2015, ss. 116–132).

NLP literatüründe ortak olan metaprogramlar aşağıdaki gibidir:

- Girişken-Tepkisel
- Yaklaşan-Kaçan
- İç ve Dış referans
- Kurallılar-Kuralsızlar
- Büyük resme odaklananlar-Detaycılar
- Eşleşenler-Eşleşmeyenler
- Süreç-Sonuç odaklılar
- İkna stratejileri

### 2.3.7. NLP’de Etkili Amaç ve Hedef Belirlemek

NLP’nin özü, bireyin kendi hayatını yönetmesine ve “kendinin lideri” olmasını katkı yaratmaktır. Bunun içinde bireyin ne istediğini bilmesi, amaç ve hedeflerini belirlemesi, bu hedef ve amaçların doğru ve amaca uygun olarak tasarlanması gerekir. NLP’de, şimdiki durumdan arzu edilen duruma ulaşabilmek için elimizdeki kaynakları değerlendirmeliyiz. Bu durum, NLP’nin insanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptirler ilkesi ile örtüşmektedir (Biçer, 2014, ss. 89–90).

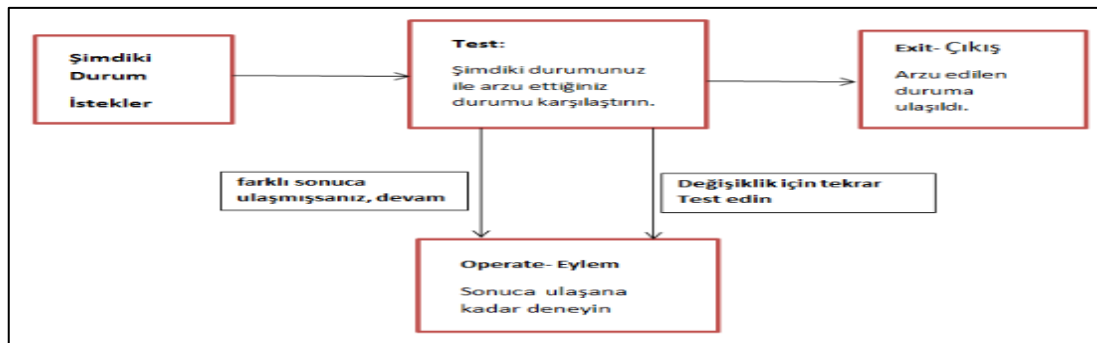
Hedeflerin doğru yapılandırılması ve istediklerimizin gerçekleştirilmesi için NLP bize teknikler ve sistemler sunmakta ve daha sistemli çalışmamıza öncülük etmektedir. Hedef ve amaçların taşınması gereken özellikler aşağıdaki gibidir (Biçer, 2014, ss. 89–102; Rijk, 2015, s. 38).

- Olumlu ifade edilmelidir
- Uygun (ekolojik) olmalıdır
- Somutlaştırılmalıdır.
- Uygun ve belirgin hale getirilmelidir
- Hedefin sorumluluğunu kişi kendisi almalıdır.

### 2.3.8. TOTE Model (Başarı Döngüsü)

NLP’de Teste Operate Test Exit (TOTE) temel strateji kalıbıdır. Kişinin istekleri, hedefleri, davranışları TOTE yapısına uygundur. TOTE, NLP dilinde başarı döngüsü olarak da adlandırılır ve Şekil 2-3’deki gibi sembolize edilir,

- Ne istediğine karar ver (Test)
- İsteklerinin sorumluluğunu al ve eyleme geç (Operate, Eylem)
- Kontrol et. Hedefin neresinde olduğunu iyi bil. Amacına ulaşmadıysan eğer esnek ol ve hedefe ulaşana kadar denemeye devam et (Test)
- Hedefe ulaşıldığında eylem sonlanır (Exit) (Biçer, 2014, ss. 103–105, 2016, ss. 30–31).



Kaynak: (Biçer, 2016, s. 30)

### Şekil 2-3: TOTE Model

#### 2.3.9. NLP, Uyum (Kalibrasyon) ve Güven

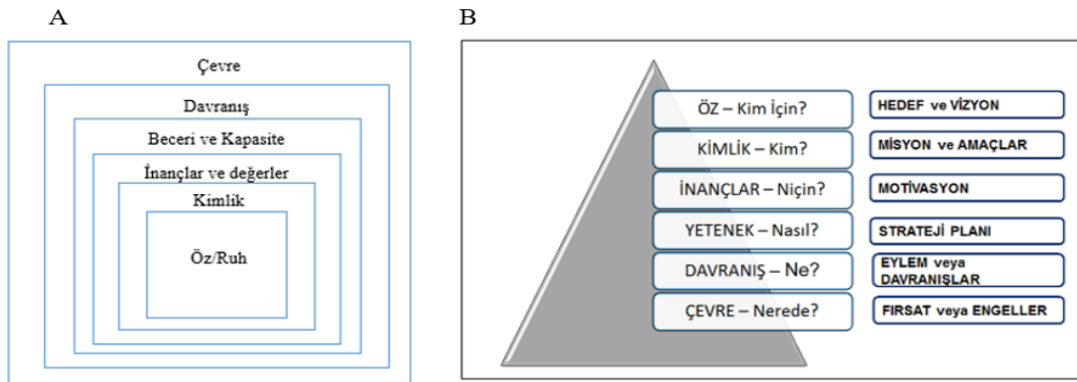
Uyum, ahenk, karşılıklı güven, iyi, doğru ve anlamlı bir iletişim kurmak açısından oldukça önemlidir. Uyum ve ahenk mükemmel bir ilişkinin sıcaklığı, özüdür. Eğer herhangi bir ilişkide uyum, ahenk, güven yoksa o ilişki yanlışlar, kısır ve insanları birbirlerinden ayıran, hatta çatışma yataran bir ilişkidir (Biçer, 2014, s. 107). Uyum yakalamak demek, karşımızdaki kişi ile davranışların eşleştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu başarılırsa karşımızdaki kişinin bilinçaltına ben de sana benziyorum, bana güvenebilirsin mesajı verilmektedir (Biçer, 2014, s. 110; Rijk, 2015, s. 44). Bunun için; nefes, postür, jest ve mimiklerin uyumuna, göz temasına, yüz ifadesine, kıyafet tercihine, ses ile ilgili uyuma (ton, tempo, tını, yükseklik), kelimelerin eşleşmesine/ uyumuna (anahtar kelimeler ve bağlaçlar, yüklemeler, ortak deneyimler, cümle/konu uzunluğu) dikkat etmek, empati yapabilmek, aradaki mesafeyi korumak ve kişileri olduğu gibi kabul etmek önemlidir (Biçer, 2014, ss. 108–114; Rijk, 2015, ss. 46–48). NLP’de uyum yakalandıktan sonra eşleşme gerçekleşmiş demektir. Bundan sonra NLP’de iletişimi/kişiyi yönlendirme ve bunu yaparken de tutarlı olma davranışları sergilenmelidir (Biçer, 2014, ss. 114–117).

### 2.3.10. NLP, Mantıksal Düzeyler (Değişim seviyeleri)

Robert Dilts, değişim seviyeleri adını verdiği bir model geliştirmiştir (Şekil 2-4). Bu model kişisel değişim, etkili öğrenme, iletişim ve güven kazanma açısından mükemmel derecede etkili olmaktadır. Bu katmanlar altı tanedir ve sırasıyla: (Biçer, 2014, ss. 119–130).

- 1) Çevre (Nerede, ne zaman, sonuçlar?)    2) Davranış (Ne? Neler?)
- 3) Yetenek ve Kapasite (Nasıl?)    4) İnançlar ve değerler (Niçin?)
- 5) Kimlik (Kim?)    6) Ruhsal boyut (Öz) (Kim ve ne için?)

NLP’de, mantıksal düzeylerin üst seviyelerdeki değişimin her zaman diğer seviyeleri etkilemediği fakat alt seviye değişimlerinin her zaman üst seviyeleri değiştirdiği bilinmektedir.

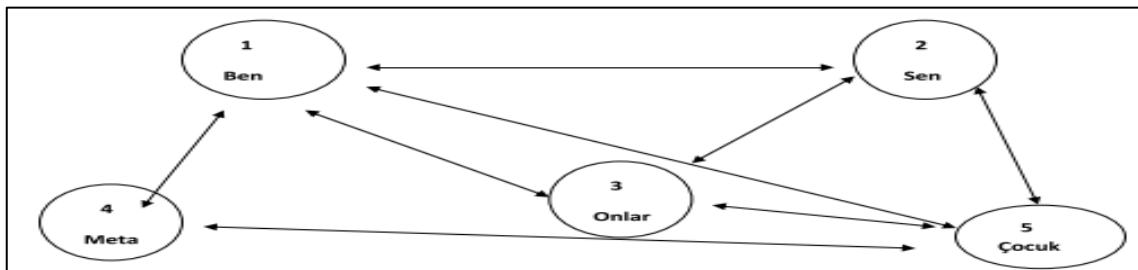


**Kaynak:** (Biçer, 2014, s. 130, 2016, s. 123)

**Şekil 2-4: Robert Dilts'in değişim seviyeleri varsayımı (A), Bu varsayımın piramit şeklinde gösterimi (B)**

### 2.3.11. NLP ve Bakış Açıları (Algısal Duruş)

İletişimin zengin olabilmesi ve algılanan haritanın zenginliği ve problemlerin çözümü için zengin bakış açılarına ihtiyaç duyulur. NLP literatüründe bakış açıları olarak adlandırılan sistem Şekli 2-5’de özetlenmiştir (Biçer, 2014, ss. 155–162).



**Kaynak:** (Biçer, 2014, s. 154)

**Şekil 2-5: NLP ve bakış açıları**

### 2.3.12. Çıpa lar (Tepki uyandıran uyarılar, Çağrıştırıcılar)

NLP literatüründe çıpa atmak, çağrıştırıcıların bilinçli olarak özel bir yöntemle istendiği an istenen duygu ve durumun yeniden başlatılması için kullanılması olarak tanımlanır. Çapa atmak, bilinçli olarak görsel, işitsel ya da dokunsal temsil sistemlerinden bir ya da bir kaçının bir arada kullanılmasıyla gerçekleşir. Olumsuz çağrıştırıcılardan kurtulmak da NLP ve çapa atma tekniği ile mümkündür (Biçer, 2014, ss. 191–203; A. Özbay & Erengil, 2008, ss. 111–114; Rijk, 2015, s. 80).

### 2.3.13. Etkili Dil Kalıpları (Meta Model)

Meta Model, bir dizi soru sorarak konuşmanın özünü kavramaya yarayan genelleme, bozma ve silme/seçici davranma süreçlerini eleyerek düşüncenin ve konuşmanın ana temasını kavramamıza ışık tutmaktadır. Meta model, konuşulanların yerine onlarla ne/neler demek istendiğini anlamamıza yardımcı olur, imaları netleştirir, anlamayı kolaylaştırır (Biçer, 2014, ss. 2015–2220).

### 2.3.14. Modelleme

NLP'nin en önemli konularından olan modelleme, her davranışın bir yapısı vardır ve birisi başarabiliyorsa herkes başarabilir varsayımlarına dayanır. Modellemek ile kopyalamak aynı şeyler değildir. Modelleme için NLP'de, davranışların yapısı ortaya çıkarılır ve bu davranışlar yeniden üretilebilir hale gelir. Böylece kişi elde etmek istediği sonuca ulaşmak için bir formüle sahip olur.

Modelleme üç aşamada gerçekleşir

- Kişi neyi iyi yapıyor (kullandığı fizyoloji ve davranış)?
- Nasıl yapıyor; yaraken ne düşünüyor (zihinsel süreçler, iç temsil sistemlerini hangi sırada ve hangi karışımında kullanıyor)?
- Neye inanıyor (İnanç sistemi ve değerler)? (Biçer, 2014, ss. 237–247)

### 2.3.15. İnanç Sistemleri

NLP'ye göre her türlü inancın bir yapısı vardır ve eğer bu yapı bilinirse inançları değiştirmek, kuvvetlendirmek ya da başka bir inancın yerini almasını sağlamak mümkündür (Biçer, 2014, ss. 263–276). Günlük hayatta doğru bildiğimiz, hatta farketmediğimiz öyle inançlar var ki bizi sınırlar, güçsüzleştirir, güç ve potansiyelimize rağmen bizleri engeller. Bunlar şöyle sıralanabilir, listeye başkaları da eklenebilir:



- Başkalarını mutlu etmeye odaklanmak
- Güçlü olmaya odaklanmak
- Zorlamak
- “Ya hep ya hiç” davranmak
- Aşırı fedakarlık
- Keşkecilik
- Mükemmel olmak
- Acele etmek
- Aşırı genellemek
- Başkalarını değiştirmeye çabalamak
- ...meli...cek...cak’ lı konuşmak

### 2.3.16. Yeniden Çerçevelemek

Yeniden çerçevelemek adından da anlaşılacağı gibi olaylara yeni ve farklı bir açıdan bakmaktır. Hemen hemen her alanda yeniden çerçeveleme yapılabilir. Bunun için şartlanma ve ön yargılardan kurtulup esnek olabilmek, olayları başka açılardan da değerlendirebilmek gerekir (Biçer, 2014, ss. 277–281).

### 2.3.17. Metaforlar (mecazlar) Kullanmak

Metaforlar, günlük hayatta benzetmeler yaparak, durumu daha kolay somutlaştırıp anlatma şeklidir. Metaforların dili şekiller, biçimler ve semboller olduğu için sağ beyine hitap eder ve kolay anlaşılırlar. Örneğin; hayat bir oyun mudur, bir savaş mıdır (Biçer, 2014, ss. 281–285) ?

### 2.3.18. Söz ustalığı

Söz ustalığı da bir sağ beyin fonksiyonudur. Farklı bakış açılarıyla olaylara, durumlara yeni bir biçim vermekte ve alması gereken kararlardaki seçenekleri daha iyi değerlendirmemizi sağlar.

Söz ustalığında, ifade edilen mevcut duruma karşı şu kalıplar kullanılır, olumlu sonuç, olumsuz sonuç, farklı sonuç, metafor kullanmak, yeniden çerçevelemek, kaderci bakmak, kişisel ölçütler koymak, hedef şaşırtmak, yeniden tanımlamak, tümünden gelim, tümevarım, karşı örnekler, olumlu niyet (Biçer, 2014, ss. 283–285).

### 2.3.19. NLP ile ilgili yapılmış yayınlar

NLP uygulamaları, sağlıktan eğitime, pazarlama-reklamcılıktan polislerde sorgulama tekniklerine kadar yayılan geniş bir yelpazede kendine yer bulmuştur. Bu bölümde SCOPUS veri tabanında. başlıkta “Neuro Linguistic Program\*” anahtar kelimesi ile yapılan tarama sonucunda elde edilen, NLP uygulamalarının kullanıldığı, uluslararası dergilerde yayınlanmış bazı çalışmalara yer verilecektir.

NLP'ye göre bilgiyi hatırlayan biri ile bilgiyi yapılandıran birinin göz hareketleri arasında fark vardır. Bu varsayımdan yola çıkarak, 60 katılımcı ile yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, NLP'ye dayalı yalan tespiti yapılmaya çalışılmış ve göz hareketlerinin yalan belirlemede etkili olabileceği belirtilmekle birlikte, adli birimlerde kullanımı ile ilgili daha güçlü kanıtlara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır (Spiroiu, 2018). Uçağını bekleyen 204 yolcu ile yürütülen başka bir çalışmanın sonuçları da göz hareketleri ile yalan söyleme davranışı arasındaki ilişkinin tutarlı olmaması üzerine yoğunlaşmıştır (Mann vd., 2012, s. 160). Başka bir çalışmada ise göz hareketleri insanlar tarafından değil göz hareketlerini izlemek üzere geliştirilmiş bilgisayar tabanlı bir araç ile değerlendirilmiştir. Hem cihazın başarısı hem de göz hareketlerinin değerlendirilmesinin önemi üzerine odaklanan çalışma, daha objektif değerlendirme için bu cihazın kullanılabileceğini vurgulamaktadır (Vrănceanu, Florea, & Florea, 2013).

Japonya'da yapılan, iş arayanların iş bulma başarısını artırmak üzere hizmet veren, kariyer planlama danışmanlarının neden NLP eğitimi aldıklarını ve en çok hangi teknikleri kullandıklarını belirlemeyi amaçlayan bir çalışmanın sonuçlarına göre, Disney Stratejisi ve Yeniden Çerçeveleme tekniğinin en çok faydanılan ve beğenilen teknikler olduğunu ortaya konmuştur. Danışmanlar, aldıkları NLP eğitiminin görüşmelerde kendilerine fayda sağladığını ifade etmişlerdir (Kotera, 2018).

NLP'nin yaygın kullanım alanı olan eğitim bilimlerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin temsil sistemleri esas alınarak öğrenme biçimlerine göre gruplandırılıp, dersin de bu doğrultuda yapılandırıldığı bir uygulamada öğrenme ve öğretme işlemlerinin etkinliği ve işlerliği üzerinde durulmuştur. Çalışmada, bu tekniğin kullanılmasının sağlayacağı faydalar sıralanmıştır (Yusoff & Bin Fatihi, 2018).

124 yönetici ile yürütülen bir çalışmada NLP tekniklerinin, genel olarak eğitim alanında ve yönetim uygulamalarında kullanılabilir olduğu ortaya konmuştur (Budiman, Frankovský, Birknerová, Benková, & Rajiani, 2018).

İran'da 200 deneyimli İngilizce öğretmeni ile yürütülen çalışmada, öğretmenlerin özerklikleri ile NLP arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Öğretmen özerklik soru formu ve Reza Pishghadam'ın NLP Anketi ile elde edilen verilerden 129 öğretmenin verileri analize dahil edilmiş ve sonuçlara göre NLP ile olumlu ve anlamlı bir şekilde ilişkili olan Genel özerklik hariç, diğer ölçek ve alt boyutlar ile NLP arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Hosseinzadeh & Baradaran, 2015).

Öğretmenlere, hafif düzeyde özel eğitim ihtiyacı olan öğrencilerle sınıf tabanlı etkileşimlerini geliştirmelerine yardımcı olmak için Yeniden Çerçevleme ve Meta Modellerin öğretildiği ve nasıl kullanılacakları konusunda desteklendikleri bir çalışmanın sonuçlarına göre, öğrencilerin uygulama öncesi ve sonrası ölçüm değerleri arasında anlamlı fark elde edilemezken, öğrencilerin kendilerini ifade etmelerine yardımcı olması açısından NLP teknikleri faydalı bulunmuştur (Kudliskis, 2014).

### 2.3.20. NLP Tekniklerinin Doğum Korkusunu Gidermede Kullanımı

NLP, kişisel performansı artırmak üzerine kurulu bir sistemdir. Doğum da bir performans olarak değerlendirildiğinde NLP tekniklerinin kullanımı için uygun bir alan olarak değerlendirilebilir.

NLP tekniklerinin kullanımı ile, kadınların doğum korkularının nedenlerinin ortaya konarak bunlara başedebilme davranışlarının geliştirilmesi için izlenebilecek adımlar aşağıdaki gibi olabilir.

- Kalibrasyonun sağlanması ile güvene dayanan etkili iletişim ortamının oluşturulması
- Anamnez alma sırasında, gebeliğe ya da günlük yaşama yönelik konuşmalarda gebenin kullandığı temsil sistemlerini belirleme ve belirlenen temsil sistemlerini kullanarak iletişime devam etmek. Gebenin davranışlarını etkileyen meta programları, mantıksal düzeyleri değerlendirmek, göz hareketlerine dikkat etmek. Bu belirlemeler doğrultusunda görüşmeyi sürdürmek.
- Doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerin paylaşımı ile, kadının zihnindeki doğum algısını belirlemek (Harita Bölge Değildir, Metaforların (Benzetmelerin) kullanımı)
- Korku ve nedenlerini anlama ve normalleştirme üzerine konuşmayı yapılandırmak (Her davranışın özünde olumlu bir niyet vardır).

- Doğum korkusuna neden olan durumları ve başetme davranışlarını tartışmak (İnsanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptir, Eğer Birisi Bir şey Yapıyorsa, Herhangi Birisi de Onu Yapmayı Öğrenebilir, İnsanlar her zaman, içinde buldukları duruma göre en doğru seçimi yaparlar, Her deneyimin bir yapısı vardır, Zihin ve vücut bir sistemin parçalarıdır vb NLP temel varsayımları)
- Doğum korkusuna yönelik inanç sistemlerinin değerlendirilmesi, yeniden çerçeveleme çalışmaları yapılarak, doğuma yönelik tepkilerin değiştirilmesi etkin bir yöntem olarak kullanılabilir
- Doğuma yönelik etkili amaç ve hedef belirleme çalışması ile, kadınların kendilerine uygun, etkili, olumlu amaçlar belirleyerek kendi doğumlarını planlamaları sağlanabilir
- Görüşmelerde, kadınların doğumun her anında kullanabilecekleri, rahatlama sağlayabilecek olumlu çıpaların atılması, doğumda kadını iyi hissettirebilir
- İmgeleme çalışmalarının yapılması ile doğumu hayali olarak yaşamak, yaşananları paylaşmak doğumda olumlu davranışlar ortaya konmasını kolaylaştırabilir.

