



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

**GEBELERE UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEKNİKLERE
DAYALI DOĞUM KORKUSUYLA BAŞETME EĞİTİM PROGRAMININ
DOĞUM KORKUSU VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ**

TUBA UÇAR

DOKTORA TEZİ

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

SİVAS 2014

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

**GEBELERE UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEKNİKLERE
DAYALI DOĞUM KORKUSUYLA BAŞETME EĞİTİM PROGRAMININ
DOĞUM KORKUSU VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ**

TUBA UÇAR

DOKTORA TEZİ

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI**

SİVAS 2014

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Kafiye EROĞLU _____

Üye (Danışman) Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI _____

Üye Doç. Dr. Meral KELLEÇİ _____

Üye Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER _____

Üye Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR _____

ONAY

Bu tez çalışması, 06.02.1014 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 009 sayılı senato toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

GEBELERE UYGULANAN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEKNİKLERE DAYALI DOĞUM KORKUSUYLA BAŞETME EĞİTİM PROGRAMININ DOĞUM KORKUSU VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

Tuba UÇAR

Doktora Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2014, 125 sayfa

Araştırma, gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Ön test-son test kontrol gruplu deneysel tasarım tipinin uygulandığı araştırmanın örneklemini power analizi ile belirlenen 52 deney, 59 kontrol grubu olmak üzere toplam 111 gebe oluşturdu. Veriler Kasım 2012-Ekim 2013 tarihleri arasında Ön Değerlendirme Formu, Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28), Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sayısal Değerlendirme Skalası (SDS), Doğum Süreci Değerlendirme Formu ve Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu ile toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden, 20-35 yaş arasında, en az ortaokul mezunu, son adet tarihine göre 20-32. gebelik haftasında olan, tekil gebelik yaşayan, normal vajinal yoldan doğum yapmakta herhangi bir engeli olmayan, riskli gebelik yaşamayan, infertilite tedavisi alarak gebe kalmayan ve Malatya il sınırlarında ikamet eden primigravidalar deney ve kontrol gruplarına alındı. Deney grubunda yer alan gebeler üç hafta süren ve altı oturumdan oluşan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programına alındı. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-Kare testi, student t testi ve McNemar-Bowker testi kullanıldı.

Deney ve kontrol grubunun eğitim programı öncesi ilk değerlendirmede W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları arasında önemli fark bulunmadı ($p>0,05$). Eğitim

programı sonrası deney grubunun W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak önemli düzeyde düşük bulundu ($p<0,001$). Doğumun aktif fazında deney grubunun doğum ağrısına yönelik SDS puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak önemli düzeyde düşük ($p<0,001$), doğum eyleminden memnuniyet puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Doğumun ikinci evresinin deney grubunda daha kısa sürdüğü ($p<0,05$), fundal baskının daha az uygulandığı belirlendi ($p<0,05$). Deney grubundaki gebelerde doğumun aktif fazında korku ifadesi, yakınma ($p<0,001$), yalnız kalmak istememe, gerginlik, ağlama, doğumdan kaçma/kaçınma, kontrol kaybı, iletişimden kaçınma, iletişimde sorun yaşama, kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma, normal solunumda değişim, dudak ısırma tepkileri ($p<0,05$) daha az görüldü.

Sonuç olarak, bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başatme eğitim programının gebelerin doğum korkusunu azalttığı ve doğum sürecini olumlu etkilediği belirlendi. Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başatme eğitim programının bütün gebelere uygulanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Doğum korkusu, doğuma hazırlık, bilişsel davranışçı teknikler, doğum eylemi, ebelik ve hemşirelik.

ABSTRACT

THE EFFECT OF BASED ON COGNITIVE BEHAVIORAL TECHNIQUES COPING WITH FEAR OF CHILDBIRTH EDUCATION PROGRAM ON PREGNANT WOMEN'S BIRTH FEARS AND BIRTH PROCESS

Tuba UÇAR

Doctorate Thesis, Maternity and Women Diseases Nursing Department

Consultant: Asst. Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2014, 125 pages

The present study was carried out in order to understand the effect of based on cognitive behavioral techniques coping with fear of childbirth education program on the fear of birth and the birth process. The pre-test/post-test experimental design with control groups was adopted. The sample comprised 111 pregnant women selected by power analysis. Of these, 52 were in the experimental group and 59 were in the control group. The data were collected between November 2012 and October 2013 by means of Pre-assessment Form, General Health Survey-28 (GHS-28), Personal Information Form, Wijma Delivery Expectancy / Experience Scale (W-DEQ) Version A, State Anxiety Scale (SAS), Quantitative Evaluation Scale (QES), Birth Process Evaluation Form and Reactions to Birth Action Form. The pregnant women who agreed to participate in the study, 20-35 years of age, at least secondary school graduates, 20-32. weeks gestation according to the last menstrual period, with singleton fetus, do any of the normal vaginal delivery without barriers, with no risk about pregnancy, taking infertility treatment to conceive, residing in the province of Malatya and primigravidas were included experimental and control groups. The pregnant women in the experimental group were placed in a coping with childbirth fear education program comprising three weeks and six sessions where cognitive behaviorist techniques are used. No intervention was applied to the control group. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and chi-square, Fisher's exact chi-square test, Student's t-test and McNemar-Bowker test were adopted in the evaluation of the data.

In the first evaluation of the control and experimental groups, no significant difference was found in terms of W-DEQ Version A mean scores ($p>0.05$). After the education program, the experimental group's W-DEQ Version A mean score was found to be significantly lower than that of the control group ($p<0.001$). At the active stage of birth, the experimental group's mean SAS for delivery pain score was found to be significantly lower than that of the control group ($p<0.001$) and mean satisfaction with childbirth action score was found to be significantly higher than that of the control group ($p<0.05$). It was also found that the second stage of birth is shorter ($p<0.05$) and fundal pressure was applied less frequently ($p<0.05$) in the experimental group. In the experimental group, statement of fear, complaint ($p<0.001$), dislike of being alone, tension, crying, avoiding/escaping birth, loss of control, avoiding communication, having communication problems, doing self-destructive behaviors, change in normal respiration, and biting lips reactions were observed less frequently ($p<0.05$).

In conclusion, it could be argued that the coping with childbirth fear education program where cognitive behaviorist techniques are used influenced the birth process positively. Therefore, implementation of the coping with childbirth fear education program where cognitive behaviorist techniques for all pregnant women be offered.

Key Words: Fear of childbirth, preparation for birth, cognitive behaviorist therapy, delivery action, midwifery and nursing.

TEŞEKKÜR

Değerli katkılarıyla bana rehberlik eden, desteğini her zaman yanımda hissettiğim, beni her konuda cesaretlendiren ve rol model olan danışman hocam Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na,

Sadece doktora tezim sırasında değil doktora eğitimimde ve öncesinde, bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan hocalarım Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER ve Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR'a,

Değerli katkılarından dolayı uzman görüşü aldığım tüm öğretim üyelerine,
Araştırmanın uygulanması sırasında desteklerini gördüğüm hastane çalışanlarına ve tezime katılan tüm gebelere,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme ve sevgili eşim Oğuz UÇAR'a,

Kendilerine ayırmam gereken zamanı bu çalışmaya ayırmama izin veren ve varlıkları ile bana güç veren sevgili kızım Beyza Nur ve oğlum Berat Sefa'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	İV
ABSTRACT.....	VI
TEŞEKKÜR.....	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
TABLolar DİZİNİ.....	XI
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	XII
KISALTMALAR LİSTESİ	XIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Korku	7
2.2. Doğum Korkusu.....	10
2.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Yaşadığı Korkular	11
2.4. Doğum Korkusunun Nedenleri	12
2.5. Doğum Korkusunun Gebeliğe Etkisi	17
2.6. Doğum Korkusunun Doğum Sürecine Etkisi	18
2.7. Doğum Korkusunun Doğum Sonu Sürece Etkisi	19
2.8. Doğum Korkusuyla Başetmeye Yönelik Girişimler	20
2.9. Doğum Korkusuyla Başetmede Ebe ve Hemşirenin Rolü.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	36
3.4. Veri Toplama Araçları	39
3.5. Araştırmanın Uygulanması	45
3.6. Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programı.....	47
3.7. Eğitim Programının Uygulanması	49
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	50
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	51
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	51
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKLAR	74

EKLER.....	81
EK 1: Ön Değerlendirme Formu	81
EK 2: Genel Sağlık Anketi - 28	82
EK 3: Kişisel Bilgi Formu	84
EK 4: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu.....	85
EK 5: Durumluk Kaygı Ölçeği	89
EK 6: Sayısal Değerlendirme Skalası	90
EK 7: Doğum Süreci Değerlendirme Formu	90
EK 8: Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu	91
EK 9: Doğum Süreci Değerlendirme Formu ve Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu için uzman görüşü alınan öğretim üyeleri	92
EK 10: Gebeler için Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programı Kitapçığı.....	93
EK 11: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı onayı.....	119
EK 12: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı	120
EK 13: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	123
ÖZGEÇMİŞ	125

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 1.	Gebelerin yaş, eğitim durumu ve gebelik haftalarının dağılımı.....	38
Tablo 2.	Gebelerin Genel Sağlık Anketi-28 puan ortalamaları.....	39
Tablo 3.	Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları.....	52
Tablo 4.	Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı.....	53
Tablo 5.	Gebelerin eğitim programı öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanı ve fark ortalamaları	54
Tablo 6.	Gebelerin eğitim programı öncesi ve sonrasında Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı	55
Tablo 7.	Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği, doğum ağrısına yönelik Sayısal Değerlendirme Skalası ve doğum deneyimine ilişkin memnuniyet puan ortalamaları.....	56
Tablo 8.	Gebelerin doğum evrelerinin süreleri.....	57
Tablo 9.	Gebelerin doğum eyleminde uygulanan girişimlerin dağılımı.....	57
Tablo 10.	Gebelerin doğum eyleminde komplikasyon gelişme durumlarının dağılımı.....	58
Tablo 11.	Gebelerin doğumun aktif fazına verdiği duygusal tepkilerin dağılımı.....	59
Tablo 12.	Gebelerin doğumun aktif fazına verdiği davranışsal tepkilerin dağılımı	60
Tablo 13.	Gebelerin doğumun aktif fazına verdiği fiziksel tepkilerin dağılımı.	61

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No</u>		Sayfa No
Çizelge 1	Korkunun Mekanizması ve Korkuya Verilen Yanıt.....	9
Çizelge 2.	Bilişsel Terapi Modeli.....	28
Çizelge 3.	Eğitim programının işleyiş biçimi.....	50

KISALTMALAR LİSTESİ

CRF	: Kortikotropin Salıcı Faktör (Corticotropin Releasing Factor)
ACTH	: Adrenokortikotropin Hormon (Adrenocorticotropic Hormone)
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
GSA-28	: Genel Sağlık Anketi-28
W-DEQ	: Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire)
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
SDS	: Sayısal Değerlendirme Skalası

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik fiziksel, ruhsal ve duygusal değişimlerin yaşandığı, yaşanan bu değişimlerle birlikte kadını doğum eylemine hazırlayan bir dönemdir. Bu dönemde gebe doğum eylemine ilişkin korku yaşayabilir (Poikkeus ve ark., 2006). Çünkü doğum eylemi tamamen kontrol edilemeyen, bilinmeyenlerin olduğu ve sonucu önceden tahmin edilemeyen bir süreçtir (Kjærgaard ve ark., 2008).

Gebelikte yaşanan doğum korkusu hafif düzeyden ciddi düzeylere varabilir (Sydsjö ve ark., 2013; Kjærgaard ve ark., 2008). Gebelerin %80'i doğum eylemi ile ilgili hafif düzeyde korku yaşarken (Fisher ve ark., 2006; Saisto ve Halmesmaki, 2003), %20'si orta düzeyde (Nordeng ve ark. 2012; Adams ve ark., 2012; Fenwick ve ark., 2009; Poikkeus ve ark., 2006; Fisher ve ark., 2006; Zar ve ark., 2002; Kjærgaard ve ark., 2008; Hofberg ve Ward, 2003), %6-10'u günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde doğum korkusu yaşamaktadır (Fenwick ve ark., 2009; Poikkeus ve ark., 2006; Fisher ve ark., 2006; Zar ve ark., 2002; Kjærgaard ve ark., 2008; Hofberg ve Ward, 2003). Bununla birlikte gebe olmayan kadınların da %13'ünün doğum korkusu nedeniyle gebeliği erteledikleri ya da istemedikleri belirtilmektedir (Bakshi ve ark. 2008; Hofberg ve Ward, 2003).

Doğum ağrısı (Sydsjö ve ark. 2013; Ibrahim ve ark., 2013; Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Ryding, 1993) ve doğum sırasında kendisinin (Sydsjö ve ark. 2013; Ibrahim ve ark., 2013; Ryding, 1993) ya da bebeğinin zarar göreceği korkusu (Sydsjö ve ark. 2013; Ibrahim ve ark., 2013; Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Ryding, 1993; Szeverényi ve ark., 1998) en sık korku nedenleridir. Ayrıca kontrol kaybı, yalnız kalma, uterus rüptürü, sağlık personeline güvenmeme ve önceki olumsuz doğum deneyimi diğer korku yaratabilen durumlardır (Saisto ve Halmesmaki, 2003; Kjærgaard ve ark., 2008; Eriksson ve ark., 2006; Nilsson ve ark., 2010). Türkiye'de 19 gebe ile yapılmış kalitatif çalışmada gebelerin yaşadığı doğum korkusu 5 kategoride toplanmıştır. Bunlar; doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinselliktir (Serçekuş ve Okumuş, 2009).

Doğum korkusu özellikle ilk gebelikte, genç yaşta, öyküsünde psikolojik sorun olanlarda, sosyal desteği az olanlarda, tacize uğramış olanlarda ve kötü obstetrik öyküsü olanlarda daha sık görülmektedir (Adams ve ark., 2012). Danimarkalı 30480 gebe üzerinde yapılan çalışmada düşük eğitim seviyesi, sosyal destek yokluğu, genç yaş, işsizlik, sigara içme ve düşük sağlık algısı doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur (Laursen ve ark., 2008). Rouhe ve arkadaşlarının (2009) 1400 gebe ile yaptıkları çalışmada nulliparite, sezaryen öyküsü ve önceki doğumda vakum kullanımı doğum korkusuyla ilişkili gösterilmiştir. Nerum ve arkadaşları (2006) gebelikten önce var olan psikolojik sorunların ve cinsel tacize maruz kalmanın doğum korkusunu artırdığını belirlemiştir.

Doğum korkusu, gebe kalmamayı tercih etme gibi sonuçlara neden olabileceği gibi (Fenwick ve ark., 2009), doğum eylemine ait komplikasyonları da beraberinde getirebilmektedir (Nilsson ve Lundgren, 2009; Fenwick ve ark., 2009). Doğumda artan anksiyete, daha fazla ağrı yaşama, analjezi kullanımında artış, müdahaleli doğum, uzayan doğum süreci ve acil sezaryen doğum korkusu ile ilişkili olabilir. Ayrıca doğum korkusu elektif sezaryenin artmasına da neden olabilmektedir (Fenwick ve ark., 2009; Eriksson ve ark., 2006; Zar ve ark., 2002). Doğum korkusu yaşayan kadın ile doğum profesyonelleri arasındaki iletişim sorunları doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilir (Adams ve ark., 2012).

Saisto ve arkadaşlarının (1999) doğum korkusu yaşayan ve yaşamayan gebeleri karşılaştırdıkları çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğumunda acil sezaryen ve vakuma daha fazla başvurulduğu, doğum sürecinin daha uzun olduğu ve epidural anestezinin daha fazla uygulandığı belirlenmiştir. Doğum korkusunun doğum sürecine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğum sürecinin daha uzun olduğu, epidural anestezi, indüksiyon ve enstrümantal doğumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (Adams ve ark., 2012). Bu çalışma sonuçlarının aksine, Sluijs ve arkadaşları (2012) 105 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelik boyunca yaşanan doğum korkusu ile doğum komplikasyonları arasındaki ilişkiyi incelemişler, doğum korkusunun doğum komplikasyonları ile ilişkili olmadığını bulmuşlardır (Sluijs ve ark., 2012). Johnson ve Slade'nin (2002) 443 gebe ile yaptıkları çalışmada da doğum korkusunun acil sezaryene neden olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar doğum korkusunun doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların devam etmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Doğum korkusunun maternal davranışları etkileyebileceği ve bu durumun dolaylı olarak ta doğum eylemini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Kişi, korku verici bir durumla karşılaştığında dikkati dağılır, tehdide neden olan faktör üzerine odaklanır ve endişesi artar. Bu da kadını olumsuz bir duygu durumu içine yöneltir ve doğumunu başarı ile tamamlayamayacağı düşüncesi artar. Böylece gebelik olumsuz bir doğum deneyimi ile sonuçlanır (Ryding ve ark., 1998). Tüm bunların aksine gebelikte doğum eylemine yönelik olumlu duygular, pozitif bir doğum deneyimi yaşamaya yardımcı olur (Meyer, 2012).

Mongan (2012) korkusuz doğumdan ilk kez bahseden Dick Read'in doğum korkusunun gerginliğe neden olduğunu, artan gerginliğin de doğumda yaşanan ağrıyı arttırdığını ve bu döngünün kırılması gerektiğini vurguladığını belirtmiştir. Doğum korkusuyla başetmeye yönelik girişimlerde amaç kadının doğum ile ilgili yaşadığı anksiyeteyi kontrol altına alabilmesidir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Doğum öncesi dönemde verilen bakım, destek ve eğitimler doğum korkusu ile ilgili önemli değişkenler olup, bu girişimler sayesinde gebelerin daha fazla özyeterlilik ve doğumu kendi kontrolünde hissettiği, memnuniyet oranlarının arttığı ve daha az doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Nilsson ve Lundgren, 2009; Şahin ve ark., 2009; Kjærgaard ve ark., 2008). Doğuma hazırlık eğitimleri anne adayını; doğum eylemi, doğum ağrılarıyla başetme, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi konularda eğitmekte ve doğuma hazırlamaktadır. Bu eğitimler kadının kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığını artırmayı hedeflemektedir (Coşar ve Demirci, 2012). Doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada, eğitim alan grupta doğuma yönelik olumlu algı oluştuğu ve doğum korkusunun azaldığı saptanmıştır (Kızılırmak, 2011). Başka bir çalışmada Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyumu olumlu etkilediği gösterilmiştir (Coşar ve Demirci, 2012). Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan doğum eyleminde ne olacağına dair rapor hazırlama da doğum korkusuyla başetmede kullanılabilir. Buna yönelik gebelikte oluşturulan doğum planlarının gebelerde doğum eylemindeki kontrol hissini arttırdığı (Meyer, 2012; Kuo ve ark., 2010), yanlış bilgileri düzelttiği (Saisto ve Halmesmaki, 2003) ve böylece doğuma ilişkin daha az endişe yaşadıkları belirlenmiştir (Kuo ve ark., 2010).

Olumsuz duyguları tanıyıp değiştirmeyi sağlayan bilişsel yaklaşımlar da (Saisto ve Halmesmaki, 2003) gebelerin doğum korkusu ile başetmesine yardımcı olarak, daha

olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlayabilir (Saisto ve Halmesmaki, 2003; Sjögren, 1998). Bilişsel yaklaşımlar soruna odaklandığı, süreci değiştirilebildiği ve kısa sürdüğü için doğum korkusu ile başetmede kullanılacak uygun girişimlerdenidir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Yapılan çalışmalarda gebelikte verilen psikolojik ve obstetrik desteğin doğum korkusunu azalttığı, önceden varolan olumsuz şartlanmaları giderdiği, isteğe bağlı sezaryen oranını %50-62 düşürdüğü, doğum sürecini kısalttığı (Nilsson ve Lundgren, 2009; Saisto ve ark., 2001b), doğumdaki müdahaleleri azalttığı ve doğumun olumlu deneyimlerle tamamlanmasına yardımcı olduğu gösterilmiştir (Şahin ve ark., 2009). Gebelikte doğuma ilişkin anksiyete yaşayan gebelere verilen psikoterapinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada, psikoterapi grubundaki gebelerin daha olumlu bir gebelik deneyimi yaşadığı, kendilerini daha güçlü hissettikleri, genel sağlık durumları ile ilgili daha az endişelendikleri ve doğuma emosyonel olarak daha hazır hissettikleri belirlenmiştir (Sjögren, 1998).

Doğum korkusu gebelerin sık yaşadığı bir durum olmasına karşın, sağlık personeline göz ardı edilmekte ve gerektiği kadar önem verilmemektedir. Özellikle ebe ve hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve anksiyetelerini azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011). Doğuma ilişkin danışmanlık yapan bir hemşire ya da ebe gebeyi yaşadığı doğum korkusu, geçmişteki doğum deneyimleri ve şimdiki doğumuna ilişkin düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmelidir (Ryding ve ark., 2003). Kadınların yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek ve bu korku ile başetmesine yardımcı olmak, bir çok gebeyi doğum komplikasyonlarından koruyacak ve gebeliğin olumlu deneyimlerle tamamlanmasını sağlayacaktır (Saisto ve ark., 2001a).

Yurtdışında doğum korkusuna yönelik doğuma hazırlık eğitimlerinin yanı sıra bilişsel davranışçı teknikleri içeren psikoterapi kullanılmaktadır. Türkiye’de ise doğum korkusuna yönelik bir çalışmaya rastlanmıştır (Kızılırmak, 2011). Bu çalışmada doğum korkusuna yönelik doğuma hazırlık eğitimi kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda ise psikoterapinin doğuma hazırlık eğitimlerine göre doğum korkusunu azaltmada ve doğum sürecini olumlu etkilemede daha başarılı olduğu gösterilmiştir (Saisto ve ark., 2006; Saisto ve ark., 2001a). Bu nedenle Türkiye’de doğum korkusuna yönelik bilişsel davranışçı tekniklere dayalı eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Bu eğitim programlarının yürütülmesinde gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadının

yanında olan ebe ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşireler bilişsel davranışçı tekniklere dayalı eğitim programlarını yürütmek için gerekli bilgi ve becerilerle donatılmalıdır. Bu çalışmada uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başatme eğitim programının, gebelere doğum korkusuyla başatmede yardımcı olacak ebe ve hemşirelere yol göstereceği düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başatme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Gebelere uygulanan eğitim programının doğum korkusuna etkisini test eden hipotezler:

H1: Eğitim programına katılan gebelerin eğitim programı tamamlandıktan sonra Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A versiyonu puan ortalaması, eğitim programı öncesine göre daha düşüktür.

H2: Eğitim programına katılan gebelerin eğitim programı tamamlandıktan sonra Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A versiyonu puan ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

Gebelere uygulanan eğitim programının gebelerin doğum sürecine etkisini test eden hipotezler:

H3: Eğitim programına katılan gebelerin doğumda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H4: Eğitim programına katılan gebelerin doğum ağrısına yönelik Sayısal Değerlendirme Skalası puan ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H5: Eğitim programına katılan gebelerin doğum deneyimine ilişkin memnuniyet puan ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha yüksektir.

H6: Eğitim programına katılan gebelerde doğumun birinci evre süre ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H7: Eğitim programına katılan gebelerde doğumun ikinci evre süre ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H8: Eğitim programına katılan gebelerde doğumun üçüncü evre süre ortalaması, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H9: Eğitim programına katılan gebelere doğum eyleminde fundal baskı uygulama oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H10: Eğitim programına katılan gebelere doğum eyleminde amniyotomi uygulama oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H11: Eğitim programına katılan gebelere doğum eyleminde indüksiyon uygulama oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H12: Eğitim programına katılan gebelere doğum eyleminde epizyotomi uygulama oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H13: Eğitim programına katılan gebelerde doğum eyleminde acil sezaryen gereksinimi oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H14: Eğitim programına katılan gebelerde doğum eyleminde laserasyon gelişme oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

H15: Eğitim programına katılan gebelerde doğum eyleminde fetal distres gelişme oranı, eğitim programına katılmayan gebelerden daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Korku

Korku algılanan ya da mevcut olan bir tehlikeye yönelik gösterilen olağan bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Bu tepki kişileri tehlike karşısında uyardırmaya ve buna yönelik uygun davranışı göstermeye motive eder (Köroğlu, 2006). Bu yönüyle korku kişilerin stresli yaşam olayları ile başa çıkmasını sağlayan (Jacobi, 2006), tüm insanlarda ortak, doğal ve evrensel bir duygu durumudur (Alkın ve Onur, 2007; Jacobi, 2006).

Korku gibi bir uyarıcı sinyal olan anksiyete (Kaplan ve Sadock, 2004), korkuya benzer bir duygudur (Öztürk ve Uluşahin, 2008) ve çoğu kez korku ile karıştırılır. Korku kavramını anksiyete ile birlikte ilk tanımlayanlardan birisi Freud'dur. Freud nesnel anksiyete, nevrotik anksiyete ve ahlaki (moral) anksiyete olmak üzere üç farklı anksiyete türü önermektedir. Freud nesnel (gerçeklik) anksiyeteyi gerçekte tehlikeli olan bir uyarana karşı gösterilen tepki, yani korkunun eş anlamlısı olarak açıklamaktadır (Atılğan ve ark., 2007; Yüksel, 2006). Yine bazı yazarlar anksiyetenin ayrı ve tek bir duygu durumu olmadığını, anksiyetenin içinde korkunun baskın olarak bulunduğunu öne sürmektedir (Alkın ve Onur, 2007). Korku ile karşılaştırıldığında, anksiyete daha yaygın, tanımlaması daha zor, daha yavaş ortaya çıkan ve daha uzun süren bir duygudur (Köroğlu, 2006). Korku kesin, bilinen ve dıştan gelen bir tehdit karşısında hissedilen tepki, anksiyete ise bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen bir tehdide verilen tepkidir (Gökalp, 2000). Korkunun kaynağı belli, anksiyetenin ise belli değildir. Anksiyete, sorunun ne olduğu bilinmeksizin duyulan bir duygudur. Anksiyete bir nesneye bağlandığı an yerini korkuya bırakır. Korku ile anksiyete arasındaki diğer bir fark ise korku hemen, o an gelen tehlikeye karşı duyulur, anksiyete ise gelecek yönelimlidir (Köroğlu, 2006).

Korkmak son derece doğal bir davranıştır ve insan yaşamının sürdürülebilmesi için gereklidir (Rathfisch, 2012). Korku kişide “savaş ya da kaç” tepkisini ortaya çıkarır. Çünkü kişiler bir korku duyduklarında bütün içsel kaynaklarını kullanarak ya bu tehlikeye karşı kendilerini korumaya çalışırlar ya da bu tehlikeden kaçıp kurtulmaya, ondan uzaklaşmaya çalışırlar (Köroğlu, 2006).

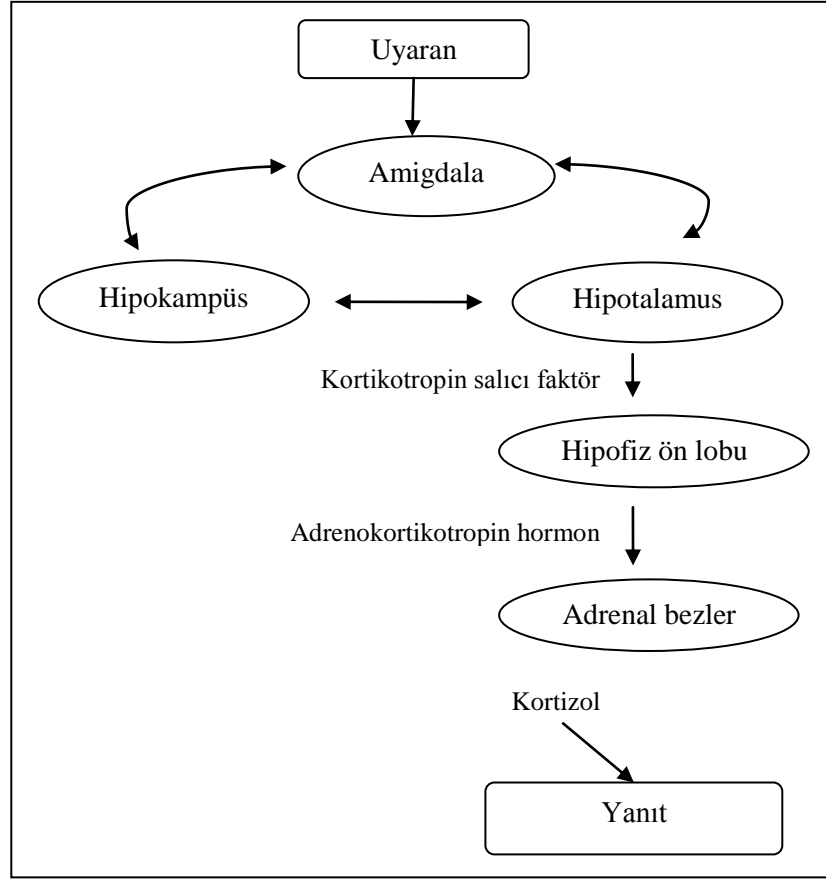
Korkunun Mekanizması ve Korkuya Verilen Yanıt

Beyin tehlikeli olarak yorumladığı bir durumu algıladığı anda, organizmada birçok tepki mekanizmasını çalıştıracak bir döngüyü harekete geçirir (Jacobi, 2006). Beyindeki yapılar içinde amigdala, prefrontal korteks ve hipotalamus gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem, duygu durum değişikliklerinden sorumlu önemli bir bölgedir (Uzby, 2004).

Limbik sistem; beynin serebral hemisferlerinin hilusu çevresinde yer alan kortikal doku kısımlarının ve birbirleriyle ilişkili amigdala, hipokampus ve septal çekirdekler gibi derin yapıları tanımlamak için kullanılır (Videbeck, 2008).

Beyinde korkunun koşullanmasından sorumlu bölge amigdaladır (Townsend, 2011; Olsson ve ark., 2007; Videbeck, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Amigdala orta temporal lobda yer alan nükleus topluluğudur (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Dışarıdan gelen uyarı ile amigdaladaki bazı nükleuslar arasında etkinlik artışı görülür (Şahin, 2000) ve gelen uyarı burada korku duygusu olarak ifade bulur (Jacobi, 2006).

Korku duygusu tanımlandıktan sonra prefrontal korteks tehlikenin durumunu değerlendirir ve saniyeler içerisinde içgüdüsel ya da öğrenilmiş davranış programını harekete geçirir (Jacobi, 2006). Bu program seçimi hipotalamusa gönderilir. Hipotalamustan kortikotropin salıcı faktör (CRF) salgılanır. CRF hipofiz ön lobundan adrenokortikotropin hormon (ACTH) salınımını artırır. ACTH adrenal bezlerden kortizol ve adrenalin ile noradrenalin salınımını artırır. Bu hormonların artışı ve otonom sinir sisteminin etkinliği bedeni tehlikeye karşı uyarır (Şahin, 2000). Bedende bazı fiziksel, duygusal ve davranışsal yanıtlara neden olur (Townsend, 2011; Videbeck, 2008; Yüksel, 2006). Bu yanıtlar olası bir tehlike anında organizmayı tetikte ya da alarm durumunda tutarak, tehlike karşısında gereken önlemleri almasını sağlar (Townsend, 2011; Olsson ve ark., 2007; Rathfisch, 2012).



Çizelge 1. Korkunun Mekanizması ve Korkuya Verilen Yanıt (Öztürk ve Uluşahin, 2008)

Fiziksel Yanıt: Tehlike anında kalp çarpıntısı, hipertansiyon, terleme, gevşeyememe hali, irritabilite, uykusuzluk gibi çok sayıda fiziksel belirti ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler tek tek görülebileceği gibi, farklı birleşimlerle de görülebilir. Hiperventilasyonun eşlik ettiği kanda karbondioksit düzeyleri azalır ve başta sersemlik, baş dönmesi, ellerde/ayaklarda kasılmalar, değişik beden parçalarında uyuşma/karıncalanma gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Korku anında kanın büyük bir kısmı, kaçmak ya da savaşmak için büyük kas gruplarına iletilir ve kaslar gerginleşir (Townsend, 2011; Alkın ve Onur, 2007; Jacobi, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Duygusal Yanıt: Tehlike kişide düşünme, algılama ve öğrenmeyi etkiler. Tehlike anında tümüyle tehlikenin kaynağı üzerine odaklanılır, dolayısıyla başka bir şey düşünmek olanaksız olur (Köroğlu, 2006). Sesinde heyecanlı bir titreklik olabilir. İlişkilerde endişeli, huzursuz ve gergindir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Davranışsal Yanıt: Korku halinin dışa vuran davranışa yansımaları ile belirlenir. Tehlike korunma amaçlı aktif kaçınma eylemini tetikler. Kişiler öznel veya fizyolojik

huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler ya da olaylardan uzak durma eğilimindedir. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlenir ve kişi kaçındığı olaya/duruma girmeye zorlandığında kontrol kaybı yaşayabilir (Alkın ve Onur, 2007).

2.2. Doğum Korkusu

Doğum yapma ve ebeveynliğe geçiş önemli sosyal ve duygusal etkileri olan bir olay olmakla birlikte (Fenwick ve ark., 2009; Fisher ve ark., 2006) kadın için büyük stres oluşturur (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Yirminci yüzyılda hızla ilerleyen sanayi ile birlikte doğumlar en az komplikasyonla sonuçlanmasına rağmen (Kjærgaard ve ark., 2008; Geissbuehler ve Eberhard, 2002), doğum eylemi pek çok kadın için hala tamamen kontrol edilemeyen, bilinmeyenlerin olduğu ve sonucu önceden tahmin edilemeyen bir süreçtir (Kjærgaard ve ark., 2008). Bu nedenle hemen her gebe doğum korkusu yaşayabilir (Rouhe ve ark., 2013). Nitekim gebelerin %80'ini hafif düzeyde doğum korkusu yaşamaktadır (Fisher ve ark., 2006; Saisto ve Halmesmaki, 2003). Bununla birlikte gebelerin %20'si orta düzeyde (Nordeng ve ark. 2012; Adams ve ark., 2012; Fenwick ve ark., 2009; Poikkeus ve ark., 2006; Fisher ve ark., 2006; Zar ve ark., 2002; Kjærgaard ve ark., 2008; Hofberg ve Ward, 2003), %6-10'u günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde doğum korkusu yaşamaktadır (Fenwick ve ark., 2009; Poikkeus ve ark., 2006; Fisher ve ark., 2006; Zar ve ark., 2002; Kjærgaard ve ark., 2008; Hofberg ve Ward, 2003). Doğum korkusu gebelikten öncede oluşabilir. Doğum korkusu nedeniyle kadınların %13'ünün gebeliği ertelediği ya da gebe kalmaktan kaçındığı belirtilmektedir (Bakshi ve ark., 2008; Hofberg ve Ward, 2003).

Doğum korkusunun bir miktarı kabul edilebilirdir (Bakshi ve ark., 2008) ve kadının doğuma hazırlanmasında yardımcı olabilir (Alessandra ve Roberta, 2013). Pek çok kadın kendi başetme mekanizması ve sosyal destekle doğum korkusuyla baş edebilmektedir. Ancak doğum korkusu gebelikten önce oluşur ve bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokofobi" olarak adlandırılır (Alessandra ve Roberta, 2013; Bakshi ve ark. 2008; Hofberg ve Ward, 2004). Yunancada tokos doğum, phobos korku anlamına gelmektedir (Bakshi ve ark., 2008; Heuvel van den, 2008). Tokofobi terimi ilk kez Hofberg ve Brockington (2000) tarafından kullanılmıştır. Hofberg ve Brockington tokofobiyi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu şeklinde tanımlamışlardır (Hofberg ve Brockington, 2000). Tokofobi günümüz literatüründe patolojik doğum korkusu şeklinde yer almıştır (Heuvel van den, 2008).

Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olarak üç grupta toplanmıştır (Hofberg ve Ward, 2003; Hofberg ve Brockington, 2000).

Primer Tokofobi: Gebe kalmadan önce başlayan korkudur. Primer tokofobi adölesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir ve kadın doğum korkusu nedeniyle gebelikten kaçınabilir (Hofberg ve Brockington, 2000; Heuvel van den, 2008; Bakshi ve ark., 2008; Alessandra ve Roberta, 2013). Bu kadınlar doğumdan son derece korktuğu için gebeliği sürdürmek yerine, bebeği istediği halde gebeliği sonlandırabilir ya da gebe kalmadan önce bile doktorundan elektif sezaryen talep edebilir. Bunun yanı sıra primer tokofobisi olan kadınlar doğum korkusunun üstesinden hiçbir zaman gelememekte, çocuksuz olarak kalmayı ya da evlat edinmeyi tercih etmektedir. Çok istedikleri bebeklerini doğuramadan menopoza girmekte ve ileri yaşlara kadar bu kaybın acısını çekmektedirler (Bakshi ve ark., 2008; Hofberg ve Ward, 2003).

Sekonder Tokofobi: Primer tokofobiden farklı olarak ikincil travmatik bir obstetrik olaydan sonra gelişir. Bu travmatik obstetrik olayın en tipik şekli “travmatik doğum eylemidir”. Ancak bazen normal doğum, düşük yapma, ölü fetus ya da gebeliğin sonlandırılmasını takip eden dönemde kadın için travmatik olabilir (Alessandra ve Roberta, 2013, Hofberg ve Ward, 2003; Bakshi ve ark. 2008).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: Prenatal dönemde yaşanan depresyon, daha nadir bir şekilde kendisini tokofobiyle birlikte gösterebilir. Nadir olarak bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun fobi ve doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir. Bu gibi vakalar sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünürler (Hofberg ve Brockington, 2000; Heuvel van den, 2008; Alessandra ve Roberta, 2013).

2.3. Gebelerin Doğuma İlişkin Yaşadığı Korkular

Hemen her kültürde doğum, kontrol kaybı, ağrı ve ölüm korkusu ile ilişkilendirilebilir. Gebenin doğumdan beklentileri geçmiş deneyimleri ve sosyal öğrenmelerle şekillenir. Hemen her kadın az ya da çok doğumdan korkar (Şahin ve ark., 2009). Nulliparların yaşadığı doğum korkusu, multiparlara oranla daha fazladır (Rathfisch, 2012; Rouhe ve ark., 2009; Saisto ve Halmesmaki, 2003; Spice ve ark., 2009).

Gebe doğuma ilişkin pek çok korku yaşayabilir. Bu korkular en çok doğum ağrısı (Sydsjö ve ark. 2013; Ibrahim ve ark., 2013; Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Ryding, 1993) ve doğum sırasında kendisinin (Sydsjö ve ark. 2013; Ibrahim ve ark., 2013;

Ryding, 1993) ya da bebeğinin zarar göreceği korkusudur (Sydsjö ve ark. 2013; Ibrahim ve ark., 2013; Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Ryding, 1993; Szeverényi ve ark., 1998). Kontrol kaybı, yalnız kalma, uterus rüptürü, sağlık personeline güvenmeme ve önceki olumsuz doğum deneyimi diğer korku yaratabilen durumlardır (Saisto ve Halmesmaki, 2003; Kjørgaard ve ark., 2008; Eriksson ve ark., 2006; Nilsson ve ark., 2010). Bunların dışında önceki doğumdaki operatif doğum, anestesi, sinir bloğu gibi tıbbi girişimlerde gebelerde korkuya yol açabilir (Geissbuehler ve Eberhard, 2002; Szeverényi ve ark., 1998). Türkiye’de yapılan bir çalışmada gebelerin doğum korkusu nedenleri doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinsellik olmak üzere 5 kategoride toplanmıştır (Serçekuş ve Okumuş, 2009).

2.4. Doğum Korkusunun Nedenleri

Doğum korkusu biyolojik (doğum ağrısı), psikolojik (kişilik, önceki travmatik olaylar, ebeveyn olma), sosyal (sosyal destek eksikliği, ekonomik nedenler) ya da ikincil (önceki doğum deneyimi) nedenlerle olabilir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Ayrıca kadının önceki psikolojik rahatsızlığı ya da büyük bir günlük stresör de doğum korkusunun oluşmasına neden olur. Doğum korkusuna neden olan faktörlerin ortaya çıkarılması kadının doğum korkusunu serbest bırakmasını sağlayabilir (Rathfisch, 2012).

1. Biyolojik Nedenler

Doğum Ağrısı: Doğum ağrısı ve düşük ağrı eşiğine sahip olma düşüncesi doğum korkusunun en önemli nedenleridir (Saisto ve Halmesmaki, 2003; Heuvel van den, 2008). Aslında doğum eylemi evrensel bir deneyim olmasına karşın doğum ağrısının şiddeti ve algılanışı kişiden kişiye değişebilmektedir (Rathfisch, 2012). Parite ne olursa olsun, doğum ağrısından korkma genel ağrı korkusuyla ilişkilidir ve isteğe bağlı sezaryen oranının artışına neden olmaktadır (Saisto ve Halmesmaki, 2003; Heuvel van den, 2008).

Sekiz bin gebe ile yapılan bir çalışmada nulliparların %42’sinin doğum ağrısından korktuğu (Geissbuehler ve Eberhard, 2002), aşırı doğum korkusu yaşayan 100 gebe ile yapılan başka bir çalışmada nulliparların %47’sinin doğum ağrısıyla baş edememekten

korktuğu bulunmuştur (Sjögren, 1997). Finlandiya’da ikinci gebeliğinde sezaryen isteyen gebelerin %19’u doğumun ikinci evresindeki itme, %15’i doğum ağrısından korktuğu için sezaryen istediğini belirtmiştir (Saisto ve ark., 1999). Brezilya’da ilk doğumunu yapan kadınların doğum deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, kadınlar doğumda ağrı yaşamayı beklediklerini ancak beklediklerinden çok daha yoğun ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Nakano ve ark., 2012). İsveç’te isteğe bağlı sezaryenle doğum yapan kadınların %36’sının sezaryen olma nedeninin doğum ağrısı korkusu olduğu bulunmuştur (Ryding, 1993). Lübnan’da isteğe bağlı sezaryen olan gebelerle yapılan çalışmada, gebelerin sezaryeni tercih etme nedeninin doğum ağrısı olduğu ve sezaryeni ağrısız doğuma alternatif olarak seçtikleri belirlenmiştir (Kabakian-Khasholian, 2013). Asyalı gebelerin doğuma ilişkin görüşlerinin belirlendiği bir başka çalışmada da gebelerin sezaryeni doğum ağrısı nedeniyle tercih ettikleri bulunmuştur (Chong ve Mongelli, 2003). Türkiye’de yapılan kalitatif bir çalışmada gebelerin yaşadığı doğum korkusu nedenlerinden birinin doğum ağrısı olduğu (Sercekuş ve Okumuş, 2009), başka bir çalışmada gebelerin %50’sinin doğum ağrısı nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri bulunmuştur (Dursun ve ark., 2011).

Ağrı vücudun iç ve dış zararlı uyarılara karşı geliştirdiği evrensel ve bireysel biyolojik yanıttır (Nakano ve ark., 2012). Aynı zamanda ağrı, durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal tepkilere ve otomatik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir. Bu nedenle doğum ağrısı korkusu sezaryen doğumun tercih edilmesine neden olan bir kaçınma davranışıdır (Saisto ve Halmesmaki, 2003).

2. Psikolojik Nedenler

Kişilik Özellikleri: Gebenin bazı kişilik özellikleri (genel anksiyete, düşük benlik saygısı) yaşadığı doğum korkusu düzeyini etkiler (Handelzalts ve ark., 2012; Ryding ve ark., 2007; Heuvel van den, 2008; Saisto ve Halmesmaki, 2003). Gebenin kişilik özellikleri doğumdan beklentilerini belirler. Bu beklentiler doğum sırasındaki deneyim ve davranışları etkiler. Gebenin yaşadığı son doğuma ilişkin değerlendirmesi bir sonraki doğuma ilişkin korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesinde rol oynar (Heuvel van den, 2008; Hofberg ve Ward, 2003).

Saisto ve arkadaşlarının (2001b) Finlandiya’da yaptığı ve gebelerin kişilik özellikleri ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, anksiyete,

nevrotik kişilik, savunmasızlık, depresyon, düşük benlik saygısı gibi kişisel özellikler gebelik anksiyetesi ve doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan ileri analizde doğum korkusunun oluşmasında genel anksiyete en önemli belirleyici olarak saptanmıştır (Saisto ve ark., 2001b).

Andersson ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, gebelikte %11,6 duygudurum bozukluğu, %6,6 anksiyete bozukluğu yaşandığı ve gebelikte psikiyatrik tanı alan gebelerin 2 kat daha fazla doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Özellikle sürekli kaygı ve endişe doğum korkusuyla ilişkilidir. Spice ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, gebelerin yaşadığı doğum korkusuyla sürekli anksiyete arasında ilişki bulunmuştur.

Depresyon kadının diğer kişilik özellikleri ile son derece ilişkilidir. Gebelikte yaşanan depresyon doğum korkusunu artırabilir ya da doğum korkusu gizli bir depresyon belirtisi olabilir (Storksken ve ark., 2012; Saisto ve Halmesmaki, 2003). Bin altı yüz kırk iki gebe üzerinde doğum korkusu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, gebelerde %8,8 anksiyete, %8,9 depresyon saptanmıştır. Çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınların yarısından fazlasında (%56,2) anksiyete ya da depresyon olmamasına rağmen, anksiyete ya da depresyon yaşayan kadınlarda doğum korkusu 2,4 kat, hem anksiyete hem depresyon yaşayan kadınlarda doğum korkusu 11 kat daha fazla bulunmuştur (Storksken ve ark., 2012).

Kadınlarda beklenen ve deneyimlenebilen nörotik kişilik, savunmasızlık ve anksiyeteye yatkınlık gibi kişilik özellikleri çeşitli yaşam olayları ile bağlantılıdır. Bekar anne olmak ya da işsizlik depresyon ve benlik saygısı açısından iyi durumda olan bir kadını olumsuz etkileyebilir ve bu durum kadının doğum ile ilgili stres yaşamasını artırabilir (Saisto ve ark., 2001b).

Korku duygusu temelde kişisel kuşku, pasiflik, boyun eğme ve çaresizlik duyguları içinde beslenir ve büyür. Bu nedenle doğum korkusu kadında diğer kişilere bağımlı olmaya neden olur (Rathfisch, 2012) ve kadında doğum yapabilme yeteneğine güveni olumsuz etkiler (Salomonsson ve ark., 2013). Daha önce doğum yapmış primiparlarla yapılan çalışmada, gebeler önceki doğumlarında doğum yapabilme yeteneklerinde güven kaybı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bedenlerinde yetersizlik yaşadıklarını ve güvenli doğum yapabilmek için tıbbi girişim yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Şimdiki gebeliklerinde ise aşırı doğum korkusu yaşadıkları saptanmıştır (Nilsson ve ark., 2010). Nulliparlarda özyeterlilik ile doğum anksiyetesi arasındaki

ilişkinin incelendiği çalışmada, özyeterliliği düşük olanların anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur. Özyeterliliği yüksek olanların doğum ağrısı ile başatme stratejilerinin daha iyi olduğu, bu nedenle gebelerin doğumun erken dönemlerinde daha uzun süre evde geçirdikleri ve doğum ağrısı ile daha iyi başattıkları saptanmıştır (Beebe ve ark., 2007). Doğum yapabilme yeteneğine güvensizlik, sağlık personeline güvensizliğe yol açarken aynı zamanda umutsuzluk ve çaresizliğe neden olabilir (Heuvel van den, 2008; Saisto ve Halmesmaki, 2003).

Önceki Travmatik Olaylar: Daha önce travmatik bir olay yaşayan kadınlar dünyanın güvensiz olduğu düşüncesine kapılarak daha fazla doğum korkusu yaşar (Boorman ve ark., 2013). Diğer travmatik olaylar ile karşılaştırıldığında doğum korkusunun yaşanmasında çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmak önemli bir risk faktörüdür (Boorman ve ark., 2013; Lev-Wiesel ve ark., 2009). Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan kadınlarda doğum sırasında yaşanan ağrı maruz kaldıkları anıların yeniden canlanmasına neden olabilir (Wiklund ve ark., 2012; Heuvel van den, 2008). Bu durum kadında doğumda kontrol kaybı yaşama endişesini artırarak doğum korkusuna neden olabilir (Wiklund ve ark., 2012). Doğum korkusu ile önemli yaşam olayları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yetişkinlikte maruz kalınan cinsel istismarın değil ama çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın doğum korkusunu artırdığı ve doğuma ait komplikasyonların daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Heimstad ve ark., 2006). Norveç'te yapılan bir çalışmada çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı, prenatal dönemde daha fazla komplikasyon (7 ve üzerinde komplikasyon) geliştiği ve doğumların sezaryenle sonlanma riskinin arttığı bulunmuştur (Lukasse, 2011). Bu nedenle çocukluk çağındaki cinsel istismar elektif sezaryen için bir endikasyon kabul edilmektedir (Wiklund ve ark., 2012).

Ebeveyn Olma: Doğum kalıcı rol değişikliklerini ve yeni sorumlulukları beraberinde getiren bir olaydır (Etowa, 2012). Bu nedenle bazı kadınlar gebelikte çocuk bakımı ve büyütme veya bu değişimlerin aile yaşamında değişikliklere neden olacağı konusunda endişe yaşabilmektedir. Melender'in (2002) 329 gebenin gebelik ve doğumla ilgili yaşadığı korkularını tanımladığı çalışmasında aile yaşamındaki değişiklikler gebelerin doğuma ilişkin yaşadığı endişeler arasında yer almıştır.

Batıdaki kültürel değişikliklerle kadınlarda meslek ve kariyer sahibi olmanın önemi artmış, anne olmanın önemliliği azalmıştır. Bu nedenle kadınlar gebe

kaldıklarında yenidoğanın bakım gereksinimlerini karşılamaya ilişkin endişe yaşabilmektedir. Özellikle anksiyeteli ve nevrotik gebeler ebeveyn olmaya ilişkin kendilerini daha yetersiz hissedebilmektedir (Heuvel van den, 2008; Saisto ve Halmesmaki, 2003).

3. Sosyal Nedenler

Sosyal Destek Eksikliği ve Ekonomik Nedenler: Gebenin sosyal destek sistemlerinin eksik olması doğum korkusuna neden olabilir. Yapılan çalışmalar sosyal desteği olmayan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadıklarını göstermiştir (Laurson ve ark., 2008; Saisto ve ark., 2001b). Danimarka'da 30480 gebe ile yapılan çalışmada sosyal destek sistemlerinin yokluğu ile doğum korkusu arasında ilişki bulunmuştur (Laurson ve ark., 2008). Saisto ve arkadaşları (2001b) Finlandiyalı gebelerle yaptığı çalışmada sosyal destek yetersizliği ve eş ilişkilerinden memnuniyetsizliğin doğum korkusuna neden olduğunu saptamıştır.

Bunun yanında gebenin diğer bazı sosyodemografik özellikleri de (yaş, eğitim seviyesi ve çalışma durumu, ekonomik durum gibi) doğum korkusunu etkileyebilir. Özellikle düşük eğitim seviyesine sahip (Laurson ve ark., 2008; Rouhe ve ark., 2013), yaşı genç (Laurson ve ark., 2008), işsiz olan (Laurson ve ark., 2008; Saisto ve ark., 2001b) ve gelir düzeyi düşük (Hildingsson ve ark., 2002; Saisto ve ark., 2001b) olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir.

4. İkincil Nedenler

Önceki Doğum Deneyimi: Parite doğum korkusunun içeriğini etkiler (Størksen ve ark., 2013). Nulliparlar genellikle bilinmeyenden, doğum ağrısından ve kontrol kaybı yaşamaktan korkarlar. Multiparların doğum korkusunun altında yatan temel neden ise ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (Størksen ve ark., 2013; Rouhe ve ark., 2009). Nulliparlar multiparlara göre daha yüksek oranlarda doğum korkusu yaşar. Ancak multiparların yaşadığı doğum korkusunun düzeyi nulliparlara göre daha şiddetlidir. Nulliparlar genellikle orta derecede korku yaşarken, multiparlar isteğe bağlı sezaryen neden olan şiddetli düzeyde korku yaşamaktadır (Spice ve ark., 2009). Olumsuz doğum deneyimi isteğe bağlı sezaryenin en önemli nedenidir (Tschudin ve ark., 2009; Ryding, 1993). Bunun yanı sıra önceki doğumda acil sezaryen, vakum uygulaması (Størksen ve ark., 2013; Nieminen ve ark., 2009) ve dayanılmaz ağrı

sonraki gebeliklerde yaşanan doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur (Størksen ve ark., 2013).

Doğum deneyimi ile ilgili bazı memnuniyetsizlikler belirtilse de, doğum eylemi pek çok kadın için pozitif bir yaşam deneyimidir. Olumsuz bir doğum deneyimi gebenin kendini güçsüz hissetmesine, olumsuz ruhsal sağlığa ve bir sonraki doğumda korkuya neden olur (Størksen ve ark., 2013). Doğum korkusu ile önceki doğum deneyimini arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada olumsuz doğum deneyiminin doğum korkusunu 4,8 kat arttırdığı bulunmuştur. Doğumda herhangi bir komplikasyon gelişenlerde doğum korkusu 1,9 kat, iki ya da daha fazla komplikasyon gelişenlerde 2,9 kat artmıştır (Størksen ve ark., 2013). Önceki doğum deneyimi ve doğum süreci arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada önceki doğum deneyimini travmatik olarak tanımlayıp doğum korkusu yaşayan gebelerde sezaryen doğum 5,2 kat artmıştır (Sydsjö ve ark. 2013). Bin dört yüz gebe ile yapılan çalışmada doğum korkusu önceki sezaryen doğum ve vakum uygulaması olanlarda daha fazla bulunmuştur (Rouhe ve ark., 2009).

2.5. Doğum Korkusunun Gebeliğe Etkisi

Doğum korkusu nedeniyle kadın gebe kalmak istemeyebilir (Fenwick ve ark., 2009) hatta gebe kalsa bile gebeliği sonlandırma kararı alabilir (Sydsjö ve ark. 2013; Spice ve ark., 2009; Heuvel van den, 2008). Doğum aralarındaki sürenin uzamasına ve kadının sahip olmak istediği sayıdan daha az çocuk doğurmasına neden olabilir (Sydsjö ve ark. 2013).

Korku verici bir durumla karşılaşan kişinin dikkati dağılır, tehdide neden olan faktör üzerine odaklanır ve endişesi artar. Bu da kadını olumsuz bir duygu durumu içine yöneltir ve doğumu başarı ile tamamlayamayacağı düşüncesine iter. Bu döngü olumsuz beklentilerin gerçekleşmesine neden olur. Gebelik boyunca doğum korkusu gibi olumsuz beklentiler doğumun olumsuz bir deneyimle sonuçlanmasını, doğum ile ilgili pozitif beklentiler doğumun olumlu bir deneyimle sonuçlanmasını sağlar (Spice ve ark., 2009). Pek çok gebe doğum korkusu yüzünden isteğe bağlı sezaryeni tercih edebilir (Salomonsson ve ark., 2013; Bakshi ve ark. 2008; Fenwick ve ark., 2009).

Doğum korkusu gebenin günlük yaşamını etkileyebilir (Sydsjö ve ark. 2013; Salomonsson ve ark., 2013). Gebelikte doğuma ilişkin artan stres ve anksiyete, gebede bazı emosyonel, davranışsal ve fiziksel değişimlere neden olabilir. Gebe huzursuzluk,

sinirlilik, uykusuzluk, ağlama ya da taşikardi nöbetleri, yeme ve fiziksel aktivitelerde değişim yaşayabilir. Bazı gebelerde gebelikten hoşlanmama, hatta paranoid düşünceler ortaya çıkabilir (Bakshi ve ark., 2008).

Sjögren (1997) doğum korkusu yaşayan kadınların uyuma güçlüğü, kabus görme ve doğuma bağlı endişe nedeniyle dalgınlık yaşadıklarını belirlemiştir. Geçmişte yaşanan ebeveyn kaybı, fetüs ölümü, eş ile yaşanan ciddi problemler ve ilişkilerinin geleceği ile ilgili faktörler doğum korkuları ile bağlantılandırılmıştır (Sjögren, 1997).

2.6. Doğum Korkusunun Doğum Sürecine Etkisi

Doğum korkusu doğum eylemine ait komplikasyonları da beraberinde getirmektedir (Nilsson ve Lundgren, 2009; Fenwick ve ark., 2009; Salomonsson ve ark., 2013). Doğum korkusu gebede sempatik sinir sistemini ve kan damarlarında vazokonstrüksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaları harekete geçirir (Reck ve ark., 2013). Gebenin doğum sırasında korkulu ve endişeli olması katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını artırır (Alessandra ve Roberta, 2013; Adams ve ark., 2012). Katekolaminler uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur. Uterusa giden kan miktarındaki azalma plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur. Fetusa giden oksijen azaldığından fetusta distres gelişir. Bu durum gebeye tıbbi müdahale gereksinimini artırır (Alessandra ve Roberta, 2013).

Korku ve endişe durumda artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur (Alessandra ve Roberta, 2013). Doğumun ikinci evresi uzar. Uzayan doğum eylemi gebede doğum korkusunu daha da artırır. Doğum korkusu yaşayan kadın ile doğum profesyonelleri arasındaki iletişim sorunları doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilir (Adams ve ark., 2012). Ayrıca anksiyeteli gebelerde daha fazla kanama olabilir (Alessandra ve Roberta, 2013).

Yapılan çalışmalarda doğum öncesi dönemde stres ve anksiyete preterm eylem, postterm eylem (Bakshi ve ark., 2008; Saisto ve ark., 2001b; Korukcu ve ark., 2012; Saisto ve ark., 2001a), doğumda analjezi kullanımında artış, doğum sürecinde uzama (Saisto ve ark., 2001b; Korukcu ve ark., 2012), müdahaleli doğum (Bakshi ve ark., 2008) ve acil sezaryen (Bakshi ve ark. 2008; Saisto ve ark., 2001a, 2001b; Salomonsson ve ark., 2013) ile ilişkili bulunmuştur. Fetusta asfiksi (Saisto ve ark., 2001a, 2001b;

Korukcu ve ark., 2012), intrauterin gelişme geriliği (Bakshi ve ark. 2008; Saisto ve ark., 2001a, 2001b) ve düşük doğum ağırlığı görülür (Bakshi ve ark. 2008).

Saisto ve arkadaşlarının (1999) doğum korkusu yaşayan ve yaşamayan gebeleri karşılaştırdıkları çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğumunda acil sezaryen ve vakuma daha fazla başvurulduğunu, doğum sürecinin daha uzun olduğunu ve epidural anestezinin daha fazla uygulandığını belirlemiştir. Doğum korkusunun doğum sürecine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğum sürecinin daha uzun olduğu, epidural anestezi, indüksiyon ve enstrümantal doğum ve acil sezaryen doğumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (Adams ve ark., 2012). İsveç'te yapılan çalışmada doğum korkusu yaşayanlarda isteğe bağlı sezaryen, acil sezaryen daha fazla görülmüş ve daha fazla indüksiyon kullanıldığı saptanmıştır (Sydsjö ve ark., 2012). Aynı araştırmacıların yaptığı başka bir çalışmada doğum korkusu yaşayan gebelerin sezaryen olma ihtimali 5,2 kat fazla, doğumun aktif evresi 40 dakika daha uzun bulunmuştur (Sydsjö ve ark. 2013). Sağlıklı nulliparlarla yapılan çalışmada doğum korkusu, acil sezaryen ve uzamış doğum eylemi ile ilişkili bulunurken, fetal distres ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Laursen ve ark., 2009). Bin dört yüz gebe ile yapılan çalışmada doğum korkusunun 21. gebelik haftasından sonra arttığı, isteğe bağlı sezaryenlerin doğum korkusu yaşayanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (Rouhe ve ark., 2009). Bu çalışma sonuçlarına rağmen, Sluijs ve arkadaşlarının (2012) gebelik boyunca yaşanan doğum korkusu ile doğum komplikasyonları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, doğum korkusunun doğum komplikasyonları ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Doğum korkusunun doğumdaki tıbbi müdahaleler ve prematürite ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Sluijs ve ark., 2012). Johnson ve Slade'nin (2002) yaptıkları çalışmada doğum korkusunun acil sezaryene neden olmadığı bulunmuştur.

2.7. Doğum Korkusunun Doğum Sonu Sürece Etkisi

Gebelik döneminde başlayan doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde de depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme (Spice ve ark., 2009; Saisto ve ark., 2001ab; Bakshi ve ark., 2008) ve post travmatik stres bozukluğuna neden olur (Spice ve ark., 2009).

Doğum korkusu yaşayan kadını sakinleştirmek için uygulanan ilaçlar yenidoğanı da etkiler. Gebe doğumda anksiyeteli ise doğum sonu yenidoğanın apgar skoru daha düşük olabilir (Alessandra ve Roberta, 2013). Ayrıca maternal anksiyete erken çocukluk

dönemindeki zihinsel ve motor becerileri geciktirebilir (Alessandra ve Roberta, 2013; Bakshi ve ark., 2008) ve neonatal kolik oluşturabilir (Bakshi ve ark., 2008). Amniyotik mayide kortizolun yüksek olması fetusun beyin gelişimini dolayısıyla sosyal beceri, bellek ve dil yeteneklerini etkileyebilir (Alessandra ve Roberta, 2013).

2.8. Doğum Korkusuyla Başetmeye Yönelik Girişimler

Doğum korkusuyla başetmeye yönelik girişimlerde amaç gebenin doğum ile ilgili yaşadığı anksiyeteyi kontrol altına alabilmesidir (Heuvel van den, 2008; Saisto ve Halmesmaki, 2003). Doğum korkusuna yönelik girişimin etkinliği gebelikte yaşanan stresin azalması, gebeliğe uyumun artması ve isteğe bağlı sezaryenin azalması ile değerlendirilebilir (Heuvel van den, 2008). Doğum korkusunu azaltmaya yönelik tıbbi tedavi klinik anksiyete, depresyon ya da panik atak gibi sorunlar olmadığı sürece uygulanmaz (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Gebelerin doğum korkusuyla başedebilmeleri için doğuma hazırlık eğitimleri ve olumlu bilişsel davranışçı yaklaşımlar kullanılmaktadır (Heuvel van den, 2008; Saisto ve Halmesmaki, 2003)

Doğuma Hazırlık Eğitimi

Doğum öncesi dönemde verilen bakım, destek ve eğitimler doğum korkusu ile ilgili önemli değişkenler olup, bu girişimler sayesinde gebelerin daha fazla özyeterlilik yaşadığı ve doğumu kendi kontrolünde hissettiği, memnuniyet oranlarının arttığı ve daha az doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Şahin ve ark., 2009). Doğuma hazırlık eğitimleri, anne adayını doğum eylemi, doğum ağrılarıyla başetme, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi konularda eğitmekte ve doğuma hazırlamaktadır. Kadının kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığını artırmayı hedeflemektedir (Coşar ve Demirci, 2012). Doğuma hazırlık eğitimde amaç; doğum sırasında olacaklar, sağlık ekibinin yapacağı işlemler hakkında anne adaylarını eğitmek ve ekibin bir parçası olan gebeyi kendisine düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirip, bunları uygulayabilecek becerileri kazandırmaktır. Özellikle anneyi bilgilendirerek, gevşeme egzersizlerini öğretmek normal doğum eylemi için ruhsal ve fiziksel olarak hazırlamaktır (Onat Bayram ve Hotun Şahin, 2010). Doğum öncesi eğitim bireysel eğitim ya da sınıflar biçiminde yürütülebilir (Mete, 2008). Serçekuş ve Mete'nin (2010) yaptığı çalışmada gebeler bireysel eğitime kıyasla grup oturumlarından daha fazla memnun kalmışlardır.

Günümüzde doğuma hazırlık sınıfları gelişmiş ülkelerde rutinde varolan, gelişmekte olan ülkelerde ise yeni yeni rutine konulmaya başlanan bir hizmettir (Onat Bayram ve Hotun Şahin, 2010). Ülkemizde birkaç özel ve resmi kurumda bu eğitimler verilmektedir. Son zamanlarda çiftlerin doğuma hazırlık sınıflarına katılma isteği de gittikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu desteklemesi, bunu medya ve diğer kanallarla halka duyurması, ayrıca ebe ve hemşirelerin de düzenlenen eğitim programlarıyla bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları hususunda farkındalıklarının artırılması etkili olmuştur (Coşar ve Demirci, 2012).

Mongan (2012) korkusuz doğumdan ilk kez bahseden Dick Read'in doğum korkusunun gerginliğe neden olduğunu, artan gerginliğin de doğumda yaşanan ağrıyı arttırdığını ve bu döngünün kırılması gerektiğini vurguladığını belirtmiştir. Bu döngünün bozulması için doğum öncesinde anne adayının eğitilmesi, relaksasyon ve karın solunumu egzersizlerinin öğretilmesi ve doğum sırasında bunların uygulanması gerekmektedir (Mete, 2008).