**Tablo 2-3: Doğum Korkusunu Gidermede PLISSIT Modeline Temelli NLP İlkelerinin kullanımı**

	PLISSIT model	Başlıklar	Gündem	NLP	Ort. Süre
1. görüşme	İzin verme	Tanışma, yapılacaklar ile ilgili bilgilendirme, onay/onam alma. İlgili ölçeklerin ilk uygulaması	Birbirini tanıma. Güvenli ortam sağlama.	1) Kalibrasyonun sağlanması. 2) Temsil sistemlerinin belirlenmesi ve kullanımı	45 dk
2. görüşme	Sınırlı Bilgi	Bilgilendirme. Gebelik ve doğum hakkındaki duyguları konuşma. Korkunun normalleştirilmesi. Gevşemenin etkisi	Doğum hakkındaki duyguların ortaya konması, paylaşılması. Bu çalışmanın doğuma ve korkulara verilen tepkilerle bağlantısı. Doğum korkusunun nedenleri ve başatme.	3) Meta-programların belirlenmesi ve kullanılması 4) Meta Model kullanımı.	75 dk
3. görüşme	Özel Öneriler	Doğumun evreleri Hastanede doğum Doğumda rahatlama/başatme teknikleri	Doğumun evreleri ile ilgili eğitim. Hastanenin doğumhanesi ve hizmetleri ile ilgili bilgi verme. Doğumun evrelerine göre ağrı ile başatme tekniklerini öğretme	5) Mantıksal düzeylerin değerlendirilmesi. 6) NLP Temel prensiplerinin kullanımı.	60 dk
	Özel Öneriler	Ebeveynliğe geçiş, bebek ile bağlanma. Doğum için son hazırlıklar ve doğum planı. Ölçeklerin uygulanması	Anneliğe/ebeveynliğe geçiş ile ilgili duyguları paylaşma. Bebek ile duygusal bağlanma. Doğuma hazırlık yapmak. Destek sağlama, cesaretlendirme	7) NLP Temel Varsayımlarının kullanımı. 8) Benzetmelerin kullanımı	75 dk
	Yoğun Tedavi	Psikiyatriden hizmet alımı için gebeler yönlendirildi		WDEQ A $\geq$ 85 puan	

(Airo (Toivanen) vd., 2018)'den yararlanılmıştır.

#### **2.4. Doğum Korkusu İle Baş Etmede Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları**

Doğum korkusu gebe olamayan kadınlarda da karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada, araştırmaya dâhil edilen, hiç gebelik deneyimi olmayan üniversite öğrencilerinin %26'sının klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (WDEQ  $A \geq 85$ ) (Žigić Antić, Nakić Radoš, & Jokić-Begić, 2018, s. 3). Bu sonuçlar, doğumla ilgili anlatılan olumsuz hikâyelerin ve yine doğum ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliğinin doğum korkusunun şiddetini etkileyen en önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır (Hofberg & Brockington, 2000, s. 84; O'Connell vd., 2015, s. 175). Ayrıca dünyanın her yerinde kadınların pozitif bir doğum deneyimi istediği bilinen bir gerçektir (WHO, 2018, s. 12). Bu isteğin gerçekleşebilmesi için, DSÖ, sağlık çalışanlarına; gebelere saygılı, bireyselleştirilmiş, kadın merkezli, sağlık sistemi ile bütünleşmiş etkili klinik ya da klinik olmayan uygulamalar sunan intrapartum bakım modelini benimsemelerini önermektedir (Oladapo vd., 2018, s. 5). Bu ya da başka bir modelle sağlanan pozitif doğum deneyimleri, kadınların duyabileceği olumlu, keyifli, coşkulu doğum hikâyeleri anlamına gelmektedir. Bu anlamda, her doğum, ebe ve hemşireler için doğum korkusu döngüsünü kırmak adına bir fırsat anlamına gelmektedir.

Kadınların yaklaşan doğum hakkındaki duygularının, tıpkı doğum sürecinin kendisi gibi, büyük önem taşıdığı kesindir. Bu nedenle, anne ve bebeğin iyilik durumuna yönelik takip, bakım ve müdahaleler yapılırken, ebe ve hemşireler bütünsel bir görüşe sahip olmalı ve diğer durumlarla birlikte psikolojik iyilik halini etkileyen doğum korkusunu da değerlendirmelidirler (Elvander vd., 2013, s. 295). Doğum korkusunu değerlendirmek ve şiddetini belirlemek için, ilgili birimlerde WDEQ gibi ayrıntılı ya da VAS gibi basit ve kullanımı kolay ölçüm araçları kullanılabilir. Ayrıca, kadınların doğumdan korktuklarını ifade etmeleri ve sezaryen talep etmeleri de bir ölçüm aracı olarak kabul edilebilir (Dweik & Sluijs, 2015, s. 1155). Sağlık kuruluşlarında doğum korkusunun değerlendirilmesi, bu konuda sorun yaşayan kadınların erken dönemde belirlenerek ayrıntılı değerlendirilmek üzere uygun birimlere sevk edilmesine olanak sağlayacaktır. Bu nedenle doğum korkusunun tanınması, danışmanlık hizmeti sunulması, tedavisi ve bireylerin yönlendirilebilmesi için ebe ve hemşirelerin doğum korkusu ve ilişkili faktörleri, bu durumun anne, bebek ve aileye yansımaları gibi konularda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları son derece önemlidir.

Doğum korkusunun varlığı ve şiddeti belirlendikten sonra, kadınların bununla baş edebileceği kaynaklar ve yöntemler değerlendirilmelidir. Korkunun şiddeti, klinik düzeyde ise uygun birime yönlendirmek en doğru seçenektir. Bu aşamadan sonra, korkunun nedenine yönelik çalışmak mümkündür. Doğuma karşı olumlu tutum ve davranışların gelişmesi için ebe ve hemşirelerin danışmanlık hizmeti ve desteği kadınlar üzerinde son derece etkilidir (Ergöl & Kürtüncü, 2014, s. 32). Türkiye’de bu konudaki danışmanlık ve eğitim hizmeti şimdilik gebe okulu/ gebe eğitim sınıfları gibi birimlerde daha kaliteli verilebilmektedir. Bu birimlerden doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum korkularında azalma olduğu çalışmalarla da ortaya konmuştur (Karabulut vd., 2016; Serçekuş & Başkale, 2016). Doğumda destekleyici bakım da kadınların doğum anındaki olumsuz durum ve duygularla baş etmesine yardımcı olmaktadır. Doğumda rehberlik ve destek alan kadınların kendilerini güçlü hissettikleri ve bu güçle doğum sürecinin en yoğun anında bile devam etme isteği ve cesareti aldıkları bilinmektedir (Dahlberg vd., 2016, s. 6). Yapılan çalışmaların sonuçları, sosyal destek göremeyen kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığına işaret etmektedir (Azimi vd., 2018, s. 237; Elvander vd., 2013, s. 291; Lukasse vd., 2014, s. 101). Ebe ve hemşireler, doğumda eş/anne desteği gibi kaynaklarının daha etkili bir şekilde kullanımını sağlayarak kadınların doğum korkusu ile baş etmelerinde etkin rol oynayabilirler (Güleç, Öztürk, Sevil, & Kazandı, 2014).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın amacı

Bu çalışma, gebelikte PLISSIT Modeline temelli NLP tekniklerinin kullanımının doğum korkusuna etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yürütülmüştür.

#### 3.2. Araştırmanın türü

Bu çalışma, ön teste son test kontrol gruplu, randomize kontrollü ve yarı deneysel araştırma özelliğindedir.

#### 3.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman:

Araştırmanın veri toplama aşaması, Mayıs 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında, Kocaeli ilinde, bir eğitim araştırma hastanesinin merkez yerleşkesinde yer alan gebe okulunda yürütülmüştür.

İlgili hastanenin iki yerleşkesinde kadın hastalıkları ve doğum alanında, toplam bir profesör, bir doçent, 24 uzman, 12 asistan, 32 ebe ile hizmet sunulmaktadır. Yine hastanenin iki yerleşkesinde de 2014 yılından beri gebe okulunda aktif olarak faaliyetler sürdürülmektedir. Hastane, 1998 yılından beri bebek dostu, 2017 yılından beri anne dostu, 2018 yılından beri bebek dostu yenidoğan yoğun bakım ünvanına sahiptir ve Türkiye’de anne dostu ünvanı alan ilk eğitim araştırma hastanesidir. Hastanenin 2018 yılı toplam doğum sayısı 5995 olup, bunun 3148’i Vajinal doğum (+24 müdahaleli Vajinal doğum), 2823’ü sezaryen doğumdur. Sezaryen doğumların 1093’ü primer sezaryendir (<https://kocaelieah.saglik.gov.tr/TR,125453/anne-dostu-hastane.html>, 16.01.2019) .

#### 3.4. Araştırmanın değişkenleri

**Araştırmanın bağımlı değişkenleri**, katılımcıların uygulama öncesi ve sonrası W-EDQ- A ile Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) puanları ile birlikte doğum sonrası 1- 4 ay arasında uygulanan W-EDQ- B ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puanlarıdır.

**Araştırmanın bağımsız değişkenleri**, katılımcıların tanıtıcı özellikleridir.



### 3.5. Araştırmanın hipotezleri

- **Gebelikte, doğum korkusu düzeylerine yönelik hipotezler**

**H<sub>0</sub>:** Gebelikte, PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri arasında fark vardır.

- **Doğum öz-yeterlilik düzeylerine yönelik hipotezler**

**H<sub>0</sub>:** Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki gebelerin doğum öz-yeterlilik düzeyleri ile kontrol grubundaki gebelerin doğum öz-yeterlilik düzeyleri arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki gebelerin doğum öz yeterlilik düzeyleri ile kontrol grubundaki gebelerin doğum öz yeterlilik düzeyleri arasında fark vardır.

- **Doğum sonu dönemdeki doğum korkusu düzeylerine yönelik hipotezler**

**H<sub>0</sub>:** Gebelikte, PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki kadınların doğum sonu dönemdeki doğum korkusu düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların doğum sonu dönemdeki doğum korkusu düzeyleri arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki kadınların doğum sonu dönemdeki doğum korkusu düzeyleri, kontrol grubundaki kadınların doğum sonu dönemdeki doğum korkusu düzeyleri arasında fark vardır.

- **Maternal bağlanma düzeylerine yönelik hipotezler**

**H<sub>0</sub>:** Gebelikte, PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki lohusaların maternal bağlanma düzeyleri ile kontrol grubundaki lohusaların maternal bağlanma düzeyleri arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Gebelikte, PLISSIT Modeline Temelli NLP Teknikleri uygulanan deney grubundaki lohusaların maternal bağlanma düzeyleri, kontrol grubundaki lohusaların maternal bağlanma düzeyleri arasında fark vardır.

### 3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili hastanenin merkez yerleşkesi gebe okulundan eğitim alan gebeler oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında G\*Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Çalışmada ana parametre olarak, doğum korkusunun değerlendirilmesinde altın standart olarak kabul edilen W-DEQ A versiyonu puanı alınmıştır. Literatürde, doğum korkusunun giderilmesinde/azaltılmasında NLP tekniklerinin kullanımı ile ilgili çalışmaya rastlanmadığı için, Uçar'ın (2014) yaptığı "Gebelere Uygulanan Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programının Doğum Korkusu ve Doğum Sürecine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması hesaplama için esas alınmıştır. Bu çalışmaya ait deney ve kontrol gruplarının W-DEQ A versiyonu puan ortalamaları Tablo 3-1'de verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde; çalışmanın alfa güvenilirlik düzeyi 0.05 ve power gücü 0.95 alınarak W-DEQ A versiyonu puanına göre eğitim öncesi deney ve kontrol grupları esas alınarak hesaplandığında her bir grup için örneklem sayısı 451, eğitim sonrası gruplar esas alınarak hesaplandığında ise her bir grup için örneklem sayısı en az 23 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3-1). Çalışmada, deney grubuna 77, kontrol grubuna 63 primigravida alınmıştır.

**Tablo 3-1: Örneklem hesaplamasında esas alınan ölçek puanları**

Ölçüm Zamanı	Deney Grubu (n=52) $\bar{X} \pm SD$	Kontrol Grubu (n=59) $\bar{X} \pm SD$	t / p
Eğitim programı öncesi	63,98 ± 26,89 451	58,44 ± 23,50 451	-1,158 / 0,249
Eğitim programı sonrası	39,48 ± 21,08 23	63,59 ± 25,57 23	5,377 / 0,000
t / p	-8,686 / 0,000	3,010 / 0,004	
Fark	-24,50 ± 20,33	5,15 ± 13,14	8,987 / 0,000

t: Student t testi

### **Örneke kabul kriterleri**

- 1) Primigravida
- 2) Araştırmaya katılmayı kabul eden
- 3) Gebeliği  $\geq 20$  hafta ve üzerinde olan
- 4) Kronik ve/veya psikiyatrik sağlık problemi olmayan
- 5) Gebeliğe bağlı sağlık problemi olmayan (Gestasyonel diyabet, Gebeliğe bağlı hipertansiyon vb)
- 6) Tek ve sağlıklı fetüs bekleyen
- 7) GSA-12 ölçeğinden  $< 2$  puan alan

### **Örneklem dışlanma kriterleri**

- 1) Multigravida
- 2) Gebeliği 20. haftadan küçük
- 3) Kronik ve/veya psikiyatrik sağlık problemi olan
- 4) Gebeliğe bağlı sağlık problemi olan (Gestasyonel diyabet, Gebeliğe bağlı hipertansiyon vb)
- 5) Çoğul gebeliği olan ve/veya konjenital anomalili bebek bekleyen
- 6) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan
- 7) GSA-12 ölçeğinden  $\geq 2$  puan alan

### **Örneklem Grubundaki bireylerin deney/kontrol grubuna randomizasyonu**

Araştırma kriterlerine uyan gebeler random.org sitesinden elde edilen rastgele sayılarla randomize edilmiştir. Bu sayılar Akış Şeması'na eklenmiştir ( Şekil 3-1). Rastgele sayılara göre gebelerin gruplara atanması aşamasına araştırmacı dahil olmamış, tek kör olarak süreç yürütülmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

- Araştırmayı etkin yürütebilmek için, araştırmacı NLP eğitimlerine katılmış ve sertifika almaya hak kazanmıştır (Ek: 6.1)
- Ölçeklerin kullanımına ilişkin yazarlardan izin alınmıştır (Ek 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4, 6.2.5)
- Araştırmanın yürütülmesi için Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun görülmüştür (Karar No: KÜ GOKAEK 2017/2.12 Tarih: 09.02.2017) (Ek 6.3.1)

- Araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izin alınmıştır (Ek 6.3.2 ve 6.3.3)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden yazılı ve sözlü izin alınmıştır (Ek 6.3.4)

### 3.8. Veri Toplama Araçları

#### 3.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form, literatür desteği ile, primigravidalarda doğum korkusunu etkileyen faktörler gözününe alınarak, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sorular yaşı, gebelik öncesi beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanabilmesi için boy-kilo, eğitim durumu, gelir getiren bir işe sahip olma durumu, gelir durumunu nasıl tanımlandığı, mevcut gebeliğinin istendik ve planlı olması ile ilgili ve kaçınıcı gebelik haftasında bulunduğunu kapsamaktadır. Tanıtıcı bilgi formu Ek 6.4.1’de yer almaktadır.

#### 3.8.2. Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12)

Genel Sağlık Anketi (GSA) 1972 yılında Manchester Üniversitesi’nden David Goldberg tarafından geliştirilmiştir. Kısa, öz bildirim dayalı doldurulan ve uygulaması kolay bir testtir. Bu testin, psikiyatri dışı bir kliniğe başvuran, ruhsal sorunu olan kişiyi psikiyatriye sevk edecek türden rahatsızlıkları saptaması amaçlanmıştır. Soru formu, kişinin son zamanlarda belirli bir yakınmasının olup olmadığını araştıran sorulardan oluşmaktadır. Her bir sorunun yanıtı, hiç olmuyor - her zamanki kadar - her zamankinden sık- çok sık, şeklinde dört derecelendirmeden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen “Genel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar” adlı çok merkezli projede de kullanılan Türkçe GSA- 12’nin psikometrik değerlendirmesi Kılıç (1996) Kılıç ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmış ve ölçeğin cronbach alfa değeri 0,78 bulunmuştur. Eskin (2000) tarafından yapılan çalışmada cronbach alfa değeri 0,80’dir. Bu çalışmalar Türkçe GSA-12’nin güvenilirliğini ve geçerliliğini göstermiştir. (Eskin, 2000, s. 230; Özdemir & Rezaki, 2007, s. 16). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,83 olarak hesaplanmıştır. GSA-12’nin puanlanmasında en yaygın kullanılan yöntem birinci ve ikinci sütuna verilen cevaplara 0, üçüncü ve dördüncü sütuna verilen cevaplara 1 puan verilmesidir. Bu yöntemde ölçeğin kesme noktası 2 kabul edilmektedir (Saföz-Güven, 2008, s. 59). Bu çalışmada GSA-12’den  $\geq 2$  puan alanlar, araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ölçek Ek 6.4.2 ‘de yer almaktadır.

### 3.8.3. Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği A versiyonu (W-DEQ A)

Bu ölçek, Wijma ve Wijma (1998) tarafından, doğum öncesi dönemde, kadınların doğumdan beklentilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. İlk hali 54 maddeli olan ölçek, yapılan değerlendirmelerden sonra 33 maddeli hale getirilmiştir. WDEQ A versiyonunun, iki yarıya bölme güvenilirliği ve iç tutarlık değerleri 0,87'nin üzerinde, cronbach alfa değerinin 0,93 (nulliparlarda 0,89 - multiparlarda 0,99) olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin, daha önce doğum deneyimi olan veya olmayan kadınlarda kullanımının uygun olduğu bildirilmiştir (Wijma, Wijma, vd., 1998, s. 85,89).

Ölçek likert tiptedir. Yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmıştır ve tamamen-hiç şeklinde ifade edilmektedir. Ölçek toplam puanı en az 0, en çok 165 olabilir ve yüksek puan, daha çok doğum korkusu olduğunu ifade etmektedir. Negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır (Korukcu, Kukulcu, & Firat, 2012; Wijma, Wijma, vd., 1998, s. 85).

Yapılan çalışmalarda ölçek toplam puanı üzerinden yorum yapılması, ölçeğin tek boyutunun olduğu gibi bir algı yartamaktadır, ancak Pallant ve arkadaşlarının yaptığı (2016) çalışmada değerlendirdiği çalışmaların sonuçlarına göre ölçeğin 4-6 alt boyutu olabileceğini ortaya koymaktadır (s.3).

Doğum korkusu; W-DEQ- A toplam puanı  $\leq 37$  hafif düzeyde, 38-65 orta düzeyde,  $\geq 66$  yüksek düzeyde olarak sınıflandırılabilir (Zar vd., 2001, s. 80). Bazı çalışmalarda örnekleme alınan gebelerin aldıkları puanların yer aldıkları yüzdelik dilimlerdeki puanlar da doğum korkusunun sınıflandırılmasında kullanılmıştır (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009; Zar vd., 2001, s. 80).

Deliktaş ve arkadaşlarının (2019) Türkiye'de doğum korkusu ile ilgili yürütülmüş olan çalışmalar üzerinde yaptığı meta analiz çalışmasına alınan araştırmalarda, klinik düzeyde doğum korkusu için kesme noktası WDEQ A  $\geq 85$  olarak alınmıştır (s.3). Bu çalışmada da klinik düzeyde doğum korkusu için WDEQ A  $\geq 85$  olarak kabul edilmiş, bu puandan yüksek alanlar çalışmadan dışlanmışlardır.

W-DEQ-A'nın Türkçe psikometrik değerlendirmesi Körükçü ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış olup cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur ve ölçeğin Türk gebelerde kullanımının uygun olduğu ifade edilmiştir (Korukcu vd., 2012, s. 193). Bu çalışmada ölçeğin uygulama öncesi ve sonrası cronbach alfa değerleri sıra ile 0,87- 0,93 olarak hesaplanmıştır. Ölçek Ek 6.4.3 'de yer almaktadır.