Mete'nin (2008) belirttiğine göre doğum ile ilgili eğitimde Read, korku ve gerilime karşı gebeleri sakin tutmak ve relaksasyon yaratmak için onlara doğumu hatırlanabilecek harika bir yaşantı olduğuna inanmıştır. Boşaltım korkusu için Read, gebeleri doğum yapacakları alana götürmüş, travayın önemini de içine alan doğumla ilgili eğitim vermiştir. Boşaltım gerilimini önlemek için ruhsal ve fiziksel relaksasyon ve nefes alma egzersizlerini geliştirmiştir. Çünkü o, aklın ve bedeninin yakın ilişkide olduğunu, bilinçli olarak kasların gevşemesinin ruhsal gevşemeyi de beraberinde getireceğine inanmıştır (Mete, 2008).

Read'in metodu günümüzde kullanıma açık ve geçerliliğini koruyan bir methodur. Bunun yanı sıra birçok kadının doğumunda etkili bir yöntem olarak kullanılmış ve bu alanda daha sonra kullanılan modellere öncü ve temel olmuştur. Bunda sonra gelişen modeller Lamaze, Bradley Metodu ve HypnoBirthing Metodu'dur (Walker ve ark., 2009).

Dick Read'in korkusuz doğum öğretiminden sonra 1950'li yıllarda Fransız hekim Lamaze "ağrısız doğum" yöntemini ileri sürmüştür. Psikoprofilaksi olarak da bilinen bu metot en yaygın bilinen doğuma hazırlık metodudur. Lamaze şartlı öğrenme kuramı ile davranışsal psikolojinin öncüsü olan Ivan Pavlov'dan etkilenmiştir. Lamaze'ye göre ağrı şartlanmış bir tepkidir. Bu bağlamda kadınlarda doğum öncesi dönemde ağrı çekmemeye şartlandırılabilirler. Lamaze bunu gerçekleştirmek için kadınları bağırarak

ya da kontrolü kaybetmek yerine, kontrollü kas gevşetme ve solunum modelleriyle uterus kasılmalarını taklit etmeye şartlandırır. Lamaze Metodu; doğum eğitimi, gevşeme ve solunum tekniklerinden oluşur. Lamaze, baba adayının doğuma katılımını da içeren, yoğun emosyonel desteğinin olması gerekliliğini savunur (Walker ve ark., 2009).

Bradley Metodu, “doğum koçluğu” modelini temel alan; çifti doğuma gereksiz müdahalelerden kaçınarak normal ve doğal yollardan hazırlamayı hedefleyen bir modeldir. Eşin bir koç olarak görev alması, bu metodun temelini oluşturur. Sınıflarda, eşin doğum yapan karısına nasıl destek vereceği ve koçluk yapacağı; ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı öğretilir. Bradley Metodu ağrıyı tolere etmeye yönlendirir ve gevşemede beyin-beden arasındaki ilişkiyi vurgular. Bebeğe zarar verebileceği düşüncesinden yola çıkarak tıbbi müdahalelerden kaçınılması gerekliliğini savunur (Walker ve ark., 2009).

Hipnoz doğum (HypnoBirthing) metodu “her kadın kendisi ve bebeği için doğumun en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayacak içgüdü ve enerjiye sahiptir” önermesinden yola çıkar. Marie Mongan tarafından 1990 yılında başlatılmıştır. Hipnoz doğum anneye ve ailesine doğumun beklentilerini ve deneyimlerini olumlu yaşamalarını sağlar. Hipnoz doğum, doğum ağrısıyla başetmeyi öğretmez, onun yerine derin rahatlamayı, hayal etmeyi, kendi kendini doğumun ağrısız bir süreç olduğu yönünde hipnoz etmeyi öğretir (Mongan, 2012).

Son yıllarda ise; Farkındalığa Dayalı Doğum Hazırlığı (Mindfulness-Based), Birthing from Within, Odent Metodu, Kitzinger Metodu ve Leboyer Metodu olarak isimlendirilen modeller ortaya çıkmıştır (Walker ve ark., 2009; Onat Bayram ve Hotun Şahin, 2010).

Farkındalığa Dayalı Doğum Hazırlığı kadın ve eşinin yoga ve meditasyon yapması ve farkındalık uygulamasının günlük yaşamda kullanılması esasına dayanır. Birthing from Within modelinde doğum bir sanat olarak görülür ve ailelerin geçmiş doğum eylemleri hakkında bilgileri, korkuları, istek ve ihtiyaçları resim yaptırılarak, çizdirilerek, rol ve maket yaptırılarak anlatmaları sağlanır. Odent Metodu’na göre; doğum özel bir deneyimdir ve çiftler bu deneyimi en iyi fiziksel ortamda sevgi ile yaşamalıdır. Sağlık çalışanları müdahaleci değil, izleyici olmalıdır. Kitzinger Metodu temelinde kadına doğal davranılması gerektiğini benimser. Psikoseksüel Metot olarak ta adlandırılan bu metotta kadınların doğum sırasında gevşeme ve progresif solunum ile doğum ağrılarının kontrol altına alınması hedeflenir. Leboyer Metodu ise doğum odasındaki kuvvetli ışıklardan, gürültüden, bebeğin ilk solunumuna başlaması için

poposuna vurulması, bebeğin solunuma başlamadan umbikal kordun kesilmesi gibi uygulamaların olumsuz etkilerine değinir ve bebeğin ağrı ve travmasının azaltılması gerektiğini savunur (Onat Bayram ve Hotun Şahin, 2010).

Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusuyla Başetmede Kullanılması

Doğum kokusunu azaltmaya yönelik çalışmalar 1920'lere kadar uzanmaktadır. Psikoprofilaksinin doğum korkusu üzerindeki etkileri 1950'lerde, hipnozun ise 1990'larda araştırılmaya başlanmıştır (Hofberg ve Ward, 2004). Bin dokuz yüz seksenlerde psikoprofilaktik kursa katılan ve katılmayan gebelerin obstetrik sonuçları karşılaştırılmış ve aralarında fark bulunmamıştır. Çalışmada psikolojik sonuçlara bakılmamıştır (Di Renzo ve ark., 1984).

Türkiye'de doğum öncesi eğitimin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan kalitatif çalışmada doğum öncesi eğitimin bu dönemlere özgü temel bilgi gereksinimini sağladığı bulunmuştur. Eğitimin vajinal doğuma ilişkin bilgi sağlamada ve olumlu bakış açısı gelişmesinde etkisi olduğu belirtilirken, doğum korkusu üzerine olumlu ya da olumsuz etkisinin olabileceği belirtilmiştir. Gebelerin bir kısmı verilen eğitimin doğum korkusunu azalttığını belirtirken, bazıları doğum korkusu üzerine her hangi bir etkisi olmadığını hatta verilen eğitimin korkuyu arttırdığını ifade etmiştir. Eğitimin doğum korkusu üzerine etkisinin farklı olmasının nedeni, gebelerin bireysel özellikleri ve eğitimde doğuma ilişkin ayrıntılı bilgi verilmesine bağlanmıştır (Serçekuş ve Mete, 2010).

Doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu üzerine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, primipar gebelere eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası doğum korkusunun azaldığı, eğitim öncesi ve sonrası doğum korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Eğitim alan grupta doğumun ikinci evresinde korkma, endişelenme, tedirgin olma daha az, güvende hissetme daha fazla görülmüş, doğuma yönelik olumlu algı oluştuğu saptanmıştır (Kızılırmak, 2011).

Başka bir çalışmada Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyumu değerlendirilmiştir. Eğitim alan gebelerde doğumun aktif fazında korku ifadesi, huzursuzluk, heyecanlı görünüm, yakınma ve ağlama daha az görülmüştür. Ayrıca eğitimin gebelerde doğum algısını olumlu etkilediği saptanmıştır (Coşar ve Demirci, 2012).

Stoll ve Hall'un (2012) yaptığı çalışmada doğum öncesi eğitim alanlarda vajinal doğumun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Buna rağmen doğum öncesi eğitimin doğum korkusu, doğumda indüksiyon kullanımı, doğum hızlandırıcı yöntemler ve epidural anestesi kullanımı üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Stoll ve Hall, 2012).

İsveç'te yapılan bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin %74'ü eğitimin doğuma hazırlıkta etkili olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada eğitim alan gebelerin doğumda ağrı kesici yöntemleri daha fazla kullandığı, acil sezaryene daha az gereksinim duyulduğu belirlenmiştir. Ayrıca eğitim alan gebeler daha olumlu doğum deneyimi yaşadıklarını bildirmiştir (Fabian ve ark., 2005). Melender (2002) Finlandiya'da doğum öncesi eğitim alanlarda doğum korkusunun daha az olduğunu bulmuştur. Nazari Jeyrani ve arkadaşları (2009) Tahran'da doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusunu azalttığını, annenin doğumdan memnuniyetini artırdığını ve isteğe bağlı sezaryeni azalttığını belirtmişlerdir. Ferguson ve arkadaşlarının (2013) yakın zamanda yaptığı yapılandırılmış bir derlemede doğum öncesi eğitimin normal doğum üzerine etkisi incelenmiştir. Doğum öncesi eğitimin doğum üzerine hem olumlu, hem de olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir. Doğum hakkındaki yanlış inanışları azaltması, doğumda daha az anksiyete yaşanması ve partner katılımının artması olumlu etkileri arasında yer alırken; müdahaleli doğum oranının (indüksiyon ve epidural anestezi kullanımı gibi) artması olumsuz etkileridir (Ferguson ve ark., 2013).

Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan doğum eyleminde ne olacağına dair rapor hazırlama da doğum korkusuyla başetmede kullanılabilir. Buna yönelik gebelikte oluşturulan doğum planlarının gebelerde doğum eylemindeki kontrol hissini arttırdığı (Meyer, 2013; Kuo ve ark., 2010), yanlış bilgileri düzelttiği (Saisto ve Halmesmaki, 2003), böylece doğuma ilişkin daha az endişe yaşadıkları belirlenmiştir (Kuo ve ark., 2010).

Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Bilişsel davranışçı yaklaşım, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan bir modeldir (Demiralp ve Oflaz, 2007).

20. yüzyılın ikinci yarısında psikoanaliz kuramına karşı gelişen Albert Ellis'in *Düşünsel Duygulanımcı Terapi* (Rational Emotive Therapy) ve Aaron T. Beck'in geliştirdiği *Bilişsel Terapi* (Cognitive Therapy) Bilişsel Davranışçı Yaklaşımın ilk

temellerini oluşturmuştur. Ellis *Düşünsel Duygulanımcı Terapisinde* inançlara vurgu yaparak ruhsal sorunların akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançlarından kaynaklandığını belirtmiştir. Beck *Bilişsel Terapisinde* ise işlevsel olmayan düşüncelere vurgu yapmıştır. Bilişsel Yaklaşımla aynı zamanlarda ortaya çıkan *Davranışçı Terapi Yaklaşımının bilişsel yaklaşımı* benimsemesiyle birlikte 1980’li yıllarda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım adıyla, bilişsel model çatısı altında birleşmişlerdir (Türkçapar, 2007; Türkçapar ve Sargın, 2012a).

Bilişsel Yaklaşım, duygusal bir sorun yaşandığı durumlarda, sorunun kişinin yaşadığı olay, içinde bulunduğu ortamla ilgili olabileceği gibi, kişinin değerlendirme sistemiyle de ilgili olabileceğini öne sürmektedir. Başka bir ifadeyle Bilişsel Yaklaşımın genel kuramı, kişileri rahatsız eden duygusal sıkıntılar, doğrudan olayların ve yaşananların kendisinden değil, bunların algılanma ve değerlendirilme biçiminden kaynaklanmaktadır (Türkçapar, 2007).

İnsanların duygu, düşünce ve davranışları birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkmaz. Ellis, bunu ABC modeli ile açıklar. A, aktive edici olay; B bilişsel sistem, yani kişinin inanç sistemi tarafından olayın yorumlanması ve çözümlenmesi; C, duygusal ve davranışsal sonuçlar ya da bireyin tepkisidir, bu tepki uygun ya da uygunsuz olabilir (Türkçapar, 2007). A, (harekete geçirici olay) C’nin (duygusal, davranışsal ve bilişsel sonuçlar) sebebi değildir. Bireyin A’ya ilişkin inançları olan B, C’ye yol açmaktadır. Herhangi bir harekete geçirici olayla karşılaşan birey duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirir. Bu tepkilerin gelişmesine neden olan olayın kendisi değil olayın birey tarafından algılanış biçimi, olayla ilgili değerlendirmesidir. Olay değişmez aynı kalır ancak bireyin aynı olayla ilgili değerlendirmesi değişebilir özellikler göstermektedir. Harekete geçirici olayı kontrol etme şansı olmayabilir, ancak duygusal ve davranışsal tepkilere neden olan inanç ve değerlendirmeler kontrol edebilir (Gökçakan ve Gökçakan, 2005).

Bilişsel davranışçı yaklaşım, bir problem çözme süreci olarak da kavramlaştırılabilir (Demiralp ve Oflaz, 2007). Bilişsel davranışçı yaklaşımın amacı öncelikle gerçekçi olmayan ya da birey için sorun olan düşüncelerin tanımlanmasıdır. Sorun olan düşünce tanımlandığında, o düşüncenin birey üzerindeki etkisi de tanımlanabilir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013a; Demiralp ve Oflaz, 2007).

Bilişsel model, klinik olarak bireyin bilişsel yapısını kavramlaştırırken ele aldığı bilişleri iki ana başlıkta incelemektedir: “Otomatik düşünceler” ve “şemalar”. Şemalar

ara inançlar (altta yatan sayıtlılar ve kurallar) ve temel inançlar olarak ikiye ayrılmaktadır (Türkçapar, 2007).

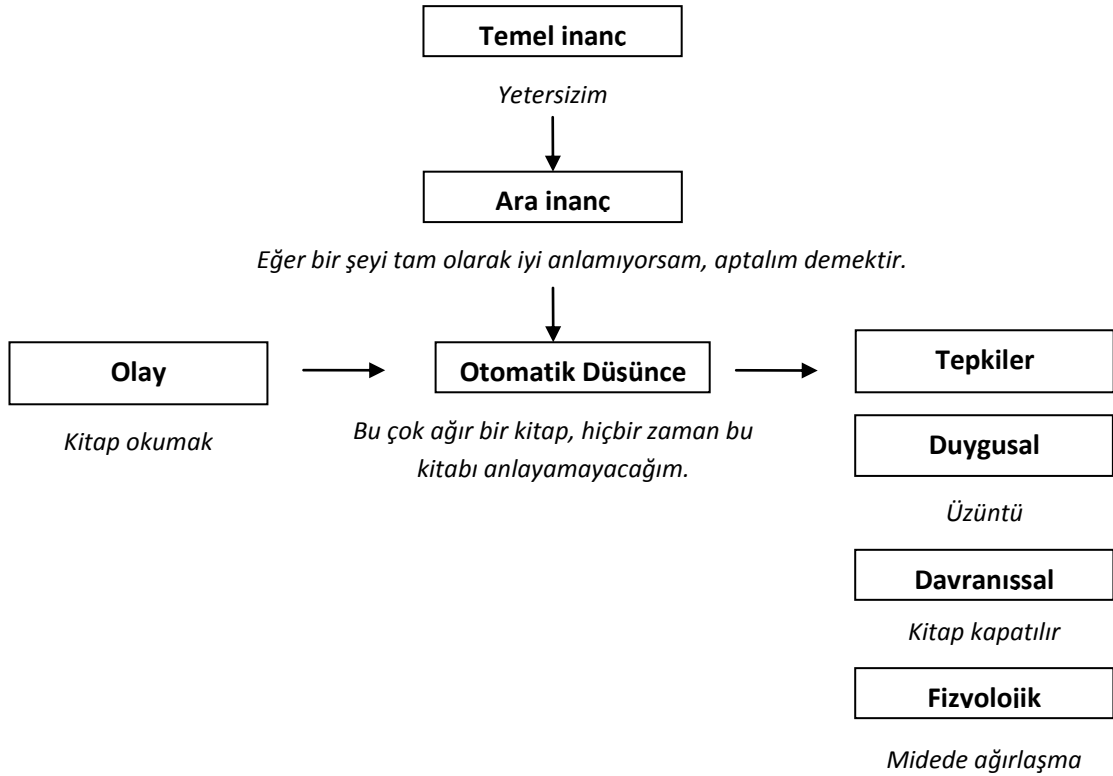
Otomatik Düşünceler: Gün boyunca zihinde binlerce farklı düşünce oluşur. Bu düşüncelerin bir kısmı düşünmeyi istediğimiz ya da zihnimizi bir kısım soru veya durumlarla yönlendirmemiz sonucunda ortaya çıkan yönlendirilmiş düşüncelerdir. Diğer yandan, bu zihinsel etkinliğin az bir kısmı ise herhangi bir şekilde niyetlenilmeksizin kendiliğinden ortaya çıkan düşüncelerden oluşmuştur. Aklımıza kendiliğinden gelen, bizim özellikle düşünmeyi istemediğimiz bu düşünceler “otomatik düşünceler”dir. Bunlar kendiliğinden ortaya çıkarlar, yönlendirilmiş veya güdülenmiş düşünce ürünü değildirler. Sıklıkla fark edilmezler, sadece eşlik eden duygu fark edilir, içerik ve anlamlarına göre belli duygularla birleşirler. Konuşma dili gibi değildirler, zihinde yer aldıkları için kısa ve uçuşan doğaları vardır, telegrafik formdadırlar, yazı ya da konuşma cümlelerimiz gibi uzun ve gramer kurallarına uygun değildirler, zihin içinde çok hızlı akan anlam kümeleridir (Türkçapar, 2007; Gökçakan ve Gökçakan, 2005). Örneğin, kapalı bir yere girdiğinde agorafobik bir hastanın zihninden sadece “eyvah” şeklinde sözel bir otomatik düşünce geçmektedir. Bunlar, kişi belirli bir durum içine girdiğinde hızla ortaya çıkan ve incelenmeksizin doğru kabul edilen bilişlerdir, bu nedenle de yoğun duygusal tepkilere yol açarlar. Otomatik düşünce denmesi, bunların sadece sözel düşünce oldukları anlamına gelmemektedir. Sözel veya imgesel biçimde olabilmektedirler. Örneğin, bu yazıyı okuyan birinin zihninden “anlayamıyorum” diye bir otomatik düşünce geçebileceği gibi kendisiyle ilgili olumsuz bir imge aklına gelip sıkıntıya da kapılabilmektedir. Ancak bu kişi buna otomatik olarak hemen, “Ama bir kısmını anlıyorum, bu bölümü bir kez daha okumalıyım” şeklinde, daha verimli bir düşünceyle yanıt verebilmektedir. Olumsuz otomatik düşünceler karşısında farkında olmadan yaptığımız bu türden bir otomatik gerçeği sına davranışı bilindik bir yaşantıdır. Ancak, sıkıntıda olan insanlar bu tür soruları eleştirel inceleme sürecine almamaktadırlar. Bu düşüncelerin gerçek olduğunu kabul edip daha da abartmakta, genellemekte ve doğruluklarına inanmaktadırlar. Bilişsel model, bunun sıkıntılı zamanlarda da nasıl yapılacağını öğretmektedir (Türkçapar, 2007).

Otomatik düşünceler gerçekliğin her yönünü yansıtmamaktadır. Ruhsal sıkıntı durumunda bu sıkıntıya eşlik veya öncülük eden düşünceler ve inançlar genellikle (her zaman değil) gerçekdışı, uygunsuz ve işlevsizdir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2012). Bilişsel hatalar bilginin hatalı işlenmesi sonucunda duruma uygun olmayan ve duygusal

sıkıntıya yol açan otomatik düşüncelere yol açarlar (Türkçapar, 2007). Bilişsel müdahalelerde temel hedef kişinin bu bilişsel tablosunun yerini, daha gerçekçi, uygun ve işlevsel olan düşünce ve inançların almasına aracılık etmektir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2012).

Temel İnançlar: Temel inançlar, bireyin kişisel ve çevresel bilgileri nasıl düzenleyeceğini belirleyen, bireyin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel yapılarıdır. Bazı kaynaklara göre “şema” ile sadece temel inançlar kastedilmektedir. Ancak temel inançlar şemaların bir alt grubu olarak düşünülebilir. Bütün insanlarda temel inançlar çiftler halindedir. Örneğin, hem seviliyorum hem de sevilmiyorum temel inançları bir arada bulunmaktadır. Ancak belirgin bir kişilik bozukluğu ya da psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan sağlıklı bir insanda, genellikle etkin olan olumlu temel inançlardır. Sağlıklı bireylerde olumsuz bir durum veya olayla birlikte geçici olumsuz duygular yaşandığında olumsuz temel inanç etkinleşmektedir (Türkçapar, 2007): Örneğin, sağlıklı bir birey bir arkadaşı tarafından terk edildiğinde, birkaç gün kendini kötü hissedebilir, o sırada (sevilmiyorum) olumsuz temel inanç etkinleşmektedir. Bu kişi bu olayı kısa sürede atlatabilip bir depresyona girerse; bu depresyon sürecinde de olumsuz temel inanç (sevilmiyorum) etkin olmakta, kişi depresyondan çıktığında ise tekrar olumlu temel inanç (seviliyorum) etkin hale geçmektedir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013a; Türkçapar, 2007).

Ara İnançlar: Otomatik düşüncelerin hemen altında ara inançlar bulunmaktadır. Ara inançlar, otomatik düşüncelerin oluşması için de uygun ortam hazırlamaktadırlar. Ara inançlar; kurallar, olması gerekenler, emirler şeklinde mutlak bilişlerdir. Örneğin; “sevilmiyorsam değersizim”, “her zaman başarılı olmalıyım”, “başkasından yardım istememeliyim” gibi. Ara inançlar bireyin; kendisi, başka insanlar ve kişisel dünyası ile ilgili kural, tutum ve varsayımlardan oluşmaktadır. Bireyin zihninin derinliklerinde bulunmaktadır ve genellikle sözel ifade biçiminde ifade edilmemiştir. Ara inançlar, fikir ya da algı biçimindedir, sözel olarak ifade edilmemiştirler. Psikolojik sorunları olan bireylerde, olumsuz olabildiği gibi, psikolojik sorunları olmayan bireylerde de olumlu biçimde görülebilmektedir (Türkçapar, 2007).



Çizelge 2: Bilişsel Terapi Modeli (Türkçapar, 2007)

Bilişsel Yaklaşım Modelinde Oturumların Yapılandırılması

İlk Oturumun Yapısı: Bilişsel yaklaşım, aktif, yönlendirici, sınırlı zamanlı ve yapılandırılmıştır. Başka bir deyişle, her oturumda bulunması zorunlu olan bazı öğeler vardır. Bu öğeler ilk oturumda bulunmakla birlikte ilk oturum, başlangıç olmasından dolayı diğerlerinden ayrılan bazı özellikler göstermektedir. Bilişsel yaklaşımın ilk oturumunda (Türkçapar, 2007);

- İşbirliği-güven ilişkisi kurmak,
- Belirtilerde bir miktar rahatlama sağlamak (bireyin güçlüklerini normalleştirme-umut aşılama yoluyla),
- Bilişsel modeli tanıtmak (bireyin yaşadığı sorun ile ilgili bilgi vermek),
- Bireyin model ile ilgili beklentilerini öğrenmek ve gerekirse düzeltmek,
- Bireyin güçlükleriyle ilgili ek bilgi toplamak amaçlanmaktadır.

İlk oturum, temele benzetilebilmekte, dolayısıyla da çok önem taşımaktadır.

Bilişsel yaklaşımın ilk oturumunun yapısı şöyledir (Türkçapar, 2007):

- Gündem oluşturma
- Ölçeklerin konuşulması

- Başvuruya neden olan sorunun kısaca gözden geçirilmesi
- Sorunların tanımlanması ve amaçların konması, beklentilerin öğrenilmesi
- Bireyin, bilişsel modelle ilgili eğitilmesi
- Bireyin, sorunu ile ilgili eğitilmesi
- Ev ödevi verilmesi
- Özetleme
- Geribildirimdir.

Diğer Oturumların Yapılandırılması: Bilişsel yaklaşımda ilk oturum gibi diğer oturumlarda sistemli bir şekilde devam ettirilmektedir. Buna göre, bilişsel yaklaşımındaki oturumların bileşenleri şöyledir (Türkçapar, 2007):

Duygudurum kontrolü: Oturum bireyin genel olarak kendisini nasıl hissettiğinin araştırılmasıyla başlamaktadır. Burada amaç, bireyin o anda kendini nasıl hissettiğini anlamaktır. Eğer birey duygu durumunda bir sorun varsa, kısaca buna neden olan bir şey olup olmadığı sorulmaktadır; bu aynı zamanda bir sonraki bileşen olan hafta içinde yaşanan önemli olayların konuşulmasına da geçiş olmaktadır.

Hafta içi önemli olaylar: Hafta içinde yaşanan önemli olayların kişiyi nasıl etkilediğinin konuşulmasıdır.

Önceki oturumla bağlantı kurma: Burada amaç, oturumlar arası bağlantı sağlamak, bir önceki konuşulanları hatırlamak, ayrıca daha sonradan ortaya çıkan soruları cevaplamak ve oturumla ilgili geribildirim almaktır.

Ödev kontrolü: Bir önceki oturumda ödev olarak verilen uygulamaların kontrolü yapılır. Bazen ödev konusu gündem maddeleriyle ilişkili ise, ödevin ele alınması bu gündem maddesiyle birlikte yapılabilmektedir.

Gündem belirleme: Bilişsel yaklaşımı diğer terapilerden ayıran en önemli farklılık her oturumda ele alınacak olan konuların baştan belirlenmesidir.

Gündem maddelerinin ele alınması: Genellikle oturumun ilk 5-6 dakikasında gündem maddelerinin belirlenmesi ve gündem maddelerinin ele alınmaya başlanması istenmektedir. Gündem maddeleri birden fazla olduğunda, oturum hedefleri açısından önemli olan birine ağırlık verilerek diğerleri daha somut ve kısa olarak ele alınabilmekte, eğer maddeler eşit ağırlıkta ise süre de buna uygun şekilde paylaşılabilir.

Ödev verme: Ödev verilirken dikkat edilmesi gereken konular; ödevin, bireyin becerisine uygun olması, ödevin gerçekleştirilme süresinin makul olmasıdır.

Oturumun özetlenmesi: Oturum içinde önemli anlarda belli bir gündem maddesi; sonlarında ise oturumun önemli konularını içeren genel bir özetleme yapılmaktadır.

Bireyden geribildirim: Son bileşen bireyden oturum ile ilgili bir değerlendirmenin istenmesidir. Burada özellikle olumsuz noktaların gündeme gelmesi istenmektedir.

Bilişsel Yaklaşım Modelinde Kullanılan Teknikler

Bilişsel yaklaşımda öncelikli amacın danışanın sahip olduğu işlevsel olmayan, çarpıtılmış inançlarının, bilişlerinin ortaya çıkarılması ve bunların daha gerçekçi, işlevsel olanlarla değiştirilmesi nedeniyle, kullanılan teknikler ağırlıklı olarak bilişsel tekniklerdir. Diğer bir önemli amaç bireyde davranış değişikliği meydana getirmek olduğundan, davranışçı yöntemlere de yer verilmektedir. Her ne kadar bilişsel teknikler öncelikle bilişleri tanımlamak ve değiştirmek için kullanılsa da ve davranışçı teknikler de davranış değişikliği sağlamak için kullanılsa da, bazen bilişsel teknikler davranış değişikliği sağlamaya hizmet ederken, bazen de davranışsal teknikler bilişlerin tanımlanmasına ve değiştirilmesine hizmet edebilmektedir (Leahy, 2007).

Bilişsel yaklaşımında kullanılan teknikler literatürde küçük değişiklikler göstermektedir. Kullanılan bilişsel tekniklerden bazıları: Sokratik sorgulama ve yönlendirilmiş keşif, aşağı doğru oklar tekniği (Leahy, 2007), kanıt sorgulama, alternatifleri sınamaya, felaketsizleştirme (Demiralp ve Oflaz, 2007), işlevsel olmayan düşüncenin kaydı, düşüncüyü durdurma, yeniden odaklama ve ev ödevleridir (Leahy, 2007).

Kullanılan davranışçı tekniklerden bazıları: Korkulan uyarıcı ile yüzleştirme, model verme, kendini izleme, uyarıcı-tepki hiyerarşisi, rol yapma ve gevşeme teknikleridir (Leahy, 2007).

Sokratik sorgulama ve yönlendirilmiş keşif: Sokrat tarzında sorulan sorular, bireyin kendi düşünce içeriğini daha iyi anlamasını sağlar. Düşüncelerini çeşitli bilişsel çarpıtmalar yönünden ele almasını, düşüncesini destekleyen ve çürüten kanıtları araştırmasını, düşünce içeriği ve biçimlerinin daha uyumlu olanlarla yer değiştirmesini, düşünce ve davranışları ile ilgili olarak geleceğe yönelik planlar yapmasını sağlar (Demiralp ve Oflaz, 2007; Türkçapar ve Sargın, 2012b).

Yönlendirilmiş keşif sokratik sorgulamanın oturumlardaki uygulama biçimidir. Bir seri soru ile danışanın bildiği ancak o anda duygudurumu nedeniyle farkındalık alanında olmayan bir bilginin farkına varmasını amaçlar (Türkçapar ve Sargın, 2012b). Örneğin doğum ağrısı nedeniyle kontrol kaybı yaşamaktan korkan gebeye bu korkuyla çelişen örnek durumları açığa çıkartan sorular sorulabilir. “Doğum kasılmaları en sık doğuma yaklaştığında oluşur ve bu kasılmalar 2-3 dakika bir gelir, bu aralıklarla gelen kasılmalarla baş edebilir misin?”, “evet” ya da “daha önce adet dönemlerinde ağrı yaşadınız mı”, “evet”, “nasıl hallettiniz?” aynı çözüm şimdi işe yarar mı?”, “yardımı olabilecek başka bir fikriniz var mı?” şeklindeki sorular gebede farkındalık yaratabilir.

Aşağı doğru oklar tekniği: Birey çoğu zaman niye belirli bir olayın kendisini rahatsız ettiğini farketmez, sorgulamaz. Bireye bir dizi soru sorularak olaya ilişkin sahip olduğu inançlarının farkına varması ve böylece niye olayın rahatsız edici olduğunu anlaması sağlanır (Leahy, 2007). Doğum korkusuna ilişkin sorulardan bir tanesi “doğumda bebeğinizi kaybetme korkunuz gerçek olsaydı, bu ne anlama gelirdi?” şeklinde olabilir.

Kanıt sorgulama: Eğer birey gerçekliği daha geniş bir çerçeveden görür, otomatik düşüncelere olan inanç sarsılabilirse, bunlara bağlı olan sorunlar ve uyumsuz davranışlar da azalacaktır. Kanıt inceleme tam bu noktada kullanılan bir teknik olup düşünceyi gerçeğe uygunluk açısından irdelemeye dayalıdır (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2012). Kanıt sorgulamada ilk aşamada gebeye “doğum eylemine ilişkin en çok ne olmasından korkuyorsunuz?” diye sorulabilir.

Alternatifleri sınama: Alternatif/Gerçekçi düşünce oluşturma genelde otomatik düşünce incelenmesinde, sokratik sorgulama sürecinde veya kanıt incelemenden sonra yapılır. Bu teknikte bireyin olumsuz olayla ilgili olarak bir seri alternatif düşünce veya bakış açısı geliştirmesine çalışılır (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013a). Doğum eylemine ilişkin en çok bebeğini kaybetmekten korktuğunu söyleyen bir gebeye “bu durumdan kurtulmak için ya da baş etmek için ne yapabilirsiniz?”, “size ne yardımcı olur?” şeklinde sorular sorulabilir.

Felaketsizleştirme: Bu teknik ayrıca “olsa-ne olur?” tekniği olarak da adlandırılır (Demiralp ve Oflaz, 2007). “Doğum eyleminde korktuğunuz başınıza gelirse en kötü ne olabilir?”, “bununla ilgili sizi gerçekte ne üzer?” soruları sorulabilir.

İşlevsel olmayan düşüncenin kaydı: Bireyin sorunu ne olursa olsun, hemen hemen her sorunda kullanılan bir tekniktir. Kayıt formu bazı kısımlardan oluşmaktadır: Olayın

geçtiği tarih, olayın içeriği, olaya verilen duygusal tepkiler, olaya dair düşünceler, inançlar, alternatif düşünceler ve duygu ve düşüncelerin tekrar ele alındığı sonuç kısmı. Tipik olarak birey gün içinde yaşadığı olumsuz olayları, olaya dair verdiği duygusal tepkileri, olaya dair düşüncelerini ve alternatif düşünceleri kaydeder. Ayrıca duygulara ve düşüncelere rakamsal değerler verilir (Demiralp ve Oflaz, 2007).

Düşünceyi durdurma: Olumsuz düşünceler kartopu etkisine benzer. Bir başladı mı, birçok olumsuz düşünce zihinde akmaya başlar ve bir süre sonra bireyi oldukça zorlanmasına neden olur. Bu teknikle birey olumsuz düşüncelerini engellemeyi öğrenir (Demiralp ve Oflaz, 2007).

Yeniden düzenleme/çerçeveleme: Yeniden düzenleme, bireylerin olayları ya da davranışları algılamalarını değiştiren bir stratejidir. Bu yöntemde sorunun diğer yönlerine odaklanılır ya da birey olayları farklı açılardan algılama konusunda cesaretlendirilir. Bu teknik, hastanın zorluklara olumlu bakabilme becerisini kazanmasında yardımcı olabilir (Demiralp ve Oflaz, 2007). Örneğin doğum eylemi korkunç bir olay olarak algılanabilir, fakat aynı zamanda yeni canlının dünyaya merhaba dediği mucizevî bir olay olarak da algılanabilir. Doğumun anlamı değiştiğinde gebenin yanıtında değişecektir.

Ev ödevleri: Bilişsel yaklaşım modelinin her aşamada kullanılan bir tekniktir. Bireyin kendisini daha fazla eğitmesine, kendisi hakkında veri toplamasına, düşünce ve inançlarını sınamasına ve yeni veriler doğrultusunda değiştirmesine, yeni davranışlarla deney yapmasına olanak veren bir tekniktir (Leahy, 2007). Ev ödevleri, oturum sırasında doğum hakkında öğrenilenleri pekiştirerek, gebenin kendisine olan güveninin artmasına yol açabilir.

Uyarıcı ile yüzleştirme: Bireyin korku veya sıkıntı ortaya çıkaran bir duruma ya da uyarana maruz kalmasıdır. Yüzleştirme hemen hemen bir kural olarak tepki önleme ile beraber olarak kullanılmaktadır. Tepki önlemede ise bireyin korkusunu ve sıkıntısını azaltmak amacı ile kullandığı kaçma davranışını kullanmasının önlenmesi anlamına gelmektedir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013b). Doğum yapmaktan ve doğum sırasında bebeğine zarar geleceğinden korkan gebenin, kendisini doğum yaparken hatta bebeğine zarar gelme düşüncesini imgelemesi buna örnektir.

Modelleme: Yeni davranış kalıplarının düzenlenmesinde kullanılan bir tekniktir. Bu teknikte birey, kontrollü bir çevrede davranışı modelleyen kişiyi gözler. Daha sonra bu modelin davranışını taklit eder (Demiralp ve Oflaz, 2007). Örneğin doğumdan

korkan gebelere, olumlu doğum deneyimi yaşayan gebelerin doğum videolarını izletmek ya da doğum hakkındaki düşüncelerinin paylaşımını sağlamak, gebelerin doğum korkusunu azaltabilir.

Kendini izleme: Bireyden daha ilk görüşmeden itibaren gün içinde yaptıkları faaliyetleri zevk, anksiyete, hakimiyet duygusu, mutsuzluk, korku veya diğer duygular yönünden izleyerek yazılı olarak kaydetmeleri istenir (Leahy, 2007).

Uyarıcı-tepki hiyerarşisi: Yüzleştirme halinde kullanılan tepkilerin veya durumların en fazla korkulandan en az korkulana doğru sıralanmış bir listesi yapılır (Leahy, 2007). Doğum korkusunda en az korkulan “doğum eylemini düşünmek”, en fazla korkulan “doğum sırasında hayatını kaybetmek” olabilir.

Rol yapma: Rol yapma birçok amaç için kullanılabilir. Otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak, daha gerçekçi tepki geliştirmek ya da ara/temel inançları değiştirmek amacıyla rol yapma kullanılabilir (Gökçakan ve Gökçakan, 2005). Örneğin gebelerden doğum yapan bir gebeyi rol yapma tekniği ile göstermeleri istenebilir. Böylece gebenin doğum hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkararak, kendi davranışları hakkında bilgi edinmesi ve sonuçları incelemesi sağlanabilir.

Gevşeme teknikleri: Özellikle kaygı ile etkili olarak başetmek için gevşeme tekniklerine başvurulur. Derin nefes alıp verme, kademeli bedensel gevşeme ve imgesel gevşeme gibi çeşitleri bulunmaktadır (Leahy, 2007; Demiralp ve Oflaz, 2007). Gevşeme teknikleri gebelik döneminde doğum korkusu ile baş etmede kullanılabileceği gibi, doğum sırasında doğum kasılmalarıyla baş etmede de kullanılabilir.

Bilişsel Davranışçı Yaklaşımın Doğum Korkusuyla Başetmede Kullanılması

Olumsuz duyguları tanıyıp değiştirmeyi sağlayan bilişsel yaklaşımlar (Saisto ve Halmesmaki, 2003), gebelerin doğum korkusu ile başetmesine yardımcı olarak, daha olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlayabilir (Saisto ve Halmesmaki, 2003; Sjögren, 1998). Bilişsel yaklaşımlar soruna odaklandığı, süreci değiştirilebildiği ve kısa sürdüğü için doğum korkusu ile başetmede kullanılacak uygun girişimlerdir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Yapılan çalışmalarda gebelikte verilen psikolojik ve obstetrik desteğin doğum korkusunu azalttığı, önceden varolan olumsuz şartlanmaları giderdiği, isteğe bağlı sezaryen oranını %50-62 düşürdüğü, doğum sürecini kısalttığı (Nilsson ve Lundgren, 2009; Saisto ve ark., 2001a), doğumdaki müdahaleleri azalttığı ve doğumun olumlu deneyimlerle tamamlanmasına yardımcı olduğu gösterilmiştir (Şahin ve ark.,

2009). İsveçli bir kadın doğum uzmanı ve psikoterapistin sezaryen isteyen gebelere verdiği danışmanlık veya kısa süreli psikoterapi sonucunda gebelerin yarısı vajinal doğum yapmaya karar vermiştir (Ryding, 1993). Gebelikte doğuma ilişkin anksiyete yaşayan gebelere verilen psikoterapinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada, psikoterapi grubundaki gebelerin daha olumlu bir gebelik deneyimi yaşadığı, kendilerini daha güçlü hissettikleri, genel sağlık durumları ile ilgili daha az endişelendikleri ve doğuma emosyonel olarak daha hazır hissettikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada kullanılan terapi bireyseldir, kontrol grubu ve deney grubunun doğum deneyimleri benzer bulunmuştur (Sjögren, 1998). Şiddetli doğum korkusu yaşayan Finlandiyalı nulliplarlara verilen psikoterapi ve gevşeme egzersizlerinin etkinliğinin incelendiği çalışmada, deney grubundaki gebelerin %82,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin %67,1'i vajinal doğumu tercih etmiştir. Psikoterapiye katılan gebeler doğum korkusunda “duygu paylaşımının” ve “bilgi verilmesinin” daha yararlı olduğunu belirtmiştir (Saisto ve ark., 2006). İsveç'te yapılan benzer bir çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelere psikoterapi uygulanmış ve standart bakım alanlarla karşılaştırılmıştır. Psikoterapiye katılan gebelerin vajinal doğum oranı daha fazla, pozitif doğum deneyimleri daha yüksek bulunmuştur (Rouhe ve ark., 2013).

2.9. Doğum Korkusuyla Başetmede Ebe ve Hemşirenin Rolü

Doğum korkusu gebelerin sık yaşadığı bir durum olmasına karşın, sağlık personeline göz ardı edilmekte ve gerektiği kadar önem verilmemektedir. Kadınların yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek ve bu korku ile başetmesine yardımcı olmak, bir çok gebeyi doğum komplikasyonlarından koruyacak ve gebeliğin olumlu deneyimlerle tamamlanmasını sağlayacaktır (Saisto ve ark., 2001a).

Ebe ve hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve anksiyetelerini azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011). Doğuma ilişkin danışmanlık yapan bir hemşire ya da ebe gebeyi yaşadığı doğum korkusu, geçmişteki doğum deneyimleri ve şimdiki doğumuna ilişkin düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmelidir (Ryding ve ark., 2003).

Hemşire ve ebeler doğum korkusu olan kadının korkuyu yenmesi için gebe ile işbirliği içerisinde çalışmalıdır. Ayrıca kadının yaşadığı korku ve anksiyete hakkında, ekibin diğer üyeleri ile bilgi paylaşımında bulunmalıdır (Ryding ve ark., 2003).

Doğum korkusu olan bir gebeye bakım veren ebe ve hemşirenin öncelikli amacı, gebenin açıkça başetme davranışı göstermesi ve doğum korkusunun azaldığını sözel olarak ifade etmesi ya da göstermesi olmalıdır. Bakım verirken gebe ile arasında güven oluşturmalı, sakin ve kendinden emin görünmeli, gebenin beklentilerini açıklamasına izin vermeli ve gebenin saygınlığını korumalıdır. Gebeye bir birey olarak bakıldığını hissettirerek, emniyette olduğu duygusunu vermelidir. Gebeye doğum korkusuyla başetmeye yönelik bilgi vermeli ve doğum korkusuna yönelik tüm çabalarını desteklemelidir. Doğum korkusunun azaltılması ve bilgilendirme, kadının davranışlarını kontrol etme ve olumlu duygu hissetmesini sağlayabilir, kendine güvenini artırabilir, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Lyberg ve Severinsson, 2010).

Günümüzde doğuma hazırlık sınıfları özellikle gelişmiş ülkelerde rutinde varolan bir hizmettir. Ülkemizde gebelerin yeterli doğum öncesi bakım aldığı, ancak doğuma hazırlık konusunda yeterince destek almadığı söylenebilir. Ülkemizde birkaç özel ve resmi kurumda bu eğitimler verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın doğumda "anne dostu" uygulaması ile normal doğumu desteklemesi, bunu medya ve diğer kanallarla halka duyurması doğuma hazırlığın önemini artırmıştır. Doğuma hazırlıkta yasa ve yönetmeliklerle gerekli görev, yetki ve sorumluluklar verilen ebe ve hemşirelerinde bu konudaki farkındalıkları gittikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu destekleyen mevcut sağlık sistemi de, ebe ve hemşirelere gebeliğin ilk haftalarından itibaren kadını doğum ve doğum sonrası döneme hazırlamasını, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri konusunda uygulamalı eğitim yapma ve gebeliği süresince eğitip danışmanlığını yaptığı kadını doğumda destekleme imkanı vermektedir.

Doğuma hazırlığın önemli bir parçası olan doğum korkusuyla başetme tekniklerinin bu eğitimlere yeteri kadar entegre edilmediği görülmektedir. Bu nedenle Türkiye'de doğum korkusuna eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Bu eğitim programlarının yürütülmesinde gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadının yanında olan ebe ve hemşireler eğitim programlarını yürütmek için gerekli bilgi ve becerilerle donatılmalıdır. Bu çalışmada uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının, gebelere doğum korkusuyla başetmede yardımcı olacak ebe ve hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başatme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde, Kasım 2012-Ekim 2013 tarihleri arasında yürütüldü.

İnönü Üniversitesi TÖTM 900 yatak kapasiteli olup, 52 birimde poliklinik hizmeti vermektedir. İlgili hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde sağlıklı gebe, riskli gebe, jinekoloji ve menopoz-infertilite poliklinikleri mevcut olup, 2012 yılı içerisinde sağlıklı gebe polikliniğine 8965 gebe başvurmuştur. Poliklinik hizmetleri hafta içi günlerde, bir asistan hekim ve bir ebe ya da hemşire tarafından verilmektedir. Hastanede gebelerin rutin izlemleri yürütülmekte, gebelere doğum eylemi ile ilgili planlı bir eğitim verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi TÖTM sağlıklı gebe polikliniğine başvuran gebeler oluşturdu. Gebelerin %80'ininde doğum korkusu yaşandığına dayanarak (Fisher ve ark., 2006; Saisto ve Halmesmaki, 2003) power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; %5 yanılğı düzeyi, %25 etki büyüklüğü ve %80 evreni temsil etme yeteneği (güç) ile her bir grup için 52 gebe olarak hesaplandı (52 deney, 52 kontrol). Araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan gebeler ilgili evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi.

Deney ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini engellemek için öncelikle kontrol grubu, daha sonra deney grubu oluşturuldu. Polikliniğe 03.12.2012-22.03.2013 tarihleri arasında başvuran ve araştırma kriterlerine uyan gebeler kontrol grubuna, 25.03.2013-09.07.2013 tarihleri arasında başvuran ve araştırma kriterlerine uyan gebeler ise deney grubuna alındı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 20-35 yaş arasında olan,
- En az ortaokul mezunu olan,
- Malatya il sınırlarında ikamet eden,
- Son adet tarihine göre 20-32. gebelik haftasında olan,
- Primigravida olan,
- şuanki gebeliği tekil gebelik olan,
- Normal vajinal yoldan doğum yapmakta herhangi bir engeli olmayan,
- şuanki gebeliği riskli (preeklampsi, diabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi) olmayan,
- İnfertilite tedavisi almadan gebe kalan tüm gebeler örnekleme kapsamına alındı.

Araştırma rneklemine maternal ve fetal açıdan riskli gebelik olan adölesan ve ileri yaş gebeler alınmayıp, 20-35 yaş arasındaki gebeler alındı. Ayrıca riskli gebelik (preeklampsi, diabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi) tanısı almış olanlar, infertilite tedavisi alarak gebe kalanlar ve tekil gebelik yaşamayan gebeler araştırma dışı bırakıldı. Bu kriterler gebelikte yaşanan doğum korkusu ve doğum sürecini etkilemesi nedeniyle seçildi. Multiparların da önceki gebeliklerinde doğum korkusunu ve doğum sürecini etkileyen farklı değişkenler olabileceği nedeniyle primigravidalar araştırma kapsamına alındı.

Doğum korkusu 20. gebelik haftasından itibaren başlar ve gebelik haftası ilerledikçe artar (Rouhe ve ark., 2009). Bu nedenle araştırmaya son adet tarihinden itibaren 20. gebelik haftasından büyük olan gebeler alındı. Araştırmada yürütülen eğitim programının üç hafta sürmesi ve bütün gebelerin doğum eylemi başlamadan eğitim programını tamamlayabilmesi için gebelik haftası 32 haftadan daha küçük gebeler araştırmada yer aldı. Ayrıca eğitim programlarında verilen ödevleri yapabilecek eğitim seviyesine sahip olduğu düşünülen ortaokul, lise ve niversite mezunları araştırma kapsamına alındı.

Araştırmada gebelerin doğum süreci izlendiğinden normal vajinal yoldan doğum yapmakta herhangi bir engeli olmayan ve araştırmanın yürütüldüğü Malatya il

sınırlarında ikamet edip, Malatya’da doğum yapacak gebeler araştırma kapsamına alındı.

Araştırmaya alınma kriterleri açısından deney ve kontrol grubunun özellikleri Tablo 1 ve 2’de verildi.

Tablo 1. Gebelerin yaş, eğitim durumu ve gebelik haftalarının dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		Test
	n	%	n	%	n	%	
Yaş grubu							
20-24	23	44,2	26	44,1	49	44,2	$X^2= 0,961$ $p= 0,618$
25-29	21	40,4	20	33,9	41	36,9	
30-35	8	15,4	13	22,0	21	18,9	
Eğitim durumu							
Ortaokul mezunu	26	50,0	27	45,8	53	47,7	$X^2= 4,442$ $p= 0,108$
Lise mezunu	18	34,6	29	49,2	47	42,4	
Üniversite mezunu	8	15,4	3	5,0	11	9,9	
Gebelik haftası							
20-23	8	15,4	20	33,9	28	25,2	$X^2= 5,213$ $p= 0,074$
24-27	19	36,5	15	25,4	34	30,6	
28-32	25	48,1	24	40,7	49	44,2	

X^2 : Pearson Ki-Kare testi

Tablo 1’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin yaş, eğitim durumu ve gebelik haftalarının dağılımı verildi. Gebelerin %44,2’sinin 20-24 yaş grubunda olduğu, %47,7’sinin ortaokul mezunu olduğu ve %44,2’sinin 28-32 gebelik haftasında olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş, eğitim durumu ve gebelik haftası açısından aralarında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 2. Gebelerin Genel Sağlık Anketi-28 puan ortalamaları

	Deney Grubu (n=52)	Kontrol Grubu (n=59)	t / p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
GSA-28 puanı	1,84 ± 1,12	1,69 ± 1,07	-0,725 / 0,470

GSA-28: Genel Sağlık Anketi-28; t: Student t testi

Tablo 2’de GSA-28 puan ortalamasının deney grubunda $1,84 \pm 1,12$, kontrol grubunda $1,69 \pm 1,07$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Kontrol grubunun oluşturulması sürecinde toplam 562 gebe ile görüşüldü. Bu gebelerden 451’i araştırmaya alınma kriterlerine uymadığı, 4’ü Genel Sağlık Anketi-28’e göre ruhsal yönden riskli olduğu ve 4’ü araştırmaya katılmak istemediği için araştırma kapsamına alınmadı. İlk görüşmesi tamamlanan 103 gebeden, 37’si gebelik dönemindeki izlemlerde çeşitli nedenlerle (şehir dışına çıktığı, eşi izin vermediği, çalışmadan çekilmek istediği v.b.) araştırmadan çekilmek istediği, 6 gebe ile ilk görüşmeden sonra tekrar iletişim kurulamadığı için çalışma dışında bırakıldı. Bir gebenin beyin kanaması geçirerek acil doğuma alınması nedeniyle doğum sürecindeki izlemleri yapılamadığı için kontrol grubu 59 gebe ile tamamlandı. Deney grubu için 340 gebe ile görüşüldü. Bu gebelerden 194’ü araştırmaya alınma kriterlerine uymadığı ve 89’u araştırmaya katılmak istemediği için araştırma kapsamına alınmadı. Araştırmaya katılan 57 gebeden 56’sı Doğum Korkusuyla Başetme Programını tamamladı (1 gebe erken doğum yaptığı için programı tamamlayamadı). Araştırmanın gebelerin doğum sürecinde sürdürülen son aşamasında, araştırmacı 3 gebenin doğumuna katılmadığı için (1 gebe ile iletişim kurulamadığı, 2 gebe şehir dışında doğum yaptığı için) ve 1 gebe ölü doğum yaptığı için 52 gebe ile araştırmanın deney grubu tamamlandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Ön Değerlendirme Formu, Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28), Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sayısal Değerlendirme Skalası (SDS),

Doğum Süreci Değerlendirme Formu ve Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu kullanıldı.

Araştırmaya Alınma Kriterlerinde Kullanılan Veri Toplama Araçları

Ön Değerlendirme Formu (EK 1): Araştırmacı tarafından gebelerin araştırmaya alınma kriterlerine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla oluşturulan form 9 sorudan (gebenin yaşı, eğitim durumu, gebelik sayısı, gebelik haftası, fetus sayısı, normal vajinal yoldan doğuma uygunluğu, gebeliğin riskli olup olmadığı, gebe kalmak için tedavi uygulanıp uygulanmadığı ve ikamet ettiği yer) oluşmaktadır. Ön Değerlendirme Formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla polikliniğe başvuran 10 gebe üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan sonra formda değişiklik yapılmadı.

Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) (EK 2): Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup, ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Son birkaç haftaya ait ruhsal belirtileri sorgulayan ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Bu çalışmada GSA-28 tercih edildi. Çünkü GSA-28; kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyokültürel ortamlarda kullanılabileceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Her soruda son birkaç haftadaki belirtiler sorgulanır. Her bir sorunun karşısında “hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık” olmak üzere dördümlük likert tipinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Yanıtlayıcı bu seçeneklerden birini 0, 1, 2, 3 olarak seçer. Sonuçlar değerlendirilirken, ilk iki sütun “0”, son iki sütun “1” olarak puanlanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 4 puandan yüksek alanlar ruhsal sağlık açısından riskli (anksiyete ve depresyon) olarak kabul edilir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0,84, duyarlılığı 0,74, özgüllüğü 0,70 bulunmuştur (Kılıç 1996). Bu çalışmada, ölçekten elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,60 olarak belirlendi.

Örnekleme Grubunda Kullanılan Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu (EK 3): Gebelerin bazı bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm gebelerin

sosyodemografik özelliklerine yönelik 5 sorudan, ikinci bölüm obstetrik verilere yönelik 4 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler içinde; gebenin çalışma ve gelir durumu, sağlık güvencesi ve aile tipi bilgileri yer almaktadır. Obstetrik verilerde; gebeliğin istenme durumu, gebelikte doğuma ilişkin bilgi alma durumu yer almaktadır. Formun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla polikliniğe başvuran 10 gebe üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan sonra 1 sorunun sorulma şekli değiştirildi.

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu (EK 4):

Gebelerin yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek üzere Wijma ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun (Wijma ve ark., 1998) Türkçeye uyarlamasını 2009 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. W-DEQ A versiyonu 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. Sıfır "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Kesme değeri olarak 85 puan alınmaktadır. Seksen beş ve üzeri puan klinik düzeydeki korkuyu göstermektedir.

- W-DEQ puanı ≤ 37 hafif düzeyde,
- W-DEQ puanı = 38-65 orta düzeyde,
- W-DEQ puanı = 66-84 şiddetli düzeyde,
- W-DEQ puanı ≥ 85 klinik düzeyde korkuyu göstermektedir.

Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri primipar gebeler için 0,88, multipar gebeler için 0,90 olarak bulunmuştur (Korukcu ve ark., 2012). Bu çalışmada ise, ölçekten elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,86 olarak belirlendi.

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (EK 5):

Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından 1985 yılında yapılan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "Hiç" ile "Tamamiyle" arasında değişen dörtlü likert tiptedir. Ölçekteki 10 madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19. ve 20. maddeler) tersine

çevrilmiştir. Ölçeğin puanlamasında doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer olarak 50 eklenir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk kaygı ölçeğinde elde edilen puanlar 20-80 puan arasında değişmektedir. Otuz altının altında puan alanlarda kaygı olmadığı, 37- 42 puan arasında hafif kaygı ve 42 üzerinde puan alanlarda yüksek kaygı bulunduğu kabul edilmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Sayısal Değerlendirme Skalası (SDS) (EK 6): Ağrı şiddetinin değerlendirmeye yönelik olan bu skala üzerinde birey kendi ağrısının şiddetine göre işaretleme yapabilmektedir. Skala ağrının yokluğundan (0), dayanılmaz ağrı (10) düzeyine varır (Noble ve ark., 2005).

Doğum Süreci Değerlendirme Formu (EK 7): Doğum eylemi ve sürecini değerlendirmeye yönelik literatür (Adams ve ark., 2012; Laursen ve ark., 2008, 2009; Sydsjö ve ark., 2012; Rouhe ve ark., 2009) bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlandı. Formda yer alan bazı veriler (doğumda uygulanan müdahaleler, komplikasyon gelişme durumu) hasta dosyasından, bazı veriler (doğum kasılmalarının başladığı tarih, saat gibi) gebelerle yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Doğum evrelerinin süreleri değerlendirilirken, doğumun başlama zamanı gebenin doğum kasılmalarının başladığı saat (gebenin kendi ifadesine göre belirlenerek) dikkate alınarak hesaplandı. Bu nedenle tüm gebelere ilk görüşmede doğum kasılmalarının başladığı saati kaydetmeleri ve izlemeleri söylendi. Doğumun aktif faz başlangıcı 10 dakika içinde 3 kasılma olması ya da servikal açıklık ≥ 3 cm olarak değerlendirildi (Reck ve ark., 2013). Ayrıca formda doğumdan sonra kadına sorulan, doğum eyleminden memnuniyetini değerlendiren bir soru da yer almaktadır.

Doğum Süreci Değerlendirme Formunun uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında üç öğretim üyesinden uzman görüşü alındı (EK 9). Daha sonra doğumhanede doğum yapan 10 gebe üzerinde ön uygulama yapıldı. Uzman görüşleri ve ön uygulama sonrası formda değişiklik yapılmadı.

Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu (EK 8): Bu form araştırmacı tarafından geliştirildi (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yüksel, 2006; Uzbay, 2004). Gebenin doğum eyleminin aktif evresinde gösterdiği duygusal ve davranışsal tepkiler araştırmacı tarafından gözlenerek, fiziksel tepkiler hem hasta dosyasından (nabız, kan basıncı) hem de araştırmacı tarafından gözlenerek değerlendirildi.

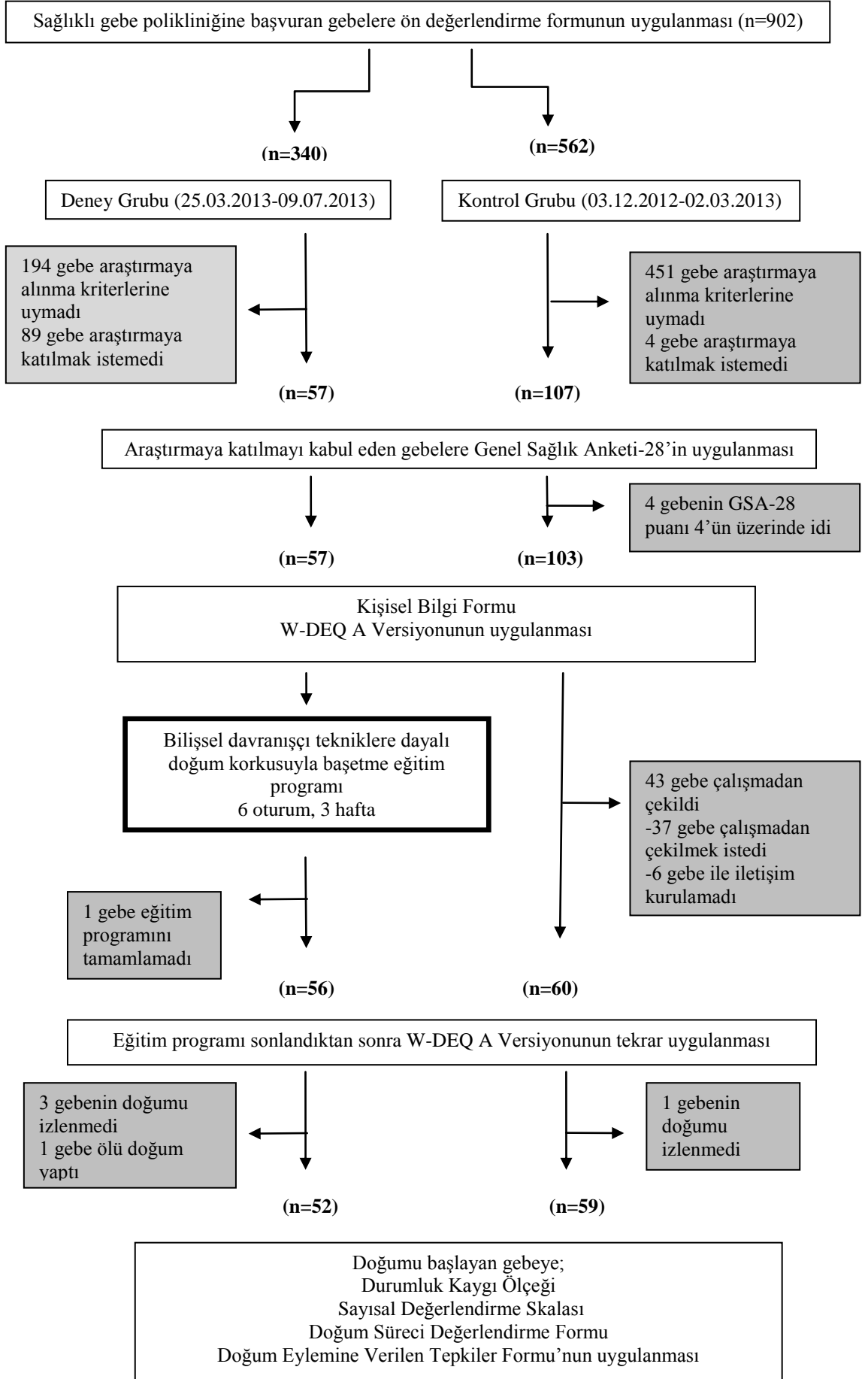
Duygusal tepkiler; heyecanlı hissetme (pupil dilatasyonu, solunum ve nabızda artma), korku ifadesi (doğumdan korktuğunu ifade etme), yalnız kalmak istememe (sağlık çalışanının yanında kalmasını isteme), gerginlik (anksiyeteyi gösteren belirtilerden biri, aşırı el hareketleri, göz kaçırma), ağlama, çığlık atma, yakınma (her Őeyden Őikayet etme) ve çevresindeki kişileri (eşini, sağlık çalışanını gibi) suçlama Şeklinde değerlendirildi (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yüksel, 2006; Uzbay, 2004).

Davranışsal tepkiler; doğumdan kaçma, kaçınma (endikasyon olmaksızın doğumu yarıda bırakıp sezaryen olma isteği), kontrol kaybı (amaçsız eylemlerde bulunma), iletişimden kaçınma (sorulan sorulara cevap vermeme), iletişimde sorun yaşama (söylenenleri anlamada güçlük), mahremiyetin azalması (üzerini açma, üzerinin açılmasına aldırış etmeme) ve kendisine zarar verecek davranışlar (elini ısırma, yatak kenarına ve duvara vurma) Şeklinde değerlendirildi (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yüksel, 2006; Uzbay, 2004).

Fiziksel tepkiler; taşikardik nabız (nabızın 100 atım/dk ve üzerinde olması), kan basıncında artış (kan basıncının 140/90 mmHg ve üzerinde olması), normal solunumun değişimi (nefes alıp vermede zorlanma), el ve bacaklarda titreme, avuçlarını sıkma, herhangi bir Şeyi sıkma (yatak kenarı, giysilerini sıkma, sıkıca kapatılmış gözler) ve dudak ısırma (birbirine sıkı Şekilde değen dişler, alt dudağın ısırılması) Şeklinde değerlendirildi (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yüksel, 2006; Uzbay, 2004).

Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formunun uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında üç öğretim üyesinden uzman görüşü alındı (EK 9). Daha sonra doğumhanede doğum yapan 10 gebe üzerinde ön uygulama yapıldı. Uzman görüşleri ve ön uygulama sonrası formda değişiklik yapılmadı.

AKIŞ ŞEMASI



3.5. Araştırmanın Uygulanması

Kontrol ve Deney Grubunun Oluşturulması

Deney ve kontrol gruplarının oluşturulmasında aşağıdaki adımlar izlendi.

- Polikliniğe gelen gebelerle poliklinik muayenelerini beklerken tanışılıp ve Ön Değerlendirme Formu uygulanarak gebenin araştırmaya alınma kriterlerine uygunluğu değerlendirildi,

- Araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebelere, uygulamada izlenecek yöntem hakkında bilgi verilerek gönüllü bilgilendirme formu okunarak sözlü ve yazılı izinleri alındı,

- GSA-28 yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak ölçek sonucuna göre ruhsal hastalıklar yönünden riskli grupta yer alan gebeler çalışma dışında tutuldu,

- Gebelik döneminde verileri toplanan gebelerin doğum sürecine ilişkin verileri araştırmacı tarafından gözlemlenerek ve hasta dosyasından toplandı. Doğum sürecine katılabilmek için gebelerle ilk görüşmede araştırmacının telefon numarası verilerek, doğumları başladığında haber vermeleri istendi. Ayrıca gebeler son adet tarihine göre tahmini doğum tarihinden yaklaşık 2 hafta önce araştırmacı tarafından aranarak, doğumlarını bildirmeleri hatırlatıldı. Bunun yanı sıra gebelerin isim soyisim, son adet tarihine göre tahmini doğum tarihi ve araştırmacının telefon numarasını içeren bir liste hazırlandı. Bu liste Malatyada bulunan doğum salonlarındaki (Malatya Devlet Hastanesi, Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü ve İnönü Üniversitesi TÖTM doğum salonları) panolara asılarak çalışan ebe ve hemşirelerden listede ismi yer alan gebelerin doğum için hastaneye yatması durumunda araştırmacıya haber vermeleri istendi.

Kontrol Grubuna Uygulanan Girişimler:

Deney ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini engellemek için öncelikle kontrol grubunun verileri toplandı. Araştırmada kontrol grubunda yer alan gebelerle üç kez görüşüldü. Birinci ve ikinci görüşme gebelik döneminde, üçüncü görüşme ise gebelerin doğum sürecinde gerçekleştirildi.