#### 3.8.4. **Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği B versiyonu (W-DEQ B)**

Ölçek, Wijma ve Wijma (1998) tarafından, doğum sonrası dönemde, kadınların yaşadıkları doğum deneyimlerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. İlk hali 54 maddeli olan ölçek, doğum sonu ikinci saat ve beş hafta sonrasında yapılan ölçüm ve değerlendirmelerden sonra 33 maddeli hale getirilmiştir (Wijma, Wijma, vd., 1998, s. 85). WDEQ B versiyonunun, doğum sonu iki saat ve beş hafta sonrasındaki iki yarıya bölme güvenilirliği, iç tutarlık ve cronbach alfa değerlerinin tüm ölçümlerde 0,92'nin üzerinde olduğu bulunmuştur (Wijma, Wijma, vd., 1998, s. 89).

Altılı liket tipi olan ölçekte her madde 1-6 arasında puan alır ve ölçek toplam puanı en az 33, en fazla 198 olabilir. Yüksek puan, daha çok doğum korkusu olduğunu ifade etmektedir. Negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır (Uçar, 2013; Wijma, Wijma, vd., 1998).

W-DEQ-B'nin Türkçe psikometrik değerlendirmesi Uçar (2013) tarafından yapılmış olup cronbach alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur (Uçar, 2013). Bu çalışmada da ölçeğin cronbach alfa değeri 0,88 olarak hesaplanmıştır. Ölçek Ek 6.4.4 'de yer almaktadır

#### 3.8.5. **Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği**

Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği, Bandura'nın öz-yeterlilik teorisine temelli olarak Lowe (1993) tarafından, kadınların doğumla başa çıkma yeteneğini değerlendirmek amacı ile geliştirilen ve öz bildirim dayalı uygulanan bir ölçektir. Doğumda öz yeterlilikle ilgili literatürdeki tek ölçektir. İlk hali 62 maddeli olan ölçek Ip ve arkadaşları (2007) tarafından 32 maddeli kısa form haline getirilmiştir (CBSEI-32). Kısa formun, sonuç ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır.

Sonuç beklentisi alt boyutu: 16 sorudan oluşur ve her bir soru 1 (hiç yararlı değil)-10 (çok yararlı) arasında puan alır.

Yeterlilik beklentisi alt boyutu: 16 sorudan oluşur ve 1 (hiç emin değilim)- 10 (tamamen eminim) arasında puan alır. (Ip, Chung, & Tang, 2008, s. 335).

Her alt boyutun toplam puanı 16-160 arasında olabilir. Yüksek puan, doğum için sonuç ve yeterlilik açısından yüksek beklenti anlamına gelmektedir (Ip vd., 2008, s. 335). Ölçeğin yeterlilik beklentisi, sonuç beklentisi alt boyutlarının ve tüm ölçeğin cronbach alfa değerleri sırası ile 0,92- 0,92- 0,82 olarak hesaplanmıştır (Ip vd., 2008, s. 338)

Ölçeğin Türkçe psikometrik değerlendirmesi Ersoy (2011) tarafından yapılmış olup cronbach alfa değeri tüm ölçümlerde  $\geq 0,82$  olarak hesaplanmıştır (Ersoy, 2011, s. 36). Bu çalışmada, ölçeğin uygulama öncesi sonuç ve yeterlilik alt boyutlarının cronbach alfa değerleri sıra ile 0,85- 0,86, uygulama sonrası ise sıra ile 0,87- 0,93 olarak hesaplanmıştır. Ölçek Ek 6.4.53 'de yer almaktadır

### 3.8.6. Maternal Bağlanma Ölçeği

Mercer'in Maternal Rol Adaptasyon Teorisi'ne dayalı olarak Müller (1994) tarafından, annelerin sevgiyle bağlanma düzeylerini değerlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. 31 madde hazırlanan ölçek, yapılan ölçüm ve değerlendirmelerden sonra 26 maddeye indirgenmiştir. Her maddede her zaman (a)= 4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen(c)=2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan şeklinde hesaplama yapılır. Ölçek toplam puanı 26-104 arasında olabilir. Ölçeğin farklı aşamalarda kullanımı ve ölçümlerinden elde edilen cronbach alfa değerleri  $\geq 0,76$  olarak bulunmuştur.

Bu ölçeğin Türkçe psikometrik değerlendirmesi Kavlak ve Şirin (2009) tarafından yapılmış ve cronbach alfa değerleri  $\geq 0,77$  olarak hesaplanmıştır (Kavlak & Şirin, 2009). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçek Ek 6.4.6 'de yer almaktadır

## 3.9. Ön Uygulama

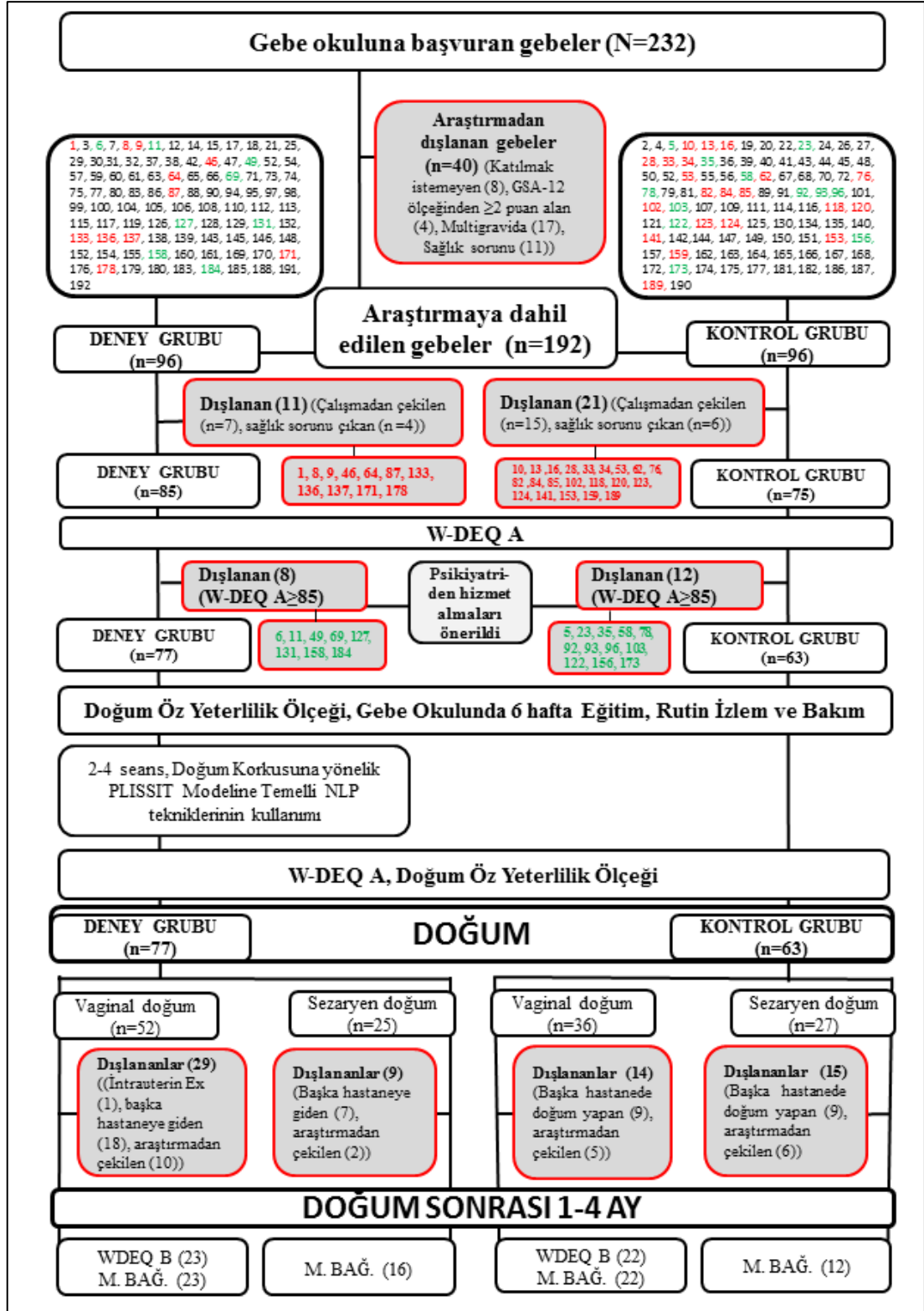
İzmit'te bir aile sağlığı merkezinde (ASM), veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve görüşmelerin planlaması, uygulanması aşamalarının tam olarak netleşmesi amacı ile ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama için, ilgili kurum ve yetkililerden izin alınmıştır (Ek 6.3.3).

ASM'de görevli ebelerin bölgelerinden çalışmaya uygun gebeler kayıtlardan seçilmiş, görüşme için ASM'ye davet edilmiştir. Yaklaşık 30 bireysel görüşmede, kullanılan ölçüm araçlarında değişim yapılmamıştır ancak gebelerin daha sonraki görüşmelere gelmemesi üzerine çalışmanın bir gebe okulunda yürütülmesinin veri kaybını önlemek, zamanı etkin kullanmak adına uygun olacağına karar verilmiştir. Ayrıca bu süreçte grup görüşmelerinin daha verimli olduğu fark edildiği için, uzman görüşü de alınarak çalışmaya 2-3 kişilik gruplarla devam edilme kararı alınmıştır. Ön uygulamada toplanan veriler, araştırmanın analizlerinde kullanılmamıştır.





### 3.10. Akış Şeması ve Verilerin Toplanması



GSA: Genel Sağlık Anketi, WDEQ A- B: Wijma doğum deneyim ölçeği A-B versiyonu, NLP: Nöro Linguistik Programlama, M.BAĞ: Maternal Bağlanma Ölçeği.

Şekil 3-1: Akış Şeması

- 1) Veri toplama tarihleri arasında gebe okuluna başvuran 232 gebe, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma koşullarına göre değerlendirilmiştir. Bu aşamada, 8 gebe araştırmaya katılmak istemediği için, 4 gebe GSA-12'den  $\geq 2$  puan aldığı için, 17 gebe multigravida olduğu için, 11 gebe ise kronik sağlık sorunu olduğu için, toplamda 40 gebe, araştırmaya dahil edilmemiştir.
- 2) alışmaya katılma koşullarını sağlayan ve çalışmada yer almak isteyen 192 primigravida, deney ve kontrol gruplarına, araştırmacı dahil olmadan (tek kr), randomize edilmiştir (DG=96, KG=96).
- 3) Gebe okulunda eğitimlerin başlayacağı gün, sözlü ve yazılı onam alınmak ve WDEQ A uygulanmak istenmiştir. Bu aşamada, her iki gruptan da, zaman ayıramama gerekçesi ile araştırmadan çekilmek isteyen ve rutin gebelik sağlık taramalarında bebeğinde veya kendisinde sağlık sorunu ortaya çıkan toplam 32 gebe çalışmadan ayrılmıştır. Devam etmek isteyen gebeler ilgili soru formlarını cevaplamışlardır (DG=85, KG=75).
- 4) Gruplardan WDEQ-A $\geq 85$  puan alan 20 gebeye, psikiyatriden hizmet almaları önerilmiş ve bu gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir (DG=77, KG=63).
- 5) Araştırmaya dahil edilmeyen gebelerden gebe okulunda eğitime devam etmek isteyen ve araştırma gruplarına dahil edilen gebelerin tümü 6 haftalık doğum öncesi eğitim hizmeti, hastanenin rutin gebe izlem ve bakım hizmetlerinden faydalanmışlardır. Araştırma gruplarına ayrıca Doğum z Yeterlilik leği uygulanmıştır (DG=77, KG=63).
- 6) NLP grubu (n=77) ile, gebe okulundaki eğitimlerle paralel olarak, 2-3 kişilik gruplar halinde, doğum korkusuna yönelik PLISSIT Modeline temelli NLP teknikleri kullanılarak ortalama 3 kez görüşme yapılmıştır. Bu üç görüşmede aynı gebelerle görüşme yapılmıştır. n uygulama sürecinde grup görüşmelerinin daha verimli olduğu fark edildiği için, uzman görüşü de alınarak çalışmaya bu şekilde devam edilme kararı alınmıştır. Görüşme gruplarında gebelerin benzer haftalarda olmasına zen gösterilmiştir.
- 7) Gebe okulundaki eğitimlerin ve görüşmelerin tamamlanması ile deney ve kontrol gruplarına WDEQ-A ve Doğum z Yeterlilik leği tekrar uygulanmıştır.

8) NLP grubundan 52 gebe vajinal, 25 gebe sezaryen doğum yaparken, kontrol grubundan 36 gebe vajinal, 27 gebe sezaryen doğum yapmıştır.

9) NLP grubundaki gebelerin 25'i başka hastanede doğum yaptıkları için, 12 gebe de doğum sonu dönemde araştırmadan çekilme kararı aldığı için bu aşamadan itibaren araştırmadan dışlanmışlardır. Ayrıca bir gebe de intrauterin ex yaşandığı için bu aşamadan itibaren araştırmaya dahil edilmemiştir. NLP grubunda toplamda 38 gebe araştırmadan dışlanmıştır. Doğum sonu 1-4 ay arasında NLP grubunda vajinal doğum yapan 23 gebe WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ne, sezaryen doğum yapan gebelerden 16'sı Maternal Bağlanma Ölçeğine yanıt vererek araştırmanın tüm aşamalarını tamamlamışlardır.

10) Kontrol grubundaki gebelerin 18'i başka hastanede doğum yaptıklarından, 11'i doğum sonu dönemde araştırmada yer almak istemediklerinden dolayı toplamda 29 gebe bu aşamadan itibaren çalışmadan dışlanmıştır. Doğum sonu 1-4 ay arasında kontrol grubunda vajinal doğum yapan 22 gebe WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ne, sezaryen doğum yapan gebelerden 12'si Maternal Bağlanma Ölçeğine yanıt vererek araştırmanın tüm aşamalarını tamamlamışlardır.

#### **Deney Grubunda PLISSIT Modeline Temelli NLP tekniklerinin kullanımı:**

Gebe okulunda eğitimin başladığı ilk gün, gebelerle tanışılmış, çalışma hakkında bilgi verilmiş, onam alınmış ve ilgili ölçekler uygulanmıştır. NLP seansları için, eğitim olan günlerin sabahları ya da eğitim çıkışından sonraki saatler planlanmıştır. Her seans 2-3 kişi ile hafta bir yapılmıştır. Görüşmeler aşağıdaki plana uygun olarak yürütülmüştür

**Tablo 3-2: PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Kullanıldığı Görüşme planı**

<b>1. görüşme (Ortalama 45 dk)</b> Doğum öncesi eğitimin başladığı gün	<b>2. Görüşme (Ortalama 75 dk)</b> Birinci görüşmeden bir hafta sonra	<b>3. Görüşme (Ortalama 75 dk)</b> İkinci görüşmeden bir hafta sonra
<b>İzin Verme (P)</b>	<b>Sınırlı Bilgi (LI)</b>	<b>Özel Öneriler (SS)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tanışmak, kalibrasyonu sağlayıp, gebelikle ilgili olarak bugüne kadar yaşanılanlar hakkında sohbet ederken <ul style="list-style-type: none"> <li>Temsil sistemlerini belirlemek</li> <li>Alt sistemleri belirlemek</li> <li>Meta programları belirlemek</li> <li>Göz hareketlerine dikkat etmek</li> </ul> </li> <li>Doğum süreci ile ilgili soru sormasına fırsat sağlamak. <ul style="list-style-type: none"> <li>Doğuma yönelik inanç sistemlerini belirlemek</li> </ul> </li> <li>Sorularına NLP tekniklerine uygun olarak kısa ve doğru yanıtlar vermek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kalibrasyonu sağlamak, sohbet etmek</li> <li>Doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerin paylaşımı ile, kadının zihnindeki doğum algısını belirlemek (<i>Harita Bölge Değildir, Metaforların kullanımı</i>)</li> <li>Korkuyu normalleştirme (<i>Her davranışın özünde olumlu bir niyet vardır</i>)</li> <li>Doğum korkusuna neden olan durumları (ağrı, müdahale, muamele vb) ve başetme davranışlarını (<i>İnsanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptir, Eğer Birisi Bir şey Yapıyorsa, Herhangi Birisi de Onu Yapmayı Öğrenebilir, İnsanlar her zaman, içinde buldukları duruma göre en doğru seçimi yaparlar, Her deneyimin bir yapısı vardır, Zihin ve vücut bir sistemin parçalarıdır vb NLP temel varsayımları</i>) tartışmak</li> <li>Doğuma yönelik etkili amaç ve hedef belirleme çalışması yapmak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doğum korkusuna neden olan durumları ve başetme davranışlarını tartışmak (İnsanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptir, Eğer Birisi Bir şey Yapıyorsa, Herhangi Birisi de Onu Yapmayı Öğrenebilir, İnsanlar her zaman, içinde buldukları duruma göre en doğru seçimi yaparlar, Her deneyimin bir yapısı vardır, Zihin ve vücut bir sistemin parçalarıdır vb NLP temel varsayımları)</li> <li>Çıpa kullanmak</li> <li>İmgeleme çalışmaları yapmak</li> </ul>
Tanışma Kaç yaşındasınız? Kaç haftalık gebesiniz? Gebeliğiniz şu ana kadar nasıl geçti? Bulantı kusma (örnek) ile nasıl baş ettiniz? Özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadınlar doğumu çok merak ederler ve öğrenmek istedikleri çok şey vardır. Siz neleri merak ediyorsunuz?	Merhaba, nasılsınız? Geçen haftadan bu yana neler yaptınız? Normal doğumu neye benzetirsiniz? Normal doğum yapabilir misiniz? Normal doğum yapmanızı engelleyen şey nedir? Daha önce milyonlarca kadın normal doğum yapabilmiş, bu sizin için de mümkün olabilir mi? Bunu mümkün kılabilmek için neler yapabilirsiniz?	Merhaba, nasılsınız? Geçen haftadan bu yana neler yaptınız? Normal doğum yapmanın sizin için anlamı nedir? Doğum korkusunun sizin için yararı nedir? Sana ne kazandırıyor? Çıpa atma Yeniden çerçeveleme

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi, Analizi**

Elde edilen veriler için Kocaeli Üniversitesi'nde kullanılan IBM SPSS 21 kullanılarak veri tabanı oluşturulmuş ve veriler bu program ile analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı ve varyansların homojen dağılım gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiştir. Kadınların yaşı, öğrenim durumları, gelir düzeyleri, çalışma durumları, gebeliğin planlı olup olmaması, gebelikten önceki BKİ, doğum şekilleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. NLP ve kontrol gruplarını araştırmanın sürekli değişkenleri bakımından karşılaştırmak için t-testi ve kategorik değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi kullanılmıştır. WDEQ A, DÖYÖ (SB-YB alt boyutları), WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçek puanları bağımlı değişkenini oluşturmuştur. NLP ve kontrol gruplarını araştırmanın bağımlı değişkenleri bakımından karşılaştırmak için t-testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca Ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri güvenilirlik analizi ile hesaplanmıştır.

### **3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Verilerin tek bir kurumdan toplanmış olması nedeniyle, sonuçlar genellenemez. Verilerin öz bildirim dayalı olarak toplanması, grubun gebe okulundan doğuma hazırlık eğitimi alıyor olması, gebelerin doğumda başka hastaneleri tercih etmeleri, sezaryen, vakit ayıramama, bebeğin varlığı gibi nedenlerle veri kaybının olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

#### 4. BULGULAR

Gebelikte PLISSIT modeline temelli NLP tekniklerinin kullanımının doğum korkusuna etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yürütülen bu çalışmanın bulguları aşağıdaki tablo başlıkları altında sunulmuştur

- 1) NLP ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların tanıtıcı özellikleri
- 2) Uygulama/Görüşme öncesi-sonrası uygulanan Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği A versiyonu (WDEQ A) puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 3) Uygulama/Görüşme öncesi-sonrası uygulanan Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 4) Doğum şeklinin ve doğum sonu dönemde uygulanan ölçeklerin yanıtlanma durumlarının gruplara göre dağılımı
- 5) Doğum sonrası uygulanan Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi B Versiyonu (WDEQ B) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 6) NLP ve kontrol gruplarında girişim/görüşme öncesi ve sonrasında kullanılan ölçeklerin sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

**Tablo 4-1: NLP ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların tanıtıcı özellikleri**

Tanıtıcı Özellikler		NLP Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		İstatistiksel Sonuç
		n=77		n=63		n=140		
Yaş Ortalaması		26,89±4,59		27,33±4,38		27,09±4,49		F=0,092
(min-mak)		(20-39)		(20-38)		(20-39)		p=0,568
		n	%	n	%	n	%	X <sup>2</sup> p
Yaş grupları	≤ 27 yaş	40	51,9	29	46,0	69	49,3	0,485
	>27 yaş	37	48,1	34	54,0	71	50,7	0,486
Eğitim Süresi	≤ 12 yıl	36	46,8	31	49,2	67	47,9	0,084
	>12 yıl	41	53,2	32	50,8	73	52,1	0,773
Gelir getiren iş	Var	23	29,9	17	27,0	40	28,6	0,141
	Yok	54	70,1	46	73,0	100	71,4	0,707
Sosyal Güvence	Var	73	94,8	57	90,5	130	92,9	0,435*
	Yok	4	5,2	6	9,5	10	7,1	0,509
Gelir durumu	Gelir gidere denk veya az	68	88,3	58	92,1	126	90,0	0,542
	Gelir giderden fazla	9	11,7	5	7,9	14	10,0	0,462
Gebeliğin planlı olma durumu	Planlı ve istenen	57	74,0	47	74,6	104	74,3	0,006
	Plansız ama istenen	20	56,0	16	25,4	36	25,7	0,938
**Gebelik Haftası	20-26 hafta	32	41,6	21	33,3	53	37,9	0,996
	27-33 hafta	45	58,4	87	66,7	87	62,1	0,318
Gebelikten önceki BKİ	< 30 kg/m <sup>2</sup>	52	67,5	47	74,6	99	70,7	0,837
	≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	25	32,5	16	25,4	41	29,3	0,360

F=Varyansların Eşitliğini değerlendirmek için Levene's Testi, X<sup>2</sup>=Pearson Ki-Kare Testi, \*: Fisher Exact test yapılmıştır, \*\*: Gebe okulunda eğitime başlarken gebelik haftası

Tablo 4-1'de, örnekleme oluşturan kadınların tanıtıcı özelliklerinin, NLP ve kontrol gruplarında homojen bir dağılım gösterdiği görülmektedir (p>0.05).