Gebelik Dönemi;

- Araştırma kapsamına alınan gebelere Kişisel Bilgi Formu ve W-DEQ A versiyonu poliklinikte yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Üç hafta sonra (deney grubuna uygulanan eğitim programı 3 haftada tamamlandığı için) W-DEQ A versiyonu'nun tekrar uygulanacağı hatırlatılarak, gebelerden iletişim için telefon numaraları ve adresleri alındı. Ayrıca gebenin üç hafta sonra polikliniğe tekrar geldiğinde ikinci görüşmeyi tamamlamak için araştırmacının telefon numarası da gebelere verildi.

- İlk görüşmeden üç hafta sonra hastaneye gelen gebelere poliklinikte, gelmeyen gebelere önceden telefon edilip ev ziyareti ile (13 gebe ev ziyareti ile 47 gebeye poliklinikte) W-DEQ A versiyonu tekrar uygulandı.

Doğum Süreci;

- Kontrol grubunda yer alan gebelere doğumlarında doğum salonu personeli tarafından standart doğum odası bakımı uygulandı. Gebelerin doğum süreci araştırmacı tarafından gözlemlendi ve DKÖ ve SDS yüz yüze görüşme tekniği ile Doğum Süreci Değerlendirme Formu yüz yüze görüşülerek ve dosya kayıtlardan ve Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu dosya kayıtlarından ve gözlem yoluyla dolduruldu.

Deney Grubuna Uygulanan Girişimler:

Gebelik Dönemi;

- Araştırma kapsamına alınan gebelere Kişisel Bilgi Formu ve W-DEQ A versiyonu poliklinikte yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

- Gebeler 3 hafta süren bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programına alındı.

- Eğitim programının sonunda (3 hafta sonra) W-DEQ A versiyonu tekrar uygulandı.

Doğum Süreci;

- Deney grubunda yer alan gebelere doğum sürecine katılan araştırmacı tarafından program boyunca konuşulanlar hatırlatıldı ve destek verildi. Gebelere DKÖ ve SDS yüz yüze görüşme tekniği ile Doğum Süreci Değerlendirme Formu yüz yüze

görüşülerek ve dosya kayıtlarından ve Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu dosya kayıtlarından ve gözlem yoluyla dolduruldu.

3.6. Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programı

Eğitim Programının Geliştirilme Süreci

Öncelikle gebelerde doğum korkusuyla başetmek için bir eğitim planı oluşturuldu. Daha sonra gebelerin doğum korkusuyla başetmelerine yardımcı olan bilişsel davranışçı yaklaşım ve bilişsel davranışçı yaklaşımda kullanılan teknikler incelendi ve eğitim planına eklendi. Grup sürecinde kullanılan bilişsel davranışçı yaklaşımlar; işlevsel olmayan düşüncenin kaydı, otomatik düşünceleri sorgulama, ABC modelinin öğretilmesi, soru cevap, gevşeme teknikleri, ev ödevleri, demonstrasyon ve geri bildirimdir. Eğitim programında kullanılan bilişsel davranışçı tekniklere ilişkin bir psikiyatrist, bir psikolog ve bir psikolojik danışmandan görüş ve öneri alındı.

Tüm bu çalışmalardan sonra Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programı Eğitici Rehberi oluşturuldu. Eğitici rehberinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan üç öğretim üyesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan iki öğretim üyesi, Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve bir uzman psikologdan görüş alındı (EK 9). Uzman görüşleri sonrası eğitici rehberine son şekli verildi ve bu rehber doğrultusunda Gebeler için Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programı Kitapçığı oluşturuldu (EK 10). Araştırmacı 21 Eylül 2012 tarihinde 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi'nde gerçekleştirilen "Doğuma Hazırlık Eğitimlerinde Psikodrama ve Dışavurumcu Tekniklerin Yaşantılanması" kursuna katıldı.

Eğitim Programının Amacı

Eğitim programının ana amacı, doğuma hazırlık eğitimi kapsamında bilişsel davranışçı teknikler kullanarak gebelerin doğum korkusuyla baş etmelerini sağlamak, olumlu bir doğum algısı oluşturmak ve doğum korkusunun neden olduğu olumsuz etkileri azaltmaktır.

Eğitim programının bu amaca ulaşması için aşağıdaki alt amaçlar belirlenmiştir.

Grup sürecine katılan gebelerde;

1. Doğum algısını tanılama ve değerlendirme
2. Doğum korkusunu tanılama
3. Doğum eylemine ilişkin bilgilendirme ve yanlış bilgileri düzeltme
4. Doğum kasılmaları ile başetme
5. Doğum korkusu ile başetme ve daha olumlu bir doğum algısı oluşturma

Eğitim Programının içeriği

Eğitim programı 6 oturumdan oluşmaktadır.

1. Oturum: Doğum algısını tanılama ve değerlendirme

Tanışma

Grup oturumlarının yapılandırılması (Amaç, yöntem, süre, sıklık v.b.)

Grup üyelerinin doğum eylemine ilişkin inanç ve algılarının paylaşılması

Oturumun özetlenmesi

2. Oturum: Doğum korkusunu tanılama

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması

Oturum gündeminin belirlenmesi ve gündemin paylaşılması

— Bilişsel davranışçı yaklaşımın A-B-C modeli

— Doğum korkusunun A-B-C modeli

Oturumun özetlenmesi

Ev ödevlerinin verilmesi

— “Korku günlüğü” ev ödevi

— “Doğum kasılmalarının şiddeti günlüğü” ev ödevi

3. Oturum: Doğum eylemine ilişkin bilgilendirme ve yanlış bilgileri düzeltme

Duygu durumunun gözden geçirilmesi

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması

Oturum gündeminin belirlenmesi ve gündemin paylaşılması

— Doğum eylemini etkileyen faktörler

— Doğumun yaklaştığını / başladığını gösteren belirtiler ve doğum eyleminin aşamaları

— Doğum salonu ve doğum salonunda uygulanan işlemler

Oturumun özetlenmesi

Ev ödevinin verilmesi

— “Yarım bırakılmış hikayeler” ev ödevi

4. Oturum: Doğum kasılmaları ile başetme

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması

Oturum gündeminin belirlenmesi ve gündemin paylaşılması

— Doğumun I. evresinde kullanılan solunum teknikleri

— Doğumun II. evresinde kullanılan ıkınma tekniği

Oturumun özetlenmesi

Ev ödevlerinin verilmesi

— “Yarım bırakılmış hikayeler” ev ödevi

— Doğum planı oluşturma ev ödevi

5. Oturum: Doğum korkusu ile başetme ve daha olumlu bir doğum algısı oluşturma

Duygu durumunun gözden geçirilmesi

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması

Ev ödevlerinin gözden geçirilerek olumlu bir doğum algısı oluşturma

Oturum gündeminin belirlenmesi ve gündemin paylaşılması

— Gevşeme teknikleri

Oturumun özetlenmesi

6. Oturum: Değerlendirme

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması

Oturum gündeminin belirlenmesi ve gündemin paylaşılması

— Doğum eyleminde kullanılan solunum tekniklerinin pekiştirilmesi

— Grup sürecinde edinilen bilgilerin gözden geçirilmesi

Grup sürecinin değerlendirilmesi

Oturumun ve sürecin sonlandırılması

3.7. Eğitim Programının Uygulanması

Eğitim programının oturumlarında İnönü Üniversitesi TÖTM’de, polikliniklerle aynı katta bulunan derslik kullanıldı. Derslikte bilgisayar ve projeksiyon cihazı

bulunmaktadır. Gebeler eğitim programı sırasında kullanılan sunumları görecek biçimde, “u” şeklinde yerleştirildi.

Eğitim programında yer alan oturumlar 5-9 kişilik gruplar halinde, grup üyelerinin uygun oldukları saatler göz önünde bulundurularak yapıldı. Eğitim programı haftada bir gün günde iki oturum olmak üzere toplam üç haftada, altı oturumda tamamlandı. Her bir oturum 15 dakika ara ile yaklaşık 45 dakika sürdü. Eğitim programının işleyişi Çizelge 3’de verildiği şekilde sürdürüldü.

Çizelge 3. Eğitim programının işleyiş biçimi.

Grup No	Gruptaki Gebe Sayısı	*Programın Yapıldığı Tarihler
1. grup	8 gebe	02 Nisan 2013, 09 Nisan 2013, 16 Nisan 2013
2. grup	7 gebe	09 Nisan 2013, 19 Nisan 2013, 30 Nisan 2013
3. grup	7 gebe	15 Mayıs 2013, 21 Mayıs 2013, 03 Haziran 2013
4. grup	9 gebe	21 Mayıs 2013, 28 Mayıs 2013, 04 Haziran 2013
5. grup	7 gebe	31 Mayıs 2013, 12 Haziran 2013, 17 Haziran 2013
6. grup	8 gebe	12 Haziran 2013, 19 Haziran 2013, 26 Haziran 2013
7. grup	6 gebe	25 Haziran 2013, 1 Temmuz 2013, 8 Temmuz 2013
8. grup	5 gebe	10 Temmuz 2013, 18 Temmuz 2013, 25 Temmuz 2013

*Her tarihte iki oturum yapıldı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Gebelerin doğum korkusu, doğumda yaşanan durumluk kaygı düzeyi, doğum ağrısı şiddeti, doğumun aktif fazında gösterilen duygusal, davranışsal, fiziksel tepkiler ve gebelerin doğum süreci.

Doğum süreci 5 başlık altında ele alındı. Bunlar; doğum eyleminden memnuniyet, doğum eyleminin aktif faz, ikinci ve üçüncü evre süreleri, doğum eyleminde uygulanan girişimler, doğum eyleminde gelişen komplikasyonlardır.

Bağımsız Değişken: Gebelere uygulanan eğitim programı.

Kontrol Değişkenleri: Gebelerin yaşı, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gebelik haftası ve doğuma ilişkin bilgi alma durumu kontrol değişkenlerini oluşturdu.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 16.0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra, gruplar arası farklılığı test etmek için Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-Kare testi, iki grubun karşılaştırılmasında Ki-kare ve student t testi, bağımlı iki örneklem karşılaştırılmasında McNemar-Bowker testi kullanıldı.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan yazılı izin (EK 11) ve Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 12) onam alındı (2012-11/06). Araştırmaya başlamadan önce, tüm gebelere gönüllü bilgilendirme formu (EK 13) okunarak, sözlü ve yazılı izinleri alındı. Elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için, isim kullanılmaksızın yayınlanacağı açıklandı.

Ayrıca kontrol grubunda yer alan gebelere gebelik ve doğum sürecinde herhangi bir girişim yapılmadı ancak veriler elde edildikten sonraki doğum sonu dönemde gebelerin bakımı araştırmacı tarafından verildi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Yapılan araştırmanın sonuçları, Malatya il sınırları içinde ikamet eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler ile sınırlıdır.
- Deney ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini engellemek için öncelikle kontrol grubunun verileri toplandı. Bu nedenle örneklem seçiminde randomizasyon yapılamadı.
- Araştırma kapsamına alınan gebeler doğumlarını farklı sağlık kuruluşlarında yaptı. Bu nedenle doğum sürecini etkileyen fiziki koşullar kontrol altına alınamadı.
- Eğitim programı uzun sürdüğü için 89 gebe eğitim programına katılmak istemedi. Bu nedenle eğitim grubu oluşturulurken zorluk yaşandı.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular,

I. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (Tablo 3-4)

II. Gebelere uygulanan eğitim programının doğum korkusuna etkisine ilişkin bulgular (Tablo 5,6)

III. Gebelerin doğum sürecine ilişkin bulgular (Tablo 7-13) olmak üzere üç bölümde ele alındı.

Tablo 3. Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları

Özellikler	Deney Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		Test
	n	%	n	%	n	%	
Çalışma durumu							
Çalışan	4	7,7	2	3,4	6	5,4	p= 0,416*
Çalışmayan	48	92,3	57	96,6	105	94,6	
Gelir durumu							
Gelir giderden az	14	26,9	9	15,2	23	20,7	X ² = 4,728 p= 0,094
Gelir gidere denk	33	63,5	48	81,4	81	73,0	
Gelir giderden fazla	5	9,6	2	3,4	7	6,3	
Sağlık güvencesi							
Olan	47	90,4	55	93,2	102	91,9	p= 0,732*
Olmayan	5	9,6	4	6,8	9	8,1	
Aile tipi							
Çekirdek aile	42	80,8	41	69,5	83	74,8	X ² = 1,864 p= 0,172
Geniş aile	10	19,2	18	30,5	28	25,2	

X²: Pearson Ki-Kare testi; *Fisher Kesin Ki-Kare Testi sonucu

Tablo 3’de deney ve kontrol gruplarının bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verildi. Gebelerin %94,6’sının çalışmadığı, %73,0’ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %91,9’unun sağlık güvencesinin olduğu ve %74,8’inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik

özellikler açısından aralarında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4. Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		Test
	n	%	n	%	n	%	
Gebeliğin planlı olma durumu							
Planlı	39	75,0	43	72,9	82	73,9	X ² = 0,064 p= 0,800
Planlı değil	13	25,0	16	27,1	29	26,1	
Gebeliğin istenme durumu							
İstenen	49	94,2	56	94,9	105	94,6	p= 1,000*
İstenmeyen	3	5,8	3	5,1	6	5,4	
Doğum eylemi konusunda bilgili olma durumu†							
Bilgisi olan	2	3,9	7	11,9	9	8,2	X ² = 4,871 p= 0,088
Bilgisi olmayan	23	44,2	32	54,2	55	49,5	
Kısmen bilgisi olan	27	51,9	20	33,9	47	42,3	
Doğum eylemi konusunda bilginin alındığı kaynak‡							
Yakınlar	21	40,3	13	22,0	34	30,6	
Kitle iletişim araçları	15	28,8	8	13,5	23	20,7	
Sağlık çalışanı	3	5,7	8	13,5	11	9,9	
Özel eğitimler	5	9,6	4	6,7	9	8,1	

X²: Pearson Ki-Kare testi; * Fisher Kesin Ki-Kare Testi sonucu

† Gebenin ifadesine göre belirlenmiştir; ‡ Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4’de verildi. Gebelerin %73,9’unun gebeliğinin planlı olduğu, %94,6’sının istenen bir gebelik yaşadığı ve %49,5’inin doğum eylemi hakkında bilgisi olmadığı belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gebeliğinin planlı olma ve istenme durumu ve doğum hakkında bilgi sahibi olma açısından aralarında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptandı (p>0,05). Deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğu doğum hakkındaki bilgiyi yakınlarından (anne ya da arkadaş) edindiğini ifade etti (deney grubu % 40,3; kontrol grubu %22,0).

Tablo 5. Gebelerin eğitim programı öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanı ve fark ortalamaları

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	58,44 ± 23,50	-1,158 / 0,249
Eğitim programı sonrası	39,48 ± 21,08	63,59 ± 25,57	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

Tablo 5’de deney grubunun eğitim programı öncesindeki ilk değerlendirmede W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması 63,98 ± 26,89, kontrol grubunun puan ortalaması 58,44 ± 23,50 olup, gruplar arasında W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları yönünden önemli fark bulunmadı (p>0,05). Eğitim programı sonrası (3 hafta sonra) deney grubunun puan ortalaması 39,48 ± 21,08, kontrol grubunun puan ortalaması 63,59 ± 25,57 olup, gruplar arasında W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi (p<0,001).

Deney grubunun eğitim programı öncesi W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması 63,98 ± 26,89 iken eğitim programı sonrasında 39,48 ± 21,08 bulundu (p<0,001).

Deney grubundaki gebelerin W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması eğitim programı öncesine göre eğitim programı sonrası 24,50 ± 20,33 puan azalırken, kontrol grubundaki gebelerde 5,15 ± 13,14 puan artığı saptandı. Gruplar arasında W-DEQ A Versiyonu fark puanları yönünden istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi (p<0,001).

Tablo 6. Gebelerin eğitim programı öncesi ve sonrasında Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu puanına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı

Ölçüm Zamanı	Deney Grubu (n=52)				Kontrol Grubu (n=59)				Test*
	Doğum Korkusu Düzeyi				Doğum Korkusu Düzeyi				
	Hafif ≤37	Orta 38-65	Şiddetli 66-84	Klinik ≥85	Hafif ≤37	Orta 38-65	Şiddetli 66-84	Klinik ≥85	
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Eğitim Programı Öncesi	9 17,3	22 42,3	13 25,0	8 15,4	10 16,9	29 49,2	11 18,6	9 15,3	X ² =0,801 p= 0,849
Eğitim Programı Sonrası	28 53,8	16 30,8	6 11,5	2 3,8	6 10,2	28 47,5	14 23,7	11 18,6	X ² =26,603 p= 0,000
Test**	X ² =26,250 p= 0,000				X ² =5,000 p= 0,287				

*Pearson Ki-Kare testi; **McNemar-Bowker testi

Tablo 6’da gebelerin eğitim programı öncesi ve sonrasına göre W-DEQ A Versiyonu puanına göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda eğitim programı öncesi gebelerin %25,0’i şiddetli düzeyde korku yaşarken, program sonrasında şiddetli düzeyde korku yaşayanların oranı %11,5’e düşmüştür ($p<0,001$). Kontrol grubunda program öncesi ilk değerlendirmede gebelerin %18,6’sı şiddetli düzeyde korku yaşarken, eğitim programı sonrasında (3 hafta sonra) bu oran %23,7’ye yükselmiştir ($p>0,05$). Eğitim programı öncesinde şiddetli düzeyde korku yaşama yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0,05$), eğitim programı sonrasında şiddetli düzeyde korku yaşama yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Tablo 7. Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği, doğum ağrısına yönelik Sayısal Değerlendirme Skalası ve doğum deneyimine ilişkin memnuniyet puan ortalamaları

	Deney Grubu (n=52) $\bar{X} \pm SD$	Kontrol Grubu (n=59) $\bar{X} \pm SD$	t / p
DKÖ puanı	38,32 ± 3,68	38,83 ± 4,78	0,625 / 0,533
SDS puanı	6,36 ± 1,91	8,30 ± 1,41	6,009 / 0,000
Memnuniyet puanı	3,57 ± 1,07	2,81 ± 1,26	-3,403 / 0,001

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği; SDS: Sayısal Değerlendirme Skalası; t: Student t testi

Tablo 7’de gebelerin DKÖ, doğum ağrısına yönelik SDS ve doğum eyleminden memnuniyet puan ortalamaları verildi. DKÖ puan ortalamasının deney grubunda 38,32 ± 3,68, kontrol grubunda 38,83 ± 4,78 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Deney grubundaki gebelerin doğum ağrısına yönelik SDS puan ortalamasının 6,36 ± 1,91, kontrol grubundaki gebelerin puan ortalamasının 8,30 ± 1,41 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Doğum eyleminden memnuniyet puan ortalamasının deney grubunda 3,57 ± 1,07, kontrol grubunda 2,81 ± 1,26 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 8. Gebelerin doğum evrelerinin süreleri

Doğum Evrelerinin Süreleri	Deney Grubu (n=52) X ± SS	Kontrol Grubu (n=59) X ± SS	t / p
*1. evre / dakika	358,29 ± 250,07	405,70 ± 251,14	0,835 / 0,406
2. evre / dakika	22,48 ± 5,55	27,11 ± 12,61	2,182 / 0,033
3. evre / dakika	8,28 ± 8,75	10,27 ± 7,5	1,085 / 0,281

* ≥3 cm'den sonra ele alınmıştır

t: Student t testi

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum evrelerinin sürelerinin verildiği Tablo 8'de doğumun ikinci evresinin deney grubunda daha kısa sürdüğü (p<0,05), doğumun 1. ve 3. evre sürelerinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 9. Gebelerin doğum eyleminde uygulanan girişimlerin dağılımı

Girişimler	Deney Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		Test
	n	%	n	%	n	%	
Amniyotomi							
Uygulandı	13	25,0	20	33,9	33	29,7	X ² = 1,048
Uygulanmadı	39	75,0	39	66,1	78	70,3	p= 0,306
İndüksiyon							
Uygulandı	19	36,5	22	37,3	41	36,9	X ² = 0,007
Uygulanmadı	33	63,5	37	62,7	70	63,1	p= 0,935
Acil sezaryen							
Uygulandı	17	32,7	15	25,4	32	28,8	X ² = 0,712
Uygulanmadı	35	67,3	44	74,6	79	71,2	p= 0,399
Fundal baskı							
Uygulandı	16	30,8	30	50,8	46	41,4	X ² = 4,592
Uygulanmadı	36	69,2	29	49,2	65	58,6	p= 0,032
Epizyotomi							
Uygulandı	33	63,5	44	74,6	77	69,4	X ² = 1,607
Uygulanmadı	19	36,5	15	25,4	34	30,6	p= 0,205

X²: Pearson Ki-Kare testi

Tablo 9’de gebelerin doğum eyleminde uygulanan girişimlerin dağılımları yer almaktadır. Deney grubundaki gebelerin %30,8’ine, kontrol grubundaki gebelerin %50,8’ine fundal baskı uygulandığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0,05$). Gebelerin doğum eyleminde uygulanan girişimlere ilişkin diğer değişkenlerin (amniyotomi, indüksiyon, acil sezaryen ve epizyotomi) yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 10. Gebelerin doğum eyleminde komplikasyon gelişme durumlarının dağılımı

Komplikasyonlar	Deney Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		Test
	n	%	n	%	n	%	
Laserasyon							
Oldu	6	11,5	15	25,4	21	18,9	$X^2= 3,474$
Olmadı	46	88,5	44	74,6	90	81,1	$p= 0,062$
Fetal Distres							
Oldu	7	13,5	14	23,7	21	18,9	$X^2= 1,899$
Olmadı	45	86,5	45	76,3	90	81,1	$p= 0,168$

X^2 : Pearson Ki-Kare testi

Gebelerin doğum eyleminde komplikasyon gelişme durumlarının dağılımlarının verildiği Tablo 10’da her iki gruptaki gebelerin doğumlarında laserasyon gelişimi ve fetal distres yönünden istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hiçbirine epidural anestezi, vakum ve forseps uygulaması yapılmazken, uterus rüptürü de yaşanmadı. Deney grubundaki gebelerin üçünde kontrol grubundaki gebelerin beşinde mekonyum varlığı, kontrol grubu gebelerin birinde hipotonik uterus disfonksiyonu yaşandı.

Tablo 11. Gebelerin doğumun aktif fazına verdiği duygusal tepkilerin dağılımı

*Duygusal Tepkiler	Deney Grubu(n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Heyecanlı hissetme	18	34,6	25	42,4	43	38,7	0,701	0,402
Korku ifadesi	22	42,3	45	76,3	67	60,4	13,325	0,000
Yalnız kalmak istememe	23	44,2	44	74,6	67	60,4	10,637	0,001
Gerginlik	6	11,5	20	33,9	26	23,4	7,704	0,006
Ağlama	22	42,3	39	66,1	61	55,0	6,321	0,012
Yakınma	7	13,5	28	47,5	35	31,5	14,796	0,000
Çılgılık atma	19	36,5	32	54,2	51	45,9	3,486	0,062
Çevresindeki kişileri suçlama	8	15,4	14	23,7	22	19,8	1,211	0,271

*Birden fazla seçenek gösterilmiştir.

X²: Pearson Ki-Kare testi

Tablo 11’de gebelerin doğumun aktif fazına verdiği duygusal tepkilerin dağılımı verildi. Deney grubundaki gebelerin %42,3’ü, kontrol grubundaki gebelerin %76,3’ü doğumdan korktuğunu ifade etti. Deney grubundaki gebelerin %44,2’sinin, kontrol grubundaki gebelerin %74,6’sının yalnız kalmak istemediği, deney grubundaki gebelerin %11,5’inin, kontrol grubundaki gebelerin %33,9’unun gerginlik yaşadığı, deney grubundaki gebelerin %42,3’ünün, kontrol grubundaki gebelerin %66,1’inin ağladığı ve deney grubundaki gebelerin %13,5’inin, kontrol grubundaki gebelerin %47,5’inin yakındığı belirlendi. Korku ifadesi, yakınma (p<0,001), yalnız kalmak istememe, gerginlik ve ağlama tepkileri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi (p<0,05).

Heyecanlı görünüm, çılgılık atma ve çevresindeki kişileri suçlama tepkileri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 12. Gebelerin doğumun aktif fazına verdiği davranışsal tepkilerin dağılımı

*Davranışsal Tepkiler	Deney Grubu(n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Doğumdan kaçma, kaçınma	16	30,8	34	57,6	50	45,0	8,054	0,005
Kontrol kaybı	2	3,8	13	22,0	15	13,5	7,823	0,005
İletişimden kaçınma	6	11,5	20	33,9	26	23,4	7,704	0,006
İletişimde sorun yaşama	2	3,8	9	15,3	11	9,9	4,029	0,045
Mahremiyetin azalması	11	21,2	21	35,6	32	28,8	2,809	0,094
Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma	12	23,1	28	47,5	40	36,0	7,128	0,008

*Birden fazla seçenek gösterilmiştir.

X²: Pearson Ki-Kare testi

Tablo 12’de gebelerin doğumun aktif fazına verdiği davranışsal tepkilerin dağılımı verildi. Deney grubundaki gebelerin %30,8’inin, kontrol grubundaki gebelerin %57,6’sının doğumdan kaçtığı, deney grubundaki gebelerin %3,8’inin, kontrol grubundaki gebelerin %22,0’sinin kontrol kaybı yaşadığı, deney grubundaki gebelerin %11,5’inin, kontrol grubundaki gebelerin %33,9’unun iletişimden kaçındığı, deney grubundaki gebelerin %3,8’inin, kontrol grubundaki gebelerin %15,3’ünün iletişimde sorun yaşadığı ve deney grubundaki gebelerin %23,1’inin, kontrol grubundaki gebelerin %47,5’inin kendisine zarar verecek davranışlarda bulunduğu belirlendi. Doğumdan kaçma / kaçınma, kontrol kaybı, iletişimden kaçınma, iletişimde sorun yaşama ve kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi (p<0,05).

Mahremiyetin azalması yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 13. Gebelerin doğumun aktif fazına verdiği fiziksel tepkilerin dağılımı

**Fiziksel Tepkiler	Deney Grubu(n=52)		Kontrol Grubu (n=59)		Toplam (n=111)		X²	p
	n	%	n	%	n	%		
Taşikardik nabız	18	34,6	14	23,7	32	28,8	1,597	0,206
Yüksek kan basıncı	4	7,7	5	8,5	9	8,1		1,000*
El ve bacaklarda titreme	31	59,6	40	67,8	71	64,0	0,803	0,370
Avuçlarını sıkma	36	69,2	47	79,7	83	74,8	1,594	0,207
Herhangi bir şeyi sıkma	34	65,4	48	81,4	82	73,9	3,653	0,056
Dudak ısırma	13	25,0	32	54,2	45	40,5	9,802	0,002
Normal solunumun değişimi	13	25,9	28	47,5	41	36,9	5,984	0,014

* Fisher Kesin Ki-Kare Testi sonucu

**Birden fazla seçenek gösterilmiştir.

X²: Pearson Ki-Kare testi

Tablo 13’de gebelerin doğumun aktif fazına verdiği fiziksel tepkilerin dağılımı verildi. Deney grubundaki gebelerin %25,0’inin, kontrol grubundaki gebelerin %54,2’sinin dudaklarını ısırıldığı ve deney grubundaki gebelerin %25,9’unun, kontrol grubundaki gebelerin %47,5’inin normal solunumda değişim yaşadığı belirlendi. Dudak ısırma ve normal solunumun değişimi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptandı (p<0,05).

Taşikardik nabız, yüksek kan basıncı, el ve bacaklarda titreme, avuçlarını sıkma ve herhangi bir şeyi sıkma tepkileri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Gebelik fiziksel, ruhsal ve duygusal değişimlerle birlikte kadının doğum eylemine hazırlandığı bir dönemdir. Bu dönemde psikolojik olarak doğuma hazırlanan gebelerin (Saisto ve ark., 2006) olumsuz doğum beklentileri ve doğum korkusu azaltılabilir (Sjögren, 1998). Bu nedenle doğum korkusuna yönelik girişimler doğum öncesi bakımın bir parçası olmalıdır. Gebenin aile üyeleri veya sağlık çalışanıyla korkularını paylaşması, doğum hakkında bilgi alması ve doğuma ilişkin kendi veya diğer gebelerin olumlu deneyimlerini paylaşması doğum korkusunun azalmasında etkili olabilir (Serçekuş, 2011).

Araştırmamız kapsamına alınan her iki gruptaki gebelerin eğitim programı öncesindeki ilk değerlendirmede doğum korkularının olduğu ve W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması açısından aralarında önemli fark olmadığı bulundu ($p>0,05$; Tablo 5). Bu sonuç her iki gruptaki (deney-D, kontrol-K) gebelerin ilk değerlendirmede doğum korkularının benzer olduğunu göstermektedir.

Eğitim programı öncesindeki ilk değerlendirmede deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin W-DEQ A Versiyonu puanına göre orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlendi (D:%42,3; K: %49,2; Tablo 6). Türkiye’de doğum korkusunu belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada gebelerin yaklaşık %50’sinin orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Kızılırmak, 2011). Yurt dışında yapılan çalışmalarda, Britanya’da gebelerin %25’inin (Stoll ve Hall, 2012), İsveç’te %21,6’sının (Nieminen ve ark., 2009), Norveç’te %33’ünün (Nerum ve ark., 2006) orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda deney grubundaki gebelerden eğitim programı öncesinde orta, şiddetli ve klinik düzeyde korku yaşayanların sayısının eğitim programı sonrasında azaldığı bulundu ($p<0,001$; Tablo 5). Şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranının deney grubundaki gebelere uygulanan eğitim programından sonra azalması ve yurt dışındaki değerlere eşdeğer olması dikkat çekicidir. Yurt dışında yapılan araştırmalarda, İsveç’te gebelerin %10’unun (Kjærgaard ve ark., 2008), Norveç’te yaklaşık %7,5’inin (Adams ve ark.,2012; Nordeng ve ark.,2012), Kanada’da %9,1’inin (Spice ve ark., 2009) şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Genel olarak gebelerin doğum korkusu yaşamaları doğaldır (Rouhe ve ark., 2013). Çünkü doğum pek çok kadın için hala

tamamen kontrol edilemeyen (Kjærgaard ve ark., 2008), benzersiz bir ağrı deneyimini beraberinde getiren, gebe ve fetus için ciddi riskleri olan bir süreçtir. Bu risklerin batılı ülkelerde daha az görülmesi ve gebelerin daha az endişe yaşaması (Rouhe ve ark., 2013) şiddetli doğum korkusunun daha az görülmesinde etkili olabilir.

Yapılan müdahalelere rağmen hemen her gebe az ya da çok doğumdan korkabilir. Literatürde gebeliğin ilk trimesterinde gebeliğe ilişkin yaşanan ambivalan duyguların yerini ikinci trimesterden itibaren (Şahin ve ark., 2009) ve özellikle üçüncü trimesterde de artan doğum korkusuna bıraktığı vurgulanmaktadır (Kitapçioğlu ve ark., 2008). Araştırmamızda kontrol grubundaki gebelerin ilk değerlendirmeden üç hafta sonra doğum korkularının $5,15 \pm 13,14$ puan arttığı saptandı ($p < 0,05$; Tablo 5). Kızılırmak (2011) üçüncü trimesterden sonra yaptığı iki farklı ölçümde (28-34. hafta ve 38-40. haftalarda) gebelerin doğum korkularının 2 puan arttığını bulmuştur. Laursen ve arkadaşları (2009) yaklaşık 16. ve 31. gebelik haftalarında iki görüşme yapmış, doğum korkusunun ikinci görüşmede daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Rouhe ve arkadaşları (2009) doğum korkusunun 20. gebelik haftasından itibaren yükseldiğini belirlemiştir. Bu sonuçlar bizim bulgumuzu destekler niteliktedir.

Eğitim programı sonrasında (üç hafta sonra) deney grubunun W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması azalırken, kontrol grubunun puan ortalamasının artması dikkat çekicidir ($p < 0,001$; Tablo 5). Deney grubunda eğitim programından sonra W-DEQ A Versiyonu puanındaki azalma, doğuma hazırlık eğitimi ile birlikte bilişsel davranışçı tekniklerin kullanıldığı eğitim programının gebelikte yaşanan doğum korkusunu azalttığını göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H1 ve H2 hipotezleri kabul edilmiştir. Literatürde doğuma hazırlık eğitimi için farklı sonuçlar yer almaktadır (Geissbuehler ve Eberhard, 2002, Ferguson ve ark. 2013). Doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusunu azalttığını gösteren araştırmaların yanında (Kızılırmak, 2011, Nazari Jeyrani ve ark., 2009, Melender, 2002, Nazari Jeyrani ve ark. 2009) herhangi bir etkisinin olmadığı ya da olumsuz etkileri olabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Ferguson ve ark. 2013, Stoll ve Hall 2012). Serçekuş ve Mete'nin (2010) yaptığı çalışmada doğuma hazırlık eğitime katılan gebelerin bir kısmı verilen eğitimin doğum korkusunu azalttığını belirtirken, bazıları doğum korkusu üzerine herhangi bir etkisi olmadığını hatta verilen eğitimin korkuyu arttırdığını ifade etmiştir. Stoll ve Hall (2012) da doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusunu etkilemediğini bulmuştur. Kangas-Saarela ve Kangas-Kärki (1994) doğuma hazırlık sınıflarına katılan

her on gebeden dokuzunun doğum korkusunun yüksek kaldığını belirtmiştir. Bu nedenle doğum korkusunu azaltmak için doğuma hazırlık eğitiminin yanında bilişsel davranışçı yaklaşımların kullanılması önerilmektedir (Nieminen ve ark., 2009). Şiddetli doğum korkusu yaşayan Finlandiyalı nulliparlarda doğuma hazırlık eğitiminin de içinde bulunduğu psikoeğitim ve gevşeme egzersizlerinin etkinliği incelenmiş, gebeler oturumların doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Gebeler doğum korkusunda “duygu paylaşımının” ve “bilgi verilmesinin” daha yararlı olduğunu ifade etmiştir (Saisto ve ark., 2006). Gebelikte doğuma ilişkin anksiyete yaşayan gebelere verilen psikoterapinin etkinliğini inceleyen başka bir çalışmada, psikoterapi grubundaki gebelerin kendilerini daha güçlü hissettikleri ve doğuma emosyonel olarak daha hazır hissettikleri belirlenmiştir (Sjögren, 1998). Gebelere geleneksel terapi (90 dak.) ve yoğun terapinin (315 dak.) uygulandığı başka bir çalışmada, yoğun terapi grubunda doğuma ilişkin korkuların azaldığı bulunmuştur (Saisto ve ark., 2001a). Bu sonuçlardan yola çıkarak doğum korkusuyla başetmede çalışmamızda yürütülen eğitim programının literatürdeki doğuma hazırlık eğitimlerinden daha başarılı, psikoterapi ile benzer olduğu sonucuna varılmıştır. Doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum korkusunu azaltmadığına ilişkin sonuçlar, eğitimlerde doğuma ilişkin ayrıntılı bilgi verilmesi (Serçekuş ve Mete, 2010), doğum korkusunun ele alınmaması (Lally ve ark., 2008) ve gebelerin eğitimlere katılma nedeninin doğum korkusu olmaması (Stoll ve Hall, 2012) gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin DKÖ'ye göre doğumun aktif evresinde hafif düzeyde kaygı yaşadıkları belirlendi (D: $38,32 \pm 3,68$; K: $38,83 \pm 4,78$; Tablo 7). Üst ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da gebelerin doğumdan önce hafif düzeyde ($40,88 \pm 6,25$) kaygı yaşadıkları bulunmuştur. DKÖ'den elde edilen puanlara göre her iki grupta yaşanan kaygının benzer olduğu saptandı ($p>0,05$; Tablo 7). Bu bulgulara göre araştırmamızın H3 hipotezi reddedilmiştir. Stoll ve Hall (2012) da doğuma hazırlık eğitimine katılanlar ve katılmayanlarda doğum anksiyetesinin farklı olmadığını belirlemiştir. Kişiliğin bir parçası olan kaygının (Zar ve ark., 2001) doğum sırasında ortaya çıkmadığı, ancak gebelik boyunca var olduğu belirtilmektedir. Ayrıca şimdiye kadar doğumda yaşanan kaygı tam olarak kanıtlanmamıştır (Reck ve ark., 2013). Reck ve arkadaşları (2013) doğumda yaşanan kaygının doğuma özgü bir kaygı çeşidi olduğunu ve bunu ölçmeye yönelik DKÖ gibi genel kaygı ölçeklerinin değil doğuma özgü bir kaygı ölçeğinin kullanılmasının daha doğru olacağını belirtmiştir.

Kaygı duygusunun ortaya çıkışı kişinin olayı kavraması, başetme mekanizmaları, destekleyici kişilerin niteliği ve bulunabilirliği ile ilgilidir (Kaplan ve ark., 2007). Araştırmamızda her iki gruptaki gebelerin doğum sürecinde araştırmacının gebelerin yanında olması ve gruplar oluşturulurken GSA-28 puanlarına göre benzer özelliklere sahip gebelerin alınması yaşanan kaygının benzer olmasına neden olmuş olabilir.

Doğum eylemi muhtemelen bir kadının yaşamı boyunca karşılaştığı en ağırlı olaylardan birisidir. Bu nedenle gebelerin doğum ağrısı konusunda endişelenmeleri ve bunun için ağrı kesici yöntemleri araştırmaları şaşırtıcı değildir (Lally ve ark., 2008). Waldenstrom ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada da doğum ağrısından korkanların doğum öncesi eğitim sınıflarına daha çok başvurduğu belirlenmiştir. Doğum öncesi eğitimler ile anne adayları doğum ağrılarıyla başetme konusunda eğitilmekte, kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığın artırılması hedeflenmektedir (Coşar ve Demirci, 2012). Eğer kadın gebelik sırasında doğuma iyi hazırlanırsa kendine güveni artacak, başarısızlık duygusu azalacak ve doğum eylemine ilişkin ağrı beklentisi daha gerçekçi olacaktır. Bu nedenle gebeye doğumda gerçekte nasıl bir ağrı deneyimi yaşayacağı ve bununla başetme yöntemleri anlatılmalıdır (Lally ve ark., 2008). Araştırmamızda doğum kasılmalarıyla başetme konusunun yer aldığı eğitim programına katılan deney grubundaki gebelerin doğum ağrısına yönelik SDS puan ortalamaları, kontrol grubundaki gebelerin puan ortalamalarından daha düşük olup fark istatistiksel olarak önemli bulundu (D: $6,36 \pm 1,91$; K: $8,30 \pm 1,41$; $p < 0,001$; Tablo 7). Bu bulgu eğitim programına katılan gebelerin doğum ağrısıyla başetmede daha iyi olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H4 hipotezi kabul edilmiştir. Nazari Jeyrani ve arkadaşları (2009) da doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin doğumda yaşadıkları ağrının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Gebelere yoğun terapi uygulanan başka bir çalışmada, terapi sonrası gebelerin doğum ağrısından korkma skorları kontrol grubuna göre önemli düzeyde düşmüştür (Saisto ve ark., 2001a). Bu sonuçlara göre doğum korkusuna yönelik girişimlerde doğum ağrısıyla başetmeye yönelik konuların da ele alınması gerektiği söylenebilir. Literatürde de doğum korkusunun oluşmasında doğum ağrısının en önemli etkenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Sjögren, 1997; Ryding ve ark., 2007; Rouhe ve ark., 2009).

Gebenin doğumu başarı ile tamamlayamayacağı düşüncesi, onu olumsuz bir duygu durumu içine yöneltir. Gebelik boyunca doğum ile ilgili olumlu beklentiler doğumun olumlu bir deneyimle sonuçlanmasını sağlarken, doğum korkusu gibi olumsuz

beklentiler doğumun olumsuz bir deneyimle sonuçlanmasına neden olabilir (Spice ve ark., 2009). Araştırmamızda deney grubunda yer alan gebelerin kontrol grubuna göre daha olumlu doğum deneyimi yaşadıkları ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (D: $3,57 \pm 1,07$; K: $2,81 \pm 1,26$; $p < 0,05$; Tablo 7). Bu bulgulara göre doğum korkusuyla başatme programının doğumun olumlu bir deneyimle sonuçlanmasına katkı sağladığı söylenebilir. Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H5 hipotezi kabul edilmiştir. Gebelik döneminde doğuma ilişkin destek alanların olumlu doğum deneyimi yaşadıkları farklı çalışmalar tarafından da desteklenmektedir. Fabian ve arkadaşları (2005) İsveç'te doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin katılmayanlardan daha olumlu doğum deneyimi yaşadıklarını bildirmiştir. Rouhe ve arkadaşları (2013) da Finlandiya'da gebelikte psikoterapi grubuna katılan gebelerin olumlu bir doğum deneyimi yaşadığını saptamıştır. Sjögren (1998) gebelikte psikoterapiye katılan gebelerin kendilerini daha güçlü ve doğuma emosyonel olarak daha hazır hissettiklerini bulmuştur.

Doğum korkusu yaşayan gebelerde artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya (Alessandra ve Roberta, 2013; Adams ve ark., 2012; Ryding ve ark., 1998) ve doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olabilir (Alessandra ve Roberta, 2013; Laursen ve ark., 2009; Ryding ve ark., 1998). Reck ve arkadaşlarının (2013) aktif fazdan itibaren bebeğin doğumunun tamamlanıncaya kadar geçen süreci ele aldıkları çalışmada doğuma ilişkin korkunun süreci uzattığı belirlenmiştir. Laursen ve arkadaşları (2009) doğum korkusu yaşayan gebelerde uzamış doğum riskinin 1,3 kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Adams ve arkadaşları (2012) da doğum korkusu yaşayan gebelerde doğumun aktif fazının 1 saat 32 dakika daha uzun sürdüğünü, doğum korkusunun uzamış doğum riskini 1,5 kat artırdığını göstermiştir. Sydsjö ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da ikincil doğum korkusu yaşayan gebelerde doğumun aktif fazı 40 dakika daha uzun bulunmuştur. Doğum korkusunun doğum sürecini etkilediğini gösteren bu sonuçlar doğrultusunda, doğum korkusunu azaltmaya yönelik girişimlerin uzamış doğum eylemini önleyebileceği söylenebilir. Araştırmamızda doğumun 1. ve 3. evre süresi deney ve kontrol grubunda benzer bulundu ($p > 0,05$; Tablo 8). Bu bulgulara doğrultusunda araştırmamızın araştırmamızın H6 ve H8 hipotezleri reddedilmiştir. Deney grubunda doğumun ikinci evre süresi kontrol grubundan $4,63 \pm 7,06$ dakika daha kısa ve fark istatistiksel olarak önemli bulundu (D: $22,48 \pm 5,55$; K: $27,11 \pm 12,61$;

$p<0,05$; Tablo 8). Bu bulgu çalışmamızda yürütülen eğitim programında öğretilen ıkınma egzersizinin doğumun ikinci evre süresini kısaltmaya katkı sağladığını göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda araştırmamızın H7 hipotezi kabul edilmiştir. Gebelikte doğum korkusuna yönelik girişimlerin doğum süresine etkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Sjögren ve Thomassen (1997) gebelikte şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayanlara psikolojik ve obstetrik destek vermiş, bu grubun doğum süresini daha kısa bulmuştur. Saisto ve arkadaşlarının (2001a) Finlandiya’da yaptığı çalışmada, yoğun terapi ve geleneksel terapiye katılan gebelerin doğumun aktif fazından itibaren bebeğin doğumuna kadar geçen süre değerlendirilmiştir. Yoğun terapiye katılan gebelerde bu süre $6,8 \pm 3,8$ saat, geleneksel terapiye katılanlarda ise bu süre $8,5 \pm 4,8$ saat bulunmuştur ($p<0,05$) (Saisto ve ark., 2001a). Aynı araştırmacıların yaptığı başka bir çalışmada şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan bir grup gebe üçüncü trimesterde beş oturumluk psikoterapi ve gevşeme egzersizlerine katılmış, başka bir grup gebe doğum korkusuna yönelik iki seanslık obstetrik bakım almıştır. Her iki grubun doğumun birinci evre ve ikinci evre süreleri arasında fark bulunmamıştır (Saisto ve ark., 2006). Rouhe ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan ve psikoeğitime katılan gebelerle kontrol grubunun doğum süreçleri karşılaştırılmıştır. İki grupta doğumun birinci ve ikinci evre süreleri benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Rouhe ve ark., 2013). Bergström ve arkadaşları (2009) bir grup gebeyi nefes ve gevşeme egzersizleri teknikleri (psikoprofilaksi) eğitimi ile doğal doğuma hazırlamış, nefes ve gevşeme tekniklerinin öğretilmediği doğum öncesi eğitime katılan diğer bir grup gebe ile doğum süreleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada doğum süreleri evrelere ayrılarak değerlendirilmemiş, iki grubunda ortalama doğum süresi 11 saat sürmüştür ($p>0,05$) (Bergström ve ark., 2009). Bu çalışma sonuçlarından elde edilen farklılıkların nedeni doğum süresinin pek çok değişkenden etkilenmesinden kaynaklı olabilir. Gebenin kendini doğuma hazır hissetmesi, doğumda uygulanan girişimler, örneklem grubundaki farklılıklar ve normal doğumu etkileyen diğer faktörler (pelvis, birincil güçler, doğum objesi) doğum sürecini etkileyebilir.

Araştırmamızda doğumun ikinci evresini kısaltmaya yönelik yapılan fundal baskının deney grubunda daha az uygulandığı ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (D:%30,8; K:%50,8; $p<0,05$; Tablo 9). Bu bulgu çalışmamızda yürütülen programda öğretilen ıkınma egzersizinin gebeler tarafından etkin kullanıldığı

ve fundal baskıya gerek duyulmadığını göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H9 hipotezi kabul edilmiştir. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji'nin (College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) doğumda fundal baskıyı destekleyen bir komite görüşü yoktur. Ayrıca fundal baskı maternal ve fetal komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle fundal baskıyı azaltmak için doğumun ikinci evresindeki itme egzersizinin gebelik döneminde öğretilmesi doğru olacaktır (Matsuo ve ark., 2009). Nerum ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan ve elektif sezaryen isteyen gebelere danışmanlık verilmiş, buna rağmen 86 gebeden 12'si yine de sezaryeni tercih etmiştir. Elektif sezaryen isteyen bu 12 gebeden 10'u (diğer iki gebe nullipardır) daha önceki doğumlarında fundal baskı ile birlikte diğer bazı komplikasyonları yaşayan gebelerdir (Nerum ve ark., 2006).

Araştırmıza dahil olan gebelerde doğumda uygulanan diğer girişimlerde (amniyotomi uygulaması, indüksiyon uygulaması ve epizyotomi uygulama) gruplar arasında önemli fark bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 9). Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H10, H11 ve H12 hipotezleri reddedilmiştir. Gebelikte uygulanan doğum korkusuna yönelik girişimlerin doğumda müdahale ile ilişkisini inceleyen çalışma sonuçlarında farklılıklar vardır. Ferguson ve arkadaşları (2013) ve Kızılırmak (2011) doğum öncesi eğitimin doğumda indüksiyon / doğumu hızlandırıcı yöntemlerin kullanımını artırdığını, Stoll ve Hall (2012) etkilemediğini göstermiştir. Sjögren ve Thomassen (1997) doğum korkusuna yönelik psikolojik desteğin doğumda indüksiyon / doğumu hızlandırıcı yöntemlerin kullanımını artırdığını, Rouhe ve arkadaşları (2013) ise etkilemediğini göstermiştir. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılıkların nedeni doğum prosedürlerinin ülkeler arasında değişmesi ve doğal doğuma bakış açısının farklı olmasından kaynaklanabilir. Doğumda uygulanan girişimlerde gruplar arasında benzer bulunan bir diğer uygulama epizyotomidir ($p>0,05$; Tablo 9). Bu sonuca paralel olarak, Kızılırmak (2011) doğum öncesi eğitim alan ve almayan grupta, Sjögren ve Thomassen (1997) doğum korkusuna yönelik psikolojik destek verilen ve verilmeyen grupta epizyotomi uygulamasını benzer bulmuştur. Epizyotomi, doğum kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biridir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gerekli olsun ya da olmasın yaklaşık %90 ve üzerinde nulliplarlara epizyotomi uygulandığı belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2007; Sayiner ve Demirci, 2007).

Son birkaç yıldır Türkiye’de endikasyon olmadan sezaryen uygulama azalmaya başlamıştır. Araştırmamızda isteğe bağlı sezaryen olmazken, acil sezaryen yönünden gruplar arasında önemli fark bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 9). Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H13 hipotezi reddedilmiştir. Diğer doğum girişimlerinde olduğu gibi acil sezaryen gereksinimi ve doğum korkusuna yönelik girişimler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar görülmektedir. Fabian ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerde acil sezaryenin daha az uygulandığı bulunurken, Stoll ve Hall (2012) ve Bergström ve arkadaşları (2009) doğum öncesi eğitimin acil sezaryen gereksinimini etkilemediğini belirlemişlerdir. Saisto ve arkadaşları (2006) ve Waldenström ve arkadaşları (2006) da doğum korkusuna yönelik gebelikte verilen psikoterapinin acil sezaryen gereksinimini etkilemediğini bulurken, Rouhe ve arkadaşları (2013) gebelikte doğum korkusuna yönelik psikoeğitim alan grupta acil sezaryeni daha düşük bulmuştur.

Literatürde gebelikte yaşanan doğum korkusunun doğum eyleminde komplikasyonlara neden olduğu belirtilmesine rağmen (Nilsson ve Lundgren, 2009; Fenwick ve ark., 2009; Salomonsson ve ark., 2013), yapılan bazı çalışmalarda doğum korkusu ile doğumda ortaya çıkan komplikasyonlar arasında ilişki bulunmamıştır (Sluijs ve ark., 2012; Laursen ve ark., 2009; Sluijs ve ark., 2012). Araştırmamızda doğum korkusunu azaltmaya yönelik uygulanan eğitim programına katılan ve katılmayan gebelerin doğumlarında laserasyon ve fetal distress gelişimi yönünden istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 10). Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H14 ve H15 hipotezleri reddedilmiştir. Benzer olarak, Sjögren ve Thomassen’ın (1997) yaptığı çalışmada psikolojik ve obstetrik destek verilen gebelerin doğum eyleminde komplikasyon gelişimi kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. Sydsjö ve arkadaşları (2012) da gebelikte doğum korkusuna yönelik danışmanlık alan gebelerle, almayan gebelerin doğum komplikasyonlarını benzer bulmuştur. Araştırmamızda her iki grupta doğumda yaşanan komplikasyonlar ve girişimler arasında fark olmamasının nedeninin doğum sürecini etkileyen pek çok değişkenin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum eylemi ağrı, emosyonel stres, savunmasızlık ve hatta ölme riski ile özdeşleştirilen bir dizi önemli değişiklikler ile başlar (Nakano ve ark., 2012). Özellikle ilk defa doğum yapacak olanlar gebelikte doğuma hazırlanmadıysa ya da doğum hakkında bilgi sahibi değilse bu değişiklikler doğum korkusunun artmasına neden olur

(Coşar ve Demirci, 2012). Gebenin bedeni korkuya bazı duygusal, davranışsal ve fiziksel tepkilerle yanıt verir (Townsend, 2011; Videbeck, 2008). Bu araştırmada kontrol grubundaki gebelerde doğumun aktif fazında “korku ifadesi”, “yalnız kalmak istememe”, “gerginlik”, “ağlama” ve “yakınma” gibi duygusal tepkiler kontrol grubunda daha fazla görüldü ($p<0,001$, Tablo 11). Ayrıca “doğumdan kaçma/kaçınma”, “kontrol kaybı”, “iletişimden kaçınma”, “iletişimde sorun yaşama” ve “kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma” gibi davranışsal tepkiler ve “nefes alıp vermede değişim”, “dudak ısırma” gibi fiziksel tepkiler kontrol grubunda daha fazla görüldü ($p<0,001$; $p<0,05$, Tablo 12-13). Diğer tepkiler ise (“heyecanlı görünüm”, “çığlık atma”, “çevresindeki kişileri suçlama”, “mahremiyetin azalması”, “taşikardik nabız”, “yüksek kan basıncı”, “el ve bacaklarda titreme”, “avuçlarını sıkma” ve “herhangi bir şeyi sıkma”) ise her iki grupta benzer bulundu ($p>0,05$; Tablo 11-13). Coşar ve Demirci’nin (2012) Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, “heyecanlı görünüm”, “korku ifadesi”, “huzursuzluk”, “sessizce ağlama”, “yakınma”, “çığlık atma”, “mahremiyetin azalması”, “dudak ısırma” gibi tepkiler eğitim alanlarda daha az görülmüştür. “Yalnız kalmaktan kaçınma” ve “çevresindeki kişileri suçlama”, “iletişimden kaçınma”, “avuçlarını sıkma” tepkileri ise eğitime katılanlar ve katılmayanlarda benzer bulunmuştur (Coşar ve Demirci, 2012). Kızılırmak (2011) gebelere doğuma hazırlık eğitimi verdikten sonra gebelerin doğumun birinci evresinde hissettikleri duyguları değerlendirmiştir. Eğitim alan gruptaki gebelerin daha az korktuğu belirlenmiştir. Endişelenme, tedirgin olma, güvende olma ve yalnız hissetme eğitim alan ve almayan gebelerde benzer bulunmuştur. (Kızılırmak, 2011). Yıldırım (2001) doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin etkinliğini incelediği çalışmasında, aktif fazda “yüksek sesle ağlama”, “yüz ifadesinde değişiklik”, “yakınma”, “çığlık atma”, “korku ifadesi” ve “huzursuzluk” yönünde davranışların deney grubu gebelerde daha az görüldüğünü belirtmiştir. Gebelerin doğumda gösterdiği tepkilerin yapılan çalışmalarda benzer olduğu görülmektedir. Bu tepkilerdeki küçük farklılıklar her gebenin doğum ağrısına gösterdiği tepki ve ağrı ile başetme yönteminin farklı olmasından kaynaklanabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda gebelikte öğretilen doğum korkusu ve ağrı ile başetme yöntemlerinin gebelerin doğumun aktif fazında gösterdikleri olumsuz tepkilerde azalmaya neden olduğu ve bu olumsuz tepkilerle başa çıkmada başarılı oldukları söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya alınan deney grubunun eğitim programı öncesi (ilk değerlendirme) W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması $63,98 \pm 26,89$, kontrol grubunun puan ortalaması $58,44 \pm 23,50$ olup, gruplar arasında W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları yönünden önemli fark bulunmadı ($p>0,05$). Eğitim programı sonrası (üç hafta sonra) deney grubunun W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması $24,50 \pm 20,33$ puan azalarak $39,48 \pm 21,08$ olduğu, kontrol grubunun puan ortalaması ise $5,15 \pm 13,14$ puan artarak $63,59 \pm 25,57$ olduğu bulundu ($p<0,001$; Tablo 5).

Eğitim programından önce deney grubundaki gebelerin %25,0'i şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşarken, eğitim programından sonra şiddetli düzeyde korku yaşayanların oranı %11,5'e düşmüştür ($p<0,001$). Kontrol grubunda eğitim programından önce (ilk değerlendirme) gebelerin %18,6'sı şiddetli düzeyde korku yaşarken, eğitim programından sonra (3 hafta sonra) bu oran %23,7'ye yükselmiştir. Eğitim programından önce şiddetli düzeyde korku yaşama yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0,05$), eğitim programından sonra şiddetli düzeyde korku yaşama yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0,001$; Tablo 6).

Doğumun aktif evresinde DKÖ puan ortalamasının deney grubunda $38,32 \pm 3,68$, kontrol grubunda $38,83 \pm 4,78$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 7).

Deney grubundaki gebelerin doğumun aktif evresinde doğum ağrısına yönelik SDS puan ortalamasının $6,36 \pm 1,91$, kontrol grubundaki gebelerin puan ortalamasının $8,30 \pm 1,41$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0,001$; Tablo 7).

Doğum eyleminden memnuniyet puan ortalamasının deney grubunda $3,57 \pm 1,07$, kontrol grubunda $2,81 \pm 1,26$ olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 7).

Doğumun ikinci evresinin deney grubunda daha kısa sürdüğü ($p<0,05$), doğumun birinci ve üçüncü evre sürelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 8). Deney grubundaki gebelerin %30,8'ine, kontrol

grubundaki gebelerin %50,8'ine doğumda fundal baskı uygulandığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0,05$). Gebelerin doğum eyleminde uygulanan girişimlere ilişkin diğer değişkenler (amniyotomi uygulaması, indüksiyon uygulaması, acil sezaryen gereksinimi ve epizyotomi uygulama) yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 9). Her iki gruptaki gebelerin doğumlarında laserasyon gelişimi ve fetal distres gelişimi yönünden istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 10).

Kontrol grubundaki gebelerde doğumun aktif fazında “korku ifadesi”, “yalnız kalmak istememe”, “gerginlik”, “ağlama” ve “yakınma” gibi duygusal tepkiler, “doğumdan kaçma/kaçınma”, “kontrol kaybı”, “iletişimden kaçınma”, “iletişimde sorun yaşama” ve “kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma” gibi davranışsal tepkiler ve “normal solunumda değişim”, “dudak ısırma” gibi fiziksel tepkiler kontrol grubunda daha fazla görüldü ($p<0,001$; $p<0,05$). Diğer tepkiler ise (“heyecanlı görünüm”, “çığlık atma”, “çevresindeki kişileri suçlama”, “mahremiyetin azalması”, “taşikardik nabız”, “yüksek kan basıncı”, “el ve bacaklarda titreme”, “avuçlarını sıkma” ve “herhangi bir şeyi sıkma”) ise her iki grupta benzer bulundu ($p>0,05$; Tablo 11-13).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Gebelerde doğum öncesi eğitimlerde doğum korkusuna yönelik bilişsel davranışçı tekniklerin kullanıldığı programların yürütülmesi ve bu tip eğitim programlarının yaygınlaştırılarak ve gebelerin katılımının artırılması,
2. Hemşire ve ebelerin bilişsel davranışçı tekniklere dayalı eğitim programlarının planlanması ve yürütülmesinde aktif rol alması ve buna yönelik hemşire ve ebelere gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması,
3. Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı eğitim programlarında kullanılacak eğitim materyallerinin geliştirilmesi ve dağıtılması,
4. Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının daha geniş zamana yayılması ve daha büyük örneklem grubuyla randomize kontrollü çalışmalarla yürütülmesi,
5. Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının farklı örneklem gruplarıyla (multipar, 20-35. gebelik haftalarında, diplomalı okuryazar) kullanılması,

6. Araştırmada kullanılan Genel Sağlık Anketi-28'den elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,60 olarak belirlendi. Bu ölçek yerine gebeler için geliştirmiş bir anksiyete ölçeğinin kullanılması,
7. Gebelikte doğum korkusuna yönelik girişimlerin doğum sürecine etkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar yer almaktadır. Bu nedenle doğum korkusuna yönelik girişimlerin doğum sürecine etkisini belirleyecek farklı çalışmaların yapılması, önerilir.

KAYNAKLAR

- Adams, S., Eberhard-Gran, M. and Eskild, A. (2012) Fear of Childbirth and Duration of Labour: A Study of 2206 Women with Intended Vaginal Delivery, *BJOG*, 119, 1238-1246.
- Akkoyunlu, S. ve Türkçapar, M.H. (2012) Bir Teknik: Kanıt İnceleme, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 184-190.
- Akkoyunlu, S. ve Türkçapar, M.H. (2013a) Bir Teknik: Alternatif Düşünce Oluşturulması, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 53-59.
- Akkoyunlu, S. ve Türkçapar, M.H. (2013b) Bir Teknik: Yüzleştirme Tedavisi, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 121-128.
- Alessandra, S. and Roberta, L. (2013) Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails, *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-18.
- Alkın, T. ve Onur, E. (2007) Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Köroğlu, E. ve Güleç, C. (Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 296-303.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. and Åström, M. (2003) Point Prevalence of Psychiatric Disorders During the Second Trimester of Pregnancy: A Population-Based Study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 148-154.
- Atılgan, H., Saçkes, M., Yurdugül, H. ve Çırak, Y. (2007) Korku Yaşantıları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (28), 79-92.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2009) *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, HYB Yayıncılık, 4. Baskı.
- Bakshi, R., Mehta, A., Mehta, A. and Sharma, B. (2008) Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth, *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10(1), 9.
- Beebe, K.R., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V. and Humphreys, J. (2007) The Effects of Childbirth Self-Efficacy and Anxiety During Pregnancy on Prehospitalization Labor, *JOGNN*, 36, 410-418.
- Bergström, M., Kieler, H. and Waldenström, U. (2009) Effects of Natural Childbirth Preparation Versus Standard Antenatal Education on Epidural Rates, Experience of Childbirth and Parental Stress in Mothers and Fathers: a Randomised Controlled Multicentre Trial, *BJOG*, 116, 1167-1176.
- Boorman, R.J., Devilly, G.J., Gamble, J., Creedy, D.K. and Fenwick, J. (2013) Childbirth and Criteria for Traumatic Events. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2013.03.001.
- Chong, E.S. and Mongelli, M. (2003) Attitudes of Singapore Women Toward Cesarean and Vaginal Deliveries, *Int J Gynaecol Obstet*, 80, 189-194.
- Coşar, F. ve Demirci, N. (2012) Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi, *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 21-34.
- Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007) Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132-139.

- Di Renzo, G.C., Polito, P.M., Volpe, A., Anceschi, M.M. and Guidetti, R. (1984) A Multicentric Study on Fear of Childbirth in Pregnant Women at Term, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 3(3-4), 155-163.
- Dursun, P., Yanik, F.B., Zeyneloglu, H.B., Baser, E., Kuscu, E. and Ayhan, A. (2011) Why Women Request Cesarean Section Without Medical Indication? *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(9), 1133–1137.
- Eriksson, C., Jansson, L. and Hamberg, K. (2006) Women's Experiences of Intense Fear Related to Childbirth Investigated in a Swedish Qualitative Study, *Midwifery*, 22, 240–248.
- Etowa, J.B. (2012) Becoming a Mother: The Meaning of Childbirth for African Canadian Women, *Contemp. Nurse*, 41(1), 28-40.
- Fabian, H.M., Radestad, I.J. and Waldenström, U. (2005) Childbirth and Parenthood Education Classes in Sweden: Women's Opinion and Possible Outcomes, *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 84, 436-443.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S. and 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, 667-677.
- Ferguson, S., Davis, D. and Browne, J. (2013) Does Antenatal Education Affect Labour and Birth? A Structured Review of the Literature, *Women and Birth*, 26, e5–e8.
- Fisher, C., Hauck, Y. and Fenwick, J. (2006) How Social Context Impacts on Women's Fears of Childbirth: A Western Australian Example, *Social Science & Medicine*, 63, 64-75.
- Gagnon, A.J. and Sandall, J. (2007) Individual or Group Antenatal Education For Childbirth or Parenthood, or Both, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3), CD002869.
- Geissbuehler, V. and Eberhard, J. (2002) Fear of Childbirth During Pregnancy: A Study of more than 8000 Pregnant Women, *J Psychosom Obstet Gynecol*, 23, 229-235.
- Gökalp, P.G. (2000) Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Anksiyete Bozuklukları, Tükel, R. (Ed.), *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara, 137-156.
- Gökçakan, Z. ve Gökçakan, N. (2005) Depresyonda Bilişsel Terapi, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 91-101.
- Handelzalts, J.E., Fisher, S., Lurie, S., Shalev, A., Golan, A. and Sadan, O. (2012) Personality, Fear of Childbirth and Cesarean Delivery on Demand, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 16–21.
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E. and Schei, B. (2006) Fear of Childbirth and History of Abuse: Implications for Pregnancy and Delivery, *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 435-440.
- Heuvel van den, M.A. (2008) Pathological Fear of Childbirth, *Academic Dissertation.*, Department of Psychology and Health, Tilburg University.
- Hildingsson, I., Radestad, I., Rupertson, C. and Waldenström, U. (2002) Few Women Wish to be Delivered by Caesarean Section, *BJOG*, 109, 618-623.
- Hofberg, K. and Brockington, I.F. (2000) Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth. A Series of 26 Cases, *The British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Hofberg, K. and Ward, M. (2003) Fear of Pregnancy and Childbirth, *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505–510.
- Hofberg, K. and Ward, M. (2004) Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric–Psychiatric Interface, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 527–534.