NLP grubunda yer alan kadınların yaş ortalamasının 26,89±4,59, kontrol grubundaki kadınların ise 27,33±4,38 olduğu görüldü. Öğrenim sürelerinin dağılımı incelendiğinde; NLP grubundaki kadınların %53,2'sinin (n=41) ve kontrol grubundaki kadınların ise %50,8'nin (n=32) 12 yıldan uzun süre öğrenim gördüğü saptandı. Her iki grupta gelir getiren işe sahip olmama oranının yaklaşık %50 ve katılımcıların tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğu farkedildi.

Katılımcıların tamamı bu gebeliğin istendik olduğunu ifade etmekle birlikte %25,7'si gebeliğin planlı olmadığını belirtti. NLP grubundaki kadınların %58,4'nün, kontrol grubundaki kadınların ise %66,7'sinin gebe okulunda eğitime başladığında gebelik haftası 27-33 hafta arasında olduğu belirlendi. NLP grubundaki kadınların %67,5'inin, NLP grubundaki kadınların ise %74,6'sının gebelik öncesinde BKİ'sinin  $<30 \text{ kg/m}^2$  olduğu tespit edildi.





**Tablo 4-2: Girişim öncesi-sonrası/ ilk ve son görüşmede uygulanan Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği (WDEQ) A versiyonu puan ortalamalarının karşılaştırılması**

WDEQ A'nın uygulanma Zamanı	NLP Grubu (n=77)	Kontrol Grubu (n=63)	Gruplar arası Test (NLP x Kontrol)	
			Z**	p
Uygulama öncesi/İlk görüşme ( $\bar{X}\pm SS$ )	54,49±18,70	61,63±15,43	-2,183	0,029
Uygulama sonrası/Son görüşme ( $\bar{X}\pm SS$ )	39,75±22,71	60,01±16,41	-5,270	0,000
<b>Grup içi Öncesi - Sonrası Test</b>	Z* p	-6,106 0,000	-0,969 0,333	

NLP: Nöro Linguistik Programlama, Z\*: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi değeri, Z\*\*: Mann Whitney U Testi

NLP ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası WDEQ A puan ortalamaları ile ilgili değerlendirmeler Tablo 4-2'de yer almaktadır.

Uygulama öncesi NLP grubunun WDEQ A puan ortalaması 54,49±18,70, kontrol grubunun ilk görüşmede WDEQ A puan ortalaması 61,63±15,43'tü. Uygulama öncesi/ ilk görüşmede gruplar arasındaki WDEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla Mann Whitney U Testi kullanıldı ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $Z_{MW} = -2,183$ ,  $p < 0,05$ ) (Tablo 4-2). Gebelikte doğum korkusu düzeyleri ile ilgili hipotezlerden  $H_1$  kabul edildi.

Uygulama sonrası NLP grubunun WDEQ A puan ortalaması 39,75±22,71, son görüşmede kontrol grubunun WDEQ A puan ortalaması ise 60,01±16,41'di. Uygulama sonrasında/ son görüşmede gruplar arasındaki WDEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla Mann Whitney U Testi kullanıldı ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ( $Z_{MW} = -5,270$ ,  $p < 0,001$ ) (Tablo 4-2).

NLP grubunun uygulama öncesi WDEQ A puan ortalaması 54,49±18,70, uygulama sonrası ise 39,75±22,7'dir. NLP grubunda uygulama öncesi ve sonrası WDEQ A puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -6,106$ ,  $p < 0,001$ ) (Tablo 4-2).

Kontrol grubunun ilk görüşmede WDEQ A puan ortalaması  $61,63 \pm 15,43$ , son görüşmede ise  $60,01 \pm 16,41$ 'di. Kontrol grubunda iki görüşmenin WDEQ A puanlarının karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi kullanıldı. Kontrol grubunda ilk ve son görüşme WDEQ A puanları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{WK} = -0,969$ ,  $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2).



**Tablo 4-3: Girişim öncesi-sonrası/ ilk -son görüşmede uygulanan Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması**

	Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları	NLP Grubu (n=77)	Kontrol Grubu (n=63)	Gruplar arası test (NLP X Kontrol)	
				Z**	p
Uygulama öncesi/ İlk görüşme	DÖYÖ Toplam (SB+YB) ( $\bar{X}\pm SS$ )	249,74±37,82	239,77±43,57	-1,250	0,211
	DÖYÖ SB alt boyutu ( $\bar{X}\pm SS$ )	133,18±19,59	131,46±19,69	-0,463	0,643
	DÖYÖ YB alt boyutu ( $\bar{X}\pm SS$ )	116,55±26,11	108,31±30,13	-1,732	0,083
Uygulama sonrası/ Son görüşme	DÖYÖ Toplam (SB+YB) ( $\bar{X}\pm SS$ )	267,37±32,57	253,46±38,87	-2,072	0,038
	DÖYÖ SB alt boyutu ( $\bar{X}\pm SS$ )	137,24±16,22	135,74±16,85	-0,480	0,631
	DÖYÖ YB alt boyutu ( $\bar{X}\pm SS$ )	129,74±20,19	117,71±28,00	-2,474	0,013
Grupların kendi içinde Öncesi/sonrası Test	DÖYÖ Toplam	(Z*)/ p (-4,927)/ 0,000	(-3,816)/ 0,000		
	DÖYÖ SB	(Z*)/ p (-2,324)/ 0,020	(-2,480)/ 0,013		
	DÖYÖ YB	(Z*)/ p (-4,964)/ 0,000	(3,883)/ 0,000		

DÖYÖ: Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği, DÖYÖ (SB-YB): Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi- Yeterlilik Beklentisi Alt boyutu, NLP: Nöro Linguistik Programlama \*: Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi \*\*: Mann Whitney U Testi

Uygulama öncesi NLP grubuna uygulanan DÖYÖ'nün puan ortalaması 249,74±37,82, ilk görüşmede kontrol grubunun DÖYÖ puan ortalaması ise 239,77±43,57 olarak hesaplandı. NLP ve kontrol grupları arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve DÖYÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -1,25, p > 0,05$ ) (Tablo 4-3).

Uygulama sonrası NLP grubuna uygulanan DÖYÖ'nün puan ortalaması 267,37±32,57, son görüşmede kontrol grubunun DÖYÖ puan ortalaması ise 253,46±38,87 olarak hesaplandı. NLP ve kontrol grupları arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve DÖYÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $Z_{MW} = -2,072, p < 0,05$ ) (Tablo 4-3). Doğum öz yeterlilik düzeylerine ilişkin hipotezlerden  $H_1$  kabul edildi.

NLP grubunun uygulama öncesi DÖYÖ puan ortalaması  $249,74 \pm 37,82$ , uygulama sonrası ise  $267,37 \pm 32,57$  idi. NLP grubunda uygulama öncesi sonrası puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı. NLP grubunda uygulama öncesi sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -4,927$ ,  $p < 0,001$ ) (Tablo 4-3).

Kontrol grubunun ilk görüşmedeki DÖYÖ puan ortalaması  $249,74 \pm 37,82$ , son görüşmedeki puan ortalaması ise  $267,37 \pm 32,57$  idi. Kontrol grubunda iki görüşmenin puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı. Kontrol grubunda ilk ve son görüşmedeki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -3,816$ ,  $p < 0,001$ ) (Tablo 4-3).

Tablo 4-3’de, NLP ve kontrol gruplarında yer alan kadınların, DÖYÖ’nün SB ve YB alt boyutlarından girişim öncesi ve sonrası aldıkları puanlara yönelik değerlendirmeler de yer almaktadır.

Uygulama öncesi NLP grubunda DÖYÖ-SB alt boyutu puan ortalaması  $133,18 \pm 19,59$ , ilk görüşmede kontrol grubunda DÖYÖ-SB alt boyutu puan ortalaması ise  $131,46 \pm 19,69$ ’du. İki grup arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -0,463$ ,  $p > 0,05$ ).

Uygulama öncesi NLP grubunda girişim öncesi DÖYÖ-YB alt boyutu ortalaması  $116,55 \pm 26,11$ , ilk görüşmede kontrol grubunda DÖYÖ-YB alt boyutu puan ortalaması ise  $108,31 \pm 30,13$ ’tü. İki grup arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -1,732$ ,  $p > 0,05$ ).

Uygulama sonrası NLP grubunda girişim öncesi DÖYÖ-SB alt boyutu puan ortalaması  $137,24 \pm 16,22$ , son görüşmede kontrol grubunda DÖYÖ-SB alt boyutu puan ortalaması ise  $135,74 \pm 16,85$ ’ti. İki grup arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -0,480$ ,  $p > 0,05$ ).

Uygulama sonrası NLP grubunda uygulama öncesi DÖYÖ-YB alt boyutu puan ortalaması  $129,74 \pm 20,19$ , kontrol grubunda DÖYÖ-YB alt boyutu puan ortalaması ise  $117,71 \pm 28,00$ 'di. İki grup arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $Z_{MW} = -2,474$ ,  $p < 0,05$ ).

NLP grubunda uygulama öncesi DÖYÖ-SB alt boyutu puan ortalaması  $133,18 \pm 19,59$ , girişim sonrası ise  $137,24 \pm 16,22$  olarak bulundu. NLP grubunda girişim öncesi ve sonrası puanlar arasındaki farkı değerlendirmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -2,324$ ,  $p < 0,05$ ).

NLP grubunda girişim öncesi DÖYÖ-YB alt boyutu puan ortalaması  $116,55 \pm 26,11$ , girişim sonrası ise  $129,74 \pm 20,19$ 'dur. NLP grubunda girişim öncesi ve sonrası puanlar arasındaki farkı değerlendirmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -4,964$ ,  $p < 0,001$ ).

Kontrol grubunda, ilk görüşmede DÖYÖ-SB alt boyutu puan ortalaması  $131,46 \pm 19,69$  son görüşmede puan ortalaması  $135,74 \pm 16,85$ 'ti. Kontrol grubunda iki görüşmeden elde edilen puanlar arasındaki farkı değerlendirmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -2,480$ ,  $p < 0,05$ ).

Kontrol grubunda, ilk görüşmede DÖYÖ-YB alt boyutu puan ortalaması  $108,31 \pm 30,13$ , son görüşme puan ortalaması  $117,71 \pm 28,00$  olarak bulundu. Kontrol grubunda iki görüşmeden elde edilen puanlar arasındaki farkı değerlendirmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $Z_{WK} = -3,883$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tablo 4-4: Doğum şeklinin ve doğum sonu döneminde uygulanan ölçeklerin yanıtlanma durumlarının gruplara göre dağılımı**

Katılımcıların Doğum Şekilleri ve Doğum Sonu Uygulanan Ölçekler			NLP Grubu (n=77)		Kontrol Grubu (n=63)		Toplam (140)		İstatistik. Test X <sup>2</sup> p
			n	%	n	%	n	%	
Vajinal doğum			52	67,5	36	57,1	88	62,9	1,602
Sezaryen Doğum			25	32,5	27	42,9	52	37,1	0,206
Vajinal doğum	WDEB Yanıt	Veren	24	27,3	22	25,0	46	52,3	1,908
		Vermeyen*	28	31,8	14	15,9	42	47,7	0,167
	MBÖ Yanıt	Veren	24	27,3	22	25,0	46	52,3	1,908
		Vermeyen*	28	31,8	14	15,9	42	47,7	0,167
Sezaryen Doğum	MBÖ Yanıt	Veren	16	30,8	12	23,1	28	59,8	1,997
		Vermeyen*	9	17,3	15	28,8	24	46,2	0,158

NLP: Nöro Linguistik Programlama, X<sup>2</sup>=Pearson Ki-Kare Testi, WDEQ B: Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi Ölçeği B Versiyonu, MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği. \*Yanıt vermeyen: Doğum sonu döneminde kadınların bir kısmı bebeklerinin varlığı, zaman ayıramama gibi nedenlerle araştırmadan çekildiklerini bildirip, yanıt vermek istememişlerdir.

Tabloya göre NLP grubunun %67,5'i, kontrol grubunun %57,1'i vajinal doğum yaparken NLP grubunun %32,5'i, kontrol grubunun %42,9'u sezaryen doğum yaptı. Gruplar arasındaki farkı değerlendirmek için Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (X<sup>2</sup>= 1,602, p>0,05) (Tablo 4-5).

Yapılan değerlendirmelerde NLP grubunun %76'sı, kontrol grubunun %63'ü tıbbi nedenlerle (ilerlemeyen eylem, makat geliş vb.) sezaryen doğum yaparken NLP grubunun %24'ü, kontrol grubunun %37'si diğer nedenlerle (elektif sezaryen vb.) sezaryen doğum yapmıştır. Gruplar arasındaki farkı değerlendirmek için Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (X<sup>2</sup>= 1,036, p>0,05) (Tablo 4-4).

Doğum sonu döneminde, vajinal doğum yapan kadınlara WDEQ B ve MBÖ uygulanmış, sezaryen doğum yapan kadınlara ise sadece MBÖ uygulanmıştır. NLP grubunda vajinal doğum yapan kadınların %27,3' ü (n=24), kontrol grubunun %25'i (n=22) hem WDEQ B hem MBÖ'ye yanıt vermiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (X<sup>2</sup>=1.908, p>0.05) (Tablo 4-4).

NLP grubunda sezaryen doğum yapan kadınların %30,8'i (n=16), kontrol grubundaki kadınların %23,1'i (n=12) MBÖ'ye yanıt vermiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $X^2=1,997$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 4-4).

**Tablo 4-5: Doğum sonrası uygulanan Wijma Doğum Deneyimi/Beklentisi B Versiyonu (WDEQ B) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması**

Ölçekler	Doğum Şekli	NLP grubu	Kontrol grubu	Gruplar arası test (NLP x Kontrol)	
				Z*	P
WDEQ B	Vaginal doğum n=46	69,12±21,17 (24)	81,68±12,84 (22)	-2,696	0,007
Maternal bağlanma	Vaginal doğum n=46	101,25±3,15 (24)	98,91±6,05 (22)	-1,299	0,194
	Sezaryen doğum n=28	99,93±3,39 (16)	100,33±3,77 (12)	-0,328	0,743
Grup içi test (Maternal Bağ.)	Z*	-1,216	-0,347		
	p	0,224	0,728		

\*=Mann-Whitney U Testi

Doğum sonrası 1-4 ay arasında uygulanan WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4-5'de yer almaktadır.

Tablo' ya göre NLP grubunun WDEQ B puan ortalaması 69,12±21,17, kontrol grubunun puan ortalaması 81,68±12,84'tü. Gruplar arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ( $Z_{MW}= -2,696$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 4-5). Doğum sonrası, doğum korkusu düzeyleri ile ilişkili hipotezlerden  $H_1$  kabul edildi.

NLP grubunda vaginal doğum yapan kadınların Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalamasının 101,25±3,15, kontrol grubunda vaginal doğum yapan kadınların puan ortalaması ise 98,91±6,05'ti. Gruplar arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -1,299$ ,  $p>0,05$ ). Maternal bağlanma düzeyleri ile ilişkili hipotezlerden  $H_0$  kabul edildi.

NLP grubunda sezaryen doğum yapan kadınların Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalamasının  $99,93 \pm 3,39$ , kontrol grubunda sezaryen doğum yapan kadınların puan ortalaması ise  $100,33 \pm 3,77$  idi. Gruplar arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -0,328$ ,  $p > 0,05$ ).

NLP grubunda yer alan ve vaginal doğum yapan kadınların MBÖ puan ortalaması  $101,25 \pm 3,15$ , sezaryen doğum yapan kadınların MBÖ puan ortalaması ise  $99,93 \pm 3,39$ 'du. NLP grubunda vaginal doğum yapanların MBÖ puanları ile sezaryen doğum yapanların puanları arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -1,216$ ,  $p > 0,05$ ).

Kontrol grubunda yer alan ve vaginal doğum yapan kadınların MBÖ puan ortalaması  $98,91 \pm 6,05$ , sezaryen doğum yapan kadınların MBÖ puan ortalaması ise  $100,33 \pm 3,77$  olarak bulundu. Kontrol grubunda vaginal doğum yapanların MBÖ puanları ile sezaryen doğum yapanların puanları arasındaki puan farkını değerlendirmek için Mann Whitney U Testi kullanıldı. Gruplar arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $Z_{MW} = -0,347$ ,  $p > 0,05$ ).



**Tablo 4-6: NLP ve kontrol gruplarında kullanılan ölçeklerin sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		...öncesi uyg. Ölçekler				...sonrası uyg. Ölçekler				Doğum sonrası uyg. Ölçekler	
Ölçekler		WDEQ A		DÖYÖ		WDEQ A		DÖYÖ		WDEQ B	
Gruplar		NLP	Kont.	NLP	Kont.	NLP	Kont.	NLP	Kont.	NLP	Kont.
...öncesi uyg. ölçekler	DÖYÖ Toplam	r	<b>-,383**</b>	<b>-,426**</b>							
		p	0,001	0,001							
...sonrası uygulanan ölçekler	WDEQ A	r	<b>,649**</b>	<b>,622**</b>	<b>-,365**</b>	<b>-,368**</b>					
		p	0,000	0,000	0,001	0,003					
Doğum sonu ölçekler	DÖYÖ Toplam	r	<b>-,357**</b>	<b>-,452**</b>	<b>,645**</b>	<b>,760**</b>	<b>-,405**</b>	<b>-,485**</b>			
		p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Doğum sonu ölçekler	WDEQ B	r	0,287	0,32	-0,137	-0,338	0,061	0,302	0,031	-0,286	
		p	0,174	0,147	0,522	0,124	0,775	0,172	0,886	0,197	
Doğum sonu ölçekler	MBÖ	r	-0,027	0,27	-0,023	-0,084	-0,09	0,052	0,059	0,086	-0,136
		p	0,871	0,123	0,889	0,637	0,579	0,769	0,717	0,63	0,526

WDEQ A-B: Wijma doğum deneyimi beklentisi ölçeği A-B versiyonu. DÖYÖ: Doğum öz yeterlilik ölçeği. MBÖ: Maternal bağlanma ölçeği. NLP: Nöro Linguistik Programlama. Kont.: Kontrol grubu. ....öncesi: Girişim öncesi yada ilk görüşme. ....sonrası: Girişim sonrası yada son görüşme. \*.Korelasyon anlamlı (p<0,05). \*\*. Korelasyon ileri derecede anlamlı p< 0,01

Tablo 4-6'da NLP ve kontrol gruplarında kullanılan ölçeklerin puanları arasındaki ilişki yer almaktadır.

- **Girişim öncesi/ ilk görüşmede WDEQ A puanı ile Girişim öncesi/ ilk görüşmede DÖYÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

NLP grubunda, girişim öncesinde tespit edilen WDEQ A puanı ile, yine girişim öncesi DÖYÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır (r= -0,383, p<0,001).

Kontrol grubunda, ilk görüşmede tespit edilen WDEQ A puanı ile DÖYÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır (r= -0,426, p<0,01).

- **Girişim öncesi/ İlk görüşme WDEQ A ile girişim sonrası WDEQ A ve DÖYÖ (ve alt boyutları) puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

NLP grubunda, girişim öncesi ve sonrası WDEQ A puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0.649$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda da, ilk ve son görüşme WDEQ A puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0.622$ ,  $p<0.01$ )

NLP grubunda, girişim öncesinde tespit edilen WDEQ A puanı ile, girişim sonrası DÖYÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,357$ ,  $p<0,01$ ).

Kontrol grubunda, girişim öncesinde tespit edilen WDEQ A puanı ile, girişim sonrası DÖYÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,452$ ,  $p<0,01$ ).

NLP grubunda, girişim öncesinde tespit edilen DÖYÖ puanı ile, girişim sonrası WDEQ A puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0.365$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda, ilk görüşmede elde edilen DÖYÖ puanı ile, girişim sonrası WDEQ A puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,368$ ,  $p<0,01$ ).

NLP grubunda, girişim öncesinde ve sonrasında elde edilen DÖYÖ toplam puanları arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,645$ ,  $p<0,01$ ).

Kontrol grubunda, ilk görüşmede ve son görüşmede elde edilen DÖYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,760$ ,  $p<0,01$ ).

- **Girişim sonrası/ son görüşmede elde edilen WDEQ A ve DÖYÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

NLP grubunda, girişim sonrasında elde edilen WDEQ A puanı ile yine girişim sonrası elde edilen DÖYÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,405$ ,  $p<0,01$ ).

Kontrol grubunda, son görüşmede elde edilen WDEQ A puanı ile yine son görüşmede elde edilen DÖYÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -0,458$ ,  $p < 0,01$ ).

- **Doğum sonu ilk 4 ay içinde uygulanan WDEQ B ve MBÖ'nün diğer ölçek puanları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi**

Her iki grupta da, doğum sonu ilk 4 ay içinde uygulanan WDEQ B ve MBÖ'nün girişim öncesi ve sonrası (ilk ve son görüşme) uygulanan ölçeklerle arasında ilişki tespit edilmemiştir.



## 5. TARTIŞMA

Gebelikte PLISSIT modeline temelli NLP tekniklerinin kullanımının doğum korkusuna etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yürütülen bu çalışmanın tartışma bölümü aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- 1) Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ait verilerin tartışılması
- 2) Gruplar arasında ve grupların kendi içlerinde Girişim Öncesi-Sonrası WDEQ A puanlarına ait verilerin tartışılması
- 3) Gruplar arasında ve grupların kendi içlerinde Girişim Öncesi-Sonrası DÖYÖ, DÖYÖ SB-YB alt boyutlarının puanlarına ait verilerin tartışılması
- 4) Katılımcıların doğum şekillerine ait verilerin tartışılması
- 5) Katılımcıların WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ne ait verilerinin tartışılması
- 6) NLP ve kontrol gruplarında girişim/görüşme öncesi ve sonrasında kullanılan ölçeklerin sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

### 5.1. Örneklem grubunun tanıtıcı özelliklerine ait verilerin tartışılması (Tablo 4-1)

Örnekleme oluşturan kadınların yaş ortalamasının  $27,09 \pm 4,49$  (Tablo 4-1) ve %42,9'nun 25-29 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Türkiye ülke istatistiklerine göre de yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda en yüksek olduğu görülmektedir (TNSA 2013, 2014; TÜİK, 2018a, 2018b). TÜİK'in resmi web sitesinde bölge, alt bölge ve il göre yaşa özel doğurganlık hızı verilerine ilişkin tarama yapıldığında, Kocaeli için de aynı yaş grubunda doğum hızının en yüksek olduğu tespit edilmiştir (<https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOlustur.do#>). Bu raporlar ve veriler doğrultusunda, örnekleme oluşturan kadınların doğurganlık özelliklerinin Türkiye ve araştırmanın yürütüldüğü yer olan Kocaeli ilinin doğurganlık özellikleri ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmaya katılan kadınların %52,1'inin eğitim süresinin 12 yıldan fazla (lise ve sonrası) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-1). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de evli kadınların ancak %44,5'i ilkokulu bitirmiş, %26,5'i ise lise ve üzerinde eğitim alabilmiştir. Benzer sonuçlar Kocaeli'nin içinde bulunduğu Doğu Marmara Bölgesi için de geçerlidir (TNSA 2013, 2014). Örnekleme oluşturan kadınların eğitim düzeyi ülke ve bölge kadınlarınınkine göre oldukça yüksektir. Sarpkaya ve arkadaşlarının (2018) doğum korkusuna yönelik, gebe okulunda plates çalışmaları ile destekledikleri eğitim programına katılan gebelerin büyük bir kısmının eğitim seviyelerinin de yükseköğrenim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Sarpkaya Güder, Yalvaç, & Vural, 2018, s. 2672). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekilleri, emzirme durumları vb. incelendiği bir çalışmada da eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan gebelerin oranı yaklaşık %62'dir (Yılmaz Esencan vd., 2018, s. 37). Gebelikte verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin sonuçlarının incelendiği çalışmada da katılımcıların ¼'ünün lise ve üzeri eğitime sahip olduğu görülmüştür (Onbaşı vd., 2011, s. 76). Literatürde de bu çalışmada olduğu gibi gebe eğitim birimlerine/okullarına başvuran kadınların büyük çoğunluğunun öğrenim seviyesinin yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Örneklem grubundaki kadınların eğitim seviyesinin yüksekliği, ülkemizde, zorunlu eğitimin 12 yıl olmasının olumlu etkileri ile açıklanabilir. Ayrıca, eğitim seviyesi arttıkça sağlık arama davranışının artması da bu konu ile doğrudan ilişkili olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyleri yüksek olmakla birlikte sadece %28,6'sının gelir getiren bir işe sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-1). TNSA 2013 verilerine göre de evli kadınların %31,3'ü çalışmaktadır (TNSA 2013, 2014). Örneklem grubunun, ülke istatistikleri ile benzerliği, ülkede genel olarak yaşanan istihdam sorunları ile açıklanabilir.

Katılımcıların tamamı bu gebeliğin istendik olduğunu ifade etmekle birlikte %74,3'ü gebeliğin planlı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-1). TNSA 2013 verilerinde, kadınların ilk gebeliklerinin/doğumlarının %90'ı, 25-29 yaş grubundaki doğumların %75,4'ünün planlı olduğu görülmektedir. Aynı verilere göre Türkiye'de genel olarak gebeliklerin %74,1'inin planlı olduğu belirtilmektedir (TNSA 2013, 2014). Bu anlamda örneklem grubuna ait verilerin ülke istatistikleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Gebeliklerin yaklaşık ¼'ünün planlanmamış olmasının, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın örneklemine oluşturan kadınların gebelik öncesi BKİ $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup> olanların oranı %29,3'dür (Tablo 4-1). TNSA 2013 verilerine göre BKİ maalesef yaşla birlikte düzenli olarak artış göstermektedir. Aynı verilere göre BKİ $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup> olanların oranları kentte %25,3, Doğu Marmara'da %24,9 ve genel toplamda %26,5'dir. Bu doğrultuda, çalışmanın örneklem grubuna ait BKİ verilerinin, ülke istatistikleri ile uyumlu olduğu farkedilmiştir. Bu çalışmaya dahil olan kadınların neredeyse 1/3'nün gebelik öncesinde obez olması, kadınların spor, sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olabilir. Ayrıca değişen ve gelişen teknolojinin yaşam şekline etkisi ile birlikte hareketliliğin azalması, fast food kültürünün yaygınlaşması, üretilen gıdalara yapılan uygunsuz müdahaleler, ekonomik zorluklar nedeniyle karbonhidrat tüketiminin artışı gibi nedenler de obezite ile ilişkilendirilebilir.

## **5.2. Gruplar arasında ve grupların kendi içlerinde Girişim Öncesi-Sonrası WDEQ A puanlarına ait verilerin tartışılması (Tablo 4-2)**

WDEQ A puanının 38-65 arasında olması orta düzeyde doğum korkusu olarak değerlendirilebilmektedir (Zar vd., 2001, s. 80). Bu doğrultuda çalışmanın hem NLP hem kontrol grubunda yer alan kadınların uygulama/görüşme öncesinde orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı söylenebilir (Tablo 4-2). Antenatal dönemde primiparlara verilen eğitimin doğum korkusuna etkisini inceleyen bazı çalışmalarda da, kadınlarda orta düzeyde doğum korkusu tespit edilmiştir (İşbir, İnci, Önal, & Yıldız, 2016; Karabulut vd., 2016; Kizilirmak & Başer, 2016; Serçekuş & Başkale, 2016). Aksoy ve arkadaşlarının (2014) ağrısız doğuma dair bilgi sahibi olmakla doğum korkusu arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada da kadınların doğum korkusu orta düzeydedir (M. Aksoy, Aksoy, Dostbil, Gürsaç Çelik, & İnce, 2014, s. 2). Coşkuner ve arkadaşlarının (2017) doğum korkusu ile gebeliğin kabulü arasındaki ilişkiyi konu alan araştırmada da kadınların orta düzeyde doğum korkusu yaşadıkları ortaya konmuştur (Coşkuner Potur vd., 2017). Deliktaş ve arkadaşlarının (2019) Türkiye’de doğum korkusu ile ilgili yürütülmüş araştırmalar üzerinden yaptıkları meta analizi çalışmasında, doğum korkusu puan ortalaması,  $67.26 \pm 4.08$  olarak belirtilmiştir (Deliktaş & Kukulcu, 2019, s. 5). Bu bilgiler ışığında, çalışma verilerinin literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Şiddetli tokofobi yaşayan primiparla yürütülen randomize kontrollü çalışmada, psikoeğitim, motivasyon modeli, zihin-beden iletişimi, olumlama çalışmaları gibi girişimleri barındıran grup terapi müdahalesinin, doğum korkusu ve duygular ve kişisel hedeflerdeki değişimler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, grup müdahalesi, doğum korkusunu azaltmakta ve doğum için hazır olma duygusunda ve kişisel hedeflerde değişiklik sağlamada etkili olmuştur (Airo (Toivanen) vd., 2018, s. 363). Bu çalışmada NLP teknikleri kullanılarak yapılan görüşmelerde doğuma yönelik olumlu tutum ve hedef oluşturma çalışmaları yapılmış, TOTE Modelden faydalanılmıştır. NLP varsayımlarına göre insanlar ihtiyaç duydukları kaynaklara sahiptirler. TOTE Model ile hedef belirleme çalışmalarında, şimdiki durumdan istenen duruma doğru yol alırken kullanılacak kaynaklar üzerine yoğunlaşmış ve kadınlarda kaynakları konusunda farkındalık oluşturulmuştur. NLP çalışmaları sayesinde kadınlar kendilerinde olumsuz duygularla başedebilme cesaretini ve kabiliyetini bulmuş, koydukları hedeflere ulaşabilmek için kendilerini güçlü hissetmiş ve doğum için motive olmuş olabilirler.

Sanat terapisinin şiddetli doğum korkusu üzerine olan etkisini değerlendirmek için yapılan çalışma sonuçlarına göre, kadınlar korku ve duygularına yönelik gözle görülür görüntüler oluşturarak, korku yüklerini paylaşarak, yaklaşan doğumları karşısında umut ve özgüven kazanmışlardır. (Wahlbeck vd., 2018, s. 299). Bu araştırmanın NLP çalışmaları sırasında da, benzer şekilde doğuma yönelik duyguları daha somut hale getirmek için “Doğum size göre neye benzer?” sorusu kullanılarak metafor yapılması istenmiştir. Bu soru kalıbı sayesinde kadınlar doğum ile ilgili zihinlerindeki olumlu, olumsuz duygu ve düşüncelerini, korkularını benzetme yolu ile ortaya koyabilmiştir. Olumsuz duygu ve düşüncelere, etkili dil kalıpları, çıpalama, yeniden çerçeveleme gibi çalışmalarla müdahale edilmiştir ve bu, çalışma sonuçlarına doğum korkusunda azalma olarak yansımıştır. Bu çalışmada, kadınlarda doğum korkusunun azalmasının nedeni, sanat terapide olduğu gibi NLP'nin de kadınlara duygu ve düşüncelerini somutlaştırma imkanı sunmuş olması olabilir.

Haptoterapi'nin şiddetli doğum korkusu üzerine etkisini değerlendirmek için yürütülen randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre, haptoterapi doğum korkusu ile başetmede kullanılabilecek etkin bir yöntemdir (Klabbers vd., 2014, s. 1).



Haptonomi iletişim kurmak, birlikte hissetmek anlamına gelir, saygılı ve güvenli dokunma çalışmalarını içerir. Haptonomi ilkelerinin teröpatik olarak uygulanması ise Haptoterapi'dir (Klabbers vd., 2014, s. 1). NLP çalışmalarında da, kadınlarla, kalibrasyon çalışması yapılmıştır. Böylece Haptoterapi çalışmasında olduğu gibi "birlikteyiz, beraberiz, benzeriz" mesajları verilmeye çalışılmıştır. Bu mesaj sayesinde güvene dayanan bir iletişim kurulmuş, kadınlar duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilmişlerdir. Kadınların izni ile haptoterapide olduğu gibi onlara dokunularak, çıpa çalışmaları yapılmış ve doğumda kullanabilecekleri olumlu hatırlatıcı izler bırakılmıştır. NLP'nin doğum korkusu üzerindeki olumlu etkisinin, güvene dayanan bir iletişim ortamında kadınların duygularını ifade edebilmeleri ve istedikleri zaman olumlu hatırlatıcılar olan çıpaları kullanabilmeleri ile ilişkili olduğu oluduğu düşünülmektedir.

Newham ve arkadaşlarının antenatal dönemde yapılan yoganın doğum korkusuna etkisini belirlemek amacı ile yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada, yoganın kadınların genel iyilik durumlarının sürdürülmesi ve doğum korkularının azalması üzerine etkili olduğu ortaya koyulmuştur (Newham vd., 2014, s. 631). Yoga, beden ve zihnin birlikte çalışması prensibine dayanan bir uygulamadır. NLP varsayımlarına göre de zihin ve vücut bir sistemin parçasıdır ve bilinçdışı zihin bilinci dengeler. NLP teknikleri ile, kadınlar doğuma hem beden hem de zihinsel olarak hazırlanmışlardır. Her davranışın bir yapısı olduğuna göre, zihinsel programlarda değişim yaratılabilirse, doğuma yönelik duygu, düşünce ve tavırlarda da değişim sağlanabileceği vurgulanmıştır. NLP grubunda doğum korkusu puanlarının azalmasının sebebinin bu değişim olabileceği düşünülmektedir.

Toplamda 1222 sağlıklı gebe ile yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, bir gruba doğumda kullanabilmeleri için kendi kendine hipnoz tekniklerini içeren kısa bir eğitim, bir gruba kendi kendine rahatlama tekniklerini içeren kısa bir eğitimi verilmiş, bir grup ise rutin sağlık hizmeti almıştır. Doğum korkusu ve doğum sonuçları açısından, gruplar arasında fark bulunmamıştır. Ancak, sadece hipnoz grubundaki kadınların bir sonraki doğumlarını da vaginal doğum olarak gerçekleştirmek istemelerinin önemli bir sonuç olduğu vurgulanmıştır (Werner vd., 2013, s. 816). NLP'nin en önemli yapı taşı belkide Milton Ericson'un hipnoz çalışmalarıdır. Hipnoz, verilen telkine, uyanık ve bilinçli olarak cevap verme hali olarak tanımlanabilir. Milton Ericson'un hipnotik dil kalıpları kullanılarak yapılan NLP çalışmaları ile kadınlara verilen telkinler, olumlu mesajlar, doğum korkusu üzerine etkili olmuş olabilir.

### **5.3. Gruplar arasında ve grupların kendi içlerinde Girişim Öncesi-Sonrası DÖYÖ YB-SB alt boyutlarının puanlarına ait verilerin tartışılması (Tablo 4-3)**

Girişim sonrasında yapılan değerlendirmede, gruplar arasında DÖYÖ toplam puanı ve DÖYÖ-SB alt boyutu puanları arasında fark bulunmazken, sadece DÖYÖ-YB alt boyutu puanları arasında fark tespit edilmiştir. Buna göre, NLP teknikleri ile yapılan görüşmeler, kadınların doğumda karşılaşacakları zorluklarla baş edebilmek için gerekli girişimleri uygulayabileceklerine olan inançlarını artırmaktadır.

Hem NLP hem kontrol grubunda yer alan kadınların girişim sonrası/son görüşmede doğum öz yeterlik puanlarının arttığı görülmektedir. Bu anlamda NLP çalışmaları doğum öz yeterliliği artırmak için kullanılacak yeni bir yöntem olabilir.

Farkındalığa dayalı doğum öncesi eğitim modeli kullanılarak yapılan çalışma sonuçlarına göre kadınların doğum ile ilgili endişe ve korkuların azaldığı, doğum öz yeterliliklerinin ise arttığı bildirilmiştir Farkındalığa Dayalı Doğum Eğitimi'nde öz-yeterliliği artırmak ve korku ve stresi azaltmak için farkındalık, iletişim ve karar verme becerilerine odaklanan meditasyon ile beceriye dayalı doğum eğitimi birbirine entegre olarak sunulmuştur (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014). NLP çalışmalarının doğum öz yeterliliği üzerinde etkili olması, görüşmelerde kalibrasyon ile uyum ve güvenli bir iletişim ortamı sağlanmış, nefes çalışmaları ile rahatlama

elde edilmiş, doğuma yönelik hedef belirleme ve karar verme çalışmaları yapılmış ve NLP varsayımlarından olan “İnsan ihtiyaç duyduğu tüm kaynaklara sahiptir” ve “her davranışın özünde olumlu bir niyet vardır” varsayımlarına sürekli vurgu yapılmış olması olabilir.

İşbir ve arkadaşlarının, antenatal eğitimin doğum öz yeterliliği üzerine olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşan çalışmada, kadınlara dört haftalık bir süreçte gebelik süreci, doğum, korku ve başatme yöntemleri ile ilgili bilgi verilmiştir (İşbir vd., 2016). NLP teknikleri kullanılarak yapılan çalışmada da benzer konularda bilgi verilmesi, gebelerin bilgi ve beceri edinmelerine, kendilerine olan güvenlerinin artmasına ve doğuma yönelik motive olmalarına neden olduğu için doğum öz yeterlilik üzerine de olumlu etki etmiş olabilir.

#### **5.4. Katılımcıların doğum şekillerine ait verilerin tartışılması (Tablo 4-4)**

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre NLP grubunun %67,5'i, kontrol grubunun %57,1'i vajinal doğum yaparken NLP grubunun %32,5'i, kontrol grubunun %42,9'u sezaryen doğum yapmıştır. Sezaryen nedenleri incelendiğinde NLP grubunun %76'sı, kontrol grubunun %63'ü tıbbi nedenlerle (ilerlemeyen eylem, makat geliş vb.) sezaryen doğum yaparken NLP grubunun %24'ü, kontrol grubunun %37'si diğer nedenlerle (elektif sezaryen vb.) sezaryen doğum yapmıştır.

Rol yapma (play) ile yapılan eğitimlerin doğum korkusu üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmanın sonuçlarına göre, bu eğitim normal doğum tercihlerini %14 artırmış ve gereksiz sezaryenlerin önüne geçilmesinde etkili olmuştur (Navaee & Abedian, 2015, s. 45). Bahri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gebelere uygulanan sağlıklı doğum ile ilgili, sağlık inanç modeline temelli eğitim programının vaginal doğum tercihi ve oranları üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (Bahri, Rahmani Bilandi, Moshki, E, & Amirideli, 2018, s. 255). Taheri ve arkadaşlarının, doğum öncesi eğitimin öz yeterlilik ile normal doğumu tercih etme üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada, deney grubunda yer alan kadınların %71,4'ünün, kontrol grubunda yer alanların %53,8'inin normal doğum yaptığı belirtilmiştir (Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh, & Amiri, 2014). Literatürde de çalışmaların normal doğum oranlarına ait etkilerine dair farklı sonuçlar yer almaktadır. Bu çalışmaya göre, NLP grubunda yer alan kadınların vaginal doğum yapma oranları kontrol grubuna göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark

istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca, NLP grubundaki kadınların sezaryen nedenlerinin büyük bir oranla tıbbi nedenler olması dikkat çekicidir. Bu sonuç, NLP çalışmalarının doğum korkusunda azalma ve öz yeterlilikte artış meydana getirmesi nedeniyle vaginal doğuma yönelme ya da son ana kadar bekleme davranışı ile açıklanabilir.

### **5.5. Katılımcıların WDEQ B ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ne ait verilerinin tartışılması (Tablo 4-5)**

Çalışma sonuçlarına göre, NLP grubunda WDEQ B puanı kontrol grubuna göre oldukça düşüktür ve gruplar arasındaki bu puan fark anlamlıdır (Tablo 4-5). Buna göre NLP grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre çok daha olumlu bir doğum deneyimi yaşadıklarını söylemek mümkündür.