- Ibrahim, F., Matinnia, N., Rahman, H.A. and Khodakarami, Z. (2013) Why do Primigravidae Request Caesarean Section in a Normal Pregnancy? A Qualitative Study in Iran, *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2013.08.011.
- Jacobi, P. (2006) *Korkuları Yenmek Paniği Atlamak*, Delta Yayınları (Çeviri: Cengiz, Y.), İstanbul.
- Johnson, R. and Slade, P. (2002) Does Fear of Childbirth During Pregnancy Predict Emergency Caesarean Section? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1213–1221.
- Kabakian-Khasholian, T. (2013) ‘My Pain was Stronger than my Happiness’: Experiences of Caesarean Births from Lebanon, *Midwifery*, 29(11), 1251-6.
- Kangas-Saarela, T. and Kangas-Kärki, K. (1994) Pain and Pain Relief in Labour: Parturients' Experiences, *Int J Obstet Anesth*, 3, 67-74.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (2004) *Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevleri* (Çeviri Ed.: Abay, E.), İstanbul, 189s.
- Kaplan, S., Bahar, A. ve Serbaş, G. (2007) Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113-121.
- Karaçam, Z. ve Akyüz, E.Ö. (2011) Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü, *İ.U.F.N. Hem. Derg.*, 19(1), 45-53.
- Kılıç, C. (1996) Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
- Kızılırmak, A. (2011) *Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.*
- Kitapçioğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü. ve Yüksel, D. (2008) Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1), 47 – 54.
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A-K. and Alehagen, S. (2008) Fear of Childbirth in Obstetrically Low-Risk Nulliparous Women in Sweden and Denmark, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 340-350.
- Korukcu, O., Kukulu, K. and Fırat, 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, 193–202.
- Köroğlu, E. (2006) *Kaygılarımız Korkularımız*, HYB Yayıncılık, Ankara.
- Kuo, S.C., Lin, K.C., Hsu, C.H., Yang, C.C., Chang, M.Y., Tsao, C.M. and Lin, L.C. (2010) Evaluation of the Effects of a Birth Plan on Taiwanese women's Childbirth Experiences, Control and Expectations Fulfilment: a Randomised Controlled Trial, *Int J Nurs Stud*, 47(7), 806-14.
- Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. and Thomson, R. (2008) More in Hope than Expectation: a Systematic Review of Women's Expectations and Experience of Pain Relief in Labour, *BMC Medicine*, 6:7. doi:10.1186/1741-7015-6-7.
- Laursen, M., Hedegaard, M. and Johansen, C. (2008) Fear of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women in the Danish. *National Birth Cohort*, *BJOG*, 115, 354–360.
- Laursen, M., Johansen, C. and Hedegaard, M. (2009) Fear of Childbirth and Risk for Birth Complications in Nulliparous Women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 116, 1350–1355.
- Leahy, R.L. (2007) *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları*, Litera Yayıncılık (Çeviri: Hacak, H., Mcit, M., Özpilacı, F.), 2. Basım, İstanbul, 23-40.

- Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S. and Hallak, M. (2009) Childhood Sexual Abuse as a Predictor of Birth-related Posttraumatic Stress and Postpartum Posttraumatic Stress, *Child Abuse & Neglect*, 33: 877–887.
- Lukasse, M. (2011) *Childhood Abuse – Pregnancy and Childbirth*, A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor, University of Tromsø, Faculty of Health Sciences Department Of Community Health.
- Lyberg, A. and Severinsson, E. (2010) Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth, *Journal of Nursing Management*, 18, 391–399.
- Matsuo, K., Shiki, Y., Yamasaki, M. and Shimoya, K. (2009) Use of Uterine Fundal Pressure Maneuver at Vaginal Delivery and Risk of Severe Perineal Laceration, *Arch Gynecol Obstet*, 280, 781–786.
- Melender, H.L. (2002) Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women, *Birth*, 29(2), 101- 11.
- Mete, S. (2008) Doğum Öncesi Eğitim. (Ed: Şirin A., Kavlak O.) *Kadın Sağlığı*. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., 501- 521.
- Meyer, S. (2013) Control in Childbirth: a Concept Analysis and Synthesis, *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 218-28.
- Mongan, M.F. (2012) *Hypnobirthing Mongan Yöntemi* (Çev. Ed.: Çoker H.) Gün Yayıncılık.
- Nakano, A.M.S., Ferreira, C.H.J., Almeida, A.M. and Gomes, F.A. (2012) Childbirth Experience According to a Group of Brazilian Primiparas, *Midwifery*, 28(6), 844-9.
- Nazari Jeyrani, M., Mohammadi Zeidi, B., Malekzadegan, A. and Hossaini, F. (2009) The Effect of Childbirth Preparation Classes on Fear of Childbirth and Severity of Labor Pain in Pregnant Women Reoffered to Akbarabady Hospital of Tehran, 2008, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107S2, S93–S396.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. and Øian, P. (2006) Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can it be Changed Through Crisis-Oriented Counseling? *Birth*, 33(3), 221-228.
- Nieminen, K., Stephansson, O. and Ryding, E.L. (2009) Women's Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Section - a Cross-Sectional Study at Various Stages of Pregnancy in Sweden, *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 807-813.
- Nilsson, C. and Lundgren, I. (2009) Women's Lived Experience of Fear of Childbirth, *Midwifery*, 25, e1–e9.
- Nilsson, C., Bondas, T. and Lundgren, I. (2010) Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth, *JOGNN*, 39, 298-309.
- Noble, B., Clark, D., Meldrum, M., Have, H., Seymour, J., Winslow, M. And Paz, S. (2005) The Measurement of Pain, 1945–2000, *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 14-21.
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S. and Eberhard-Gran, M. (2012) Fear of Childbirth, Mental Health, and Medication Use During Pregnancy, *Arch Womens Ment Health*, 15, 203–209.
- Olsson, A., Nearing, K.I., and Phelps, E.A. (2007) Learning Fears by Observing Others: The Neural Systems of Social Fear Transmission, *Soc Cogn Affect Neurosci*, 2 (1), 1-9.
- Onat Bayram, G. ve Hotun Şahin, N. (2010) Doğuma Hazırlık Eğitim Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar, *J Edu Res Nursing*, 7(3), 36-42.

- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Yenilenmiş 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 67-72.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R.-L., Repokari, L., Vilska, S., Tiitinen, A. and Tulppala, M. (2006) Fear of Childbirth and Pregnancy-Related Anxiety in Women Conceiving with Assisted Reproduction, *Obstet Gynecol*, 108 (1), 70-76.
- Rathfisch, G. (2012) Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B. and Gawlik, S. (2013) The Influence of General Anxiety and Childbirth-Specific Anxiety on Birth Outcome, *Arch Womens Ment Health*, 16(5), 363-369.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. and Saisto, T. (2009) Fear of Childbirth According to Parity, Gestational Age, and Obstetric History, *BJOG*, 116, 67-73.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E. and Saisto, T. (2013) Obstetric Outcome After Intervention for Severe Fear of Childbirth in Nulliparous Women – Randomised Trial, *BJOG*, 120, 75-84.
- Ryding, E.L. (1993) Investigation of 33 Women who Demanded a Cesarean Section for Personal Reasons, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 72, 280-5.
- Ryding, E.L., Persson, A., Onell, C. And Kvist, L. (2003) An Evaluation of Midwives' Counseling of Pregnant Women in Fear of Childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinav*, 82, 10-17.
- Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K. and Rydhstro, H. (1998) Fear of Childbirth During Pregnancy may Increase the Risk of Emergency Cesarean Section, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 77, 542-547.
- Ryding, E.L., Wirfelt, E., Wangborg, I., Sjögren, B., Edman, G. (2007) Personality and Fear of Childbirth, *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86, 814-820.
- Saisto, T. and Halmesmaki, E. (2003) Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82, 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. and Halmesma, E. (2001b) Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 492-498.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Könönen, T. and Halmesmäki, E. (2001a) A Randomized Controlled Trial of Intervention in Fear of Childbirth, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 98(5), 820-826.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K. and Halmesmäki, E. (2006) Therapeutic Group Psychoeducation and Relaxation in Treating Fear of Childbirth, *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 1315-1319.
- Saisto, T., Ylikorkala, O. and Halmesmaki, E. (1999) Factors Associated with Fear of Delivery in Second Pregnancies, *Obstet Gynecol*, 94, 679-82.
- Salomonsson, B., Berterö, C. and Alehagen, S. (2013) Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth, *JOGNN*, 42, 191-202.
- Sayiner, F.D. ve Demirci, N. (2007) Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 15 (60), 146-154.
- Sayiner, F.D. ve Özerdoğan, N. (2009) Doğal Doğum, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148.
- Sercekuş, P. and Okumuş, H. (2009) Fears Associated with Childbirth Among Nulliparous Women in Turkey, *Midwifery*, 25, 155-162.
- Serçekuş, P. (2011) Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing, *TAF Prev Med Bull*, 10(2), 239-242.

- Serçekuş, P. and Mete, S. (2010) Turkish Women's Perceptions of Antenatal Education, *International Nursing Review*, 57(3), 395-401.
- Sjögren, B. (1997) Reasons for Anxiety about Childbirth in 100 Pregnant Women, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 18, 266-72.
- Sjögren, B. (1998) Fear of Childbirth and Psychosomatic Support – A Follow up of 72 Women, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 77, 819-825.
- Sjögren, B. and Thomassen, P. (1997) Obstetric Outcome in 100 Women with Severe Anxiety Over Childbirth, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76, 948-952.
- Sluijs, A., Cleiren, M.P.H.D., Scherjon, S.A. and Wijma, K. (2012) No Relationship Between Fear of Childbirth and Pregnancy-/Delivery-Outcome in a Low-Risk Dutch Pregnancy Cohort Delivering at Home or in Hospital, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 99-105.
- Spice, K., Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D., Kowalyk, K. and Stewart, S.H. (2009) Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 168-174.
- Stoll, K.H. and Hall, W. (2012) Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 229-237.
- Storksen, H.T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. and Eskild, A. (2012) Fear of Childbirth; the Relation to Anxiety and Depression, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 237-242.
- Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. and Eberhard-Gran, M. (2013) The Impact of Previous Birth Experiences on Maternal Fear of Childbirth, *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 92, 318-324.
- Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A. and Josefsson, A. (2013) Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92, 210-214.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M. and Josefsson, A. (2012) Obstetric Outcome for Women who Received Individualized Treatment for Fear of Childbirth During Pregnancy, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91, 44-49.
- Szeverényi, P., Póka, R., Hetey, M. and Torok, Z. (1998) Contents of Childbirth-Related Fear Among Couples Wishing the Partner's Presence at Delivery, *Psychosom Obstet Gynecol*, 19, 38-43.
- Şahin, D. (2000) Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Anksiyete Bozuklukları, Tükel, R. (Ed.), *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara, 105-136.
- Şahin, N., Dinç, H. ve Dişsiz, M. (2009) Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler, *Zeynep Kamil Bülteni*, 40(2), 57-62.
- Şahin, N.H., Yıldırım, G. ve Aslan, E. (2007) Evaluating the Second Stages of Deliveries Maternity Hospital, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 17(1), 37-43.
- Townsend, M.C. (2011) *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, F.A. Davis Company, Philadelphia, 6-437.
- Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K.A., Zanetti, R., Hösl, I., Holzgreve, W. and Geissbühler, V. (2009) Previous Birth Experience and Birth Anxiety: Predictors of Caesarean Section on Demand? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 175-180.
- Türkçapar, H. (2007) *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık. Ankara: 1-291.

- Türkçapar, M.H. ve Sargın, A.E. (2012a) Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar*, 1(1), 7-14.
- Türkçapar, M.H. ve Sargın, A.E. (2012b) Bir Teknik: Sokratik Sorgulama-Yönlendirilmiş Keşif, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar*, 1 (1), 15-20.
- Uzbyay, T. (2004) Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 3-11.
- Üst, Z.D., Pasinlioğlu, T. ve Özkan, H. (2013) Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 110-115.
- Videbeck, S.L. (2008) *Psychiatric-Mental Health Nursing*, 5. Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 21-226.
- Waldenström, U., Hildingsson, U. and Ryding, E. (2006) Antenatal Fear of Childbirth and its Association with Subsequent Caesarean Section and Experience of Childbirth, *BJOG*, 113, 638–646.
- Waldenström, U., Vergman, V. and Vasell, G. (1996) The Complexity of Labor Pain: Experiences of 278 Women, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 17, 215-228.
- Walker, D.S, Visger, J.M. and Rossie, D. (2009) Contemporary Childbirth Education Models, *J Midwifery Womens Health*, 54, 469–476.
- Wijma, K., Wijma, B. and Zar, M. (1998) Psychosomatic Aspects of W-DEQ: A New Questionnaire for Measurement of Fear of Childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 19(4), 84-97.
- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H. and Hildingsson, I. (2012) Indications for Cesarean Section on Maternal Request – Guidelines for Counseling and Treatment, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 99–106.
- Yıldırım, G. (2001) Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yüksel, N. (2006) Anksiyete Bozuklukları. *Ruhsal Hastalıklar*, Yüksel, N. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 143-181.
- Zar, M., Wijma, K. and Wijma, B. (2001) Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women, *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.
- Zar, M., Wijma, K. and Wijma, B. (2002) Relations Between Anxiety Disorders and Fear of Childbirth During Late Pregnancy, *Clin. Psychol. Psychother.*, 9, 122-130.

EKLER

EK 1: ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Bu araştırma, gebelerde bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başetme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve tüm maddelere cevap vermeye özen gösteriniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz:
 İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
 Lise mezunu Üniversite/yüksekokul mezunu
3. Şimdiye kadar kaç kez gebe kaldınız?.....
4. Şu anda kaç haftalık gebesiniz?.....hafta
5. Şu anki gebeliğiniz tekil mi? Hayır Evet.....tane
6. Normal doğum yapmanızda herhangi bir engel var mı?
 Hayır
 Evet, açıklayınız.....
7. Şimdiki gebeliğinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri var mı?
 Hayır
 preeklampsi
 diabet
 kalp hastalığı
 plasenta previa
 oligohidroamnios
 polihidroamnios
 Diğer (açıklayınız).....
8. Şimdiki gebeliğiniz tedavi sonucu mu oluştu? Hayır Evet
9. Malatya da mı ikamet ediyorsunuz? Hayır Evet

EK 2: GENEL SAĞLIK ANKETİ - 28

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını ve genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu düşünerek aşağıda verilen soruları cevaplayınız. Geçmişte değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi düşününüz.

Son zamanlarda...

1-	Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	Çok sık	Her zamankinden sık	Her zamanki kadar	Hiç olmuyor
2-	Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
3-	Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
4-	Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
5-	Başınızda ağrı oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
6-	Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
7-	Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
8-	Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
9-	Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
10-	Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
11-	Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
12-	Ortada bir neden yokken korkuya yada paniğe kapıldığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
13-	Her şey üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

14-	Kendinizi sürekli sinirli ve tedirgin hissediyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
15-	Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	Çok sık	Her zamankinden sık	Her zamanki kadar	Hiç olmuyor
16-	İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
17-	Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	Çok sık	Her zamankinden sık	Her zamanki kadar	Hiç olmuyor
18-	Görevlerinizi yerine getirişinizden memnun musunuz?	Çok sık	Her zamankinden sık	Her zamanki kadar	Hiç olmuyor
19-	İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Çok sık	Her zamankinden sık	Her zamanki kadar	Hiç olmuyor
20-	Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
21-	Günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?	Çok sık	Her zamankinden sık	Her zamanki kadar	Hiç olmuyor
22-	Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
23-	Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
24-	Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
25-	Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
26-	Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
27-	Kendi kendinize “ölsem de kurtulsam” dediğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
28-	Kendinizi öldürme düşünceniz sürekli aklınıza geliyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

EK 3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İsim soyisim:

Tel:

Adres:

Sosyodemografik Özellikler

1. Çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır ⇒ 3. Soruya geçiniz.

2. Mesleğiniz nedir?

() Memur

() İşçi

() Serbest meslek

() Çiftçi

() Diğer, açıklayınız.....

3. Sağlık güvenceniz:

() Var () Yok

4. Aile tipiniz:

() Çekirdek aile () Geleneksel aile () Parçalanmış aile

5. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

() Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

Obstetrik Veriler

1. Şimdiki gebeliğiniz istenen bir gebelik mi? () Evet () Hayır

2. Şimdiki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? () Evet () Hayır

3. Doğum konusunda sizce yeterli bilginiz var mı?

() Evet () Hayır () Kısmen

4. **Cevabınız evet ise**, Bu bilgiyi kimlerden / nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Sağlık çalışanından

() Gebe eğitim kitaplarından

() Gebe eğitim kursundan

() Kitle iletişim araçlarından (İnternet, televizyon)

() Yakınlarımdan (Anne, komşu, arkadaş)

() Diğer, açıklayınız

EK 4: WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VERSİYONU

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 (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli değil.*

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hisedeceğinizi düşünüyorsunuz?

	0	1	2	3	4	5
3	Son derece yalnız					Hiç yalnız değil
	0	1	2	3	4	5
4	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
	0	1	2	3	4	5
5	Son derece kendinden emin				Hiç kendinden emin değil	
	0	1	2	3	4	5
6	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış

	0	1	2	3	4	5
7	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış
	0	1	2	3	4	5
8	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
	0	1	2	3	4	5
9	Son derece güvende					Hiç güvende değil
	0	1	2	3	4	5
10	Son derece bağımsız					Bağımlı
	0	1	2	3	4	5
11	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
	0	1	2	3	4	5
12	Son derece gergin					Gerginlik yok
	0	1	2	3	4	5
13	Son derece memnun					Hiç memnun değil
	0	1	2	3	4	5
14	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
	0	1	2	3	4	5
15	Son derece terk edilmiş					Hiç terk edilmemiş
	0	1	2	3	4	5
16	Tamamen kendine hakim					Hiç kendine hakim değil

	0	1	2	3	4	5
17	Son derece rahat					Hiç rahat değil
	0	1	2	3	4	5
18	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil
III Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?						
	0	1	2	3	4	5
19	Aşırı panik					Hiç panik değil
	0	1	2	3	4	5
20	Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok
	0	1	2	3	4	5
21	Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
	0	1	2	3	4	5
22	Aşırı öz güvenli					Öz güveni yok
	0	1	2	3	4	5
23	Son derece güvenli					Kendine güvensiz
	0	1	2	3	4	5
24	Aşırı ağrılı					Hiç ağrı yok
IV Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?						
	0	1	2	3	4	5
25	Son derece kötü bir şekilde davranacağım					Kötü bir 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		
V	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		
VI	Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?					
doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?					
32	0	1	2	3	4	5
	Hiç			Çok sık		
doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?					
33	0	1	2	3	4	5
	Hiç			Çok sık		

EK 5: DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (DKÖ)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Verilen her ifadeyi okuyun ve **şu anda nasıl hissettiğinizi** gösteren ifadeyi üzerinde fazla zaman harcamadan işaretleyin.



		Hiç	Biraz	Çok	Tama miyle
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 6 - SAYISAL DEĞERLENDİRME SKALASI (SDS)

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç ağrı olmaması					En dayanılmaz ağrı				

EK 7: DOĞUM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

1	Doğumun 1. evresinin süresidakika
2	Doğumun 2. evresinin süresidakika
3	Doğumun 3. evresinin süresidakika
4	Doğum eyleminde uygulanan müdahaleler () Müdahale edilmedi	() Amniotomi () İndüksiyon () Epidural anestezi () Vakum () Forseps () Acil sezaryen gereksinimi () Kristaller manevrası () Epizyotomi () Diğer.....
5	Komplikasyon gelişme durumu () Komplikasyon gelişmedi	() Laserasyon () Fetal distres () Mekonyumlu amniotik mayi () Uterus rüptürü () Hipotonik uterus disfonksiyonu () Hipertonik uterus disfonksiyonu () Diğer.....
6	Doğum deneyimine ilişkin düşünceniz nedir?	 1-----2-----3-----4-----5 

EK 8: DOĞUM EYLEMİNE VERİLEN TEPKİLER FORMU

Doğumun aktif fazına gebenin verdiği tepkiler;

Duygusal Tepkiler

	Tepkiler	Gösterdi	Göstermedi
1	Heyecanlı hissetme		
2	Korku ifadesi		
3	Yalnız kalmak istememe		
4	Gerginlik		
5	Ağlama		
6	Yakınma		
7	Çığlık atma		
8	Çevresindeki kişileri suçlama		
	Diğer.....		

Davranışsal Tepkiler

	Tepkiler	Gösterdi	Göstermedi
1	Doğumdan kaçma, kaçınma		
2	Kontrol kaybı		
3	İletişimden kaçınma		
4	İletişimde sorun yaşama		
5	Mahremiyetin azalması		
6	Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma		
	Diğer.....		

Fiziksel Tepkiler

	Tepkiler	Gösterdi	Göstermedi
1	Taşikardik nabız		
2	Kan basıncında artış		
3	Normal solunumun değişimi		
4	El ve bacaklarda titreme		
5	Avuçlarını sıkma		
6	Herhangi bir şeyi sıkma		
7	Dudak ısırma		
	Diğer.....		

EK 9: Doğum Süreci Değerlendirme Formu ve Doğum Eylemine Verilen Tepkiler Formu için uzman görüşü alınan öğretim üyeleri:

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

Doç. Dr. Kamile KUKULU

Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER

Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programı Eğitici Rehberi için uzman görüşü alınan öğretim üyeleri:

Prof. Dr. Hakan TÜRKCAPAR

Doç. Dr. Meral KELLECI

Doç. Dr. Fahriye OFLAZ

Doç. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. Gülay RATHFISCH

Yrd. Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ

Uzman Psikolog Neşe KARABEKİR

**EK 10: GEBELER İÇİN BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TEKNİKLERE DAYALI
DOĞUM KORKUSUYLA BAŞETME EĞİTİM PROGRAMI KİTAPÇIĞI**



KORKUSUZ DOĞUMLAR, MUTLU ANNELER...

**GEBELER İÇİN
BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TEKNİKLERE DAYALI
DOĞUM KORKUSUYLA BAŞETME
EĞİTİM PROGRAMI KİTAPÇIĞI**

**HAZIRLAYANLAR
ÖĞR. GRV. TUBA UÇAR
DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI**

2013

ÖNSÖZ



Doğum eylemi pek çok gebe için tamamen kontrol edilemeyen, bilinmeyenlerin olduğu ve sonucu önceden tahmin edilemeyen bir olaydır. Bu nedenle gebelikte doğuma ilişkin korku ve endişe yaşanabilmektedir.

Gebelere verilen doğum eylemine ilişkin bilgi ve destek, gebelerin doğuma ilişkin endişelerini azaltarak, olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlayabilir.

Siz gebeler için hazırlanan eğitim programı doğuma ilişkin korkularınızı azaltma ve olumsuz düşüncelerinizi değiştirmeye yönelik teknikler içermektedir. Bu program sizlerin doğum korkusuyla baş ederek, doğum korkusunun neden olduğu olumsuz etkileri azaltmak amacıyla oluşturulmuştur.

Eğitim programı, 6 oturumdan oluşmaktadır. Oturumlar en fazla 10-12 kişilik gruplar halinde, gebelerin uygun oldukları saatler göz önünde bulundurularak yapılır. Üç hafta süren programın oturumları haftada bir gün, aynı gün içinde iki oturum ve oturumlar arasında 15 dakika ara verilerek sürdürülür.



İÇİNDEKİLER

	sayfa
1. OTURUM	4
Doğum algısını tanılama ve değerlendirme	4
2. OTURUM	6
Doğum korkusunu tanılama	6
3. OTURUM	9
Doğum eylemine ilişkin bilgilendirme ve yanlış bilgileri düzeltme	9
4. OTURUM	17
Doğum kasılmaları ile başetme	17
5. OTURUM	22
Doğum korkusu ile başetme ve daha olumlu bir doğum algısı oluşturma	22
6. OTURUM	23
Değerlendirme	23
KAYNAKLAR	24



1. OTURUM

(DOĞUM ALGISINI TANILAMA VE DEĞERLENDİRME)

Bu oturumda doğum eylemine ilişkin düşüncelerinizin yer aldığı aşağıdaki formu doldurup, form üzerinde konuşulacaktır.

DOĞUM EYLEMİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELER FORMU																					
Aşağıdaki soruları okuyarak, verilen seçeneklerden size uygun gelen birini işaretleyiniz.																					
1. Doğum deneyimi sizin için ne anlam ifade ediyor?																					
<input type="checkbox"/>	Doğum deneyimi anne ve bebekte yaşam boyu etkileri olan, tüm aile bireylerini etkileyen önemli bir olaydır. Bu nedenle doğumun olumlu bir deneyim ile sonuçlanması için her şey yapılmalıdır.																				
<input type="checkbox"/>	Eğer her şey planladığımız gibi giderse, doğum tüm aile için özel bir deneyim olabilir.																				
<input type="checkbox"/>	Doğum deneyimi sadece bir sonudur ve yaşamda sadece bir gündür. Bebek doğduğu günü hatırlamaz, anneler için ise sadece ebeveynliğe geçiştir.																				
<input type="checkbox"/>	Diğer;																				
2. Doğum eyleminin ne kadar ağırlı olduğunu düşünüyorsunuz? Lütfen işaretleyiniz.																					
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>Hiç ağırlı yoktur</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Dayanılmaz ağırlı vardır</td></tr></table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hiç ağırlı yoktur									Dayanılmaz ağırlı vardır
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
Hiç ağırlı yoktur									Dayanılmaz ağırlı vardır												
3. Doğum yapabilme yeteneğiniz hakkındaki düşünceniz nedir?																					
<input type="checkbox"/>	Doğum ağırlarıyla ve doğumla başa çıkabilir miyim bilmiyorum. Doğum yapmaktan korkuyorum.																				
<input type="checkbox"/>	Biraz gerginim, çünkü doğumumun nasıl sonuçlanacağını bilmiyorum. Umarım doğumda her şey yolunda gider.																				
<input type="checkbox"/>	Doğum sırasında ne yapacağım konusunda kendimi bilgili hissediyorum ve normal doğum yapabileceğim konusunda kendime güveniyorum.																				
<input type="checkbox"/>	Diğer;																				





DOĞUM EYLEMİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELER FORMU

4. Doğum ağrısını gidermek için uyuşturucu ilaç kullanılmasını ister misiniz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne olursa olsun doğum ağrısını gidermek için herhangi bir ilaç yapılmasını istemem					Doğumum başlar başlamaz doğum ağrısını gidermek için ilaç yapılmasını isterim				

5. Doğum eylemi sırasında doğumhanede bulunan sağlık personelinin beklentileriniz nelerdir?

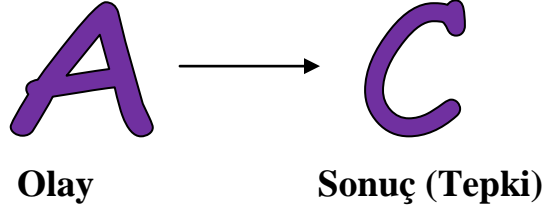
- Herhangi bir şey için benim fikrimi sormaları gerekmez. Sadece yapmam gereken ne ise bana sözlensinler, ben istenenleri yaparım.
- Tüm doğum süreci hakkında beni bilgilendirmelerini ve karar verme aşamasında bana zaman vermelerini isterim.
- Doğum süreci ile ilgili tüm kontrol bende olsun isterim. Gereksiz tüm işlemleri reddederim.
- Diğer;

2. OTURUM

(DOĞUM KORKUSUNU TANILAMA)

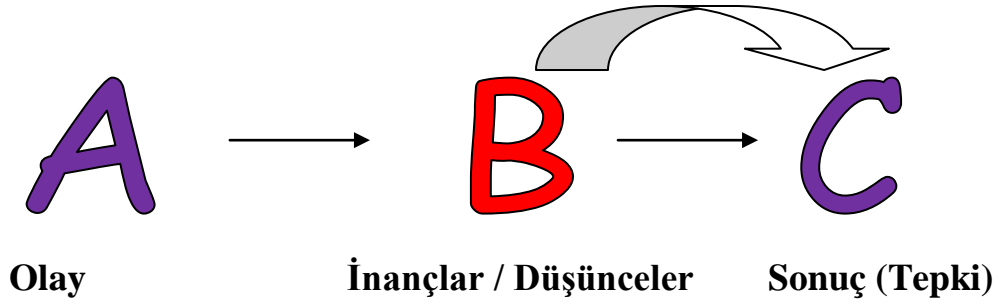
A-B-C MODELİ NEDİR?

Herhangi bir olayla karşılaştığımızda duygusal ve davranışsal tepkiler geliştiririz.



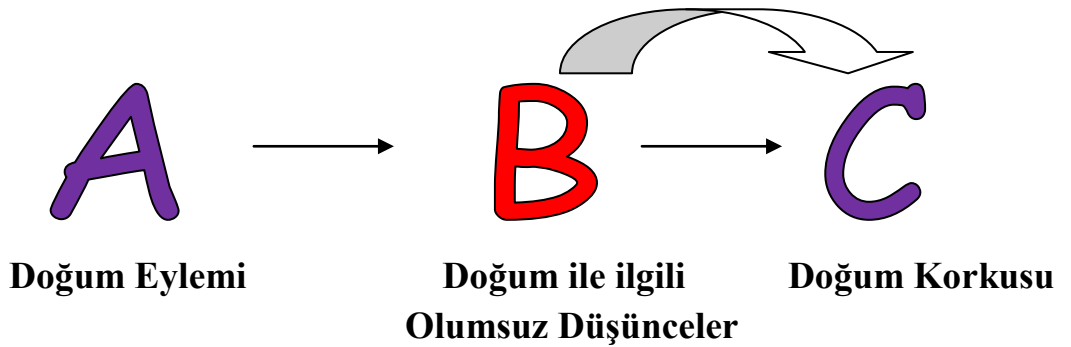
Bu tepkilerimizin gelişmesine neden olan olayın kendisi değil, bizim olayı algılayış biçimimiz, olayla ilgili değerlendirmemizdir.

Olay değişmez aynı kalır ancak farklı kişilerin aynı olayla ilgili değerlendirmeleri değişebilir.



DOĞUM KORKUSUNUN A-B-C MODELİ

Doğum korkusunun asıl nedeni doğum eylemi değildir. Doğum korkusunun asıl nedeni bizim doğum eylemi hakkında ne düşündüğümüzdür.



DOĞUM KASILMALARININ ŞİDDET GÜNLÜĞÜ EV ÖDEVİ

Lütfen, aşağıda verilen günlüğü tabloda verilen açıklamalar doğrultusunda doldurunuz.

<u>Ne zaman</u> (Tarih)	<u>Kasılma Puanı</u> (Doğum eylemindeki kasılmaların ne kadar şiddetli olduğunu düşünüyorsunuz?) 1: Şiddetli değil 5: Çok şiddetli	<u>Alternatif Düşünce</u> (Doğum eyleminde kasılmalar ile başetmek için yapabilecekleriniz)	<u>Yeni Kasılma Puanı</u> (Kasılmalar ile başetme yöntemlerini kullandıktan sonraki doğum kasılmaları ile ilgili düşünceniz) 1: Şiddetli değil 5: Çok şiddetli
	1---2---3---4---5		1---2---3---4---5
	1---2---3---4---5		1---2---3---4---5
	1---2---3---4---5		1---2---3---4---5
	1---2---3---4---5		1---2---3---4---5
	1---2---3---4---5		1---2---3---4---5



KORKU GÜNLÜĞÜ EV ÖDEVİ

Lütfen, aşağıda verilen günlüğü tabloda verilen açıklamalar doğrultusunda doldurunuz.

<u>Ne zaman</u> (Tarih)	<u>Korku</u> (Doğum eylemine ilişkin en çok <i>ne</i> <i>olmasından</i> korkuyorsunuz?)	<u>Puan</u> (Ne kadar korkuyorsunuz?) 1: Hiç 5: Çok fazla	<u>Düşünceler</u> (Korktuğunuz bu şey başınıza gelirse <i>en kötü ne olabilir?</i> Bununla ilgili sizi gerçekte ne üzer?)	<u>Alternatif /Gerçekçi Düşünce</u> (Bu durumdan kurtulma için ya da başetmek için ne yapabilirsiniz? <i>Size ne yardımcı olur?</i>)	<u>Yeni Puan</u> (Ne kadar korkuyorsunuz? <i>Yeniden</i> puanlayınız) 1: Hiç 5: Çok fazla
		1---2---3---4---5			1---2---3---4---5
		1---2---3---4---5			1---2---3---4---5
		1---2---3---4---5			1---2---3---4---5

3. OTURUM

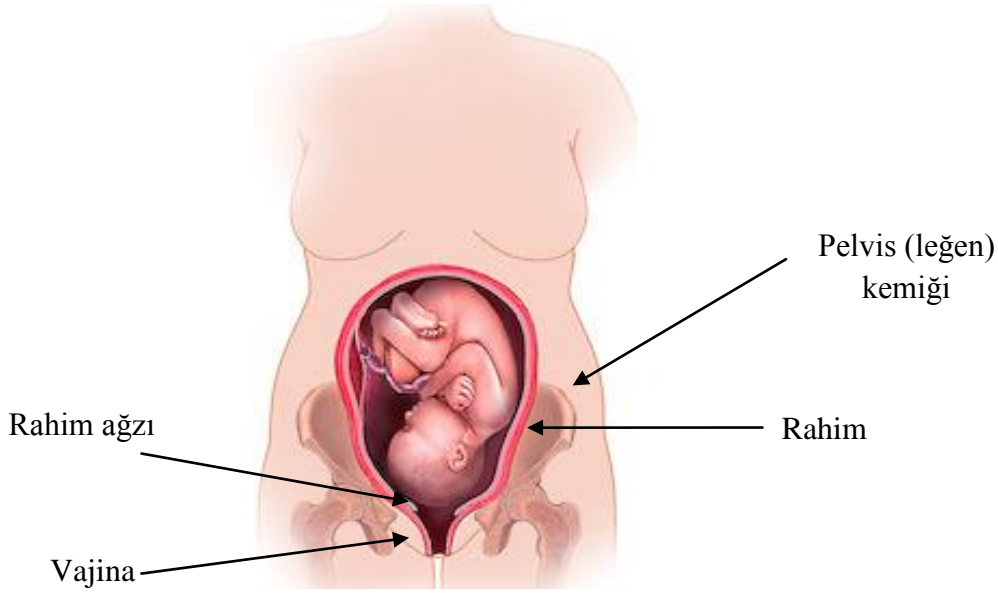
(DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME VE YANLIŞ BİLGİLERİ DÜZELTME)

DOĞUM EYLEMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doğum Kanalı / Yolu

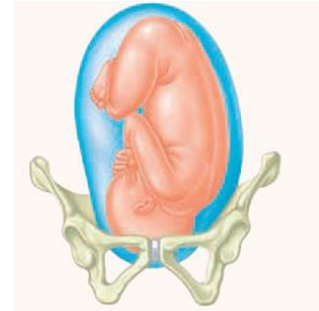
Bebeğin içinden geçerek yaşama merhaba dediği yola doğum kanalı ya da doğum yolu denir.