Antenatal eğitimin doğum korkusu, maternal bağlanma ve doğum öz yeterlilik üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmanın sonuçlarına göre, antenatal eğitim doğum korkusunu azaltmıştır (Serçekuş & Başkale, 2016). İşbir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, doğum öncesi eğitimin, doğum deneyimi üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (İşbir vd., 2016). Rouhe ve arkadaşlarının şiddetli doğum korkusu yaşayan nulliparlarla yürüttüğü çalışmada, gevşeme egzersizleri ile grup psiko eğitimin doğum korkusu ve doğum sonrası depresyon üzerine etkisi değerlendirilmiş ve deney grubundaki kadınların daha olumlu bir doğum deneyimine sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Rouhe vd., 2015, s. 4). Çalışmaların sonuçları, NLP tekniklerinin kullanıldığı bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Doğumda epidural anestezi kullanımının doğum korkusu üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, ilginç bir sonuç olarak epidural anestezi yapılan kadınlarda WDEQ B puanı daha yüksek bulunmuştur (Alehagen, Wijma, & Wijma, 2006). Buna göre epidural anestezi, kadınların doğumdan korkma nedenlerinin en büyüğü olan ağrı üzerine etki etse de doğum deneyimini ve korkusunu olumlu etkilememiştir. Epidural anestezinin his kaybı yaratıp ağrıya etki etmekle birlikte, kadınların zihinsel olarak doğuma hazırlanmış olmamaları bu sonucu yaratmış olabilir. NLP'ye göre "zihin ve beden birlikte çalışan muhteşem bir sistemdir". Bu çalışmada doğum korkusu ile baş etmek için hem zihinsel hem de fiziksel hazırlık önerileri verilmiş ve ilgili uygulamaların yapılmış olması, epidural anestezinin aksine, doğum deneyimi üzerine etkili olmuş olabilir.

Serçekuş ve Başkale'nin (2016) yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre antenatal eğitim maternal bağlanma üzerine etkili olmamıştır (Serçekuş & Başkale, 2016). 610 gebe ile yapılan bir çalışmada anne yaşının, gebeliğin planlanma durumunun, anneliğin önceden deneyimlemenin, sosyal destek yetersizlik algısının maternal bağlanma düzeyinde fark yaratmadığı bildirilmiştir (Bilgin & Ecevit Alpar, 2018, s. 13). Bu çalışmada, NLP ve kontrol gruplarının MBÖ puanlarının oldukça yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-5). Bunun nedeni, NLP ve kontrol gruplarında yer alan kadınların primigravida olması, yaş, gebeliğin planlanma durumu gibi tanıtıcı özelliklerinin çok benzer olması olabilir.

#### **5.6. Kullanılan ölçeklerin sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Tablo 4-6)**

Bu çalışmanın sonuçları, hem deney hem kontrol grubunda doğum korkusu ile doğum öz yeterliliği arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu, doğum korkusu azaldıkça kadınların doğum öz yeterlilikleri ve doğumda zor durumlarla başedebileceklerini göstermektedir. Bu durum doğum öz yeterliliği ölçeğinin sonuç alt boyutu ve yeterlilik beklentisi alt boyutu arasında da söz konusudur. Bu ilişki hem NLP hem de kontrol grubu için geçerlidir.

Taheri ve arkadaşlarının sağlıklı doğum ile ilgili eğitimin doğum korkusu, doğum öz yeterliliği ve vaginal doğum oranlarına etkisinin değerlendirdiği çalışmada deney ve kontrol grubunun doğum korkusu ve öz yeterlilik puanları arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (Taheri vd., 2014). Buna göre eğitim girişimi deney grubunda doğum korkusunu azaltırken, doğum öz yeterliliğin artışına neden olmuştur. İşbir ve arkadaşlarının antenatal eğitimin doğum korkusu, doğum öz yeterlilik ve doğum sonu depresyona etkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca bu sonuçlar doğum öz yeterlilik ve alt boyutları için de geçerlidir (İşbir vd., 2016). Sağlık inanç modeline temelli olarak verilen doğum öncesi eğitimin de, doğum öz yeterlilik üzerine etkili olduğu ifade edilmiştir (Bahri vd., 2018, s. 255). Gaziler ve hareket kısıtlılığı olan sporcularla NLP tekniklerinin kullanımının öz yeterlilik ve öz güven üzerine etkisini değerlendirmek üzere yapılan çalışma sonuçlarına göre, NLP öz yeterliliği ve güveni artırmak için oldukça etkili bir yöntemdir (Akbarzadeh, Vaezmousavi, & Zareian, 2018, s. 53).

İncelenen çalışmalarda, yapılan girişimler öz yeterliliği artırmak açısından oldukça etkili bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda da hem NLP grubunda hem kontrol grubunda doğum korkusunda azalma, doğum öz yeterlilikte artış vardır. NLP grubundaki artış kontrol grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha fazladır. Bu çalışmada, NLP tekniklerinin kullanılması gebelerin doğumda karşılaşılabilecekleri güçlüklerle daha etkin şekilde baş edebileceklerine olan inançlarını artırmış olabilir. Aynı zamanda grupların gebe okulunda eğitimler sırasında birbirleriyle iletişimlerini sırasında, kontrol grubunda yer alan kadınlar NLP tekniklerinden yararlanan grubun söylem ve davranışlarından da etkilenmiş olabilir.

Sonuç olarak NLP teknikleri, doğum korkusunu azaltmak, doğum öz yeterliliğini artırmak için kullanılabilir bir yöntemdir.

### **Sonuçlar;**

- PLISSIT Modeline Temelli olarak kullanılan NLP teknikleri, gebelikte ve doğum sonrasında yaşanan doğum korkusunu azaltmakta etkili olmuştur
- PLISSIT Modeline Temelli olarak kullanılan NLP teknikleri, doğum öz yeterliliği artırmakta etkili olmuştur.

- Doğum korkusu ile doğum öz yeterliliği arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, doğum korkusu azaldıkça, doğum öz yeterliliği artmaktadır.
- PLISSIT Modeline Temelli olarak NLP tekniklerinin kullanıldığı grupta, vaginal doğum oranı daha yüksektir.
- Doğum deneyimi sonrası doğum korkusu ile, gebelikte yaşanan doğum korkusu ve öz yeterlilik arasında ilişki bulunmamıştır.
- Maternal bağlanma ile doğum korkusu, doğum öz yeterlilik ve doğum şekli arasında ilişki tespit edilmemiştir.

### **Öneriler:**

Bu çalışmanın sonuçlarına göre,

- Hem etkili iletişim, hem sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi adına sağlık çalışanlarının NLP tekniklerini öğrenip uygulamaları,
- Doğum korkusunun tespit edilmesi, bu korkuyu yaşayan kadınların ilgili hizmetleri alması aşamalarında kullanılmak üzere NLP tekniklerinin öğrenilmesi,
- Doğum öz yeterliliği geliştirip, doğum korkusunu azaltmak için kullanılmak üzere sağlık çalışanlarının NLP tekniklerini öğrenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Açmaz, K. (2016). *NLP - Bireysel Mükemmellik Anahtarı*. İstanbul: Etap Yayınları.
- Airo (Toivanen), R., Korja, R., Saisto, T., Rouhe, H., Muotka, J., Salmela–Aro, K., ... Aro, K. S. (2018). Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), 363–380. Erişim 29.12.2018, <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1462477>
- Akbarzadeh, B., Vaezmousavi, S. M. K., & Zareian, E. (2018). Effect of training Neuro-Linguistic Programming strategies on self-efficiency, sport self-confidence, and performance of athletes with disabilities and veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 10(2), 53–59. Erişim 15.12.2018, <https://doi.org/10.29252/ijwph.10.2.53>
- Aksoy, A., Aydin, F., Kucur, S., & Gözükara, I. (2016). Maternal and fetal doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 19(5), 632–635. Erişim 18.11.2018, <https://doi.org/10.4103/1119-3077.183238>
- Aksoy, M., Aksoy, A. N., Dostbil, A., Gürsaç Çelik, M., & İnce, İ. (2014). The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014, 1–7. Erişim 27.03.2019, <https://doi.org/10.1155/2014/274303>
- Alder, J., Breitingner, G., Granado, C., Fornaro, I., Bitzer, J., Hösli, I., & Urech, C. (2011). Antenatal psychobiological predictors of psychological response to childbirth. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(6), 417–425. Erişim 24.04.2018, <https://doi.org/10.1177/1078390311426454>
- Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 56–62. Erişim 18.11.2018, <https://doi.org/10.1080/00016340500334844>
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15. Erişim 15.01.2019, <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Asadi, L., Ziaei, T., Koochak, H. E., Montazeri, A., Rezaei, E., Moghadam, Z. B., & Shahmohammadi, L. (2018). Effect of counseling based on PLISSIT model on sexual function of HIV-positive married women. *HIV and AIDS Review*, 17(3), 169–175. Erişim 17.01.2019, <https://doi.org/10.5114/hivar.2018.78487>
- Ayaz, Sultan. (2009). Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: An alternative. *Sexuality and Disability*, 27(2), 71–81. Erişim 17.01.2019, <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9113-4>



- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 89–98. Erişim 17.01.2019, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. Erişim 18.11.2018, <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Azimi, M., Fahami, F., & Mohamadirizi, S. (2018). The relationship between perceived social support in the first pregnancy and fear of childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 235–239. Erişim 18.11.2018, [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_170\\_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_170_16)
- Bahri, N., Rahmani Bilandi, R., Moshki, M., E, B., & Amirideli, M. (2018). Effectiveness of an Educational Program Based on Health Belief Model Regarding Safe Childbirth on Selected Delivery Mode Among Pregnant. *Horizon of Medical Sciences*, 24(4), 255–262. Erişim 30.04.2019, [www.hms.gmu.ac.ir](http://www.hms.gmu.ac.ir)
- Beijers, R., Buitelaar, J. K., & de Weerth, C. (2014). Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 943–956. Erişim 24.04.2018, <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0566-3>
- Biçer, T. (2014). *NLP - Kişisel Liderlik* (14. Basım). İstanbul: Beyaz Yayınlar.
- Biçer, T. (2016). *NLP, Pratisyen Eğitim Notları*. İstanbul: doruk performans enstitü.
- Bigley, J., Griffiths, P. D., Prydderch, A., Romanowski, C. A. J. J., Miles, L., Lidiard, H., & Hoggard, N. (2010). Neurolinguistic programming used to reduce the need for anaesthesia in claustrophobic patients undergoing MRI. *British Journal of Radiology*, 83(986), 113–117. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1259/bjr/14421796>
- Bilgin, Z., & Ecevit Alpar, Ş. (2018). Kadınların maternal bağlanma algısının annelik rolü ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 6–15. Erişim 05.05.2019, <https://doi.org/10.17681/hsp.296664>
- Budiman, A., Frankovský, M., Birknerová, Z., Benková, E., & Rajiani, I. (2018). Identification of attributes of neuro-linguistic programming (NLP) structure with the focus on communication and techniques of its implementation in managerial work. *Polish Journal of Management Studies*, 17(2), 41–51. Erişim 10.03.2019, <https://doi.org/10.17512/pjms.2018.17.2.04>
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192–197. Erişim 05.05.2019, <https://doi.org/10.1111/jmwh.12075>
- Chun, N. (2011). Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(4), 471–480. Erişim 17.01.2019, <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.4.471>

- Cooley, M. E., Yeomans, A. C., & Cobb, S. C. (1986). Sexual and reproductive issues for women with Hodgkin's disease II. Application of PLISSIT model. *Cancer Nursing*, 9(5), 248–255. Erişim 07.05.2019, <https://doi.org/10.1097/00002820-198610000-00005>
- Coşkun Potur, D., Mamuk, R., Hotun Şahin, N., Demirci, N., Hamlacı, Y., Şahin, N. H. H., ... Hamlacı, Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, 64(4), 576–583. Erişim 09.04.2018, <https://doi.org/10.1111/inr.12378>
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7(7), 2–7. Erişim 26.10.2018, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Khakbazan, Z., Nabavi, S. M., Nayeri, N. D., Ghasemzadeh, S., & Montazeri, A. (2017). The influence of Ex-PLISSIT (extended permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) model on intimacy and sexuality of married women with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability*, 35(4), 399–414. Erişim 17.01.2019, <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9482-z>
- Dehghani, M., Sharpe, L., & Khatibi, A. (2014). Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 18(4), 582–589. Erişim 29.12.2018, <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00404.x>
- Deliktas, A., & Kukulu, K. (2019). Pregnant women in Turkey experience severe fear of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 1–11. Erişim 03.05.2019, <https://doi.org/10.1177/1043659618823905>
- Dweik, D., & Sluijs, A.-M. (2015). What is underneath the cesarean request? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(11), 1153–1155. Erişim 18.11.2018, <https://doi.org/10.1111/aogs.12692>
- Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth*, 40(4), 289–296. Erişim 09.12.2018, <https://doi.org/10.1111/birt.12065>
- Ergöl, Ş., & Kürtüncü, M. (2014). Bir üniversitesi hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Erişim 04.04.2019, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26–34.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(1), 63–72. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1080/01674820400023275>
- Ersoy, Y. (2011). *Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışması*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi. Erişim 20.11.2018, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

- Eskin, M. (2000). Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışlarıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 3, 228–234. Erişim 09.12.2018, [https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_3\\_4\\_228\\_234.pdf](https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_3_4_228_234.pdf)
- Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(11), 4845–4851. Erişim 26.10.2018, <https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4845>
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667–677. Erişim 28.10.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219. Erişim 21.12.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., & Kazandı, M. (2014). Gebelerin algıladıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(1), 36\*41. Erişim 21.12.2018, [https://www.researchgate.net/publication/306065458\\_Gebelerin\\_Yasadiklari\\_Dogum\\_Korkusu\\_ile\\_Algiladiklari\\_Sosyal\\_Destek\\_Arasindaki\\_Iliski](https://www.researchgate.net/publication/306065458_Gebelerin_Yasadiklari_Dogum_Korkusu_ile_Algiladiklari_Sosyal_Destek_Arasindaki_Iliski)
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 567–576. Erişim 28.10.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x>
- Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K., & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-78>
- Hamama-Raz, Y., Sommerfeld, E., Ken-Dror, D., Lacher, R., & Ben-Ezra, M. (2017). The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: A preliminary study. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 385–396. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9455-x>
- Hildingsson, I., & Thomas, J. (2012). Perinatal outcomes and satisfaction with care in women with high body mass index. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(4), 336–344. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00141.x>
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176(JAN.), 83–85. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>

- Hofberg, K., & Ward, M. (2007). Tokophobia tokophobia: A profound dread and avoidance of childbirth (When pathological fear effects the consultation). İçinde M. Pawson (Ed.), *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology* (ss. 165–172). London: Springer. Erişim 20.11.2018, [https://doi.org/10.1007/978-1-84628-808-1\\_16](https://doi.org/10.1007/978-1-84628-808-1_16)
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: The obstetric-psychiatric interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 527–534. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca>
- Hosseinzadeh, E., & Baradaran, A. (2015). Investigating the relationship between Iranian EFL Teachers' autonomy and their Neuro-Linguistic Programming. *English Language Teaching*, 8(7), 68–75. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.5539/elt.v8n7p68>
- Ip, W. Y., Chung, T. K., & Tang, C. S. (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: The development of a short form. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 333–340. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01919.x>
- İşbir, G. G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, 32, 227–232. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013>
- Karabulut, O., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1), 60–67. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/inr.12223>
- Kavlak, O., & Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği ' nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 188–202. Erişim 20.11.2018, <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/download/500/340>
- Kizilirmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19–24. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.002>
- Klabbers, G. A., van Bakel, H. J. A., & van den Heuvel, M.M.A., Vingerhoets, A. J. J. . (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107–127.
- Klabbers, G. A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H. M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2014). Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14, 1–10. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-385>
- Kondu, C. (2010). *Herkes İçin NLP*. (İ. Özbay, Ed.). İstanbul: Endülüjans İçerik Hizmetleri. Erişim 21.07.2018, <http://www.gencgelisim.com/v2/images/ekitap/NLP.pdf>

- Korukcu, O., Kukulu, K., & Firat, M. Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(3), 193–202. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x>
- Kotera, Y. (2018). A qualitative investigation into the experience of neuro-linguistic programming certification training among Japanese career consultants. *British Journal of Guidance & Counselling*, *46*(1), 39–50. Erişim 02.01.19, <https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1320781>
- Kudliskis, V. (2014). Teaching assistants, neuro-linguistic programming (NLP) and special educational needs: ‘reframing’ the learning experience for students with mild SEN. *Pastoral Care in Education*, *32*(4), 251–263. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1080/02643944.2014.960533>
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *115*, 354–360. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>
- Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *5*(3), 99–106. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
- Mann, S., Vrij, A., Nasholm, E., Warmelink, L., Leal, S., & Forrester, D. (2012). The direction of deception: Neuro-Linguistic Programming as a lie detection tool. *Journal of Police and Criminal Psychology*, *27*(2), 160–166. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1007/s11896-011-9097-8>
- Mazúchová, L., Škodová, Z., Kelčíková, S., Rabárová, A., Mazúchova, L., Skodova, Z., ... Rabárova, A. (2017). Factors associated with childbirth - related fear among Slovak women. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, *8*(4), 742–748. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2017.08.0027>
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, *29*(2), 101–111. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x>
- Navae, M., & Abedian, Z. (2015). Effect of role play education on primiparous women’s fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *20*(1), 40–46. Erişim 20.11.2018, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4325412&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Nejati, B., Kazemi, F., Masoumi, S. Z., Parsa, P., Karami, M., & Mortazavi, A. (2017). Efficacy of sexual consultation based on PLISSIT model (Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) on sexual function among pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Isfahan Medical School*, *35*(435), 739–748. Erişim 20.11.2018,

<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L617845032%0Ahttp://vu.on.worldcat.org/atoztitles/link?sid=EMBASE&issn=1735854X&id=doi:&atitle=Efficacy+of+sexual+consultation+based+on+PLISSIT+model+%28Permission%2C+limited+informati>

- Newham, J. J., Wittkowski, A., Hurley, J., Aplin, J. D., & Westwood, M. (2014). Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 31*(8), 631–640. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1002/da.22268>
- Nho, J.-H. (2013). Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *Journal of Korean Academy of Nursing, 43*(5), 681–689. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.681>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., ... Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(1), 1–15. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth, 25*(3), 114–121. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S., & Eberhard-Gran, M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, 15*(3), 203–209. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0278-y>
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 96*(8), 907–920. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- O'Connell, M., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., & Kenny, L. . (2015). Tocophobia - the new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 25*(6), 175–177. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.03.002>
- Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125*(8), 918–922. Erişim 01.01.19, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
- Onbaşı, Ş., Duran, R., Aladağ Çiftdemir, N., Vatansever, Ü., Acunaş, B., & Süt, N. (2011). Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi, 46*(1), 75–80. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.4274/tpa.46.13>
- Özbay, A., & Erengil, C. (2008). *Zirveye Giden Yol NLP*. (D. Tekin, Ed.) (1. Baskı). İstanbul: Özbay Yayıncılık.

- Özdemir, H., & Rezaki, M. (2007). Depresyon saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *18*(1), 13–21. Erişim 20.11.2018, <http://www.turkpsikiyatri.com/c18s1/depresyonsaptanmasinda.pdf>
- Pallant, J. F., Haines, H. M., Green, P., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2016). Assessment of the dimensionality of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire using factor analysis and Rasch analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1). Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1157-8>
- Poggi, L., Goutaudier, N., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2018). When fear of childbirth is pathological: The fear continuum. *Maternal and Child Health Journal*, *22*(5), 772–778. Erişim 03.01.2019, <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2447-8>
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R. L., Repokari, L., Vilska, S., ... Tulppala, M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, *108*(1), 70–76. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000222902.37120.2f>
- Räisänen, Sari, Lehto, S. M. S. M. S. M., Nielsen, H. S. H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, *3*(11), 1–7. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>
- Räisänen, S., Lehto, S., Nielsen, H., Gissler, M., Kramer, M., & Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *121*(8), 965–970. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12599>
- Richens, Y., Smith, D. M., Lavender, D. T., Smith, D. M., & Lavender, D. T. (2018). Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual and Reproductive Healthcare*, *16*(August 2017), 98–112. Erişim 04.01.2019, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.010>
- Rijk, L. de. (2015). *NLP: Principles in Practice* (Second edi). St Albans: Panoma Press Ltd.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E.-L. E.-L. L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *36*(1), 1–9. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722>
- Rutte, A., van Oppen, P., Nijpels, G., Snoek, F. J., Enzlin, P., Leusink, P., & Elders, P. J. M. (2015). Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, *16*(1), 69. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0283-0>

- Ryding, E. L. E. L., Lukasse, M., Parys, A.-S. V. A.-S. V., Wangel, A.-M. A.-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., ... Laanpere, M. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: A cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48–55. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/birt.12147>
- Saföz-Güven, İ. G. (2008). *Fen ve genel lise öğrencilerinin cinsiyet ve sosyometrik statülerine göre öznel iyi oluş düzeyleri, genel sağlık örüntüleri ve psikolojik belirti türleri*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi. Erişim 20.11.2018, <http://library.cu.edu.tr/tezler/7017.pdf>
- Saisto, T. (2001). *Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth*. (Yayınlanmamış doktora tezi). University of Helsinki. Erişim 20.11.2018, <https://core.ac.uk/download/pdf/14918144.pdf>
- Saisto, T., Halmesmäki, E., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201–208. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E. J.-E. J.-E., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E. J.-E. J.-E., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 98(5), 820–826. Erişim 20.11.2018, [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01552-6](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01552-6)
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315–1319. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1080/00016340600756920>
- Sarpkaya Güder, D., Yalvaç, M., & Vural, G. (2018). The effect of pregnancy Pilates-assisted childbirth preparation training on childbirth fear and neonatal outcomes: a quasi-experimental/quantitative research. *Quality & Quantity*, 52(6), 2667–2679. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0682-0>
- Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166–172. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>
- Shirani, K., Salehi, M., Molaiezhad, M., Safaee, M., & Mahaki, B. (2018). The efficacy of PLISSIT as adjuvant therapy with bupropion on sexual dysfunction and marital satisfaction among men patients on methadone maintenance therapy. *Journal of Isfahan Medical School*, 36(488), 814–822. Erişim 03.01.2019, <https://doi.org/10.22122/jims.v36i488.10298>
- Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2004). Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 127–142. Erişim 20.11.2018, [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00242-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00242-6)
- Spiroiu, F. (2018). The impact of beliefs concerning deception on perceptions of nonverbal behavior: implications for neuro-linguistic programming-based lie detection. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 33(3), 244–256. Erişim 03.01.2019, <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9278-9>
- Stoll, K. H., Hauck, Y. L., Downe, S., Payne, D., & Hall, W. A. (2017). Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries



- and implications for reproductive health education. *Reproductive Health*, 14(1). Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0354-x>
- Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. Erişim 03.01.2019, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44–49. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x>
- Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A., & Amiri, M. (2014). Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(10), 1247–1254. Erişim 20.11.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223943/>
- Taşçı Duran, E., & Ünsal Atan, Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Derg*, 21(3), 83–88. Erişim 20.11.2018, <http://geneltip.org/upload/sayi/69/GTD-00555.pdf>
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), 35–40. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382>
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability*, 25(3), 135–139. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445–450. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>
- TNSA 2013. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Ankara. Erişim 20.01.2019, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)
- TÜİK. (2018a). *Doğum İstatistikleri, 2017*. Ankara. Erişim 20.01.2019, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588#>
- TÜİK. (2018b). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Ankara. Erişim 20.01.2019, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
- Uçar, E. (2013). *Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği b versiyonu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Haliç Üniversitesi. Erişim 20.11.2018, <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/wijma-dogum-beklentisideneyimi-olcegi-w-deq-toad.pdf>

- Vrănceanu, R., Florea, L., & Florea, C. (2013). A computer vision approach for the eye accessing cue model used in neuro-linguistic programming. *U.P.B. Sci. Bull., Series C*, 75(4), 79–90. Erişim. 20.11.2018, [https://www.scientificbulletin.upb.ro/rev\\_docs\\_arhiva/fullf2b\\_279457.pdf](https://www.scientificbulletin.upb.ro/rev_docs_arhiva/fullf2b_279457.pdf)
- Wahlbeck, H., Kvist, L. J., & Landgren, K. (2018). Gaining hope and self-confidence—An interview study of women’s experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth. *Women and Birth*, 31(4), 299–306. Erişim. 21.01.2019, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.008>
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., & Nohr, E. A. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(7), 816–823. Erişim. 20.11.2018, <https://doi.org/10.1111/aogs.12141>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Erişim 01.01.2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Wijma, K. (2003). Why focus on “fear of childbirth”? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(3), 141–143. Erişim. 20.11.2018, <https://doi.org/10.3109/01674820309039667>
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), 84–97. Erişim. 20.11.2018, <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>
- Wijma, K., Zar, M., & Wijma, B. (1998). Pre-postpartum changes of fear of childbirth in primiparous women. *Women’s Health Issues*, 8(3), 201. Erişim 20.11.2018,
- Yılmaz Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir Yıldırım, A., Ertuğrul Abbasoğlu, D., Külek, H., Şimşek, Ç., ... Kılıççı, Ç. (2018). Type of delivery, time of initial breastfeeding, and skin-to-skin contact of pregnant women participating in childbirth preparation education. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31–43. Erişim 01.01.2019, <https://doi.org/10.26650/FNJJN.387192>
- Yusoff, M., & Bin Fatihi, M. N. (2018). Evaluation of clustering methods for student learning style based neuro linguistic programming. *International Journal of Engineering & Technology*, 7(3.15), 63–67. Erişim 01.01.2019, [www.sciencepubco.com/index.php/IJET](http://www.sciencepubco.com/index.php/IJET)
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 N.2(2), 75–84. Erişim 20.11.2018, <https://doi.org/10.1080/02845710121310>
- Žigić Antić, L., Nakić Radoš, S., & Jokić-Begić, N. (2018). Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1–6. Erişim 01.01.2019, <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1470162>

## **6. EKLER**

### 6.1 NLP Pratisyen (Uygulayıcı) Sertifikası

### 6.2 Ölçek Kullanım İzinleri

#### 6.2.1 Genel Sağlık Anketi-12 için

#### 6.2.2 WDEQ A Versiyonu İçin

#### 6.2.3 Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği İçin

#### 6.2.4 WDEQ B Versiyonu İçin

#### 6.2.5 Maternal Bağlanma Ölçeği İçin

### 6.3 Etik Kurul ve Kurum İzinleri

#### 6.3.1 Etik Kurul Kararı

#### 6.3.2 Hastane İzin Yazısı

#### 6.3.3 Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı

### 6.4 Kullanılan Ölçekler

#### 6.4.1 Genel Sağlık Anketi-12 için

#### 6.4.2 WDEQ A Versiyonu İçin

#### 6.4.3 Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği İçin

#### 6.4.4 WDEQ B Versiyonu İçin

#### 6.4.5 Maternal Bağlanma Ölçeği İçin

## 6.1. NLP Pratisyen (Uygulayıcı) Sertifikası



## 6.2. Ölçek Kullanım İzinleri

### 6.2.1. Genel Sağlık Ölçeği için izin yazısı

Hatice ACAR BEKTAŞ  
Paz 29.10.2017, 16:50  
cengizk@hacettepe.edu.tr

↩ ⏪ → ...

Merhaba Sayın Hocam,

Geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Genel Sağlık Anketi 12" yi, doğum korkusu konulu doktora tezimde kullanmak istiyorum. İzin verirsiniz çok sevinirim.

Değerlendirme aşamasında, diğer makalelerde önerildiği gibi, 0-1 ler 0 puan, 2-3 ler 1 puan olarak kabul edilip, kesme noktası 2 olarak hesaplanması, 2 ve üzerinde puan alan gebelerin çalışmaya dahil edilmeyip ilgili birime yönlendirilmesi planlanmaktadır. Bu yaklaşım sizce uygun mudur?

İyi çalışmalar dilerim.

Cengiz KILIC <cengizk@hacettepe.edu.tr>  
Pzt 30.10.2017, 00:12  
Siz

↩ ⏪ → ...

GSA12ref.docx  
16 KB

İndir OneDrive'a kaydet

Merhaba hatice hanım,  
GSA12 ektedir. Bahsettiğiniz yaklaşım uygun, en yaygın kullanılan yöntem de odur.  
Kolay gelsin  
C Kılıç

### 6.2.2. WDEQ A Versiyonu için izin yazısı

The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)

Hatice ACAR BEKTAŞ  
Paz 29.10.2017, 01:13

📄 ...

Teşekkür ederim Hocam. İyi çalışmalar dilerim.

Hatice ACAR BEKTAŞ

🕒 izleme bayrağı.

OK Öznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>  
Cmt 28.10.2017, 23:26  
Siz

↩ ⏪ → ...

W-DEQ A %282%29.doc  
66 KB

W-DEQ A makale %282%...  
100 KB

2 ek (166 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sevgili Hacer,  
Ekte W-DEQ Türkçe soru formunu geçerlik ve güvenilirlik makalesi ile birlikte ekte gönderiyorum. Ölçek ile ilgili sormak istediğin bir şey olursa çekinmeden benimle iletişime geçebilirsin. Kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle..

Yrd.Doç.Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

### 6.2.3. Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği için izin yazısı

Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği kullanım izni ile ilgili

📄

KK Kamile KUKULU <kkamile@akdeniz.edu.tr>  
10.05.2019 Cum 13:48

...

Geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği"ni, doktora tezinde kullanabilirsiniz.İyi çalışmalar.Prof.Dr.Kamile Kabukcuoğlu

Hatice ACAR BEKTAŞ  
10.05.2019 Cum 13:21  
kkamile@akdeniz.edu.tr

↩ ⏪ → ...

Merhaba Sayın Hocam,

Geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Doğum eyleminde öz yeterlilik ölçeği"ni, doktora tezimde kullanmak istiyorum. Kullanımı konusunda izin verirsiniz çok sevinirim.

İyi çalışmalar dilerim.

## 6.2.4. WDEQ B Versiyonu için izin yazısı

### Wijma doğum deneyimi ölçeği B versiyonu

🕒 İzleme bayrağı.



Emine Selin İLKE <tsmemineucar@gmail.com>

Paz 29.10.2017, 19:20

Siz



Sayın ACAR BEKTAŞ,

Çalışmamı kullanmanızdan memnuniyet duyacağımı belirtir, kolaylıklar dilerim.

29 Ekim 2017 Pazar tarihinde, Hatice ACAR BEKTAŞ <[acarbektas@hotmail.com](mailto:acarbektas@hotmail.com)> yazdı:

Merhaba Emine Hanım

Doktora tezimde, geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ /DENEYİMİ ÖLÇEĞİ B VERSİYONU" nu kullanmak istiyorum. İzin vererseniz sevinirim.

İyi çalışmalar dilerim.

## 6.2.5. Maternal Bağlanma Ölçeği için izin yazısı

### Maternal Bağlanma Ölçeği



Hatice ACAR BEKTAŞ

Cmt 28.10.2017, 15:42

[oya.kavлак@ege.edu.tr](mailto:oya.kavлак@ege.edu.tr)



Merhaba Sayın Hocam,

Doktora tezimde, Türkçe'ye uyarladığınız "Maternal Bağlanma Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzin vererseniz çok sevinirim.

İyi çalışmalar dilerim.

*Hatice ACAR BEKTAŞ  
Araştırma Görevlisi  
Kocaeli Üniversitesi, Umuttepe Yerleşkesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü  
Dahili: 0262 303 78 40*



oya kavлак <[oya.kavлак@gmail.com](mailto:oya.kavлак@gmail.com)>

18.04.2019 Per 13:19

Siz




Merhaba Hatice

Tezinde ölçeği kullanabilirsin.

Başarılar diliyorum

### 6.3. Etik Kurul Kararı, Kurum ve Kişi İzinleri

#### 6.3.1. Etik Kurul Kararı

	T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ		 		
	<b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>				
	Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
		Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ		
		Telefon	0262 303 74 50		
Faks		0262 303 74 63			
E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr				
Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Kullanımın Doğum Korkusuna Etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2017/22			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Ümrhan YEŞİLTEPE OSKAY			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	Destekleyici	TÜBİTAK			
	Araştırmanın Türü	Doktora Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>
Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama	
	Başvuru Dilekçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Araştırmanın Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemşirelik ve Ebelik Faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma	
	Araştırma Protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Araştırma Bütçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Literatür Örneği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	İzin Belgeleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Başhekimlik Onayı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Özgeçmişler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu		Belge Kodu Onay formu	Rev. Tarihi / No.su: 21.09.2016/KOGEK01.1	Sayfa 1/2	



Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2017/212	Proje No: 2017/22	Tarih: 09/02/2017
	Doç. Dr. Ümrân YEŞİLTEPE OSKAY sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyolojik ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	---

## Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	Kokluoğlu
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	Kokluoğlu
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	Kokluoğlu
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	

\* Gerekeçe ve öneriler:

KÜ Gırgımsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay İsmi	21.09.2016/KCGOEK01.1	2/2



### 6.3.2. Hastane Kurum İzni



TSE ISO 9001:2008  
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 30278912  
Şube : TUEK  
Konu : Toplantı Kararı

#### Ar.Gör.Hatice ACAR BEKTAŞ

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından 09.03.2017 tarihli toplantıda alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

**Karar No 10:** KOÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Araştırma Görevlisi Hatice ACAR BEKTAŞ'ın 02.03.2017 tarih ve 40551364 sayılı dilekçesinde belirttiği "Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Kullanımının Doğum Korkusuna Etkisi" konulu bireysel araştırma projesinin veri toplama aşamasının hastanemiz doğumhane birimlerinde yürütülmesi talebi değerlendirilmiş ,uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Mustafa GÜNEŞ  
TUEK Başkanı  
Hastane Yöneticisi/Başhekim

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sekreteryası S.TORTUMLUOĞLU  
İbn-i Sina Mah. Çavuş Cad. Lojman Sok. Derince/KOCAELİ  
Tel: 0262 317 80 00 Dahili: 8072 Fax: 0 262 233 55 40

Web:derinceah.saglik.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 10821e30-3298-439e-ad92-7f88e665c345 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### 6.3.3. Halk Sağlığı Müdürlüğü izin Yazısı (ön Uygulama)



T.C.  
KOCAELİ VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 15096744-663.08  
Konu : Doktora Tezi (Araç.Gör.Hatice ACAR  
BEKTAŞ)

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SAğLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIğINA

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde Doktora yapmakta olan Araç.Gör.Hatice ACAR BEKTAŞ tarafından Doç.Dr.Ömran YEŞİLTEPE OSKAY danışmanlığında İlimiz İznit Sanral Aile Sağlığı Merkezi ile İznit Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması ve Öreme Sağlığı Eğitim Merkezinde (ÜSEM) "Gebelikte PLISSIT Modeline Temelli NLP Tekniklerinin Kullanımının Doğum Korkusuna Etkisi" ne yönelik doktora tezi talebi komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görölmüŐtür. Bilgilerinizi arz ederim.

Öztürk KUPŐEN  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Körfez Mahallesi Ankara Kampüsü Cad.No:129 İZMİT

Faks No:0 262 324 56 30

e-Posta:emine.ozen@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: Ebe E.ÖZEN 0 262 300 64 62  
kocaeli.sos@sağlik.gov.tr

İvriğin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.sağlik.gov.tr> adresinden h881e800-edc5-4010-b6be-26d3f117bee7 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Emine ÖZEN

Unvan:EBE

Telefon No:

#### 6.3.4. Aydınlatılmış Onam Formu

##### **GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:**

Bu çalışma bir doktora tez çalışmasıdır ve “Gebelikte Yapılan Yüz Yüze Görüşmenin Doğum Deneyimine Etkisinin İncelenmesi” amacı ile planlanmıştır

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Doktora tezi olarak Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY danışmanlığında yürütülmektedir

Çalışma, bu eğitim araştırma hastanesinde gebe okulunda eğitim almak için başvuran, ilk kez gebe kalmış, kendisinde ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmayan 20 haftadan büyük gebeliğe sahip ve çalışmaya katılmaya gönüllü kadınlarla yürütülecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen sizin rızanıza bağlıdır. İsterseniz araştırmaya dahil olmayabilir, dahil olsanız bile istediğiniz zaman vazgeçebilirsiniz. Bunun sonucunda hastaneden, gebe okulundan hizmet almakla ilgili herhangi bir sorunla karşılaşmayacaksınız.

Eğer çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, daha önceden belirlenmiş sayılar tablosuna göre deney ya da kontrol grubunda yer alacaksınız. Bu gruptaki işlemler şöyle olacaktır;

**Deney grubu:** Bu çalışmada deney grubunda yer alırsanız, haftada bir kez olmak üzere iki-dört kez sizinle doğum deneyimi ile ilgili görüşülecektir. Gebe okulunda eğitimlerin başladığı ve bittiği hafta anket sorularına yazılı yanıt vermeniz istenecektir. Ayrıca doğum sonu 1-4 ay arasında doldurmanız gereken anketler vardır. Bunun dışında size her hangi bir işlem yapılmayacaktır.

**Kontrol grubu:** Bu çalışmada kontrol grubunda yer alırsanız, şimdi ve gebe okulundaki eğitimler bittiğinde anket doldurmanız istenecektir. Ayrıca doğum sonu 1-4 ay arasında doldurmanız gereken anketler vardır. Bunun dışında size her hangi bir işlem yapılmayacaktır.

Araştırmada yüz yüze görüşme ve anketleri doldurma işlemleri yer almaktadır. Bu işlemlerle ilgili herhangi bir risk ve dezavantaj söz konusu değildir.

Görüşmelerle ilgili herhangi bir ödeme yapmanız gerekmeyecek, araştırmaya katılmak konusunda herhangi bir masrafınız olmayacaktır. Tüm giderler araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

Araştırmada herhangi bir risk olmadığı için, ters gitmesi beklenen bir durum söz konusu değildir. Araştırmacı zaten Ebe'dir ve görüşmeler bir eğitim araştırma hastanesinin gebe okulunda gerçekleşecektir. Görüşmeler sırasında, gebeliğiniz ile ilgili herhangi bir sıkıntı yaşarsanız (bulantı, kusma, sırt ağrısı, tansiyon düşmesi vb.) araştırmacı size yardımcı olabilecektir.

Formda araştırma süresince elde edilen tüm bilgilerin ve kişisel detaylarınız gizli kalacaktır. Formlarda isimleriniz değil size verilen numaralar yazacaktır. Kimliğinizle ilgili hiçbir veri araştırmacılar dışında başka bir kişi veya kuruluş ile paylaşılmayacaktır.

Eğer arzu ederseniz, araştırma bittikten sonra sonuçlar sizinle yazılı veya sözlü olarak paylaşılacaktır.

Araştırmamıza katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

**Adı Soyadı**

**İmza, Tarih**

### **Daha ayrıntılı bilgi için bana ulaşabileceğiniz iletişim bilgileri**

Hatice ACAR BEKTAŞ,

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

0505 944 52 65

### **Őikâyet için başvuru adresi**

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir őikâyetiniz varsa, Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu'na, Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar (Tel: 0262 303 74 50) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür őikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

## 6.4. Kullanılan Ölçüm Araçları

### 6.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz içten yanıtlar, araştırmanın sonuçları açısından son derece önemlidir. Katılımınız için tekrar teşekkür eder, eğitim programından en iyi şekilde faydalanmanızı dileriz.

Doğum yılınızı yazınız	.....
Gebelikten önceki kilonuzu ve boyunuzun ölçüsünü yazınız.	.....kg .....cm
Eğitim durumunuz?	<input type="radio"/> Okur yazar değilim <input type="radio"/> İlk okul mezunuyum <input type="radio"/> Orta okul mezunuyum <input type="radio"/> Lise mezunuyum <input type="radio"/> Üniversite mezunuyum <input type="radio"/> Lisans üstü mezunuyum
Gelir getiren bir işiniz var mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Gelir gider durumunuza uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	<input type="radio"/> Gelir giderden az <input type="radio"/> Gelir gidere denk <input type="radio"/> Gelir giderden fazla
Sosyal güvenceniz var mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Kaç haftalık gebesiniz?	.....hafta
Gebeliğinizin durum ile ilgili olarak uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	<input type="radio"/> Gebeliğim istendik ve planlı bir gebelik <input type="radio"/> Gebeliğim istendik ancak planlanmamış bir gebelik <input type="radio"/> Gebeliğin hem istendik değil hem de istenmeyen gebelik

#### 6.4.2. Genel Sağlık Anketi 12 (GSA-12)

##### Lütfen Bu Açıklamayı Dikkatle Okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikâyetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen, soruların tamamını size en uygun cevabın üstüne ( x ) işareti koyarak cevaplayınız.

Teşekkür ederiz

SON ZAMANLARDA					
1	Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
2	Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
3	Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
4	Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha aza
5	Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha aza
6	Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
7	Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
8	Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
9	Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
10	Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok sık
11	Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok fazla
12	Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok sık

### 6.4.3. WIJMA DOĞUM DENEYİMİ/BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ (A) (W-DEQ-A)

#### WIJMA DOĞUM DENEYİMİ/BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ (A) (W-DEQ-A)

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

#### A) Doğum sancularınızın ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

#### B) Kendinizi, doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3	0	1	2	3	4	5
Son derece yalnız						Hiç yalnız değil
4	0	1	2	3	4	5
Son derece güçlü						Hiç güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5
Son derece kendinden emin						Hiç kendinden emin değil
6	0	1	2	3	4	5
Son derece korkmuş						Hiç korkmamış
7	0	1	2	3	4	5
Son derece yüzüstü bırakılmış						Hiç yüzüstü bırakılmamış
8	0	1	2	3	4	5
Son derece güçsüz						Hiç güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5
Son derece güvende						Hiç güvende değil

10	0	1	2	3	4	5
	Son derece bağımsız					Bağımlı
11	0	1	2	3	4	5
	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
12	0	1	2	3	4	5
	Son derece gergin					Gerginlik yok
13	0	1	2	3	4	5
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14	0	1	2	3	4	5
	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5
	Son derece terk edilmiş					Hiç terk edilmemiş
16	0	1	2	3	4	5
	Tamamen kendine hakim					Hiç kendine hakim değil
17	0	1	2	3	4	5
	Son derece rahat					Hiç rahat değil
18	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil

**C) Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

19	0	1	2	3	4	5
	Aşırı panik					Hiç panik değil
20	0	1	2	3	4	5
	Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok
21	0	1	2	3	4	5
	Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
22	0	1	2	3	4	5
	Aşırı özgüvenli					Öz güveni yok
23	0	1	2	3	4	5



	Son derece güvenli					Kendine güvensiz
	0	1	2	3	4	5
24	Aşırı ağırlı					Hiç ağırlı yok

**D) Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

	0	1	2	3	4	5
25	Son derece kötü bir şekilde davranacağım					Kötü şekilde davranmayacağım

	0	1	2	3	4	5
26	Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim					Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim

	0	1	2	3	4	5
27	Kontrolümü tamamen kaybedeceğim					Kontrolümü kaybetmeyeceğim

**E) Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?**

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

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

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

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

**F) Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?**

	...doğum sancuları ile doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?					
	0	1	2	3	4	5
32	Hiç					Çok sık

	...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?					
	0	1	2	3	4	5
33	Hiç					Çok sık

#### 6.4.4. WIJMA DOĞUM DENEYİMİ/BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ (B) (W-DEQ-B)

##### WIJMA DOĞUM DENEYİMİ/BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ (B) (W-DEQ-B)

Bu anket formu, kadının doğumdan sonra yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 1'den 6'a kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 1 ve 6) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken hamilelik ve doğuma dair düşüncelerinizden duruma en uygun olan sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

##### I) Doğum eylemi sırasında ve doğum anında yaşadıklarınızı bir bütün olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	1	2	3	4	5	6
	Son derece harika					Hiç harika değil
2	1	2	3	4	5	6
	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil

##### II) Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissettiniz?

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

##### III) Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissedeceğinizi düşünüyordunuz?

8	1	2	3	4	5	6
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
9	1	2	3	4	5	6
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
10	1	2	3	4	5	6
	Son derece bağımsız					Hiç bağımsız değil
11	1	2	3	4	5	6

	Son derece yalnız ve kimsesiz					Hiç yalnız değil ve kimsesiz değil
12	1 Son derece gergin	2	3	4	5	6 Hiç gergin değil
13	1 Son derece memnun	2	3	4	5	6 Hiç memnun değil
14	1 Son derece gururlu	2	3	4	5	6 Hiç gururlu değil
15	1 Son derece terkedilmiş	2	3	4	5	6 Hiç terkedilmemiş
16	1 Son derece sakin	2	3	4	5	6 Hiç sakin değil
17	1 Son derece rahat	2	3	4	5	6 Hiç rahat değil
18	1 Son derece mutlu	2	3	4	5	6 Hiç mutlu değil
<b>IV) Doğum eylemi sırasında ve doğum anında ne hissettiniz?</b>						
19	1 Aşırı panik	2	3	4	5	6 Hiç panik değil
20	1 Son derece ümitsiz	2	3	4	5	6 Hiç ümitsiz değil
21	1 Bir an önce çocuğa kavuşma isteği	2	3	4	5	6 Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
22	1 Son derece özgüvenli	2	3	4	5	6 Hiç özgüven yok
23	1 Son derece güvenli	2	3	4	5	6 Hiç güvenli değil
24	1 Son derece ağrılı	2	3	4	5	6 Hiç ağrı yok

**V) Doğum eyleminin ve doğum anının en yoğun/ en zor anlarında ne oldu?**

25	1	2	3	4	5	6
	Son derece kötü bir şekilde davrandım					Tümüyle kötü bir şekilde davranmadım
26	1	2	3	4	5	6
	Bedenimin kontrolü ele almasına tamamen izin verdim					Bedenimin kontrolü ele almasına hiç izin vermedim
27	1	2	3	4	5	6
	Tüm kontrolümü kaybettin					Kontrolümü hiç kaybetmedim

#### VI) Bebeğinizin doğduğu an nasıldı?

28	1	2	3	4	5	6
	Son derece eğlenceli					Hiç eğlenceli değil
29	1	2	3	4	5	6
	Son derece doğal					Hiç doğal değil
30	1	2	3	4	5	6
	Son derece açık/net					Hiç açık/net değil
31	1	2	3	4	5	6
	Son derece tehlikeli					Hiç tehlikeli değil

#### VII) Doğum eylemi sırasında ve doğum anında olumsuz düşünceleriniz (kuruntularınız olduysa; örnek verebilir misiniz?)

32	...doğum eylemi sırasında ve doğum anında, çocuğun ölebileceğine ilişkin düşünceleriniz?					
	1	2	3	4	5	6
	Hiç olmadı					Çok sık oldu
33	...doğum eylemi sırasında ve doğum anında, bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?					
	1	2	3	4	5	6
	Hiç olmadı					Çok sık oldu

### 6.4.5. Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği

#### Bölüm 1- Sonuç Beklentisi Alt Skalası (SBAS-16)

Doğumunuzun nasıl olacağını hayalini kurun. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Aşağıdaki davranışların her biri için, davranışların; doğum esnasında yapacağınız her bir hareketin nasıl faydalı olacağını düşünün ve 1 hiç yararlı değilden başlayıp 10 çok yararlıda sonlanan 1 den 10 a kadar numaralardan size uygun olan numarayı işaretleyiniz.											
Hiç yararlı değil											
Çok yararlı											
1	Vücudunu gevşetmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Her kasılmaya hazır olmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Kasılma sırasında nefesini kullanmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Kendine hâkim olmak (Kontrolünü sağlamak)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Rahatlamaya çalışmak/Gevşemeye odaklanmak,	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Dikkatini dağıtma için odadaki bir cisme yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Sakin olmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Bebeğine yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Her kasılmaya katlanmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Olumlu düşünmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Ağrıyı düşünmemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Kendi kendimize doğumumuzu yapabileceğimizi söylemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Ailedeki diğer bireyleri düşünmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Doğumda sana yardım eden kişilere yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Doğum Öz Yeterlilik Ölçeği

**Bölüm II- Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası (EBAS-16)**

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Her bir davranış için, davranışların; “1” hiç emin değil ve “10” tamamen emin arasında bir rakamı işaretleyerek, tüm doğum süreciyle baş etmeniz size yardımcı olacak bazı yeteneklerinizi nasıl kullanacağınızı gösterin. -											
Hiç emin değilim											Tamamen eminim
1	Vücudumu rahatlatabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Her kasılmaya hazırım	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Kasılma sırasında nefesimi kullanabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Kendime hâkim olabilirim/Kontrolümü sağlayabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Rahatlamayı düşünebilirim/Gevşeyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Dikkatimi odadaki bir cisme yoğunlaştırabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Kendimi sakin tutabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Bebeğimi düşünerek ona yoğunlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Her kasılmaya dayanabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Olumlu düşünebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Ağrıyı düşünmeyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Doğumumu yapabileceğimi kendime söyleyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Ailemdeki diğer bireyleri düşünebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Doğumda bana yardım eden kişilere yoğunlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Bana yardımcı olan kişilerin cesaretlendirici sözlerini dinleyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 6.4.6. Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifade tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkla hissettiğinizi ve düşündüğünüz her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

		Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1	Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2	Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3	Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4	Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5	Sadece bebeğimi görmek bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6	Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7	Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8	Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9	Bebeğim güldüğün de kendimi özel hissediyorum.	a	b	c	d
10	Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
11	Bebeğimi kucacımda tutmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
12	Bebeğimi uyurken seyrediyorum.	a	b	c	d
13	Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum.	a	b	c	d
14	Başkalarına bebeğimi anlatıyorum.	a	b	c	d
15	Bebeğimin gönlünü almak zevklidir.	a	b	c	d
16	Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum.	a	b	c	d
17	Bebeğimle gurur duyuyorum.	a	b	c	d
18	Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum.	a	b	c	d
19	Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu.	a	b	c	d
20	Bebeğimin karakterini biliyorum.	a	b	c	d
21	Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum.	a	b	c	d
22	Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum.	a	b	c	d
23	Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum.	a	b	c	d
24	Bebeğime özel ilgi gösteriyorum.	a	b	c	d
25	Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum.	a	b	c	d
26	Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum.	a	b	c	d

#### 6.4.7. NLP Teknikleri ile görüşme akışı

PLISSIT model	Başlıklar	Gündem	Teknik	NLP	Ort. Süre	
1. görüşme	<b>İzin verme (P)</b>  Tanışma. Çalışma ile ilgili bilgilendirme. Onay/onam alma. İlgili ölçeklerin uygulanması	Birbirini tanıma. Güvenli ortam sağlama.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soru-Cevap</li></ul>	<p>1) Uyumun sağlanması:</p> <p>2) Göz hareketlerinin ve temsil sistemlerinin belirlenmesi ve iletişimin bu sistemlere uygun devam etmesi:</p> <p>3) Meta-programların belirlenmesi ve iletişimin bu programlara uygun devam etmesi:</p> <p>4) Mantıksal düzeylerin değerlendirilmesi:</p> <p>5) NLP Temel ilkelerinin kullanımı:</p>	<p>Kişi ile benzer şekilde giyinme, bezer şekilde nefes alma, benzer şekilde oturma/hareket etme.</p> <p>Kişinin en çok kullandığı duyu organına ilişkin cümlelerin yakalanması ve kişi ile bu ifadelerle iletişime devam etmek.</p> <p>Kişinin düşünce ve davranışlarını ortaya koymasında etkili faktörleri belirlemek. İç referans, dış referans gibi.</p> <p>Kişide meydana gelen değişimin seviyesini belirlemek için kullanılır. Çevre, davranış vb.</p> <p>Bütünlük içinde olmak, ne istediğini bilmek, duygusal farkındalık içinde olmak, esnek olmak</p>	45 dk



2. görüşme	<b>Sınırlı Bilgi (LI)</b>	Bilgilendirme. Gebelik ve doğum hakkındaki duyguları konuşma. Korkunun normalleştirilmesi. Gevşemenin etkisi	Doğum hakkındaki duyguların paylaşılması. Bu çalışmanın doğuma verilen tepkilerle bağlantısı. Doğum korkusunun nedenleri ve başatma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soru-Cevap</li> <li>• Anlatım</li> <li>• Çizim yapma</li> </ul>	<p>6) NLP Temel Varsayımlarının kullanımı:</p> <p>7) Benzetmelerin kullanımı:</p> <p>8) Söz ustalığı, Yeniden çerçevelenmeler</p> <p>9) TOTE Modelin kullanımı ve öğretilmesi</p>	<p>“Harita Bölge Değildir, Her Davranışın Olumlu Bir Nedeni Vardır, Bir Kişi Bir İş Yapabiliyorsa Herkes Yapabilir” gibi varsayımlarla doğum korkusunu ele almak.</p> <p>Doğum ile ilgili mecazların kullanımı. “Doğum sizce neye benzer”, “Doğum bence mikserde benzer çünkü tüm duygularımı karıştırıyor” gibi.</p> <p>Doğum ile ilgili ifadeleri başka bir bakış açısı ile değerlendirme. “Doğum benim için çok zor çünkü ne annem ne de ablalarım normal doğum yapamamış” .”Bu durumu değiştirmek için bir fırsatın var, ne dersin” gibi</p> <p>Hedefine ulaşmak için, şimdiki durumdan istendik duruma varana kadar kullanabileceğin kaynakları fark ederek, eylemleri test edip yeniden eyleme geçmek. “Doğumda eşimin yanımda destekçi olarak bulunmasını istiyorum, ancak hastane izin vermiyor. Bu durumda destekçi olarak arkadaşımın olmasını istiyorum” gibi</p>	75 dk

3. görüşme	<b>Özel Öneriler (SS)</b>	Doğum için hazırlıklar ve doğum planı. Doğumun evreleri. Hastanede doğum. Doğumda rahatlama/başetme teknikleri. Bebek bakımı ile ilgili merak edilenler. Ölçeklerin uygulanması	Doğumun evreleri ile ilgili eğitim. Hastanenin doğumhanesi ve hizmetleri ile ilgili bilgi verme. Doğumun evrelerine başetme tekniklerini öğretme. Bebek ile duygusal bağlanma. Destek sağlama, cesaretlendirme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soru-Cevap</li> <li>• Anlatım</li> <li>• Çizim yapma</li> </ul>	<p>10) NLP Bakış açılarını kullanımı</p> <p>11) Yeniden çerçeveleme</p> <p>12) Modelleme</p> <p>13) Çıpaların kullanımı</p>	<p>Doğum ilgili duygu, düşünce ve deneyimlere farklı kişilerin (Ben, sen, o, onlar, çocuk) bakış açıları ile bakmaya çalışmak</p> <p>Farklı pencerelerden bakarak olayları, duygu ve düşünceleri yeniden değerlendirmek</p> <p>Doğum ile ilgili olarak, diğer kadınların davranışlarından, duyguları ve düşüncelerinden örnek almak.</p> <p>Doğumda ya da günlük hayatta da kullanılabilir bir uygulama. Olumlu hatırlatıcılar olarak, dokunarak vücuda iz bırakmaktır. Aynı alana dokunulduğunda aynı duyguların yaşanmasını sağlayabilen bir uygulamadır.</p>	75 dk
<b>Yoğun Tedavi (TT)</b>	Psikiyatriden hizmet alımı için gebeler yönlendirildi					WDEQ A ≥85 puan	

#### 6.4.8. NLP görüşmelerinde sorulan temel sorular

- Normal doğum yapmanın sizin için anlamı nedir?
- Normal doğumu neye benzetirsiniz?
- Normal doğum yapabilir misiniz?
- Normal doğum yapmanızı engelleyen şey nedir?
- Daha önce milyonlarca kadın normal doğum yapabilmiş, bu sizin için de mümkün olabilir mi?
- Bunu mümkün kılabilmek için ne yapabilirsiniz?



## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### GEBELİKTE PLISSIT MODELİNE TEMELLİ NLP TEKNİKLERİNİN KULLANIMININ DOĞUM KORKUSUNA ETKİSİ

#### ORJİNALLIK RAPORU

% <b>7</b>	% <b>6</b>	% <b>1</b>	% <b>4</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİ KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.sayginnlp.com">www.sayginnlp.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://nbsinsankaynaklari.com">nbsinsankaynaklari.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://www.erdemtaskinsu.com">www.erdemtaskinsu.com</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://adumilas.adu.edu.tr">adumilas.adu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	HATİCE	<b>Soyadı</b>	ACAR BEKTAŞ
<b>Doğum Yeri</b>	TOKAT	<b>Doğum Tarihi</b>	1982
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	
<b>Elektronik posta adresi</b>	<a href="mailto:hatice.bektas@kocaeli.edu.tr">hatice.bektas@kocaeli.edu.tr</a> <a href="mailto:acarbektas@hotmail.com">acarbektas@hotmail.com</a>	<b>Tel</b>	0262 303 78 40

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Bölüm	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora</b>	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2019
<b>Yüksek Lisans</b>	Cumhuriyet Üniversitesi	Ebelik	2007
<b>Lisans</b>	Celal Bayar Üniversitesi	Ebelik	2004

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Kocaeli Üniversitesi	2005-.....
2.	Araştırma Görevlisi (35.Madde ile)	Cumhuriyet Üniversitesi	2005-2007

### Yabancı Dil Bilgisi

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	67,5	-

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### ALES Puanı

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	70,33	74,40	69,25

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office (Word, Power Point, Excel)	Çok iyi
Mendeley	Çok iyi
SPSS	İyi
Cite-Space	Orta
R (Meta Analizi için)	Orta

### Yayınları/Tebliğleri /Sertifikaları/Ödülleri

### Proje

- Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Üriner Stres İnkontinans Yaygınlığı İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Bilimsel Araştırma Projesi Desteği, Araştırmacı, 2006-2013 (Yüksek Lisans Tezi)
- Obez ve Obez Olmayan Kadınlarda Kiloyu Belirleyen Ruhsal, Toplumsal ve Tıbbi Risk Etkenleri ile Sonuçlarının Araştırılması, Araştırma Projesi, Araştırmacı, 2011-2013)

### Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Aksoy Sena Dilek, Dutucu Nafiye, Özdelek Resmîye, **Acar Bektaş Hatice**, Keçeci Ayla (2019). “Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği”Nin Türkçe’ye Uyarlanması Ve Faktör Analizi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 11-15., Doi: 10.30934/Kusbed.467716 (Yayın No: 4620292)
- **Acar Bektaş Hatice**, Alparslan Özgür (2013). The Factors Related To Prevalence Of Urinary Stressincontinence In Women İnhabiting İn Primerhealth Center Turkey. Healthmed, 7(1), 182-189. (Yayın No: 767687)
- Yanikkerem Emre, **Acar Hatice**, Elem Emel (2006). Withdrawal Users Perceptions Of And Experience With Contraceptive Methods İn Manisa Turkey. Midwifery, 22(3), 274-284., Doi: 10.1016/J.Midw.2005.04.001 (Yayın No: 736443)

### Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler

- Ergin Ayla, Şahin Nevin, Acar Zeynep, **Bektaş Hatice**, Yaban Züleyha (2010) The Evaluation Of The Studies Related To Breast Cancer İn Turkey Between The Years 2000 And 2009. European Oncology Nursing Society (Eons) Congresses The Hague, The Netherlands(-), 0 (/)(Yayın No:765463)
- Berkiten-Ergin Ayla, Hotun-Sahin Nevin, Mutlu-Sahin Fezan, Simsek-Yaban Zuleyha, Acar Zeynep, **Bektaş Hatice** (2010) Meta Analysis Of Self Breast Examination Related Studies Performed İn Turkey Between The Years 2000 And 2009. European Oncology Nursing Society (Eons) Congresses The Hague, The Netherlands(-), 0 (/)(Yayın No:765791)

- **Acar Bektaş Hatice**, Özdilek Resmiye (2018). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Türkiye Adreslihemşirelik Yayınlarının Bibliyometrik Profili. 1.Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4620355)
- Aksoy Sena Dilek, Dutucu Nafiye, **Acar Bektaş Hatice**, Özdilek Resmiye (2018). Ebelerde Meslek Hastalıkları ve Çözüm Önerileri. Uluslararası Sosyal Bilimlerde Yeni Yaklaşımlar ve Eğilimler Kongresi, 536-546. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:4670016)
- **Acar Bektaş Hatice**, Dere Şermin, Oskay Ümran (2018). Doğum Korkusu Mu?. 1.Uluslararası,3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4413374)
- **Acar Bektaş Hatice**, Oskay Ümran, Dutucu Nafiye, Tunç Ruken (2018). Kadın Sağlığında Apiterapinin Yeri. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi 1st International Health Science And Life Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4215749)
- Dutucu Nafiye, Şolt Kırca Ayça, **Acar Bektaş Hatice** (2018). Ebelik Bakımında Kültürün Önemi. 1.Uluslararası-2.Ulusal İstanbul Ebelik Günleri (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:4263174)
- Aba Yıldı Arzu, Avcı Dilek, Özdilek Resmiye, Alp Yılmaz Figen, **Acar Bektaş Hatice** (2018). Prevalence Of Sexual Dysfunction İn Obese Women And Related Factors: A Controlled Study. 5th International Conference Quality And Its Perspectives With Subtitle Multidisciplinary Approach To Patient Care (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:4249738)
- **Acar Bektaş Hatice**, Oskay Ümran (2018). An Uncompleted Doctorate Thesis Due To Regulation On Traditional and Complementary Medicine Practices in Turkey: Effect Of Honey Application İn Episiotomy Care On Pain Relief, Wound Healing And Postpartum Comfort. 1. International and 2. National Women's Health Nursing Congress, 140-140. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4634345)
- **Acar Bektaş Hatice**, Dutucu Nafiye, Zengin Neriman, Şolt Kırca Ayça, Özdilek Resmiye (2018). Sistemik İnceleme: Premenstrual Sendrom. 1.Uluslararası ve 2.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 565-565. (Tam Metin Bildiri/Poster) (Yayın No:4206087)

**Sertifikalar**

- NLP Practitioner (Uygulayıcı), Nöro Linguistic Program, İstanbul, Doruk Performans Enstitü, Sertifika, 24.12.2016 -12.02.2017
- NRP, Eğitici, Neonatal Ressüsitasyon Programı, Samsun, Sertifika, 10.04.2011 -11.04.2011
- NRP, Uygulayıcı, Neonatal Ressüsitasyon Programı, Kocaeli, Sertifika, 08.06.2010 -10.06.2010

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):**

- Kitap okumak
- Satranç oynamak
- Oryantring
- Sinema ve tiyatroya gitmek
- Tarihi ve turistik yerleri gezmek
- Müzik dinlemek ve şarkı söylemek
- El sanatları ile ilgilenmek
- Yemek yapmak