Doğum eyleminde bebek, en dışta pelvis (leğen) kemiğinin oluşturduğu daha sert yapıda bir tünelden, içerde ise rahim ağzı, vajina ve perine kaslarının oluşturduğu daha yumuşak bir tünelden geçer.



Doğum sırasında bebeğin normal yoldan doğabilmesi için pelvis ölçülerinin normal büyüklükte olması gerekir.

Doğum sırasında pelvis kemiğini oluşturan eklemler gevşer ve açılır. Böylece bebeğin geçeceği alanın ölçüleri artar.



Doğum Objesi (bebek)



Doğum objesi yani bebek anne karnında sırtı kavisli, baş göğse doğru eğik, kollar ve bacaklar vücudun ön kısmına katlanmış, dizler bükülü durumda bulunur.

Genellikle doğum kanalına yerleşen kısım bebeğin başıdır.

Rahimdeki Kasılmalar

Doğum eyleminin başında kasılmalar genellikle orta şiddette, 30 saniye sürer, her 5-30 dakikada bir görülür.

Doğum eylemi ilerledikçe kasılmaların süreleri, sıklığı ve şiddeti artar.

Bu kasılmalar sayesinde rahim ağzı yavaş yavaş açılır.

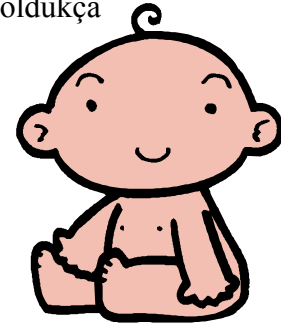


Annenin Psikolojik Durumu

Sevgi hormonu olan **oksitosin**, doğumda rahim kaslarının düzenli ve ritmik kasılmasını sağlamaktadır.

Doğumda kadın stresli ise oksitosinin salgılanması oldukça güçleşmektedir.

Korku ve endişe gibi stresli durumlarda vücutta salgılanan **adrenalin**, doğumda oksitosin ile zıt çalışmaktadır.



Anne korku ve endişe yaşıyorsa oksitosin baskılanmakta ve doğum engellenmektedir.

DOĞUMUN BAŞLAMA BELİRTİLERİ VE EYLEMİN AŞAMALARI

Doğumun Yaklaştığını Gösteren Belirtiler

Rahatlama / Hafifleme: Doğum eyleminin başlamasından birkaç hafta önce bebeğin başı doğum kanalına yerleştiği için anne daha rahat nefes alıp verir.

Sık idrara çıkma: Bebek başının doğum kanalına yerleşmesi sonucu idrar torbasına baskı artar ve sık idrar çıkma görülebilir.

Yalancı doğum kasılmaları: Gebeliğin 28. haftasından (7. ay) itibaren zaman zaman karında sertleşmeler (kasılmalar) olur. Son haftalarda sıklaşan bu kasımlara “yalancı doğum kasılmaları” denir.



Yalancı doğum kasılmaları ile gerçek doğum kasılmaları arasında farklar vardır.

Gerçek doğum kasılmaları	Yalancı doğum kasılmaları
Düzenli aralıklarla gelir	Düzensizdir
Sıklığı, süresi ve şiddeti giderek artar	Sıklığı, süresi ve şiddeti aynıdır, artmaz
Yürürken artar	Dinlenmeyle hafifler
Kasılma belden başlar, kasıklara yayılır	Kasılma alt karın ve kasıklarda olur

Doğumun Başladığını Gösteren Belirtiler

Nişane



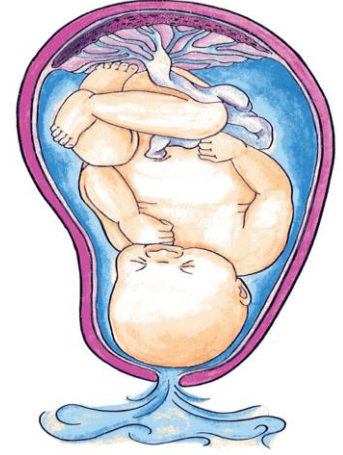
Nişane gelmesi: Gebelik süresince rahim ağzı burada biriken salgılarla tıkanır. Rahim ağzında biriken salgılar rahim ağzının doğum için açılmaya başlaması ile beraber hafif pembemsi, içinde hafif kan bulunan bir akıntı şeklinde atılır. Bu akıntının adı nişanedir.

Suların gelmesi: Anne karnında bebeği saran ve koruyan su kesesinin yırtılarak suyun rahimden dışarı akmasıdır.

Bazen kıyafetleri ıslatacak kadar bol miktarda, bazen sızıntı şeklinde gelebilir.

Doğum eylemi suyun gelmesinden sonra yaklaşık 12-24 saat içinde başlar.

Suyun gelmesini durumunda rengine dikkat edilmelidir. Normal rengi şeffaftır. Ancak yeşilimsi / siyah bir renk ise hiç vakit kaybetmeden hastaneye gidilmesi gerekir.



Gerçek doğum kasılmaları: Başlangıçta hafif, giderek şiddeti artan düzenli kasılmalardır.

İlk doğumunu yapacak annelerde bu kasılmalar 8-12 saat devam eder.


Doğum kasılmaları 5-10 dakikada bir geliyorsa gecikmeden hastaneye gidilmelidir.

Hastaneye Giderken Götürülmesi Gerekenler



Doğumun yaklaştığını gösteren belirtiler görüldüğünde 1-2 hafta içinde doğum olabilir.

Bu nedenle hastaneye giderken götürülmesi gerekenler hazırlanmalıdır.

Anne için	Bebek için
2-3 adet rahat gecelik veya pijama (yakası açılabilir, kolları rahat sıvanabilir, emzirmenin rahatça yapılabileceği pamuklu veya penye özellikte) Sabahlık Kısa pamuklu çorap, kaymayan terlik 3-4 adet penye, pamuklu alt iç çamaşırı, fanila Emzirmeye uygun, rahat sütyen Hijyenik ped Sıvı sabun, diş fırçası, tuvalet kağıdı, kağıt havlu Plastik bardak, tabak, çatal Deodorant, saç tokası tarak Fotoğraf makinesi	2-3 adet pamuklu iç zıbın veya fanila 2-3 adet patikli veya patiksiz alt pijama 2-3 adet pamuklu başlık 2-3 adet eldiven Hazır bez (yenidoğanlar için) Pamuklu veya penye örtü, battaniye 



DOĞUM EYLEMİNİN AŞAMALARI

Doğum eylemi 3 aşamada gerçekleşir:

I. Evre: Bu evre rahim ağzının açıldığı dönemdir. I. evre kendi içinde üç fazdan oluşur: erken faz, aktif faz ve geçiş fazı.

Erken faz: Rahim ağzının 0-3 cm olduğu dönem erken fazdır.

- ◆ Kasılmalar 5-30 dakika ara ile gelip 10-30 saniye sürer.
- ◆ Bazı kadınlar bu fazda hiçbir şey hissetmeyebilir.
- ◆ Bu fazın büyük bir kısmı evde geçer.



Aktif faz: Rahim ağzının açıklığı 4-7 cm'dir.

- ◆ Kasılmalar 3-5 dakika ara ile gelip, 40-60 saniye sürer ve orta şiddettedir. Bu kasılmalar artık anneyi rahatsız etmeye başlar.
- ◆ Bu fazda anne hastaneye başvurmalıdır.



Geçiş fazı: Bu fazda rahim ağzı 8-10 cm'dir.

- ◆ En kısa fazdır. Kasılmalar 2-3 dakikada bir gelip, 60-90 saniye sürer ve şiddetlidir.
- ◆ Kasılmalar arasında anne dinlenmelidir.



II. Evre: Rahim ağzının tam açılmasından (10 cm) bebeğin doğumuna kadar geçen süredir.

Bu süre 10-30 dakika sürebilir. Bu evrenin süresi annenin ıkınması ile doğrudan ilişkilidir. Her kasılda anne ne kadar etkili ıkınırsa doğum o kadar çabuk bitecektir. İki kasılma arasında gevşeyip dinlenmek, diğer kasılma sırasında daha etkin ıkınmayı sağlayabilir.

III. Evre: Bebek doğduktan sonra plasentanın (bebeğin eşi) çıkmasına kadar geçen süredir.

Yarım saat içinde plasentanın ayrılması ve çıkması beklenir.

DOĞUMDAKİ İŞLEMLER

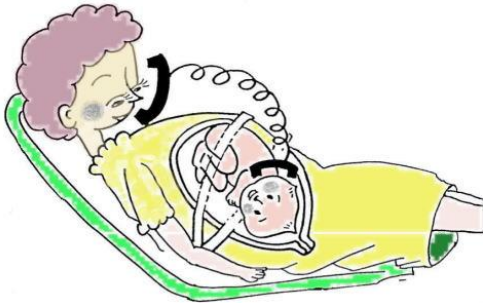
Doğum salonuna gelen anneyi ebe veya hemşire karşılar ve anneye bazı sorular sorar. Bu sorular arasında bireysel bilgiler (yaş, gebelik sayısı, kan grubu, alerji ve hastalıklar gibi) ve doğumun başlama belirtileri (suyun ne zaman geldiği, kasılmaların ne zaman başladığı, kasılmaların ne kadar sürede bir geldiği gibi) yer alır.



Yatış işlemlerinden sonra anneye doğuma özel kıyafet giydirilir. Damar yolu açılır ve bazı laboratuvar işlemleri için kan alınır.

Tüm doğum eylemi boyunca belirli aralıklarla annenin tansiyon, nabız, ateş ve solunum takibi yapılır.

Doğumun hangi evresinde olduğunu belirlemek amacıyla ebe, hemşire veya doktor anneyi alttan elle muayene eder. Buna vajinal muayene denir. Vajinal muayenede rahim ağzının doğuma ne kadar hazır olduğu ve rahim ağzının kaç santimetre açıldığına bakılır.



Bebeğin kalp atımlarını ve rahimdeki kasılmaları değerlendirmek bir cihaz kemerler yardımıyla anne karnına bağlanır. Bu cihazdan anne bebeğin kalp atımlarını sesli olarak duyabilir. Bu şekilde anne 20 dakika yatar.

YARIM BIRAKILMIŞ HİKAYELER EV ÖDEVİ (DOĞUMUN BAŞLAMA BELİRTİLERİ)

Senaryo 1:

Gün boyunca hafif kasılmalarla beraber, gecede sizi rahatsız eden kasılmaların ardından sabaha karşı 05.00’de uyandınız. Tuvalete gittiğinizde tuvalet kağıdında pembemsi bir leke gördünüz.

Ne oluyor? Ne yapmalısınız?

Senaryo 2:

Düzenli aralıklarla gelen kasılmalarınız başladı. Biraz su içip, sol yan pozisyonda dinlenmeye başladınız. Ancak kasılmalarınızın şiddeti artmaya başladı. Kasılmalarınızı takip ediyorsunuz.

Ne zaman hastaneye gidersiniz?

Senaryo 3:

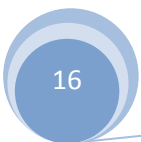
Sabah kalktığınızda idrarınızın geldiğini hissettiniz ve hızla tuvalete gittiniz. Ancak tuvalete yetişmeden idrarınızı kaçırdınız. Tuvalette idrarınızı yapmanıza rağmen hala sıvı geldiğini görüyorsunuz.

Ne oluyor? Ne yapmalısınız?

Senaryo 4:

Suyunuzun geldiğini fark ettiniz ve hastaneye gitmek için hazırlanıyorsunuz.

Gelen suyun hangi özelliklerine dikkat edersiniz? Hastaneye giderken yanınızda neler götürürsünüz?



4. OTURUM **(DOĞUM KASILMALARI İLE BAŞETME)**

SOLUNUM EGZERSİZLERİ

- Doğumda kullanılan solunum egzersizleri doğum kasılmalarıyla daha iyi başetmeyi sağlar.
- Ayrıca anne ve bebeğe düzenli ve sürekli oksijen sağlar.

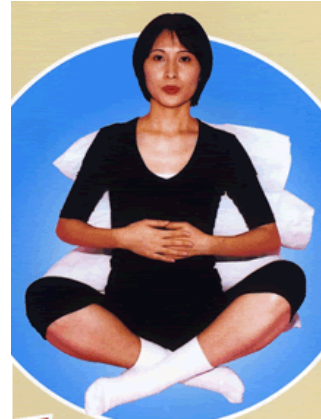
Solunum Tipleri

Tam Solunum: Bir el göğse diğer el karına koyularak nefes alınırken hem karın hem de göğüs genişletilir, sonra nefes verilir. Nefes verirken karın hafifçe yukarı ve içe doğru çekilir. Tekrar nefes alırken önce yavaşça karın, sonra göğüs genişletilir.



Göğüs solunumu: Her iki el parmak uçları birbirine değecek şekilde göğüs altına yerleştirilir. Nefes alındığında göğüs kafesi genişlediğinden parmak uçları birbirinden uzaklaşır. Sonra yavaşça ağızdan nefes verilir ve parmak uçları eski pozisyonuna döner.

Karın solunumu: Karın solunumu için her iki el karına yerleştirilir. Burunda yavaşça nefes alırken sadece karın bölgesi hareket ettirilir, göğüs bölgesinde hareket olmamalıdır. Nefes verirken karın içeri ve yukarı doğru çekilir.



Doğumun I. Evresinde Kullanılan Solunum Egzersizleri

Yavaş Göğüs Solunumu: Burundan nefes alıp ağızdan üfleyerek verilir.

Hızlı Göğüs Solunumu: Bu solunum kasılmaların daha güçlü olduğu durumlarda kullanılır.

- ◆ Rahatlatıcı nefes alınır.
- ◆ Kasılma şiddeti yükselineye kadar yavaş göğüs solunumu yapılır.
- ◆ Kasılma şiddeti artınca solunum hızlandırılır, şiddet azalınca solunum tekrar yavaşlatılır.

Üfleli Solunum: Kasılmaların çok uzun ve baş edilmesi zor olduğu durumlarda kullanılır.

- ◆ Yavaş rahatlatıcı nefes alınır.
- ◆ Üç kez yüzeysel soluk alıp verilir, dördüncü nefeste yüzeysel nefes alıp nefes ağızdan mum üfler gibi verilir.

Doğum Anında (II. Evre) Kullanılan Solunum Egzersizleri

Doğum anında rahim ağzının açılması tamamlandıktan sonra ıkınma başlar. ıkınma anında karın solunumu yapılır.

Doğum anında kasılmalar geldiğinde;

- ◆ İlk olarak karın solunumu yapılır.
- ◆ Gebe nefesini tutarak çenesini göğsüne dayar.
- ◆ Doğum yatağının kenarlarında bulunan yerlerden destek alarak kasılmalar sırasında hiç kesmeden uzun süreli nefesini tutarak ıkınır.
- ◆ Kasılmalar durduğunda dinlenir.
- ◆ ıkınma bebeğin doğduğu ana kadar devam eder, bebeğin başı doğduktan sonra ıkınma kesilir.



YARIM BIRAKILMIŞ HİKAYELER EV ÖDEVİ
(DOĞUM EYLEMİNİN AŞAMALARI VE SOLUNUM EGZERSİZLERİ)

Senaryo 1:

Kasılmalarınız 15 dakikada bir geliyor ve 30 saniye sürüyor. Kasılmalar sırasında ağrınız oluyor ancak kasılmalar arasında dinlenecek kadar vaktiniz oluyor.

Doğum eyleminin hangi aşamasındasınız? Hangi solunum tekniğini uygulamanız gerekir?

Senaryo 2:

Kasılmalarınız 5 dakikada bir geliyor ve 50 saniye sürüyor. Kasılmalar sırasında nefes alışlarınız hızlanıyor, kasılmalar arasında sessiz kalmak, konuşmak istemiyorsunuz.

Doğum eyleminin hangi aşamasındasınız? Hangi solunum tekniğini uygulamanız gerekir?

Senaryo 3:

Kasılmalarınız 3 dakikada bir geliyor ve 70 saniye sürüyor. Kasılmalarınız sırasında ağrınız çok şiddetli.

Doğum eyleminin hangi aşamasındasınız? Hangi solunum tekniğini uygulamanız gerekir?

Senaryo 4:

Rahim ağzının açıklığı 10 cm olduğunu söylediler. Sizi doğum masasına aldılar ve ıkınma hissi geliyor.

Doğum eyleminin hangi aşamasındasınız? Hangi solunum tekniğini uygulamanız gerekir?

DOĞUM PLANI EV ÖDEVİ

.....'ın DOĞUM PLANI

Tahmini doğum tarihim:

Doğum yapmayı düşündüğüm yer:

Bu doğum planını oluşturmamdaki amaç:

.....
.....

Doğumun başladığını gösteren belirtiler ortaya çıktığında hastaneye gitmeden önce yapacağım şeyler:

- Doğuma beraber gitmek istediğim.....haber vereceğim
- Doğum çantamı yanıma alacağım

Doğumuna giderken yanımda götüreceğim eşyalar

Kendim için:

Bebeğim için:

Doğumun başladığını gösteren belirtiler ortaya çıktığında ne zaman hastaneye gideceğim

- Doğum kasılmaları başlar başlamaz, hemen gideceğim
- Rahim ağzı 4 cm ulaştığında (doğum kasılmaları 5-10 dak. ara ile geldiğinde)

Doğumun 1. Evresi

Doğum kasılmaları ile başetmede kullanacağım yöntem / yöntemler

- Masaj
- Nefes teknikleri
- Pozisyon değiştirme
- Müzik dinleme
- Sıcak / soğuk uygulama
- Odaklanma
- İlaçlar (epidural)

Doğum kasılmaları ile başatmak için yöntem kullanma kararım

- Sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor) tarafından ne söylenirse yaparım
- Çok rahatsızlık duyarsam yaparım
- İlk kasılmadan itibaren her kasılmada yapacağım

Doğum yapacağım ortamın özellikleri

- Sessiz olmalı
- Tek kişilik oda olmalı
- Işıklandırması az olmalı
- Farketmez

Doğum sırasındaki hareketlerim

- Hareketlerimi kısıtlamayacağım
- Sadece yatak içinde hareket edeceğim
- Hareketli olmak benim için önemli değil

Doğumun 1. evresi boyunca yapmak istediğim diğer şeyler:

.....

Doğumun 2. Evresi

Doğumun ikinci evresinde ıkınma

- İğgüdülerime göre ıkınacağım
- Doğumda koçluk eden kişinin yönlendirmesi doğrultusunda ıkınacağım

Doğumun 2. evresi boyunca yapmak istediğim diğer şeyler:

.....

Doğum sonu

- Bebeğime sadece anne sütü vereceğim
- Hem emzirip, hem mama vereceğim
- Emzirmeyi düşünmüyorum
- Bebeğimle aynı odada kalacağım
- Sadece bebeğim uyanıkken aynı odada kalacağım
- Emzirme ve aynı odada kalma konusunu doğumdan sonra düşüneceğim

Doğum sonu yapmak istediğim diğer şeyler:

.....

5. OTURUM

(DOĞUM KORKUSU İLE BAŞETME VE

DAHA OLUMLU BİR DOĞUM ALGISI OLUŞTURMA)

Bu oturumda size daha önce verilen “doğum kasılmalarının şiddeti günlüğü” ve “korku günlüğü” üzerinde yaptığınız puanlamalar değerlendirilecektir. Günlükler üzerinde verdiğiniz puanların azalması artık doğum ile ilgili daha olumlu düşündüğünüzü göstermektedir.

Aşağıda verilen gevşeme egzersizini doğum ile ilgili endişe yaşadığınız durumlarda yapabilirsiniz.

GEVŞEME EGZERSİZLERİ

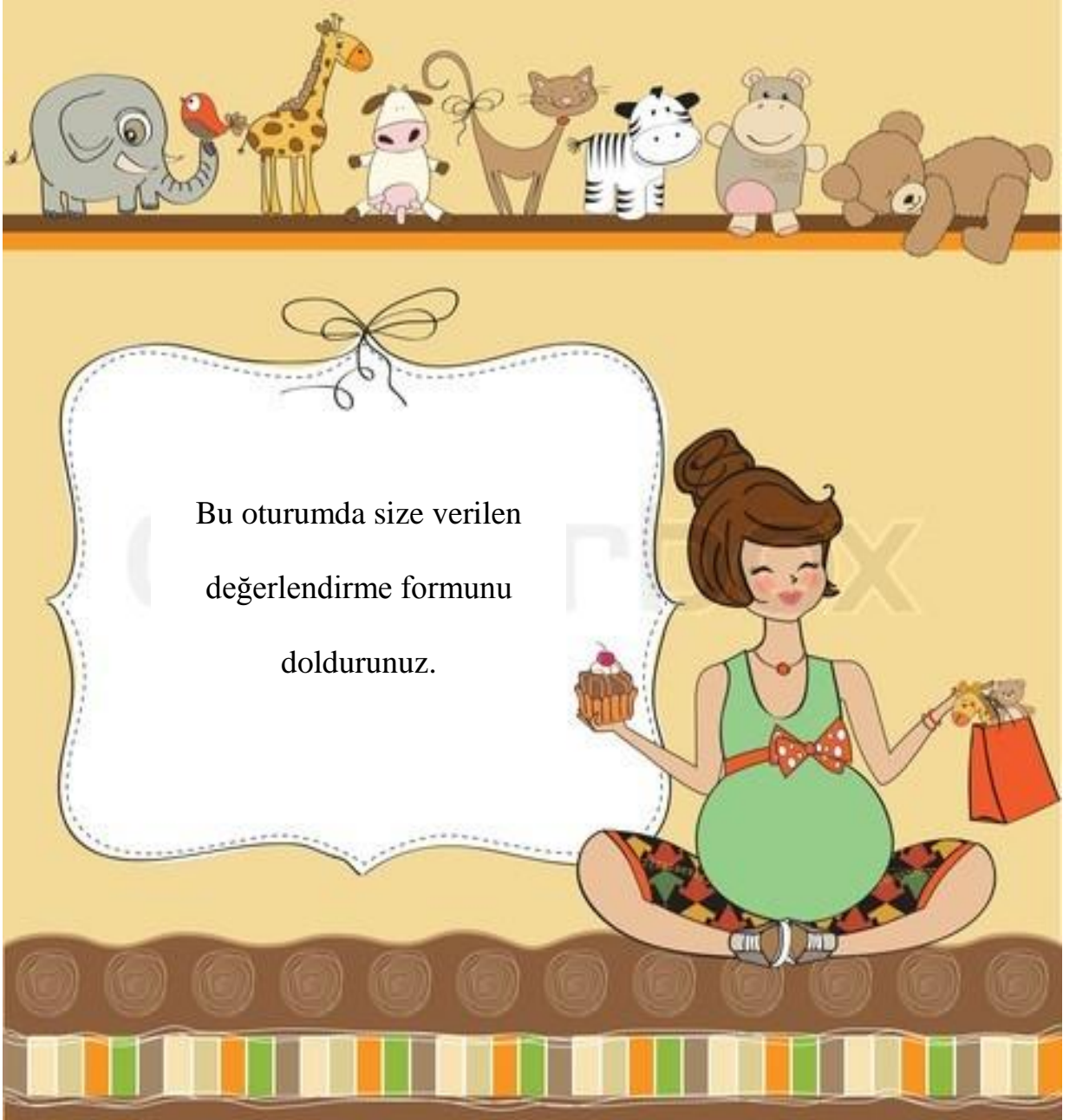
Gevşeme için rahat bir ortam ve rahatlatıcı bir müzik kullanılabilir.

Bunun yanı sıra hoş bir resim de gevşemeye yardımcı olabilir. Gevşeme için örnek egzersiz:

- 
- Rahat bir pozisyon alın.
 - Bu arada düzenli nefes alıp verin.
 - Müziği dinleyerek gevşemeye çalışın.
 - Başınızın üst kısmının rahatladığını hissedin.
 - Yavaşça gözlerinizi kapatın.
 - Çenenizi hafif açarak dudaklarınızı gevşetin.
 - Yavaş ve ritimli nefes alıp verin.
 - Boynunuzun kaslarını gevşetin.
 - Omuzlarınızı, kolunuzu, dirseğinizi, önkolunuzu ve ellerinizi gevşetin.
 - Tek tek tüm parmaklarınızın gevşediğini hissedin.
 - Göğsünüzün ön ve arka kısmını gevşetin.
 - Karın kaslarınızın yumuşadığını hissedin.
 - Gevşemenin sıcaklığını kalçanızda, bacaklarınızda, ayaklarınızda ve parmaklarınızda hissedin, tüm vücudunuzun gevşediğini hissedin.
 - Nefes alıp gevşemeyen bölge varsa tekrar odaklanın.
 - Nefes verirken tüm gerginliğiniz vücudunuzu terk ettiğini hissedin.
 - Müziği dinlemeye devam edin.
 - Kendinizi rahat hissettiğinizde son rahatlatıcı nefesinizi alıp verin.
 - Gözlerinizi açın, vücudunuzun enerji ile dolduğunu hissedin.

6. OTURUM

(DEĞERLENDİRME)



KAYNAKLAR

1. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği. <http://www.bilisseldavranisci.org/> Erişim tarihi: 30.08.2012.
2. Ertem G., Sevil Ü. (2005) Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2):117-123.
3. Escott D., Slade P., Spiby H. (2009) Preparation for Pain Management During Childbirth: The Psychological Aspects of Coping Strategy Development in Antenatal Education. *Clinical Psychology Review*, 29:617-622.
4. Kaufman T. (2007) Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3):47-52.
5. Kömürçü N., Berkitan Ergin A. (2008) Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Bedray Yayıncılık.
6. Köroğlu E. (2005) Düşünsel Duygulanımcı Davranış Terapisi İlkeleri. HYB Yayıncılık. Ankara.
7. Lamaze International. <http://www.lamazeinternational.org/> Erişim tarihi: 30.08.2012.
8. Mongan M.F. (2012) Hypnobirthing Mongan Yöntemi. Gün Yayıncılık.
9. Okumuş H., Mete S. (2009) Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. Deomed Medikal Yayıncılık.
10. Rathfisch G. (2012) Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri.
11. Resources for Childbirth Educators. <http://www.transitiontoparenthood.com/> Erişim tarihi: 30.09.2012.
12. Romano A.M., Lothian J.A. (2008) Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN*, 37:94-105.
13. Serçekuş P. (2011) Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing. *TAF Prev Med Bull*, 10(2):239-242.
14. Serçekuş P., İsbir G.G. (2012) Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 11(1): 97-102.
15. Simkin P. The 3 R's in Childbirth Preparation: Relaxation, Rhythm and Ritual. <https://www.pennysimkin.com/> Erişim tarihi: 30.08.2012.
16. Spencer P. (2008) Parenting. Altın Kitaplar Yayınevi. İstanbul.
17. Taşkın L. (2009) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 9. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık.
18. Türkçapar M. H. (2007) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. HYB Yayıncılık. Ankara.
19. Walker D.S., Visger J.M., Rossie D. (2009) Contemporary Childbirth Education Models. *J Midwifery Womens Health*, 54:469-476.
20. Yıldırım G., Şahin N.H. (2003) Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1):14-20.



EK 11: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Onayı



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.İNÜ.0.20.11.08/ 354

Tarih: 18.12.2012

Konu: Anket Çalışması

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: 13 Aralık 2012 tarih ve 170.99-10221 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Malatya Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Tuba UÇAR'ın; "Gebelere Uygulanan Doğum Korkusuyla Başetme Programının Doğum Sürecine Etkisi" isimli anket çalışmasını yapma talebi bölümümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Onder ÇELİK
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE
TURGUT ÖZALP TIP FAKÜLTESİ		
GENEL FAKÜLTİ		
SAYI	TARİHİ	
170.99/10904	19-12-12	

**EK 12: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Onayı**

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelere Uygulanan Doğum Korkusuyla Başetme Programının Doğum Sürecine Etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zehra Gölbaşı/Doktora öğrencisi Tuba Uçar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
Yüksek Doz Araştırması		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Doktora tezi					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

(Handwritten signatures and initials)

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2012-11/06	Tarih: 06.11.2012		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Koyuncu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Erol Kisli	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Hülya Toker	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar	Biyoistatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Halk Sağlığı Müdürü	Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağtaş	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK 13: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU



C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmanın amacı, gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla başatme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisini belirlemektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada 20-32. gebelik haftalarında olan bir grup gebe araştırmacılar tarafından hazırlanan bir programa alınacak, diğer bir grup gebeye kontrol amaçlı program uygulanmayacaktır. Siz bu gruplardan birinde olabilirsiniz. Programda doğuma hazırlık eğitimi ile birlikte Bilişsel - Davranışçı teknikler (yanlış inanışları değiştirmeye yönelik yöntemler) kullanılarak gebelerin doğum korkusuyla başatmeleri sağlanacaktır. Programa başlamadan önce kişisel bilgilerinizi içeren (yaş, eğitim, meslek, gelir düzeyi, gebelik öyküsü, gebelikte verilen eğitimler, yaşanan sorunlar ve destek alınan yerler) 14 maddelik, doğum korkunuzu ölçen 33 maddelik ve ruhsal bir sorununuz olup olmadığını belirleyen 28 maddelik soruları yanıtlamanız beklenecektir. Daha sonra 3 hafta sürecek programa alınacaksınız. Toplam 6 dersten oluşacak programda, dersler aynı gün içinde iki ders ve dersler arasında 15 dakika ara verilerek sürdürülecektir. Programdan sonra doğum korkunuzu ölçen 33 maddelik sorular tekrar sorulacaktır. Doğum eyleminiz başladığında kaygınız, ağrınız ölçülecek ve doğum süreciniz değerlendirilerek, program kapsamına alınmayan sadece normal gebelik takipleri yapılan bir grup gebe ile karşılaştırılacak, böylece programın etkinliği değerlendirilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve doğumunuz başladığında araştırmacıya haber vermenizdir. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 52'dir. Çalışma yaklaşık 6 ay sürecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir zarar/risk söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar doğum korkunuzla baş ederek daha başarılı bir doğum deneyimi yaşamanızdır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 536 numaralı telefonda araştırmacı Öğr. Grv. Tuba Uçar'a ulaşabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene ve bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma CÜBAP tarafından desteklenmektedir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır (özgürsünüz). Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan eğitimin gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Tuba Uçar

Görevi: Öğr. Grv.

Adresi: İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Malatya

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Tuba UÇAR
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	İnönü Üniversitesi, Malatya Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Malatya
E-posta Adresi	tuba.ucar@inonu.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Doktora	Cumhuriyet Üniversitesi (2009-2014)
Yüksek Lisans	İnönü Üniversitesi (2005-2008)
Lisans	İnönü Üniversitesi (2001-2005)

İş Tecrübesi

İnönü Üniversitesi	Öğretim Görevlisi, 2011- devam ediyor
Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma Görevlisi, 2006-2011
İnönü Üniversitesi TÖTM	Ebe, 2005

Üyelikler

Türk Ebeler Derneği (Malatya İl Temsilcisi)
Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği