



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

DOĞUM KORKUSU YAŞAYAN GEBELERDE TRAVELBEE
İNSAN İNSANA İLİŞKİLER MODELİNE GÖRE VERİLEN
EĞİTİMİN PRENATAL BAĞLANMA, DOĞUM KORKUSU VE
ANKSİYETEYE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Tuğba SARI

Danışman

Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

TOKAT- 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Nermin Gürhan danışmanlığında hazırlamış olduğum “**Doğum Korkusu Yaşayan Gebelerde Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeline Göre Verilen Eğitimin Prenatal Bağlanma, Doğum Korkusu ve Anksiyeteye Etkisi**” adlı Doktora tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

23/02/2024

Tuğba Sarı



JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Tuğba Sarı tarafından hazırlanan “**Doğum Korkusu Yaşayan Gebelerde Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeline Göre Verilen Eğitimin Prenatal Bağlanma, Doğum Korkusu ve Anksiyeteye Etkisi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 23.02.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği’nde Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan) :Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER

Üye :Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

Üye :Doç. Dr. Figen İNCİ

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL.

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora sürecim boyunca bana rehberlik edip yol gösteren değerli bilgilerini ve zamanını paylaşan, tez çalışmam boyunca desteğini her aşamada gösteren değerli danışman hocam Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a,

Tez izleme komitesinde yer alan ve uygulama aşamasında her türlü desteği gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Figen İnci ve Dr. Öğr. Üyesi Birgül Vural'a,

Tezimin uygulaması sırasında bana destek olan hastane ekibine ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm gebelere,

Her zaman yanımda olan beni destekleyen ve cesaretlendiren sevgili eşim Süleyman Sarı'ya, varlığı ile bana destek olan, güç veren hayatımdaki en güzel mucize olan kızım Zeynep Sarı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

DOĞUM KORKUSU YAŞAYAN GEBELERDE TRAVELBEE İNSAN İNSANA İLİŞKİLER MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN PRENATAL BAĞLANMA, DOĞUM KORKUSU VE ANKSİYETEYE ETKİSİ

Sarı, Tuğba, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

Şubat 2024, xii + 100 sayfa

Araştırma, Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre doğum korkusu yaşayan gebelere verilen eğitiminin doğum korkusu, prenatal bağlanma ve anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır. Çalışmanın örnekleme G power ile belirlenmiştir. Deney grubunda 32, kontrol grubunda 30 gebe ile çalışma tamamlanmıştır. Veriler 2023 Haziran ve 2023 Ağustos tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamada Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A versiyonu, Prenatal Bağlanma Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Gebeler tabakalı randomizasyon yöntemi ile deney kontrol gruplarına atanmıştır. Deney grubundaki gebelere sekiz seans Travelbee insan insana ilişkiler kuramına göre doğuma hazırlık eğitimi verilmiştir. Kontrol grubu rutin takiplerine devam etmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubunun ilk test verilerinde hem W-DEQ A ölçeği hemde Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmazken ($p>0,05$), eğitim sonrası deney grubunun puanının önemli ölçüde düştüğü görülmüştür ($p<0,001$). Gebelerin ilk test verilerinde prenatal bağlanma envanteri her iki grupta da istatistiksel açıdan anlamsız ($p>0,05$) iken eğitim sonrası deney grubunda anlamlı bir şekilde artış olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Sonuç olarak, Travelbee insan insana ilişkiler kuramına göre hazırlanan doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin doğum korkusunu ve anksiyetesini azalttığı, prenatal bağlanma seviyesini arttırdığı belirlenmiştir. Travelbee insan insana

ilişkiler kuramına göre hazırlanan doğuma hazırlık eğitiminin gebelere uygulanması nerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Prenatal Bağlanma, Doğum Korkusu, Anksiyete, Travelbee İnsan İnsana İlişkiler, Doğum Hazırlık Eğitim



ABSTRACT

THE EFFECT OF TRAINING PROVIDED ACCORDING TO THE TRAVELBEE HUMAN-HUMAN RELATIONS MODEL ON PRENATAL ATTACHMENT, FEAR OF CHILDBIRTH AND ANXIETY IN PREGNANT WOMEN WITH FEAR OF CHILDBIRTH

Sarı, Tuğba, Department of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Prof. Nermin GURHAN

February 2024, xii + 100 pages

The research was conducted as a randomized controlled study to examine the effect of the training provided according to the Travelbee human-to-human relations model on fear of childbirth, prenatal attachment and anxiety in pregnant women with fear of childbirth. The sample of the study was determined with G power. The study was completed with 32 pregnant women in the experimental group and 30 pregnant women in the control group. Data was collected between June 2023 and August 2023. Sociodemographic Data Collection Form, Wijma Birth Expectation/Experience Scale version A, Prenatal Attachment Inventory and Beck Anxiety Scale were used in data collection. Pregnant women were assigned to experimental control groups by stratified randomization method. Pregnant women in the experimental group were given eight sessions of childbirth preparation training according to the Travelbee theory of human-to-human relations. The control group continued their routine follow-up. Descriptive statistics, chi-square test, t-test in dependent and independent groups, correlation and regression analyzes were used to analyze the data. There was no statistical difference between the mean scores of both the W-DEQ A scale and the Beck anxiety scale in the first test data of the experimental and control groups ($p>0.05$). It was observed that the score of the experimental group decreased significantly after the training ($p<0.001$). In the first test data of the pregnant women, the prenatal attachment inventory was statistically insignificant in both groups ($p>0.05$) and there was a significant increase in the experimental group after the training ($p<0.001$). As a result, it was determined that the childbirth preparation

training prepared according to the Travelbee theory of human-to-human relations reduced the fear and anxiety of pregnant women and increased the level of prenatal attachment. It is recommended that the childbirth preparation training prepared according to the Travelbee human-to-human relations theory be applied to pregnant women.

Keywords: Prenatal Attachment, Fear of Birth, Anxiety, Travelbee Human-to-Human Relations, Childbirth Preparation Training



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR VE SİMGELER	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	6
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Doğum Korkusu.....	8
2.1.1 Doğum Korkusu Tanımı	8
2.1.2. Doğum Korkusu Prevelansı ve Popülasyonlar	9
2.1.3.Doğum Korkusunun Sınıflandırması	10
2.1.4. Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler	10
2.1.5. Doğum Korkusunun Etkileri.....	12
2.2. Prenatal Anksiyete	14
2.2.1. Prenatal Anksiyete İçin Risk Faktörleri.....	15
2.3. Prenatal Bağlanma	15
2.3.1. Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörler	16
2.4. Doğuma Hazırlık Eğitimi.....	17
2.5. Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeli	18
2.5.1. İnsan İnsana İlişkiler Modelinin Temel Varsayımları	19
2.5.2. İnsan İnsana İlişkiler Modelinin Kavramları ve Tanımları	21
2.5.3. Doğuma Hazırlık Eğitimin Model ile İlişkilendirilmesi	22
2.6. Doğum Korkusu ve Anksiyete ile Baş Etme ve Prenatal Bağlanmanın Arttırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	27
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	27
3.4. Kontrol ve Deney Grubunun Oluşturulması	28
3.4.1. Randomizasyon.....	28

3.4.2. K�rleme	31
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.6. Veri Toplama Araçları	31
3.7. Araştırmanın Uygulaması	33
3.7.1. Hazırlık Aşaması.....	34
3.7.2. �n Uygulama.....	35
3.7.3. Eğitim Programının Uygulanması	36
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi	42
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIşMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKLAR	69
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	77
EK 2. PRENATAL BAğLANMA ENVANTERİ	79
EK 3. WİJMA DOğUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ �LEğİ (W-DEQ) A VERSİYONU	80
EK 4. BECK ANKSİYETE �LEğİ	83
EK 5. KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURUL İZNİ.....	84
EK 6. İL SAğLIK MüDüRLüğü KURUM İZİN YAZISI.....	85
EK 7. BİLGİLENDİRİLMİş GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	86
EK 8. TRAVELBEE İNSAN İNSANA İLİşKİLER MODELİNE GÖRE DOğUMA HAZIRLIK EğİTİMİ KİTAPÇIĞI	88
�ZGEMİş	100

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1	: Araştırmaya dâhil edilme kriterleri
Tablo 3.2	: Gebelerin Yaş, Eğitim Durumu ve Doğum Korkusu Seviyelerine Göre Tabakalanması
Tablo 3.3	: Gebelerin Yaş, Eğitim Durumu ve Doğum Korkusu Seviyelerine Göre Dağılımı
Tablo 3.4	: Eğitim Programının İşleyiş Süreci
Tablo 4.1	: Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 4.2	: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 4.3	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Eğitim Programı Öncesi ve Sonrası Doğum Korku Düzeylerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
Tablo 4.4	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Eğitim Programı Öncesi ve Sonrası Puanların Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
Tablo 4.5	: Prenatal Bağlanma Envanteri Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Puanların Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
Tablo 4.6	: Beck Anksiyete Ölçeği Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Puanların Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
Tablo 4.7	: Beck Anksiyete Ölçeği Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Anksiyete Düzeylerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı
Tablo 4.8	: Eğitim Programı Sonrası Ölçek Puanları Arası İlişkiler
Tablo 4.9	: Regresyon Analizine İlişkin Katsayılar ve Güven Aralıkları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 : Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler

Şekil 3.1 : Çalışma CONSORT Akış Şeması



KISALTMALAR VE SİMGELER

BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
CONSORT	:Consolidated Standards of Reporting Trials
Mh	:Marjinal homojenite testi
n	:Örneklem Sayısı
NST	:Non Stres Test
p	:Anlamlılık Değeri
PBE	:Prenatal Bağlanma Envanteri
r	:Korelasyon
Ss	:Standart Sapma
USG	:Ultrasonografi
W-DEQ A	:Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu
X²	:Ki Kare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Bir insan bakım bilimi olarak hemşirelik insan-insana ilişkilerin yoğun yaşandığı meslekler arasında yer almaktadır (Mc Crae, 2012). Sağlık bakımında hizmet veren meslekler insani ilişkileri üzerine kurulmuş olup, bakımın kalitesi ve etkinliği bakım veren kişinin iletişim becerileri ile doğrudan ilişkilidir (Gray, 2009; Bezerra ve ark., 2015). Birçok hemşirelik teorisyeni hemşireliği hemşire-hasta arasında kurulan bakım ilişkisi olarak tanımlamaktadır (Mc Crae, 2012). Hemşire hasta arasındaki iletişim, bütüncül ve insancıl bakımı sağlamak için gerekli olduğu kaçınılmaz bir gerçektir. Çünkü bu sayede, hastaları tam olarak anlayabilme, yardım edebilme ve ihtiyaçları empatik/duygudaşlık olarak tanımlanabilme imkânı sağlanmaktadır (Broca & Ferreira, 2015).

Hemşire teorisyenlerden biri olan Travelbee' nin teorisine göre hemşirelik kişiden kişiye ilişki sürecidir ve insan ilişkilerinde yer alan varlıkların benzersizliğini düşünen hedeflere sahiptir. Bu bağlamda hemşireler, hastaların sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmakta, bireylerin kendi sorunlarına ilişkin kavramlar oluşturmalarına, deneyimlerine ilişkin benlik algılarına, kendi bireyselliklerinin uyarılmasına ve ayrıca sorunlarıyla yüzleşmek, yeni olasılıklar veya yeni davranış kalıpları geliştirmelerine olanak sağlamaktadır. Hemşire, hastanın sosyal olarak bütünleşmesine, kendi hastalığında anlam bulmasına yardımcı olmalıdır (Bezerra ve ark., 2015). Travelbee, hemşireliğin insandan insana ilişkiler yoluyla gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Bu ilişkiler ilk olarak hemşire ve hastanın karşılaşması ile başlar, daha sonra ilişkinin başladığı, hemşire ve hastanın birbirinin benzersizliğini algıladığı kimliklerin ortaya

çıkma aşaması, kişinin deneyimlerini paylaştığı duygudaşlık aşaması, hemşirenin hastanın acı çekmesinin nedenini azaltmak istediği sempati aşaması ve son aşama ise hemşire ve hastanın birbiriyle ilişkili düşünce ve duygulardan, başkalarına karşı ilgi ve kaygıdan, yargılayıcı olmayan bir tavırdan ve her bireye benzersiz bir insan olarak saygı ile yaklaştığı uyum aşamasından oluşmaktadır (Parola ve ark., 2020). Hasta bakımına yönelik belirlenen amacın gerçekleştirilmesi, sıkıntının ve acının hafifletilmesi ve insanlara yardım edilebilmesi konusunda bakımın verildiği tüm sağlık alanlarında insan insana ilişkiler modelinin kullanılabileceği belirtilmektedir (Akyurt, 2009; Sosa ve ark., 2012). Modelin etkili bir şekilde kullanılabileceği alanlardan biriside doğum korkusu yaşayan gebelerdir.

Gebelik birçok boyutu olan bir deneyimdir ve her kadında kendine özgüdür. Yaşanan bu biyolojik süreç içinde gebelerde fizyolojik ve ruhsal olarak birçok değişikliğin olması beklenebilir. Gebelikte bu değişimlerle beraber biraz endişenin duyulması normal kabul edilmekle beraber bu değişimler anne adayının psikolojik sağlamlığını ve gebeliğe uyumunu olumsuz yönde de etkileyebilir (Kuo ve ark., 2022; Massae ve ark., 2022). Doğum, her kadın için önemli sosyal ve duygusal etkileri olan olağanüstü bir yaşam deneyimi ve büyük bir stres olarak kabul edilir (Waldboth ve ark., 2016). Kadınların hamilelik, doğum ve doğum deneyimleri çok boyutludur neşe ve tatminden, kaygı ve dehşete kadar her türlü duyguyu içerebilir. Bazı hamile kadınlar için olumsuz duyguların hâkim olması ve bu duygulara bağlı doğum korkusu geliştirebilirler, bu durumda sağlıkları ve esenlikleri için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Nieminen ve ark., 2017; Wigert ve ark., 2020).

Doğum korkusunun net bir tanımı yoktur, ancak genellikle doğumdan önce meydana geldiğinde birincil veya travmatik ya da sıkıntılı doğum deneyimlerinden sonra ortaya

çıktığında ikincil olarak kategorize edilir (Massae ve ark., 2022). Doğum korkusunun gebeliği karmaşık bir hale getirmesi ile birlikte stres ve kaygı belirtilerinin de ortaya çıkması olası bir durumdur (Bayrampour ve ark., 2015). Doğum korkusu, kaygıdan farklı bir duygu olsada, kaygı bozuklukları şemsiyesi altında kategorize edilir ve tehlide karşı artan duyarlılık, aşırı endişe, yorgunluk ve uyku güçlüğü gibi bazı ortak semptomları paylaşırlar (Massae ve ark., 2022). Doğum korkusu, kadın ve erkeklerin günlük yaşamlarını etkileyen özel, rahatsız edici bir duygudur. Kadınların yaklaşık %80'i, perinatal dönemdeki normal düzey anksiyete ve endişelerden, gebeliğe özgü anksiyeteye ve tokofobi olarak adlandırılan şiddetli bir fobik korkuya kadar değişen doğum korkusu yaşamaktadır (O'Connell ve ark., 2020).

Doğumun önceden tahmin edilememesi nedeniyle kadınların kendilerini endişeli hissetmesi, spesifik olmayan tekrarlayan düşünceler yaşaması normal olabilir, ancak doğum korkusu, doğumun nasıl yaşandığını ve doğuma psikolojik hazırlığı engelleyen sürekli, spesifik ve güçlü düşünceler olarak deneyimlenebilir. İlk kez doğum yapacak kadınların doğum yapmış kadınlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadıklarını ve yaşama risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Molgora ve ark., 2022). Doğum korkusunu ruhsal ve sosyal birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında; doğuma karşı özgüven eksikliği, olumsuz doğum öykülerinden etkilenme, depresyon öyküsü, anksiyete, partner memnuniyetsizliği, genç anne yaşı, düşük gelir seviyesi, düşük eğitim ve daha düşük sosyal destek algısı, doğum ağrısından veya kontrolünü kaybetmekten ve doğum sırasında fiziksel yara almaktan korkmak olarak sayılabilir (Klabbers ve ark., 2016; Sheen & Slade, 2018; O'Connell ve ark., 2020).

Ayrıca doğum korkusu anksiyete ve depresyona neden olabilirken bazı kadınlar, yoğun yaşanan anksiyete nedeniyle doğumdan tamamen kaçınmaya yol açan bir fobik

korku geliştirebilmektedir (Storksens ve ark., 2012; Hildingsson & Rubertsson, 2022). alışmalar, doğum korkusu olan kadınların sıklıkla anksiyete belirtileri gösterdiğini ve doğum korkusu anksiyete belirtilerinin her birini tüm hamile kadınların %10-20'sini etkilediğini, genel olarak hamile kadınlarda beklenenden daha fazla psikolojik zorlanma belirtisi yaşadığını göstermektedir (Wikman ve ark., 2020; Lilliecreutz ve ark., 2021; Hildingsson & Rubertsson, 2022).

Hamilelik döneminde anksiyete ve depresyon semptomlarını yaşayan kadınlarda kortizol seviyesinin artması nedeniyle fetal büyümenin yavaşlaması, erken doğum tehdidi ve doğan bebeğin düşük doğum ağırlıklı olma ihtimali yüksektir (Deklava ve ark., 2015). Gebelikte depresyon ve doğum korkusu, doğum öncesi ve sonrasında komplikasyonlara yol açabilmekte (Klabbers, 2016; Larsson ve ark., 2019), yenidoğanın beyin gelişimini olumsuz etkilemekte, doğum sırasında analjezi kullanımını artırmakta, doğum sürecini uzatmakta, girişimsel doğum ve acil sezaryen riskini arttırmaktadır (Hermon ve ark., 2019). Ayrıca gebelikte stres ve doğum korkusu preeklampsi, erken doğum, travma sonrası stres bozukluğu, doğum sonrası kaygı, depresyon ve psikoz gibi obstetrik sorunları ve hatta psikiyatrik bakım ihtiyacını artırabilmektedir (Arfaie ve ark., 2017; Dencker ve ark., 2019). Bu problemler anne-bebek ilişkisinin belirleyicisi olan anne ve bebekte bağlanma sorunlarına neden olabilmektedir. Gebelikte stres, anksiyete, depresyon, doğum korkusu gibi ruhsal sorunlardan olumsuz etkilenen anne-bebek bağlanması, hem doğum öncesi hemde doğum sonrası dönemde bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Özbek & Pınar, 2022).

Literatürdeki bazı kaynaklarda gebelikte ruhsal bozuklukların anne-bebek bağlanmasını azalttığını desteklenmektedir (Dereli Yılmaz & Kızılkaya Beji, 2013; Özbek & Pınar, 2022). Annenin ruh sağlığını güçlendirmeye, doğum stresini ve

korkusunu azaltmaya, anne-bebek bağıını güçlendirmeye yönelik bazı ilaç dışı (yoga, müzik dinleme, psikoeğitimler, bilişsel ve davranışsal terapiler vb.) uygulamalar mevcuttur (Özbek & Pınar, 2022).

Doğum korkusu olumsuz doğum deneyimi ve travma sonrası stres bozukluğu ile sonuçlanabileceğinden önceden tespit edilmesi önemlidir (Hildingsson & Rubertsson, 2022). Doğum korkusunun azaltılması ile ilgili müdahalelerin etkilerinin araştırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Dahil edilen çalışmalara baktığımızda müzik, egzersiz, bilişsel davranışçı terapi, manevi bakım eğitimi ve psikoeğitim arasında değişen çeşitli müdahalelerin benimsenmiş olduğu yapılan müdahaleler ile kaygı ve depresyonda anlamlı bir azalma olduğunda görülmüştür (Nnate ve ark. 2022).

Gebelere ve eşlerine sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitim, antenatal dönemde doğuma ilişkin korkularla baş etmede anahtar role sahiptir. Bu eğitimler, aileleri doğal doğuma hazırlama, olumlu bir doğum algısı oluşturma, ebeveynliğe geçiş, yenidoğan bakımı ve ebeveynlik için hazırlamayı amaçlar (Wan-Lin ve ark., 2018; Metinoğlu ve ark., 2021). Eğitim programlarının kullanılması ile bilişler ve duygular gibi içsel deneyimlerin keşfedilmesi, karar verme, öz yönetim, gevşeme, kabul, stres, anksiyete, depresyon ve doğum korkusu üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Doğum sırasında, bu programların doğum öz yeterliğini ve farkındalığı arttırdığı gösterilmiştir (Byrne ve ark., 2014; Woolhouse ve ark., 2014; Duncan ve ark., 2017).

Destekleyici hemşirelik bakımı doğum sırasında yaşanan ağrıyı azaltmakta ve doğum korkusunu azaltarak doğum süresini kısaltmaktadır (Hodnett ve ark., 2013; Uludağ & Mete, 2021). Doğum korkusu ve sancı düzeyi düşük olan kadınlarda doğumdan memnuniyet düzeyi artmaktadır (Uludağ & Mete, 2021). Kadınların doğum korkusunu azaltmak için rahatlamalarına ve gevşemelerine olanak sağlayan bir bakım almaları,

doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (Hodnett ve ark., 2013). Wan-Lin ve ark., (2018) tarafından gebelere farkındalık programı ile yapılan çalışmada algılanan stresin ve depresyonun azaldığı, doğum öz-yeterliği ve farkındalığın arttığı ve bu durumun prenatal bağlanmada etkili olduğu belirtilmiştir (Wan-Lin ve ark., 2018). Yapılan başka bir çalışmada da gebelere verilen danışmanlık eğitiminin doğuma yönelik olumlu bir algı geliştirdikleri, doğum korkusunun azaldığı ve özgüvenin arttığı sonucuna varılmıştır (Larsson ve ark., 2019). Gebelik süresince anne adayları bedensel ve ruhsal olarak birçok deneyim yaşamaktadır. Bu deneyimler gebeler üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilerin oluşmasına neden olmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin doğum korkusu ve anksiyete gibi durumları tanımlayabilme ve buna yönelik girişimlerde bulunabilecek donanımında olması gerekmektedir. Bu durumları ele alabilmesi ve uygun eğitimleri planlayabilmesi psikiyatri hemşireliğine katkı sağlaması ve geleceğe ışık tutabilmesi açısından oldukça önem arz etmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre doğum korkusu yaşayan gebelere verilen eğitiminin; doğum korkusu, prenatal bağlanma ve anksiyete düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H1): Eğitim programı öncesi ve sonrası, deney grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri arasında fark vardır.

Hipotez 1 (H1): Eğitim programı öncesi ve sonrası, deney grubundaki kadınların prenatal bağlanma düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark vardır.

Hipotez 1 (H1): Eğitim programı öncesi ve sonrası, deney grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Korkusu

2.1.1 Doğum Korkusu Tanımı

Hamile olmak ve doğum yapmak, bir geçiş aşaması veya çocuk doğuran kadınların aşmak zorunda oldukları varoluşsal bir eşik olarak tanımlanmaktadır. Doğum, her kadın için çok boyutlu, çok yönlü ve benzersiz bir deneyimdir (Klabbers ve ark., 2016). Hamilelik boyunca fiziksel, psikolojik ve sosyal uyum gereklidir. Ebeveyn olmak, yetişkinliğin en önemli geçişidir ve birçok yeni beceri ve sorumluluğun öğrenilmesini gerektirir (Striebich ve ark., 2018). Kadınların doğumun önceden tahmin edilememesi nedeniyle endişeli hissetmesi, spesifik olmayan tekrarlayan düşünceler yaşaması normal olabilir, ancak doğum korkusu, doğuma psikolojik hazırlığı, doğumun nasıl yaşandığını ve doğuma psikolojik olarak hazırlığı engelleyen sürekli, spesifik ve güçlü düşünceler olarak deneyimlenebilir (Molgora ve ark., 2022).

Primipar gebeler için, bilinmeyen bir acı beklentisinin tüm ölçülerin ötesinde gebeyi meşgul etmesi ve ifade edilemez bir endişe durumuna sokması olarak belirtilmektedir. Gebe multipar ise, geçmişin anılarından ve gelecek beklentisinden yaşanan korku şeklinde ifade edilmektedir (Lilliecreutz ve ark., 2021; Striebich ve ark., 2022). Nilsson'a göre "gebelerin günlük işleyişini ve esenliğini bozan güçlü bir kaygı" olarak tanımlanmaktadır. Kadınların hamilelikten beklentileri ve deneyimleri doğumun doğası gereği hem olumlu hem de olumsuzdur; neşe ve inanç duygularının yanı sıra endişeler ve korkular da içerebilir (Nilsson ve ark., 2018). Wijma'ya göre ise 'doğumdan önce, doğumda veya doğumdan sonra var olan doğuma yönelik endişe duygusu' olarak belirtilmektedir (Wijma & Wijma, 2017). Doğum korkusu, belirli bir seviyede yaşanırken

kabul edilebilir ancak kadın ve erkeklerin günlük yaşamlarını etkilemesi ve rahatsız edici boyuta geldiği zaman klinik açıdan önemlidir. Kadınların yaklaşık %80'i, perinatal dönemdeki normal kaygı ve endişelerden, gebeliğe özgü anksiyeteye ve tokofobi olarak adlandırılan şiddetli fobik korkuya kadar değişen doğum korkusu yaşamaktadır (O'Connell ve ark., 2020).

2.1.2. Doğum Korkusu Prevalansı ve Popülasyonlar

Doğum korkusu, perinatal dönemde kaygı şemsiyesi altında toplanan spesifik ve psikolojik yapıdır (Lilliecreutz ve ark., 2021). Düşükten şiddetliye doğru bir yelpazede doğum korkusu yaşanmaktadır (Dencker ve ark., 2019; O'Connell ve ark., 2020). Doğum korkusu birincil (doğurmamış kadınlar) ve ikincil (genellikle önceki bir travmatik doğum deneyiminden sonra doğurmuş kadınlar) doğum korkusu olarak sınıflandırılmıştır (Jomeen ve ark., 2021).

Nath ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, kaçınma davranışlı doğum korkusunun nadir olduğunu nüfus yaygınlığının %0,032 olarak tahmin edildiğini belirtmektedir (Nath ve ark., 2020). Prevalansın artmakta olduğunu bulunması, sağlık uzmanları arasında daha fazla farkındalık ve tanımlama veya perinatal ruh sağlığına dikkat arttıkça kadınlar arasında bildirimde bulunma isteğinin artmasıyla da ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (O'Connell ve ark., 2020). Tersine, bir durumda ise damgalanma endişesi nedeniyle eksik raporlama ve bildirim yapılmadığı da belirtilmektedir (Nath ve ark., 2020; Jomeen ve ark., 2021).

2.1.3. Doğum Korkusunun Sınıflandırması

Doğum korkusu üç aşamada sınıflandırılmıştır:

Primer Tokofobi: Doğum korkusu ilk gebelikten önce geldiğinde, bu primer tokofobi olarak adlandırılmaktadır. Doğum korkusu ergenlikte veya erken yetişkinlik döneminde başlayabilir (O'Connell ve ark., 2020). Hiç doğum yapmamış kadınlarda, depresyonda olmak, doğumla ilgili korkutucu öyküler duymak, cinsel istismara uğramak ve sağlık hizmetlerinde yaşanan travmatik deneyimler kadınların doğum korkusu yaşamasına neden olan olaylar arasında görülmektedir. (Sheen & Slade, 2018).

Sekonder Tokofobi: Sekonder tokofobi, sıkıntı verici ve hatta travma yaratan bir doğum deneyiminden kaynaklanan fobik korku olarak tanımlanmaktadır. Ancak obstetrik olarak normal bir doğum, düşük yapma, ölü doğum olması ya da gebeliğin sonlandırılmasından sonra da ortaya çıkabilmektedir (Striebich ve ark., 2018; Alhusen ve ark., 2021; Jomeen ve ark., 2021).

Bir Depresyon Semptomu Olarak Tokofobi: Diğer tokofobi çeşitlerine göre daha az görülen doğum öncesi dönemde yaşanan depresyon tokofobi ile birlikte görülebilir. Prenatal dönemde depresyonla birlikte yoğun tokofobi ve doğumdan kaçınma davranışları görülebilir. Doğum yapamayacağını, doğum olsa bile sürekli bebeğinin öleceği zarar göreceği düşünceleri hakimdir (Arfaie ve ark., 2017; Striebich ve ark., 2018; Jomeen ve ark., 2021).

2.1.4. Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler

Doğum korkusu, nullipar, primipar ve multipar kadınlarda gözlemlenen, sağlıkları üzerinde olumsuz sonuçlara yol açan doğum ve doğum sonrası dönemleri üzerinde etkileri olan bir sorundur (Nilsson ve ark., 2018; O'Connell ve ark., 2020). Doğum korkusunun etiyolojisi çok faktörlüdür ve kişinin kaygıya doğal yatkınlığının yanı sıra

bireysel ve sosyal özelliklerle ilgili olabilir. Annelik, kadınların psikolojik olarak doğuma yaklaşımını veya ikinci doğuma yaklaşımını etkileyen sosyo-kültürel ve sosyo-politik bir bağlam içinde gerçekleşmektedir (Lilliecreutz ve ark., 2021).

Biyolojik Nedenler: Ağrıdan korkmak ve düşük ağrı toleransı doğum korkusunun en yaygın nedenleri arasındadır. Doğum ağrısı korkusu, doğum sayısına bakılmaksızın genel olarak ağrı korkusu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve sezaryen istemenin en yaygın nedenlerinden biridir (Dencker ve ark., 2019). Doğum sırasında ağrı korkusunun genel olarak ağrı korkusuyla (yoğunluğu ne olursa olsun) yakından ilişkili olduğuna ve annelerin ağrıdan kaçınmak için sezaryene ihtiyaç duymalarının en yaygın nedenlerinden biri olarak görülmektedir (Hildingsson & Rubertsson, 2022).

Psikolojik Nedenler: Kişilik özellikleri üzerine yapılan araştırmalar, depresyon, kaygı ve düşük benlik saygısının, hamile bir kadının doğumdan korkma eğilimi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir (Hall ve ark., 2009; Akbarzadeh ve ark., 2016; Klabbers ve ark., 2016), çekingen kişiliğe sahip kadınların daha düşük öz-yeterliğe sahip olduğu bulunmuştur, bu da etkili bir şekilde doğum yapma yeteneklerine çok az güvenleri olduğunu ve doğum korkusu yaşadıklarını belirtmektedir (Klabbers ve ark., 2016). Hall ve ark., (2009) yaptığı çalışmada daha fazla "günlük stres etkeni" tanımlayan kadınların doğum korkusu düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (Hall ve ark 2009).

Sosyal Nedenler: Sosyal konular açısından bakıldığında, araştırmalar genç yaş, eğitim düzeyi düşük ve sosyal çevresi zayıf olan ya da partnerinden memnun olmadığını ifade eden kadınların doğum korkusundan etkilenme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Akbarzadeh ve ark., 2016; Sheen & Slade, 2018; Jomeen ve ark., 2021; Massae ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda primipar kadınların multipar kadınlara

oranla daha yüksek doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (Fenwick ve ark., 2009; Storksen ve ark., 2012; Rondung ve ark., 2016).

Kültürel Nedenler: Doğumla ilgili 'korku hikayeleri', özellikle primipar kadınlar için önemli bir korku nedeni olarak tanımlanmıştır ve bunlar, doğum deneyiminin korkutucu bir olay olarak yaşanma inancına katkıda bulunur (Fenwick ve ark., 2009; Sheen & Slade, 2018). Endişe verici bilgiler ağırlıklı olarak arkadaşlar, aile ve medya tarafından yayılırken sağlık profesyonelleri tarafından anlatılan hikayelerin de korku yaratma konusunda etkili olduğu görülmektedir (Dencker ve ark., 2019; Poorjandaghi ve ark., 2022).



Şekil 2.1. Doğum korkusuna neden olan faktörler

2.1.5. Doğum Korkusunun Etkileri

Doğum, gebeler için önemli sosyal ve duygusal etkileri olan korkutucu olabileceği gibi büyük bir stres kaynağı olarak da değerlendirilebilir (Nilsson ve ark., 2018). Bazı kadınlar endişelerini yönetebilir ve ek destek olmadan hamilelik ve doğum sürecini

yönlendirebilirken, giderek artan sayıda kadın, mutlu ve sağlıklı bir çocuk doğurma deneyimi yaşamalarına engel olan yeterince yüksek kaygı ve korku seviyelerine sahiptir (Nieminen ve ark., 2017). Gebelerin yaklaşık %20'si doğumdan korkmaktadır ve vajinal doğum korkusuyla sezaryen isteyen gebelerin sayısı belirgin bir şekilde artmaktadır (Nieminen ve ark., 2017; Nilsson ve ark., 2018). Doğum korkusuna odaklanma ile artan stres ve anksiyete durumlarında gebelerde uyku problemleri, kâbus görme, anksiyete, eş ve sosyal çevre ile iletişim problemleri, huzursuzluk, ağlama nöbetleri, yeme bozuklukları, fiziksel aktivitede değişimler, yorgunluk, depresyon ve günlük yaşamında etkilenmeler görülebilmektedir (Srivastava & Bhatnagar, 2019; Tata ve ark., 2022).

Korkunun ayrıca doğum sonrası depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve anne-bebek bağının bozulması risklerini arttırdığı gösterilmiştir (Striebig ve ark., 2018). Gebelik sırasında stresli ortamlara maruz kalmanın olumsuz perinatal sonuçlarla ilişkili olduğunu destekleyen çalışmaları vardır. Anksiyete yaşayan kadınların hamilelik sırasında sigara içmek, alkol almak veya gebelik kontrollerine gitmemek gibi sağlıksız davranışlarda bulunma olasılıkları ya anksiyete semptomlarını azaltmak amacıyla ya da anksiyete semptomlarına bir yanıt olarak görülebilir; bu sağlıksız davranışlar daha sonra olumsuz sonuçlarla karşılaşma riskini arttırmaktadır. Yüksek düzeyde kaygı yaşamının stres hormonlarında artışa neden olması ve bu artışın daha sonra uterin kan akışının azalmasına ve erken doğumun başlamasına neden olduğu bildirilmektedir (Striebig ve ark., 2018; Srivastava & Bhatnagar, 2019; Jomeen ve ark., 2021).

Doğumdan sonra araştırmalar, kaygılı annelerin çocuklarının birincil yaşamsal işlevlerinin etkinliğinin ortalamanın çok altında olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Anne kaygısı, erken çocukluk döneminde bebekte zihinsel ve hareket

gecikmelerinin olması ileri ki yaşlarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişmesi için de bir risk faktörü olabilir (Wigert ve ark., 2020; Wikman ve ark., 2020).

2.2. Prenatal Anksiyete

Hamilelik, kadınların artan kaygı düzeyiyle karşılaşma olasılığının daha yüksek olduğu bir dönemdir. Yüksek düzeyde stres, depresyon ve/veya anksiyete yaşayan gebeler olumsuz perinatal sonuçlar açısından yüksek risk altındadır (Yuen ve ark., 2022). Gebelikte anksiyete, prematürite, düşük doğum ağırlığı ve fetal büyüme geriliği ile ilişkili bulunmuştur ve bu da bilişsel ve sosyal gelişimsel sonuçların bozulması için risk faktörleridir (Camarneiro ve ark., 2017; Garthus-Niegel ve ark., 2019).

Kadınlardaki depresyon ve anksiyete belirtileri, kadının gebelikte, yeni doğan dönemde ve daha sonra da çocukla ilişkisi üzerinde olumsuz etki göstermiştir (Pampaka ve ark., 2018; Ekrami ve ark., 2019). Bazı kadınlar, bebekleriyle sevgi dolu bir ilişki geliştirmede uzun süreli sorunlar yaşarlar şefkat göstermeme, reddetme, ihmal gibi dürtülerin varlığını ifade ederler (Ekrami ve ark., 2019). Spesifik olarak, kadınların %20'sinin perinatal dönemde özellikle anksiyete ve depresyon olmak üzere bir ruhsal bozukluk geliştirebileceği tahmin edilmektedir (Pampaka ve ark., 2018; Tang ve ark., 2019). Bu nedenle, anne ve çocukların iyilik halini desteklemek için doğum öncesi kaygıyı erken tespit etmek ve müdahale etmek önemlidir. Bazı kadınlar hamileliği bir mutluluk, tatmin ve kendini gerçekleştirme kaynağı olarak deneyimleyebilir. Ancak diğerleri, bu dönemde zihinsel sağlıklarında kaygı gelişimi gibi değişiklikler yaşayabilir (Val & Miguez, 2023).

2.2.1. Prenatal Anksiyete İçin Risk Faktörleri

Sosyo-demografik özellikler: Sosyo-demografik değişkenler, aile uyumsuzluğu, kültür ve dil farklılıkları ve düşük eğitim seviyesi prenatal anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (Val & Miguez, 2023).

Psikososyal değişkenler: Düşük sosyal destek, ruhsal sağlık sorunları geçmişi, daha az iyimserlik ve partner gerilimi gibi çeşitli psikososyal değişkenler de doğum öncesi kaygı için risk faktörleri olmuştur. Eş gerilimi, kötü fiziksel sağlık ve planlanmamış hamilelik depresif belirtilerin yanı sıra anksiyete belirtilerini de göstermektedir (Bayrampour ve ark., 2015; Dunkel-Schetter ve ark 2016).

Obstetrik komplikasyonlar: Yüksek düzeyde prenatal anksiyete ile ilgili obstetrik komplikasyonlar arasında ilişki olduğu görülmektedir. Bunlar arasında riskli gebelik ve algılanan komplikasyon riski, gebelik anemisi, gebeliğin neden olduğu hipertansiyon sendromu ve sezaryen (Bayrampour ve ark., 2015; Dunkel-Schetter ve ark 2016).

2.3. Prenatal Bağlanma

Bağlanma temel olarak gebeliğin başlaması ile oluşmaya başlamaktadır. Prenatal bağlanma, gebeliğin ilk zamanlarından başlayıp doğumun gerçekleştiği zaman ve postpartum dönemde de devam eden anne ile bebek arasında duygusal yönden kurulan güçlü bağlardır (Yuen ve ark., 2022). Gebelikte meydana gelen psikolojik, fiziksel ve hormonal değişimler gebe kadını annelik rolüne hazırlayarak prenatal bağlanmayı başlatmaktadır (Koptur & Güner Emül, 2017). Prenatal bağlanmanın yüksek olmasının hem bebeğe hemde anneye çok sayıda faydası bulunmaktadır. Fetüs yönünden bakıldığında fiziksel ve zihinsel yönden sağlıklı bir gelişim için ihtiyaç duyulan sevgi ve

güven ortamını sağlar (Camarneiro ve ark., 2017). Gebe yönünden bakıldığında ise, anneyi ruhsal yönden destekler ve motive eder, gebeliğe ve anneliğe uyumu artırır, doğum korkusu, anksiyete riskini azaltmaktadır (Takeishi ve ark., 2019).

2.3.1. Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörler

Prenatal bağlanma gebe kadın ile bebeği arasında kurulan ilk önemli ilişkidir ve doğum sonrası anne bebek ilişkisi için belirleyicidir (Bakır & Sarızayım, 2020). Bundan dolayı prenatal bağlanmayı arttıran ve etkileyen faktörleri belirleyebilmek ve gerekli müdahaleleri planlayabilmek açısından önem taşımaktadır. Sosyo-demografik veriler, obstetrik özellikler, eş ile ilişki, sosyal destek varlığı, anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığı sorunları ve etkisiz baş etme yöntemlerinin varlığı prenatal bağlanmayı olumsuz etkilemektedir (Koptur & Güner Emül, 2017; Bakır & Sarızayım, 2020).

Yapılan çalışmalarda planlı gebelik yaşayan kadınlarda prenatal bağlanmanın daha yüksek olduğu (Camarneiro & Justo, 2017; Yuen ve ark., 2022), gebenin yaşının da prenatal bağlanmayı etkilediği ve genç yaş gebeliklerde prenatal bağlanmanın yüksek olduğu (Abasi ve ark., 2012; Garthus-Niegel ve ark., 2019), yüksek stres seviyesine sahip gebelerde düşük bağlanma ilişkisi olduğu (Hergüner ve ark., 2014; Srivastava & Bhatnagar, 2019), depresyon ve anksiyete yaşayan gebelerde olumsuz prenatal bağlanma olduğu saptanmıştır (Nath ve ark., 2020).

Araştırmalarda eşler ile olan ilişkinin ve sosyal desteklerinde prenatal bağlanma üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Karabulutlu ve ark., 2020; Küçükkaya ve ark., 2020), doğum öncesi dönemde alınan eğitimler, bilişsel terapiler, bebek hareketlerini sayma ve müzik uygulamalarının da prenatal bağlanma üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Chang

ve ark., 2015; Ekrami ve ark., 2019; Demirkan ve ark., 2020; Khalili ve ark., 2020; Alhusen ve ark., 2021).

2.4. Doğuma Hazırlık Eğitimi

Doğuma hazırlık eğitimi, hamile kadınlara doğum korkusu ve ağrısı, ağrı giderme teknikleri, doğum şekli ve ebeveynlik konularına odaklanan doğum öncesi prenatal sağlığı geliştirme yönünde sunulan eğitim faaliyetlerini içermektedir. Ebe, hemşire ya da bir doğum uzmanı tarafından verilen bir dizi seansı içermektedir (Ricchi ve ark., 2020., Shand ve ark., 2022). Amaç, hamilelik, doğum ve doğum için gevşeme eğitimi, ağrının giderilmesi için nefes alma ve gevşeme yöntemlerini, emzirme, ebeveynlik, yenidoğan bakımı ve doğum sırasında korkunu yönetmek için etkili teknikler ile ilgili bilgileri arttırmaktır (Paica ve ark., 2021). Ayrıca, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve risk azaltma hakkında verilen bilgiler doğum öncesi eğitimin önemli bir amacıdır. Aynı durumdaki kişilerle tanışmak, sosyal ağlar geliştirmek, bilgi edinmek, sorulara cevap bulmak, kaygıları azaltmak ve daha bir doğum deneyimi algısı antenatal sınıfların bir diğer amacıdır (Shand ve ark., 2022; Lewis-Jones ve ark., 2023).

Eğitim çiftleri veya tek başına kadınları içerebilir, küçük gruplar veya büyük sınıflar halinde yürütülebilir ve dersler, rol yapma eğitimi, broşürler, telefon ve/veya çevrimiçi dahil olmak üzere farklı biçimlerde olabilir ve farklı sayıda oturum içerebilir (Berlin ve ark., 2016). Az sayıda katılımcının olduğu doğum öncesi eğitim sınıflarında, anne adaylarının duygu ve kaygılarını tartışabilecekleri bir ortam yaratmak mümkündür. Ayrıca, kendi kaynaklarına ilişkin farkındalıklarını artırabilir ve onlara doğum ve ebeveynlikle başa çıkmak için önemli yeterlilikleri geliştiren problem çözme stratejileri sağlayabilir (Brixval ve ark., 2016).

Çok sayıda çalışma, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılan hamile kadınlar ve eşleri arasında stres, kaygı ve depresyon belirtilerinde önemli azalma olduğunu (Duncan ve ark., 2017; Warriner ve ark., 2018), doğum öncesi eğitimin doğum korkusunu ve doğum sonu travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını azalttığını (Gökçe İşbir ve ark., 2016; Moghaddam Hosseini ve ark., 2018), daha düşük epizyotomi oranları ve erken emzirme üzerinde olumlu etkiler olduğunu (Takeishi ve ark., 2019), kadınların doğum sürecini idare etme becerilerine dair artan güven düzeylerini (Brixval ve ark. 2016), doğum sonrası dönem ve doğum sonraki 3. ayda anne bebek uyumu üzerinde olumlu etkiler olduğunu (Takeishi ve ark., 2019) ve doğum eğitimi sınıfına katılımın sezaryen doğum insidansının azalmasıyla ilişkili bir faktör olduğunu göstermektedir (Cantone ve ark., 2017).

2.5. Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeli

Joyce Travelbee 1926 yılında doğmuş, temel eğitimini hemşirelik alanında New Orleans'taki Charity Hospital School'da tamamlamıştır. Hemşirelik alanında lisans eğitimini Lowsiana Üniversitesi'nde 1956 yılında almış. İlk olarak 1966 yılında “Interpersonal Aspects of Nursing” adıyla yayımlandı ve 1971'de yeniden yayınlandı. ABD'de Louisiana Eyalet Üniversitesi'nde Hemşirelik alanında yüksek lisans yaptı. Doktorasına 1973'te Florida'da başladı, ancak aynı yıl erken öldü. Travelbee, Hildegard E. Peplau'nun Teorisi ve Ida Orlando'nun Teorisinin yanı sıra Logoterapi'nin ve ayrıca psikanalitik ve hümanist okul kavramlarının yaratıcısı Viktor E. Frankl'ın etkileriyle güçlü bir şekilde etkilenmiştir (Fawcett, 2005; Pinherio ve ark., 2019). Bu model tarafından önerilen kişiden kişiye ilişki süreci, insan ilişkilerinde yer alan varlıkların benzersizliğini düşünen hedeflere sahiptir. Bu bağlamda hemşireler, hastaların “şimdi ve burada” sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmakta, sağlık kullanıcılarının kendi

sorunlarına ilişkin kavramlar oluşturmalarına, deneyimlerine ilişkin benlik algılarına, kendi bireyselliklerinin uyarılmasına ve ayrıca sorunlarıyla yüzleşmek, yeni olasılıklar ve/veya yeni davranış kalıpları vizyonu sağlamaktır. Hemşire, hastanın sosyal olarak bütünleşmesine, kendi hastalığında anlam bulmasına, “bunun için” aramasına yardımcı olmalıdır. Bu nedenle modelin paradigmaları kişilerarası ve bütüncül ilişkilere yönelik bakış açılarının psikososyal alana geçiş sürecini daha etkin kılacağı düşünülmektedir (Stasková & Tóthová, 2015; Pinherio ve ark., 2019).

2.5.1. İnsan İnsana İlişkiler Modelinin Temel Varsayımları

Joyce Travelbee modelinde hasta-hemşire arasında olan terapötik ilişkiye vurgu yapmakla birlikte duygusal yönden duygudaşlık ve sonrasında sempati ile ilerleyen bir bakım planına önem vermektedir. İnsan insana ilişkiler modelinin temel varsayımları şu şekilde ifade edilebilir;

Hemşire ve hasta ilişkisi hemşireliğin temel amacıdır.

İnsanlar acı-ıstırap yaşar ve sonucunda seçim yapar, bu seçimlerin sonunda yaşanan acıdan anlam çıkarır.

İnsan benzersiz bir varlıktır, kendini değiştirme ve geliştirme özelliğine sahiptir.

İnsan hasta değildir yardıma ve bakıma ihtiyacı vardır.

Hemşire ve hasta etkileşimi iletişim sayesinde başlar.

Sempati duygusu yardım etme ve sorun çözmeyi harekete geçirebilen bir duygudur.

Travelbee ye göre, hemşire ya da hasta olmak için öncelikle insan olmak ve ilişkinin insandan insana olmasıdır. İnsan ilişkileri, belirli aşamalardan geçtikçe terapötik bir ilişki haline gelir. Travelbee hemşireliğin ilk karşılaşma ile başlayarak, kimliklerin ortaya çıkması, duygudaşlık duygularının gelişmesi, ardından sempati duygusu ile hastaya

yardım etme ve son aşama olan uyum aşamasına geçtiğini belirtmektedir (McKenna, 2005; Alligood, 2014).

İlk Karşılaşma Aşaması: Hemşire-hasta bu aşamada çeşitli kişisel kimliklerin ortaya çıkmasıyla, her iki insan da karşılaşmalarında anlam bulmaya veya ilişki kurmaya çalışır. Kalıplaşmış ve eski deneyimlere dayalı ön yargılar hakimdir (McKenna, 2005; Alligood, 2014).

Kimliklerin Ortaya Çıkma Aşaması: Bu aşamada hemşire-hasta arasındaki sözsüz iletişim (mimik, hareketler, jestler, beden imajı) ve sözlü iletişim (sorular sorma, anamnez, birbirini tanımaya çalışma, bilgi toplama) türlerinin kullanılması ile kimliklerin ortaya çıkma aşamasıdır. Kalıplaşmış hemşire ve hasta rollerinden çıkarak insan olarak birbirlerinin kabul ederler (Stasková & Tóthová, 2015).

Duygudaşlık Aşaması: Hasta-hemşire birbirlerinin düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve tepkilerinin buna anlayabilirler. Duygudaşlık aşaması insandan insana olan ilişkinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi için gerekli bir kavramdır. Bir hemşirede duygudaşlık kurabilme becerisinin gelişmiş olması karşısındaki insanı anlayabilme ve bütüncül bakımı planlayabilmesi doğrultusunda çok önemlidir (Stasková & Tóthová, 2015; Pinherio ve ark., 2019).

Sempati Aşaması: Hemşire ve hasta insan-insan ilişkisi geliştirmek istiyorsa, duygudaşlık kurmak kadar sempati duymanın da önemli olduğuna kesin olarak inanmıştır. Sempati, "bir bireye sıkıntısını gidermek için yardım etme arzusu, neredeyse bir dürtü anlamına gelir. Duygudaşlık kurarken, sıcaklık ve harekete geçme dürtüsü mevcut değildir. Duygudaşlık yoluyla kişi, bir başkasının sıkıntısını ve kaynağını algılayabilir ve bundan kaynaklanabilecek davranışları tahmin etmeye çalışabilir. Bununla birlikte, sempati, bir

başkasının sıkıntısını hissetmeyi ve bu sıkıntıdan o kadar etkilenmeyi içerir ki, kişi eyleme geçmeye ve acıyı hafifletmeye çalışır (Pokorny, 2010).

Uyum Aşaması: Uyum, ilişkinin son aşaması, hemşirenin/insanın başka bir insanın acısını hafifletmek için gerekli bilgi ve becerilerine ikincil olarak kurulur. Hemşire/insan, hasta insanın benzersizliğini algılar, yanıt verir ve takdir eder (Pokorny, 2010).

2.5.2. İnsan İnsana İlişkiler Modelinin Kavramları ve Tanımları

Hemşirelik disiplininin merkezinde ilgilenilen dört olgu vardır: kişi, sağlık, çevre ve hemşirelik bu dört olgu hemşireliğin metaparadigmasını oluşturmaktadır. Joyce Travelbee'nin İnsandan İnsana ilişkiler modeli, bütünlük paradigmasına sahip kavramsal bir çerçeve oluşturmaktadır (Fawcett, 2005; Shelton, 2016).

İnsan Kavramı: Travelbee'ye göre kişi, insan olmak olarak tanımlanır. Hemşire hem hasta hem aile hem de toplum hastalık şemsiyesi altında insandır. Travelbee'ye göre "Kişi, başına kontrolünün ötesinde şeylerin geldiği olumsal bir varlıktır. Kişi acı çeker ve seçim yapar. Bu anlam arayışıyla kendini yaratır". İnsanlar benzersizdir, yeri doldurulamaz, sürekli gelişen ve etkileşim halindedir. Bundan dolayı model insanı merkeze alan bakımı savunur (Fawcett, 2005; Shelton, 2016).

Sağlık Kavramı: Sağlık kavramı hem nesnel hem de öznel olarak tanımlanır. İnsan, kendi sağlık ve hastalık algısını kendi duyguları ile algılar ve ilişkilendirir. İnsan olmak, hastalığı deneyimlemektir. Hasta olmak ve acı çekmek fiziksel, duygusal ve ruhsal bir deneyimdir. İnsana göre hastalık değerli veya kaçınılmaz olarak görebilirler. Bu durumda sıkıntının varlığı kişinin yardım araması için bir neden olmayabilir (Fawcett, 2005; Pokorny, 2010; Shelton, 2016).

Çevre Kavramı: Çevre, hastanın ihtiyacı olup olmadığını belirlemek için hemşirenin hastanın bulunduğu yerde hastayı gözlemlemesi gerektiği yer olarak tanımlanmaktadır. Tüm insanların karşılaştığı acı, ıstırap, umut ve hastalık deneyimlerini hem psikiyatri hastaları hemde toplum içinde ve hastane ortamında bulunan hastalar ile yaptığı çalışmalarda farklı çevreler ve ihtiyaçlar doğrultusunda farkındalığı kapsamaktadır (Fawcett, 2005; Pokorny, 2010; Shelton, 2016).

Hemşire Kavramı: Modele göre her şeyden önce hemşireliğin varsayımı insandan insana bir ilişki kurmaktır. Buna göre bir ilişki ancak her katılımcı diğeri benzersiz bir insan olarak algılandığında kurulur. Hemşirenin/insanın bireyi, aileyi veya toplumu hastalık ve ıstırapı önlemesi veya bunlarla baş etmesi için kolaylaştırması hemşirelik paradigması dahilindedir. Hemşire ayrıca bu deneyimlerde anlam bulmaya yardımcı olmakla sorumlu kişidir. Hasta kişilerle her türlü temas, hemşireliğin amacını gerçekleştirmeye yardımcı olmaktadır (Fawcett, 2005; Pokorny, 2010; Shelton, 2016).

2.5.3. Doğuma Hazırlık Eğitimin Model ile İlişkilendirilmesi

Travelbee hemşireliğin amacını insanın bireyi, aileyi veya toplumu hastalık ve ıstırapı önlemesi veya bunlarla baş etmesi için kolaylaştırması ayrıca deneyimlerde anlam bulmaya yardımcı olmakla sorumlu kişidir. Hasta kişilerle her türlü temas, hemşireliğin amacını gerçekleştirmeye yardımcı olmaktadır. Modele göre her şeyden önce hemşireliğin varsayımı insandan insana bir ilişki kurmaktır. Buna göre bir ilişki ancak her katılımcı diğeri benzersiz bir insan olarak algılandığında kurulur (Fawcett, 2005; Pokorny, 2010; Shelton, 2016). Travelbee hemşirelerin kendi yaşadıkları hastalık ve acı deneyimlerinden dolayı karşısındaki insanın ihtiyaçlarını fark edebilir ve acısını hissedebilir bu da hemşirenin bakım vermede daha etkili olabileceğinden bahsetmektedir. (Pokorny, 2010).

Hemşire hasta arasındaki iletişim, bütüncül ve insancıl bakımı sağlamak için gerekli kabul edilir, çünkü bu sayede, hastaları tam olarak anlayabilme, yardım edebilme ve ihtiyaçları duygusal olarak tanımlanabilmektedir (Broca & Ferreira, 2015). Sağlık bakımında hizmet veren meslekler insani ilişkileri üzerine kurulmuş olup, bakımın kalitesi ve etkinliği bakım veren kişinin iletişim becerileri ile doğrudan ilişkilidir (Gray, 2009; Bezerra ve ark., 2015).

Bu ilişkiler ilk olarak hemşire ve hastanın karşılaşması ile başlar, daha sonra ilişkinin başladığı, hemşire ve hastanın birbirinin benzersizliğini algıladığı kimliklerin ortaya çıkma aşaması, kişinin deneyimlerini paylaştığı duygudaşlık aşaması, hemşirenin hastanın acı çekmesinin nedenini azaltmak istediği sempati aşaması ve son aşama ise hemşire ve hastanın birbiriyle ilişkili düşünce ve duygulardan, başkalarına karşı ilgi ve kaygıdan, yargılayıcı olmayan bir tavırdan ve her bireye benzersiz bir insan olarak saygı ile yaklaştığı uyum aşamasından oluşmaktadır. (Parola ve ark., 2020). Hasta bakımına yönelik belirlenen amacın gerçekleştirilmesi, sıkıntının ve acının hafifletilmesi ve insanlara yardım edilebilmesi konusunda bakımın verildiği tüm sağlık alanlarında insan insana ilişkiler modelinin kullanılabileceği belirtilmektedir. (Ünal & Öz, 2008; Akyurt, 2009; Sosa ve ark., 2012). Modelin etkili bir şekilde kullanılabileceği alanlardan biriside doğum korkusu yaşayan gebelerdir.

Gebelik birçok boyutu olan bir deneyimdir ve her kadında kendine özgüdür. Yaşanan bu biyolojik süreç içinde gebelerde fizyolojik ve ruhsal olarak birçok değişikliğin olması beklenebilir. Gebelikte bu değişimlerle beraber biraz endişenin duyulması normal kabul edilmekle beraber bu değişimler anne adayının psikolojik sağlamlığını ve gebeliğe uyumunu olumsuz yönde de etkileyebilir (Kuo ve ark., 2022; Massae ve ark., 2022). Doğum, her kadın için önemli sosyal ve duygusal etkileri olan

olağanüstü bir yaşam deneyimi ve büyük bir stres olarak kabul edilir (Waldboth ve ark., 2016).

Bu nedenle bu deneyim için profesyonel bir destek ile tamamen güvenli, doğum stresi ve korkusunun daha az olduğu bir ortamda doğum gerçekleşecektir. Hemşireler etkili bir bakımın amacına ulaşabilmesi ve iyileştirici olabilmesi için insan-insana iletişim kurması gerekmektedir. İnsan insana kurulan bu iletişim beş basamakta gerçekleşmektedir. Hazırlanan bu eğitim programı da doğum korkusu olan gebelerde Travelbee'nin beş basamaklı insan-insana ilişkiler modeli temel alınarak oluşturulmuştur.

2.6. Doğum Korkusu ve Anksiyete ile Baş Etme ve Prenatal Bağlanmanın Arttırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Doğum korkusu yaşayan kadınlara yardımcı olmak için tasarlanan müdahalelerin amacı, hamilelik ve doğumla bağlantılı yoğun anksiyeteyi kontrol etmelerine yardımcı olmak ve böylece bununla ilgili belirsizlikleri ve şüpheleri kabul edebilmelerini sağlamak olmalıdır (Hildingsson & Rubertsson, 2022). Doğum korkusunu yenmenin en önemli yollarından biri, hamilelik sırasında psikolojik veya duygusal hazırlıktır. Bu nedenle özellikle sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan hemşireler gebelerin yaşadığı doğum korkusunun farkında olmalı ve oluşabilecek olumsuz durumları azaltma ve engellemede önemli bir rol üstlenmelidir (Camarneiro ve ark., 2017). Prenatal dönemde gebeliğin rahat geçirilmesi, endişe ve korkunun azalması, bilgi eksikliklerinin tamamlanması, gebenin anneliğe ve bebeğine uyumunu kolaylaştırabilir. Bunun sonucunda da gebelik, doğum ve doğumdan sonraki dönemin daha sorunsuz ve rahat bir şekilde geçmesini sağlamaktadır (Sezen & Ünsalver, 2018).

Özellikle, hemşirenin bakım desteği gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yoğunlaşmaktadır (Toohill ve ark., 2017). Hemşire hem gebeyi hem de ailesini farklı yönlerden ele almalı bakımın sürekliliğini devam ettirebilmek için hemşireler tarafından eksiksiz ve doğru anamnez almak, mevcut durumu değerlendirmek, probleme yönelik girişimler planlayabilmek ve uygun konularda danışmanlık yapması anne bakımının kalitesini etkileyebilir (Garthus-Niegel ve ark., 2019). Aynı zamanda prenatal bağlanmanın da bir süreç olduğu anne ve bebek arasında etkileşimin ve kalitenin artması yönünde de danışmanlık verebilmelidir (Teskereci ve ark., 2021). Hemşirelerin danışmanlık yaparken öncelikle din, dil, kültür ayrımı yapmadan gebenin doğum korkusu ve anksiyete düzeyini belirleyebilmeli bu doğrultuda teröpatik bir ilişki kurmalı ve kendini ifade edebilmesi için cesaretlendirmesi gerekir, bu sayede korkular, deneyimler ve şu an da yaşadığı duygu-düşünceler dile getirilebilir (Wigert ve ark., 2020).

Anne bebek arasındaki bağlanmanın oluşmaya başladığı doğum öncesi dönemde prenatal bağlanmayı azaltan faktörleri tanımada, prenatal bağlanmanın artmasını desteklemede, gebeyi anne olmaya hazırlamada hemşireler önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Koptur & Güner Emül 2017; Teskereci ve ark., 2021). Doğum korkusunu ve anksiyete düzeyinin azalması ve prenatal bağlanmanın artmasına yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında yoga destekli doğum eğitimi (Karadağ & Kırca, 2019), antenatal eğitimler (Akın ve ark., 2018), psikoeğitimler (Kordi ve ark., 2017; Toohill ve ark., 2017; Firouzan ve ark., 2020), haptonomy (Özbek & Pınar, 2022), bilişsel terapiler (Byrne ve ark., 2014; Duncan ve ark., 2017; Poorjandaghi ve ark., 2022; Tata ve ark., 2022) ve müzik eğitimleri (Chang ve ark., 2015) doğum korkusu ve anksiyete düzeylerinin azalmasında prenatal bağlanmanın artmasında etkili olmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, doğum korkusu yaşayan primipar gebelerde Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre verilen eğitimin doğum korkusu, prenatal bağlanma ve anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma ‘Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)’ raporlama kılavuzu doğrultusunda hazırlanmış ve çalışma yürütülmüştür (Clinical Trials Number: NCT05969535).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Yozgat Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’nde Haziran 2023 ve Ağustos 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Yozgat Şehir Hastanesi 475 yatak kapasiteli ve toplam 90 birimde poliklinik hizmeti vermektedir. Hastane içerisinde Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne ait poliklinik kısmında 7 adet poliklinik muayene odası yer almakta ve 6 muayene odası aktif olarak çalışmakta olup, ayrıca iki adet non stres test (NST) odası, bir adet gebe vital bulgu takip odası ve bir gebe okulu bölümü ile hizmet etmektedir. Sağlıklı ve riskli gebelikler aynı poliklinik odalarında muayene edilmektedir. Hastanede rutin gebe izlemleri yürütülmektedir (anamnez, fizik muayene, laboratuvar tetkik ve ultrasonografi (USG) takipleri). Gebe okuluna gelen gebelere 20. gebelik haftası itibari ile beş oturum doğum öncesi eğitim verilmektedir. Oturumlarda;

gebeliğin fizyolojisi, doğum eyleminin evreleri ve süreçleri, doğuma hazırlık ve doğuma yönelik nefes egzersizleri, kasılmalar ile baş etme, yenidoğan bakımı, anne sütü ve emzirme eğitimi ve aile planlamasına yönelik eğitimler verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evreni, Yozgat Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine Haziran 2023 – Ağustos 2023 tarihleri arası muayeneye gelen 20. ve 34. haftalar arası olan primipar gebeler oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örnekleminin büyüklüğü ve güç değerinin hesaplanmasında G*Power version 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Örneklem genişliği hesaplamasında Uçar ve Gölbaşı' nın yapmış olduğu çalışma referans olarak alınmıştır (Uçar & Gölbaşı, 2019). Yapılan G power analizine göre %5 hata payı, %95 güç (evreni temsil etme) ve 1,031 etki büyüklüğü ile her iki grupta 26 toplam 52 olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde çalışmanın asıl parametresi olarak kullanılan W-DEQ A versiyonundan orta ve üstü düzey doğum korkusu puanı alan gebelerin seçimi yapılmıştır. Yapılan literatür incelemesinde doğum korkusu gebeliğin 20. haftasından itibaren başlayıp gebelik süresince de artmaktadır (Striebach ve ark., 2018). Bundan dolayı çalışmaya 20. gebelik haftası ve bu haftadan büyük olan gebeler alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden kayıplar göz önüne alınarak örneklem büyüklüğü her iki grup için 34 olmak üzere 68 katılımcı olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1).

Uygulama aşamasında deney grubunda bulunan bir gebe eğitim programını yarıda bıraktığı için, bir gebe tıbbi endikasyon (kolestaz) nedeni ile hastaneye yatırıldığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubunda ise üç gebe çalışmadan çekilmek istedikleri için, bir gebe ise şehir dışına taşındığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Deney grubunda 32, kontrol grubunda 30 primipar gebe olmak üzere toplamda 62 gebe ile çalışma tamamlanmıştır (Şekil 3.1.)

Tablo 3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

18 yaş ve üzeri olmak	En az ilkokul mezunu olmak
Son adet tarihine göre ya da son adet tarihini bilmeyen gebeler için USG verileri ile yapılan hesaplamalarda 20-34 haftalar arasında olmak	Wijma doğum beklentisi / deneyimi ölçeği A versiyonundan orta düzey ve üstü puan almak
Tek ve canlı gebeliği bulunmak	İlk gebeliğin olması
Araştırmaya katılmayı kabul etmesi	İletişim kurmakta güçlük çekmeyen
İnfertilite tedavisi olmayan	Riskli gebelik veya vajinal doğum için herhangi bir tıbbi endikasyonu olmayan

3.4. Kontrol ve Deney Grubunun Oluşturulması

Rutin gebelik muayenesine gelen gebelerle tanışılarak araştırma kriterine göre ilk gebelik olup olmadığı değerlendirildikten sonra araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan gebelerden kabul edenlere Kişisel Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu ölçeği doldurtulmuştur. Ölçekten orta ve üstü doğum korkusu puanı alan gebelere çalışma hakkında bilgi verilerek gönüllü onam formu sözlü ve yazılı olarak izinleri alınmıştır. Bunun yanı sıra gebelerin isim soy isim, son adet tarihine göre tahmini doğum tarihi ve iletişim bilgilerini içeren bir liste hazırlanmıştır.

3.4.1. Randomizasyon

Katılımcıların gruplara atanmasında tabakalı randomizasyon tekniği kullanılmıştır. Gebelerden alınan verilere göre (eğitim durumu, yaş ve doğum korkusu düzeyi)

homojenliğı sağlamak için tabakalama randomizasyon tekniğinden yararlanılmıştır. Uygulamada gebeler yaş (18-24 ve 25 ve üstü), eğitim durumu (ilköğretim+lise ve üniversite) ve doğum korkusu düzeyine (orta düzey, şiddetli düzey ve klinik düzey) göre tabakalandırma yapılmıştır. Yapılan tabakalama sonrası primipar gebelerin özelliklerine göre 12 grup olarak tabakalama yapılmıştır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Gebelerin Yaş, Eğitim Durumu ve Doğum Korkusu Seviyelerine Göre Tabakalanması

Yaş	Eğitim Düzeyi	Doğum Korkusu Seviyesi
18-24	İlköğretim+Lise	Orta Düzey
18-24	İlköğretim+Lise	Şiddetli Düzey
18-24	İlköğretim+Lise	Klinik Düzey
18-24	Üniversite	Orta Düzey
18-24	Üniversite	Şiddetli Düzey
18-24	Üniversite	Klinik Düzey
25 Yaş ve Üstü	İlköğretim+Lise	Orta Düzey
25 Yaş ve Üstü	İlköğretim+Lise	Şiddetli Düzey
25 Yaş ve Üstü	İlköğretim+Lise	Klinik Düzey
25 Yaş ve Üstü	Üniversite	Orta Düzey
25 Yaş ve Üstü	Üniversite	Şiddetli Düzey
25 Yaş ve Üstü	Üniversite	Orta Düzey

Grupların ataması için araştırmacı dışında belirlenen bir kişi tarafından oluşturulan tabakalamada grup içinde bulunan gebelere rastgele numaralar verilmiştir. Bu numaralar ile www.randomizer.org sitesi kullanılarak deney ve kontrol gruplarına atamalar yapılmıştır. Randomizasyon yapıldıktan sonra grup içi homojeniteyi doğrulamak amacı ile deney ve kontrol gruplarında yaş, doğum korkusu ve eğitim

seviyesine göre ki-kare testi ile karşılaştırma yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Gebelerin Yaş, Eğitim Durumu ve Doğum Korkusu Seviyelerine Göre Dağılımı

Gebelerin Özellikleri	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=30)		Toplam Grup (n=62)		Test
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
18-24 yaş	15	46,9	13	43,3	28	45,2	$X^2= 0,078$ $p=0,779$
25 yaş ve üstü	17	53,1	17	56,7	34	54,8	
Eğitim Seviyesi							
İlköğretim + Lise	18	56,2	15	50,0	33	53,2	$X^2= 0,057$ $p=0,812$
Üniversite	14	43,8	15	50,0	29	46,8	
Doğum Korkusu Düzeyi							
Orta düzey	10	31,3	9	30,0	19	30,6	$X^2= 0,041$ $p=0,980$
Şiddetli düzey	12	37,5	12	40,0	24	38,8	
Klinik düzey	10	31,3	9	30,0	19	30,6	

Tablo 3.3'te deney ve kontrol grubundaki gebelerin yaş, eğitim ve doğum korkusu seviyelerine göre dağılım verilmiştir. Gebelerin %45,2'sinin 18-24 yaş grubunda, %54,8'inin 25 yaş ve üzeri olduğu, %53,2'sinin ilköğretim+lise mezunu, %46,8'inin üniversite mezunu olduğu, %30,6'sının orta seviye doğum korkusu yaşadığı, %38,8'inin şiddetli seviye doğum korkusu yaşadığı ve %30,6'sının klinik seviye doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol gruplarında bulunan gebelerin eğitim durumu, yaş ve doğum korkusu düzeyleri açısından bakıldığında aralarında istatistiksel anlamda önemli fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

3.4.2. K rleme

Tek k rleme yöntemine göre çalışmada kontrol ve deney gruplarının, çift k rleme yöntemine göre ise kontrol ve deney grupları ile birlikte araştırmacılarında yapılan müdahaleler hakkında bilgi sahibi olmamasını ifade etmektedir (Sümbüloğlu ve ark., 2007). Araştırma kapsamında yer alan araştırmacının Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre eğitim vermesi, doğum korkusu, prenatal bağlanma ve anksiyeteye yönelik veri toplaması ve bu verilerin analizinde yer alması nedeni ile çift k rleme için uygun değildir. Ancak deney ve kontrol gruplarına gebeler randomizasyon yöntemi ile atandığı ve bireylerin birbiriyle etkileşiminin olmaması ve hangi grupta olduğunu bilmemesinden dolayı tek taraflı k rleme yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: prenatal bağlanma envanteri toplam puanı, wijma doğum beklentisi / deneyimi  l eği A versiyonu puanı, beck anksiyete  l eği toplam puanı.

Bağımsız değişkenleri: Çalışma kapsamında Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre hazırlanan psikoeğitim

Kontrol değişkenleri: Gebelerin yaş, gelir ve eğitim düzeyi, çalışma ve sosyal güvence durumu, aile tipi, yaşadığı bölge, gebelik haftası, evlenme yaşı ve obstetrik özellikleri kontrol değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Poliklinik muayenesine gelen gebelere ilk olarak araştırma kriterlerine uygunluğunu belirlemek için Kişisel Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi  l eği A

Versiyonu doldurtularak bu ölçekten orta düzey ve üstü puan alan gebelerde çalışma kriterlerine göre uygun olanlara ve çalışmayı kabul eden gebelere Prenatal Bağlanma Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK 1): Araştırma kapsamında ilk gebeliği olan kadınlarda yaş, eğitim düzeyi, medeni hali, gelir düzeyi, evlenme yaşı ve obstetrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Sosyodemografik Veri Toplama Formu” kullanılmıştır (Uğurlu ve Çoban, 2022; Özbek ve Pınar, 2022).

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (EK 2): Prenatal bağlanma envanteri gebelerin yaşadıkları düşünceleri, duyguları, açıklamak ve anne bebek bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla, 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Yılmaz ve Beji tarafından 2013 yılında geçerlilik-güvenirlilik yapılmıştır. Envanter 20- 40. Gebelik haftasındaki gebelere uygulanmaktadır. Ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 21, en fazla 84 puan alınabilmektedir alınan puanın artması bebeğine bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Yılmaz ve Beji çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,84 olarak belirtilmiştir (Dereli Yılmaz & Kızılkaya Beji, 2013). Bu çalışmaya ait Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu (EK 3): Gebelerin doğum korkusunu ve stresini belirlemek üzere Wijma ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olup Körükçü ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. W-DEQ A versiyonu 33 maddeden oluşan 6 lı likert tipi bir ölçektir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165’dir. Ölçekte bulunan

negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Puanının yüksek olması yüksek düzeyde doğum korkusunu göstermektedir. 0-37 puan hafif düzeyde korkuyu, 38-65 puan orta düzeyde korkuyu, 66-84 puan şiddetli düzeyde korkuyu ve 85 ve üzeri puan = klinik düzeyde korkuyu göstermektedir. Kesme noktası 85'tir. 85 ve üzeri puan, klinik düzeydeki doğum korkusunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri primipar gebeler için 0,88, multipar gebeler için 0,90 olarak bulunmuştur (Körükçü ve ark., 2012). Bu çalışmaya ait Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK 4): Beck ve ark. tarafından 1988'de anksiyete belirtilerini ölçmeye ve anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koymak için geliştirilmiş ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmaları Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte en düşük 0 en yüksek 63 puan alınmaktadır. Her madde için "Hiç", "Hafif Derecede", "Orta Derecede", "Ciddi Derecede" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar, 3 madde de hem somatik hem kavrama semptomlarını simgelemektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,93 bulunmuştur (Ulusoy ve ark., 1996). Bu çalışmaya ait Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma üç ayrı aşama çerçevesinde yürütülmüştür.

1. Aşama: Hazırlık aşaması

Hazırlık aşamasında “Doğum Korkusunu Azaltmaya Yönelik Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeli Temelli Eğitim Programı”

“Doğuma Hazırlık Eğitimi” rehberi geliştirilmiştir.

2. Aşama: Eğitim programının ön uygulama aşaması
3. Aşama: Eğitim programının uygulama aşaması

3.7.1. Hazırlık Aşaması

Eğitim Programının Hazırlanma Süreci

Eğitim programı doğuma hazırlık kapsamında ilk gebeliğini yaşayan kadınlarda doğum korkusu ile baş etmelerini sağlamak, doğum korkusunun neden olduğu olumsuz duygu durumu belirlemek ve etkilerini azaltmak prenatal bağlanmayı arttırmak amacıyla yapılmış çalışmalar ve eğitim içerikleri incelendi ve bu doğrultuda eğitim planı oluşturuldu (Brixval ve ark., 2016; Kordi ve ark., 2017; Firouzan ve ark., 2020; Lewis-Jones ve ark., 2023). Çalışmanın eğitim içeriği Travelbee insan insana ilişkiler modelinin beş basamağı (tanışma, kimliklerin ortaya çıkması, duygudaşlık, sempati, uyum aşaması) doğrultusunda oluşturulmuştur. Bu basamaklar oluşturulurken literatür doğrultusunda psikoeğitim yaklaşımları incelendi bu yaklaşımlar içinde bulunan işlevsel olmayan düşünceleri fark ettirme, soru sorma, otomatik düşünceleri fark ettirme, egzersizler ve geri bildirim teknikleri incelenerek eğitim içeriğinde kullanılmıştır (Kordi ve ark., 2017; Toohill ve ark., 2017; Ricchi ve ark., 2020; Firouzan ve ark., 2020; Metinoğlu ve ark., 2021). Oluşturulan eğitim içeriği ile ilgili olarak ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanından iki Prof., iki Doç., dört Dr. Öğr. Üyesi ile psikiyatri alanından bir Dr. Öğr. Üyesi ile görüşülerek uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda eğitim saatleri, oturumlardaki gebe sayılarının belirlenmesi konusunda düzenleme yapılmıştır.

Her bir uzman tarafından eğitim içeriğinin uygunluğu konusunda onay alınmıştır ve eğitim içeriğinde değişikliğe gidilmemiştir.

Hazırlanan Eğitim Programının Amacı

Eğitim programı doğuma hazırlık kapsamında ilk gebeliğini yaşayan kadınlarda doğum korkusu ve bu korkunun neden olduğu olumsuz duygu durumu fark edip bununla baş etmelerini sağlamak, prenatal bağlanmanın önemini fark ettirip bağlanmayı arttırmaktır. Grup sürecinde eğitime katılan gebelere verilen eğitim içeriğinin temel konuları;

- ✓ Gebeliğin ve doğum algısının tanımlama ve değerlendirilmesi
- ✓ Doğuma hazırlık sınıflarının önemi
- ✓ Doğum korkusu ve anksiyetenin değerlendirilmesi
- ✓ Doğuma yönelik inanç ve tutumların değerlendirilmesi
- ✓ Doğum korkusu ve normalleşmesinin değerlendirilmesi ve bireysel tepkiler
- ✓ Doğuma hazırlık aşaması ve prenatal bağlanmanın önemi
- ✓ Doğum korkusu ve normalleşme sosyal desteklerin varlığının değerlendirilmesi
- ✓ Bebek bakımında iletişim ve iş birliğinin değerlendirilmesi

3.7.2. Ön Uygulama

Ön uygulama, 15 primipar gebe ile eğitim programına başlandı ancak bir gebenin ulaşım sıkıntısı yaşaması ve iki gebenin eğitim süresini uzun bularak çalışmadan çekilmek istemeleri ile çalışmadan çıkarılmıştır. 12 primipar gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Eğitimin süresi, anlaşılabilirliği, konuların uygunluğu ve doğum korkusu üzerine etkisi ile üzerinde değişiklik yapılabilecek konuları değerlendirmek amacı ile

haftada iki kez olmak üzere 4 hafta eğitim uygulanmıştır. Ön uygulama ile konularda değişiklik yapılmamıştır ancak önceden belirlenen eğitim sürelerinde değişiklik yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan gebeler araştırmanın deney ve kontrol gruplarında yer almamıştır.

3.7.3. Eğitim Programının Uygulanması

Araştırma verileri 2023 Haziran ve 2023 Ağustos tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanenin, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine gelerek rutin gebelik takibi için başvuran 368 gebe ile görüşülmüş ve ardından dâhil edilme kriterlerine yönelik uygunluklarına karar verilmiştir. Dâhil edilme kriterlerine göre uygunluklarına karar verilen 216 gebe çalışmaya davet edilmiştir. 148 gebe çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 68 gebeden yazılı ve sözlü olarak gönüllü onamları alınmıştır. Buna göre 68 primipar gebenin tabakalı randomizasyon yöntemi kullanılarak deney kontrol gruplarına ayrılması sağlanmıştır.

Deney Grubu Eğitim Programının Uygulanması

Araştırma dâhilinde deney grubunda yer alan primipar gebeler ile görüşülerek eğitimin yapılacağı yer, zaman ve saat konusunda uygunluk belirlenmiştir. Eğitimler bütün gebeler ile görüşülüp herkes için uygun saat ve gün belirlendikten sonra hastanenin gebe eğitim okulunda eğitimlerin olmadığı günler planlanarak yapılmıştır. Doğum Korkusu ve Anksiyeteyi Azaltmaya Prenatal Bağlanmayı Arttırmaya Yönelik Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeli Temelli Eğitim Programı 20. ve 34. haftalar arasında bulunan gebelere haftada iki kez olmak üzere dört hafta boyunca toplam sekiz oturumluk eğitim programı uygulanmıştır (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Eğitim Programının İşleyiş Süreci

Grup no	Gebe sayısı	Tarih	Saat	Oturum sayısı
1.Grup	11	24 Temmuz	10.00	1
2.Grup	11	24 Temmuz	14.00	1
3.Grup	12	25 Temmuz	13.00	1
1.Grup	11	27 Temmuz	10.00	2
2.Grup	11	27 Temmuz	14.00	2
3.Grup	12	28 Temmuz	13.00	2
1.Grup	11	31 Temmuz	10.00	3
2.Grup	11	31 Temmuz	14.00	3
3.Grup	12	01 Ağustos	13.00	3
1.Grup	10	03 Ağustos	10.00	4
2.Grup	11	03 Ağustos	14.00	4
3.Grup	12	04 Ağustos	13.00	4
1.Grup	10	07 Ağustos	10.00	5
2.Grup	11	07 Ağustos	14.00	5
3.Grup	12	08 Ağustos	13.00	5
1.Grup	10	10 Ağustos	10.00	6
2.Grup	11	10 Ağustos	14.00	6
3.Grup	11	11 Ağustos	13.00	6
1.Grup	10	14 Ağustos	10.00	7
2.Grup	11	14 Ağustos	14.00	7
3.Grup	11	15 Ağustos	13.00	7
1.Grup	10	17 Ağustos	10.00	8
2.Grup	11	17 Ağustos	14.00	8
3.Grup	11	18 Ağustos	13.00	8

1.Oturum İlk Karşılaşma Aşaması (Tanışma)

- ⇒ Oturum hedeflerinin açıklanması
- ⇒ Oturuma uygun etkinliğin yapılması
- ⇒ Grup üyelerinden gruba yönelik beklentilerin ifade edilmesi
- ⇒ Grup kurallarının netleştirilmesi
- ⇒ Ön test verilerinin alınması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

2.Oturum Kimliklerin Ortaya Çıkması (Grup Üyelerinin Birbirini Tanımaları ve Grubun Amacının Farkında Olmaları)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi

- ⇒ Grup üyeleri ile ısınma etkinliğinin yapılması
- ⇒ Gebelerden kendi gebelik sürecine yönelik değerlendirmelerin yapılması
- ⇒ Doğuma yönelik hazırlık sınıflarının öneminin anlatılması
- ⇒ Gebelere vajinal ve sezaryen doğumun olumlu ve olumsuz yönleri hakkında liste hazırlamalarının istenmesi
- ⇒ Geribildirimlerin yapılması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

3.Oturum Duygudaşlık Aşaması (Doğum Eylemini Tanıma ve Değerlendirme Doğuma Yönelik Yanlış Bilgi, İnanç ve Tutumları Değerlendirme)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi
- ⇒ Grup üyeleri ile ısınma etkinliğinin yapılması
- ⇒ Önceki oturumda yapılması istenen ev egzersizi hakkında tartışmanın yapılması
- ⇒ Doğum hakkında bilinenlerin konuşulması doğrular ve yanlışlar hakkında tartışılması
- ⇒ Gebeliğin oluşumu, fizyolojisi, doğumun başlama belirtileri, evreleri ve doğum çeşitlerinin açıklanması
- ⇒ Doğum korkusunu tanımlama ve şiddetine yönelik egzersiz verilmesi
- ⇒ Oturumun özetlenmesi
- ⇒ Geribildirimlerin yapılması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

4.Oturum Duygudaşlık Aşaması (Doğum Korkusunu Tanımlama ve Değerlendirme)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi
- ⇒ Grup üyeleri ile ısınma etkinliğinin yapılması

- ⇒ Önceki oturumda yapılması istenen egzersiz hakkında tartışmanın yapılması
- ⇒ Doğum korkusu hakkındaki düşüncelerin ve neden olan sebeplerin sorgulanması
- ⇒ Doğum korkusuna yönelik literatür sunumu yapılması
- ⇒ Kasılmalara yönelik senaryoların oluşturulması ve gebelerden cevaplamalarına yönelik egzersiz verilmesi
- ⇒ Oturumun özetlenmesi
- ⇒ Geribildirimlerin yapılması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

5.Oturum Sempati Aşaması (Doğum Kasılmaları ile Baş etme)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi
- ⇒ Grup üyeleri ile ısınma etkinliğinin yapılması
- ⇒ Önceki oturumda yapılması istenen egzersiz hakkında tartışmanın yapılması
- ⇒ Gebeliğe yönelik yapılabilecek kegel egzersizi ve nefes egzersizlerinin anlatılması
- ⇒ Doğum kasılmalarına yönelik uygun egzersizleri uygulama yapılarak canlandırma ve duygu, düşünceler hakkında tartışılması
- ⇒ Egzersizleri günlük olarak evde düzenli yapmaları konusunda egzersiz verilmesi
- ⇒ Gebelere hoş giden anları kaydetmeleri karnına dokunması ve bebeği ile konuşması ve bu anlara yönelik duygu düşüncelerini yazmalarına yönelik egzersiz verilmesi
- ⇒ Oturumun özetlenmesi
- ⇒ Geribildirimlerin yapılması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

6.Oturum Sempati Aşaması (Doğuma Hazırlık ve Prenatal Bağlanmanın Önemi)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi
- ⇒ Grup üyeleri ile ısınma etkinliğinin yapılması
- ⇒ Önceki oturumda yapılması istenen egzersiz hakkında tartışmanın yapılması
- ⇒ Doğuma hazırlıkta yapılması gerekenlerin tartışılması
- ⇒ Prenatal bağlanma konusunda literatür sunumu yapılması
- ⇒ Müzik dinletisi yapılarak bebeğinin görünümünü hayal etme ona yönelik duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi
- ⇒ Bebeğin hareketlerini sayma ve onları kaydetme konusunda egzersiz verilmesi
- ⇒ Oturumun özetlenmesi
- ⇒ Geribildirimlerin yapılması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

7.Oturum Uyum Aşaması (Gebelik Süreci ve Sosyal Desteklerin Varlığı Bebek Bakımının Değerlendirilmesi)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi
- ⇒ Grup üyeleri ile ısınma etkinliğinin yapılması
- ⇒ Önceki oturumda yapılması istenen egzersiz hakkında tartışmanın yapılması
- ⇒ Gebelik sürecinde herhangi bir sıkıntı yaşanması durumunda kimden destek isteyeceği ve kendini nasıl hissedeceğinin tartışılması
- ⇒ Bebek bakımı konusunda doğru-yanlışların ve korkuların tartışılması
- ⇒ Anne sütünün önemi ve gerekliliğinin açıklanması
- ⇒ Maket bebek ile bakım konusunda alıştırımlar yapılması ve kendisini nasıl hissettiğinin tartışılması

- ⇒ Müzik dinletisi ile hayali sarılma ve emzirmeyi hayal etme ve buna yönelik düşüncelerin tartışılması
- ⇒ Oturumun özetlenmesi
- ⇒ Geribildirimlerin yapılması
- ⇒ Sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi

8.Oturum Değerlendirme (Gruba Yönelik Geri Bildirim Alma ve Sonlandırma)

- ⇒ Önceki oturumun özetlenmesi
- ⇒ Gebelerin gruba ve oturumlara yönelik düşüncelerinin alınması
- ⇒ Grup oturumlarının sonlandırılması
- ⇒ Son test verilerinin alınması

Kontrol Grubu

Araştırma kapsamında kontrol grubunda yer alan 20. ve 34. haftalar arasında gebelere rutin hastane uygulamalarının dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Eğitim programı başlamadan önce ve bittikten sonra kontrol grubu üyelerinden Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (WDEQ) A Versiyonu, Prenatal Bağlanma Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği doldurtulmuştur. Eğitimlerden sonra eğitimi isteyen kontrol grubu üyelerine de deney grubunda verilen eğitimler verilmiştir.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler Yozgat Şehir Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğe gelen gebelerle poliklinik muayeneleri öncesi ya da sonrasında tanışılarak araştırma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmayı kabul eden gebelere tanıtıcı bilgi formu ve Wijma doğum beklentisi / deneyimi ölçeği A versiyonu doldurtulmuştur. Bu ölçekten doğum korkusu

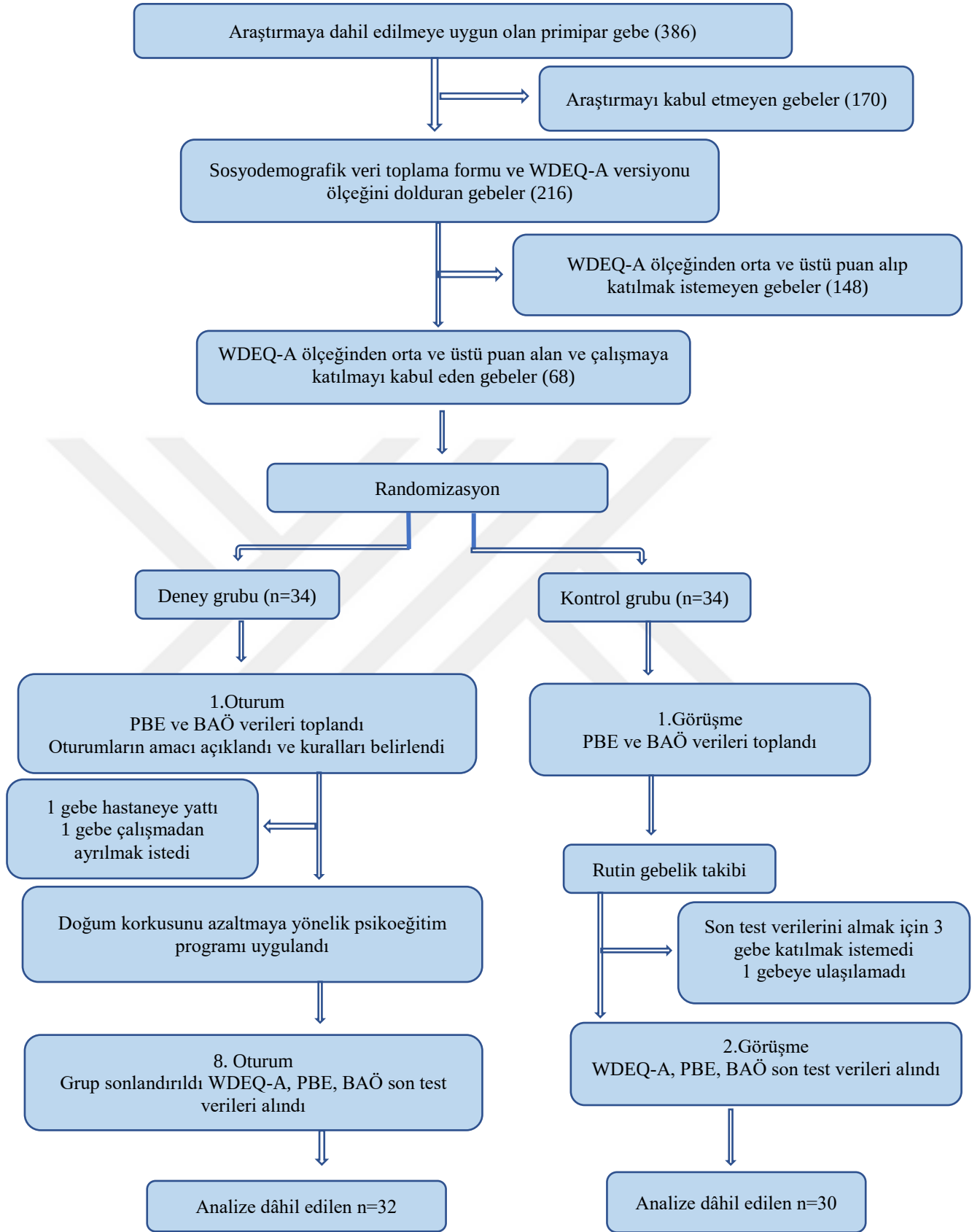
puanı orta ve üzeri olan gebeler arasından araştırmayı kabul eden gebeler seçilmiştir. Kabul eden gebelerden iletişim bilgileri alınmıştır. Grup içi homojenliği sağlamak için tabakalı randomizasyon yolu ile deney kontrol grupları oluşturulmuştur ve birinci oturumda ön test veri toplama araçlarından olan Prenatal Bağlanma Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği doldurulmuştur. Araştırma kapsamında hazırlanmış olan eğitim programı deney grubunda bulunan gebelere haftada iki oturum toplamda sekiz oturum şeklinde girişim uygulanmış, kontrol grubu ise rutin izlemine devam etmiştir. Eğitim programı tamamlandıktan sonra son test verilerini almak için Prenatal Bağlanma Envanteri, Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği A Versiyonu, Beck Anksiyete Ölçeği son oturumda tekrar uygulanmıştır. Homojenliği sağlamak ve süreyi uygun bir biçimde kullanabilmek amacıyla deney grubunda bulunan gebeler üç grup olacak şekilde ayrılmıştır. Son test ölçekleri uygulandıktan sonra deney grubuna yapılan eğitim programı kontrol grubunda eğitime katılmak isteyen gebelere uygulanmıştır. Randomize kontrollü yapılan çalışmaların verilerinin raporlandırılmasında bütünlük, şeffaflık ve açıklığın kolaylaştırılması amacı ile çalışmanın her aşamasının CONSORT akış şeması Şekil 3.1’de gösterilmektedir.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma ve yüzde şeklinde gösterilmiştir Öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında homojeniteyi belirlemek amacıyla ki kare testi ve marjinal homojenite testi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi, aynı grubun karşılaştırmalarında bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki pearson

korelasyon testi ile değerlendirmiş ve eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla regresyon tesleri kullanılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.





Şekil 3.1. Çalışma CONSORT Akış Şeması

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik yönden uygun olup yapılabilmesi için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 5) onayı (83116987-174) ve araştırmanın Yozgat Şehir Hastanesinde yapılabilmesi için Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 6) kurum izni alınmıştır (E-16180230-772.02-215578321). Araştırma öncesi deney ve kontrol grubunda bulunan tüm gebelerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK 7) okunarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.11. Araştırmaya Yönelik Sınırlılıklar

Araştırmaya yönelik sınırlılıklar aşağıda ifade edilmiştir.

- ⇒ Yozgat Şehir Hastanesi içinde bulunan gebe okulu sadece mesai saatlerinde açık olmasından kaynaklı çalışan gebeler ve eğitimin olduğu günler izin alamayan gebeler çalışmaya katılamamıştır.
- ⇒ Araştırmada çift körleme yapılamamıştır.
- ⇒ Elde edilen sonuçlar gebelerin kendi ifadelerinden oluşmaktadır.
- ⇒ Araştırma için seçilen örneklem Yozgat il sınırlarında ikamet eden ve kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran primipar gebelerden oluştuğu için sadece bu gruba genellenebilir.
- ⇒ Araştırma çerçevesinde verilen eğitimin doğum esnasında değerlendirilememesi sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre doğum korkusu yaşayan gebelere verilen eğitiminin doğum korkusu, prenatal bağlanma ve anksiyeteye etkisini incelemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen veriler ele alınmıştır. Deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin sosyodemografik özellikleri ile birlikte bu özelliklerin gruplar arasında fark olup olmadığı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1’de, deney grubundaki gebelerin %46,9’ unun 18-24 yaş, %56,2’si lise ve altı eğitim, %81,3’ü çalışmıyor, %90,6’sının geliri giderine denk ya da fazla, %71,9’ u çekirdek aile, %68,8’i ilde yaşıyor ve %84,4’ü 18-24 yaş aralığında evlendiğini ifade etmiştir. Kontrol grubunda ise gebelerin %43,3’ ünün 18-24 yaş, %43,3’ ünün 25-34 yaş, %50’si lise ve altı, %50’si üniversite ve üzeri, %63,3 çalışmıyor, %96,7’si gelirin giderine denk ya da fazla, %73,3’ ü çekirdek aile, %53,3’ü köy-kasaba-ilçede yaşıyor ve %76,7’si 18-24 yaş aralığında evlendiğini ifade etmiştir. Hem deney hem de kontrol grubu arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=62)

Sosyodemografik Özellikler		Çalışma Grupları				χ^2	p
		Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=30)			
		n	%	n	%		
Yaş	18-24	15	46,9	13	43,3	0,259	0,879
	25-34	14	43,8	13	43,3		
	35 Ve Üzeri	3	9,4	4	13,3		
Eğitim durumu	Lise ve Altı	18	56,2	15	50,0	0,057	0,812
	Üniversite ve Üzeri	14	43,8	15	50,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	18,7	11	36,7	1,678	0,195
	Çalışmıyor	26	81,3	19	63,3		
Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Az	3	9,4	1	3,3	-	0,613#
	Gelirim Giderime Denk-Fazla	29	90,6	29	96,7		
Aile Tipi	Geniş Aile ve Diğerleri	9	28,1	8	26,7	0,001	0,999
	Çekirdek Aile	23	71,9	22	73,3		
Yaşadığı Yer	Köy Kasaba İlçe	10	31,3	16	53,3	2,260	0,133
	İl	22	68,8	14	46,7		
Evlenme Yaşı	18-24	27	84,4	23	76,7	0,199	0,656
	25-34	5	15,6	7	23,3		

Veriler n ve % şeklinde gösterilmiştir.

 χ^2 :Ki-Kare Testi

#: Fisher Kesin Ki-Kare Testi

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=62)

Obstetrik Özellikler		Çalışma Grupları				χ^2	p
		Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=30)			
		n	%	n	%		
Gebelik Haftası	21-26 Hafta	13	40,6	10	33,3	0,110	0,741
	27 Hafta ve Üzeri	19	59,4	20	66,7		
Bebek Cinsiyeti	Kız	19	59,4	17	56,7	0,001	0,999
	Erkek	13	40,6	13	43,3		
İstenilen Cinsiyet mi?	Evet	17	53,1	16	53,3	0,001	0,999
	Hayır	15	46,9	14	46,7		
İstemli Gebelik mi?	Evet	20	62,5	14	46,7	0,993	0,319
	Hayır	12	37,5	16	53,3		
Doğum Hakkında Bilgi Var mı?	Var	20	62,5	16	53,3	0,224	0,636
	Yok	12	37,5	14	46,7		
Var ise Nerden?	İnternet-Kitap- Doktor	4	20,0	4	23,5	-	0,999#
	Çevreden	16	80,0	13	76,5		
Gebelik Kontrolü	Düzenli Geliyorum	15	46,9	11	36,7	0,310	0,578
	Düzenli Gelmiyorum	17	53,1	19	63,3		
Doğum Ağrısı Korkusu	Evet	23	71,9	20	66,7	0,029	0,866
	Hayır	9	28,1	10	33,3		
Sıkıntıda Destek	Eş	14	43,8	15	50,0	0,057	0,812
	Anne	18	56,3	15	50,0		
Gebeliğe Bağlı Günlük Sorun	Evet	17	53,1	21	70,0	1,215	0,270
	Hayır	15	46,9	9	30,0		
Gebelik Süresince Evlilikte Sorun	Evet	11	34,4	14	46,7	0,528	0,467
	Hayır	21	65,6	16	53,3		
Gebelik Haftası	Deney Grubu (n=32) M±SS		Kontrol Grubu (n=30) M±SS				
	27,16±2,72		27,43±2,37				

Veriler n ve % şeklinde gösterilmiştir.

 χ^2 :Ki-Kare Testi

#: Fisher Kesin Ki-Kare Testi

Tablo 4.2 de deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin obstetrik özellikleri verilmiştir. Bu tabloya göre deney grubunda bulunanların gebelik haftası ortalaması $27,16 \pm 2,72$, kontrol grubunda bulunanların ise $27,43 \pm 2,37$ olarak bulunmuştur. Deney grubundaki gebelerin %59,4'ü 27 hafta ve üzeri, %59,4'ü kız bebek beklemekte, %53,1'i bebeğinin istediği cinsiyette olduğunu, %62,5'i istemli gebelik olduğunu, %62,5'i doğum hakkında bilgisi olmadığını, %53,1'i gebelik takiplerine düzenli gitmediğini, %71,9'u doğum ağrısından korktuğunu, %53,1'inin gebeliğe bağlı günlük işlevlerde sorun yaşadığını ve %34,4'ü de gebelik süresince evliliğinde sorun yaşadığını belirtmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %66,7'si 27 hafta ve üzeri, %56,7'si kız bebek beklemekte, %53,3'ü bebeğinin istediği cinsiyette olduğunu, %53,3'ü istemsiz gebelik olduğunu, %53,3'ü doğum hakkında bilgisi olmadığını, %63,3'ü gebelik takiplerine düzenli gitmediğini, %66,7'si doğum ağrısından korktuğunu, %70'i gebeliğe bağlı günlük işlevlerde sorun yaşadığını ve %46,7'si de gebelik süresince evliliğinde sorun yaşadığını belirtmiştir. Hem deney hem de kontrol grubu arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Eğitim Programı Öncesi- Sonrası Doğum Korku Düzeylerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı (n=62)

		Grup		χ^2	p
		Deney (n=32)	Kontrol (n=30)		
WDEQ-A Eğitim Öncesi Korku Düzeyi	Orta Düzey	10(31,3)	9(30,0)	0,041	0,980
	Şiddetli Düzey	12(37,5)	12(40,0)		
	Klinik Düzey	10(31,3)	9(30,0)		
WDEQ-A Eğitim Sonrası Korku Düzeyi	Hafif Düzey	7(21,9) ^a	(-) ^b	47,856	<0,001*
	Orta Düzey	23(71,9) ^a	2(6,7) ^b		
	Şiddetli Düzey	2(6,3) ^a	11(36,7) ^b		
	Klinik Düzey	(-) ^a	17(56,7) ^b		
Mh,p		4,901;<0,001* 3,873;<0,001*			

Veriler n(%) şeklinde gösterilmiştir.

χ^2 :Ki-Kare Testi

Mh: Marjinal Homojenite Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.3'te gebelerin eğitim programı öncesi ve eğitim programı sonrası W-DEQ-A Versiyonu puanının doğum korkusu düzeylerine göre dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda bulunan gebelerin eğitim programı öncesi %31,3'ü orta düzey, %37,5'i şiddetli düzey ve %31,3'ü klinik düzey korku yaşadığını belirtirken, kontrol grubunda %30,0'ı orta düzey, %40,0'ı şiddetli düzey ve %30,0'ı klinik düzey korku yaşadığını belirtmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Eğitim programı sonrası deney grubundaki gebelerin %21,9'u hafif düzey, %71,9'u orta düzey ve %6,3'ü şiddetli düzey korku yaşadığını belirtmiştir, kontrol grubundaki gebelerin ise %6,7'si orta düzey, %36,7'si şiddetli düzey ve %56,7'si klinik düzey korku yaşadığını belirtmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 4.4. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Puanların Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı (n=62)

	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=30)		t;p
	Ort±SS	Min-Mak	Ort±SS	Min-Mak	
WDEQ-A Eğitim Öncesi	77,75±17,53	45,0-120,0	78,37±20,3 2	45,0-116,0	0,128;0,898
WDEQ-A Eğitim Sonrası	45,00±9,48	34,0-71,0	87,60±15,2 9	61,0-115,0	13,086;<0,001 *
t ^Δ ;p	16,885;<0,001*		6,292;<0,001*		
Aradaki Fark	32,75±10,98		9,23±8,04		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

t^Δ: Bağımlı Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.4'te deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin eğitim programı öncesi ve sonrası puan karşılaştırmaları verilmiştir. Eğitim öncesi yapılan ilk değerlendirmede W- DEQ A Versiyonu puan ortalaması deney grubunda 77,75±17,53, kontrol grubunun puan ortalaması 78,37±20,32 olup, deney ve kontrol grupları arasında W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları açısından önemli bir fark bulunmadı (p>0,05). Eğitim programı sonrasında deney grubunun puan ortalaması 45,00±9,48, kontrol grubunun puan ortalaması ise 87,60±15,29 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları değerlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Deney grubunda bulunan gebelerin W-DEQ A Versiyonu puan ortalaması eğitim programı öncesine göre eğitim programı uygulandıktan sonra 32,75±10,98 puan azalırken, kontrol grubundaki gebelerde 9,23±8,04 puan artış olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında W-DEQ A Versiyonu fark puanlarında istatistiksel olarak bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001).

Tablo 4.5. Prenatal Bağlanma Envanteri Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Puanların Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı (n=62)

	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=30)		t;p
	Ort±SS	Min-Mak	Ort±SS	Min-Mak	
Prenatal Bağlanma Envanteri - Eğitim Öncesi	44,91±4,42	38,0-53,0	45,33±6,17	35,0-56,0	0,312;0,757
Prenatal Bağlanma Envanteri - Eğitim Sonrası	63,25±4,26	56,0-74,0	46,40±5,91	37,0-56,0	12,807;<0,001*
t ^Δ ;p	17,043;<0,001*		1,250;0,132		
Aradaki Fark	18,34±6,09		1,06±3,77		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

t^Δ: Bağımlı Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.5'te gebelerin prenatal bağlanma envanteri puanının eğitim programı öncesi ve eğitim programı sonrasına göre dağılımı yer almaktadır. Eğitim öncesi yapılan ilk değerlendirmede prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması deney grubunda 44,91±4,42, kontrol grubunun puan ortalaması 45,33±6,17 olup, deney ve kontrol grupları arasında prenatal bağlanma envanteri puan ortalamaları açısından önemli bir fark bulunmadı (p>0,05). Eğitim programı sonrasında deney grubunun puan ortalaması 63,25±4,26, kontrol grubunun puan ortalaması ise 46,40±5,91 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında prenatal bağlanma envanteri puan ortalamaları değerlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Deney grubunda bulunan gebelerin prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması eğitim programı öncesine göre eğitim programı sonrası 18,34±6,09 puan artarken, kontrol grubundaki gebelerde 1,06±3,77 puan artış olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında prenatal bağlanma envanteri fark puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001).

Tablo 4.6. Beck Anksiyete Ölçeği Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Puanların Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı (n=62)

	Deney Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=30)		t;p
	Ort±SS	Min-Mak	Ort±SS	Min-Mak	
Beck Anksiyete Ölçeği - Eğitim Öncesi	29,19±6,57	15,0-46,0	29,40±7,15	12,0-47,0	0,122;0,903
Beck Anksiyete Ölçeği - Eğitim Sonrası	16,53±5,12	8,0-26,0	33,63±6,45	17,0-47,0	11,607;<0,001*
t ^Δ ;p	13,679;<0,001*		7,265; <0,001*		
Aradaki Fark	12,65±5,23		4,23±3,20		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

t^Δ: Bağımlı Örneklem T Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.6’da gebelerin Beck anksiyete ölçeği puanının eğitim programı öncesi ve eğitim programı sonrasına göre dağılımı bulunmaktadır. Eğitim öncesi yapılan değerlendirmede Beck anksiyete ölçeği puan ortalaması deney grubunda 29,19±6,57, kontrol grubunun puan ortalaması 29,40±7,15 olup, deney ve kontrol grupları arasında Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları açısından önemli bir fark bulunmadı (p>0,05). Eğitim programı sonrasında deney grubunun puan ortalaması 16,53±5,12, kontrol grubunun puan ortalaması ise 33,63±6,45 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları değerlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Deney grubunda bulunan gebelerin Beck anksiyete ölçeği puan ortalaması eğitim programı öncesine göre eğitim programı uygulandıktan sonra 12,65±5,23 puan azalırken, kontrol grubundaki gebelerde 4,23±3,20 puan artış saptanmıştır. Gruplar arasında Beck anksiyete ölçeği fark puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,001).

Tablo 4.7. Beck Anksiyete Ölçeği Eğitim Programı Öncesi-Sonrası Anksiyete Düzeylerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı (n=62)

		Grup		χ^2	p
		Deney (n=32)	Kontrol (n=30)		
Beck Anksiyete Ölçeği - Eğitim Öncesi	Hafif Düzey	1(3,1)	1(3,3)	1,354	0,508
	Orta Düzey	8(25,0)	4(13,3)		
	Şiddetli Düzey	23(71,9)	25(83,3)		
Beck Anksiyete Ölçeği - Eğitim Sonrası	Hafif Düzey	18(56,3) ^a	(-) ^b	54,411	<0,001*
	Orta Düzey	13(40,6) ^a	1(3,3) ^b		
	Şiddetli Düzey	1(3,1) ^a	29(96,7) ^b		
Mh,p		5,239;<0,001*	4,400;<0,001*		

Veriler n(%) şeklinde gösterilmiştir.

χ^2 :Ki-Kare Testi

Mh: Marjinal Homojenite Testi

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.7’de gebelerin eğitim programı öncesi ve eğitim programı sonrası Beck Anksiyete Ölçeği puanının anksiyete düzeylerine göre dağılımına yer verilmiştir. Deney grubunda bulunan gebelerin eğitim programı öncesi %3,1’ hafif düzey, %25,0’ı orta düzey ve %71,9’u şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığını belirtmiştir, kontrol grubunda %3,3’ü hafif düzey, %13,3’ orta düzey ve %83,3’ ü şiddetli düzey anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Eğitim programı sonrası deney grubunun %56,3’ü hafif düzey, %40,6’sı orta düzey ve %3,1’ şiddetli düzey anksiyete olarak ifade etmiştir. Kontrol grubunda bulunan gebelerin eğitim programı sonrası %3,3’ ü orta düzey ve %96,7’si şiddetli düzey anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Eğitim programı öncesi anksiyete yaşama düzeyleri yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ($p>0,05$), eğitim programı sonrasında ise anksiyete yaşama yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.8. Eğitim Programı Sonrası Ölçek Puanları Arası İlişkiler (n=62)

			PBE Sontest Puan	BAÖ Sontest Puan
Deney Grubu (n=32)	WDEQ-A Sontest Puan	r	-0,185	0,503
		p	0,312	0,003*
	PBE Sontest Puan	r		-0,169
		p		0,355

r: Pearson Koralasyon Katsayısı

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.8’de deney grubunda bulunan gebelerin son test WDEQ-A, prenatal bağlanma envanteri ve Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Deney grubunda WDEQ-A, prenatal bağlanma envanteri ve Beck anksiyete ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; WDEQ-A ile prenatal bağlanma envanteri puanları ($r=-0,185$, $p=0,312$) arasında olup zayıf düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur. WDEQ-A ve Beck anksiyete ölçeği puanları ($r=0,503$, $p=0,003$) arasında olup orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Prenatal bağlanma envanteri ve Beck anksiyete ölçeği puanları ($r=-0,169$, $p=0,355$) arasında olup zayıf düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlenmiştir. Deney grubunda gebelerin doğuma yönelik korkuları arttıkça anksiyete seviyesi de artarken prenatal bağlanma seviyesi azalmaktadır. Bunun yanı sıra anksiyete seviyesi arttıkça prenatal bağlanma seviyesi azalmaktadır.

Tablo 4.9. Regresyon Analizine İlişkin Katsayılar ve Güven Aralıkları

Model	Standardize Edilmemiş		Standardize Edilmiş Beta	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	B	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	44,578	24,163		1,845	0,075	-4,841	93,997	
PBE Sontest Puanı	-0,228	0,36	-0,103	-0,634	0,531	-0,965	0,508	1,029
BAÖ Sontest Puanı	0,899	0,3	0,485	3	0,005*	0,286	1,512	1,029

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı. (F=5,171; p<0,05 R²: 0,212)

Regresyon modelimize göre Prenatal Bağlanma Envanteri sontest puanı ($\beta = -0,228; p > 0,05$) ve Beck Anksiyete Ölçeği sontest puanı ($\beta = 0,899; p < 0,05$); WDEQ-A sontest puanını anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Regresyon modelinde bağımsız değişkenler bağımlı değişkeninin %21,2' sini açıklayabilmektedir.

Regresyon Analizine göre Prenatal Bağlanma Envanteri Sontest Puanı değişkeninde gerçekleşecek bir birimlik artış bağımlı değişkenimiz WDEQ-A Sontest Puanı'nın 0,228 birim azalmasına neden olmaktadır. Regresyon analizine göre Beck Anksiyete Ölçeği sontest puanı değişkeninde gerçekleşecek bir birimlik artış bağımlı değişkenimiz WDEQ-A sontest puanı'nın 0,899 birim artmasına neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Gebelik birçok boyutu olan bir deneyimdir ve her kadında kendine özgüdür. Yaşanan bu biyolojik süreç içinde gebelerde fizyolojik ve ruhsal olarak birçok değişikliğin olması beklenebilir. Gebelikte bu değişimlerle beraber biraz endişenin duyulması normal kabul edilmekle beraber bu değişimler anne adayının psikolojik sağlamlığını ve gebeliğe uyumunu olumsuz yönde de etkileyebilir (Kuo ve ark., 2022; Massae ve ark., 2022). Doğum, her kadın için önemli sosyal ve duygusal etkileri olan olağanüstü bir yaşam deneyimi ve büyük bir stres olarak kabul edilir (Waldboth ve ark., 2016). Gebelerin bu dönem içinde psikolojik yönden doğuma hazırlanmaları doğum korkusunun azaltılmasında ve olumlu doğum algısının geliştirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Nilsson ve ark., 2018; O'Connell ve ark., 2020).

Bundan dolayı doğum korkusunu azaltmaya yönelik yapılan müdahaleler doğum öncesi dönemde rutin gebelik bakımının bir parçası olarak sunulmalıdır. Prenatal dönemde gebeliğin rahat geçirilmesi, anksiyete ve korkunun azalması, bilgi eksikliklerinin tamamlanması, gebenin anneliğe ve bebeğine uyumunu kolaylaştırabilir. Bunun sonucunda da gebelik, doğum ve doğumdan sonraki dönemin daha sorunsuz ve rahat bir şekilde geçmesini sağlamaktadır (Sezen & Ünsalver, 2018; Paica ve ark., 2021; Shand ve ark., 2022; Lewis-Jones ve ark., 2023). Doğum korkusunu azaltmaya yönelik olarak birçok farklı yöntem kullanılmaktadır (O'Connell ve ark., 2020).

Bu çalışmada da Travelbee'nin insan insana ilişkiler modeli temel alınarak hazırlanan bir psikoeğitim programı ile gebelere doğuma hazırlık eğitimi sunulmuştur ve etkinliği değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamında deney ve kontrol grubu içerisinde yer alan gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4.1, Tablo 4.2). Her iki grupta da gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri bakımından birbirine benzer olması deney ve kontrol grupları arasında homojen bir dağılım olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmakla birlikte (Uçar & Gölbaşı, 2019; Çankaya & Şimşek, 2021) sosyodemografik faktörlerin doğum korkusu üzerinde etkisinin bulunduğu dair sonuçlarda bulunmaktadır. Avustralya'da yapılan bir çalışmada düşük eğitim ve düşük gelir seviyesine sahip gebelerin yaşadıkları doğum korkusu seviyesinin daha fazla olduğu ve sezaryen tercih ettikleri bildirilmiştir (Lilliecreutz ve ark., 2021). Şahin (2009) tarafından Türkiye'de yapılmış bir çalışmada ailesinde işsizlik olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Şahin, 2009).

Doğum korkusunun varlığını doğru bir şekilde tanımlamak ve gebenin korkusunu azaltmaya yönelik uygun müdahaleleri belirleyebilmek için var olan korkunun hangi seviyede yaşandığının bilinmesi gerekmektedir bu nedenle doğum korkusu belirli puan aralıkları ile ayrılarak kategorize edilmiştir (Munkhondya ve ark., 2020). Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde W-DEQ A Versiyonu puan ortalamalarının orta, şiddetli ve klinik düzey olduğu belirlenmiştir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.3). Bu sonuca göre hem deney grubundaki hem

de kontrol grubundaki gebelerin ön test değerlendirmelerinde benzer düzey korkulara sahip olduğunu göstermektedir.

Eğitim programı öncesi ön test değerlendirmesinde hem deney hem de kontrol grubundaki gebelerde W-DEQ A Versiyonu puan ortalamasının çoğunluk ile şiddetli düzey yaşadığı belirlenmiştir (Deney Grubu:%37,5; Kontrol Grubu:%40,0; Tablo 4.3). Literatüre bakıldığında çalışmamızın sonuçlarına benzer sonuçlar olup gebelerin çoğunlukla orta ile şiddetli düzey doğum korkusu yaşadıkları görülmektedir. Kanbur ve Koç (2023) tarafından doğum korkusu seviyelerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada gebelerin %43,7'sinin orta düzey doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (Kanbur ve koç;2023). Polonyada yapılan bir çalışmada gebelerin çoğunluğunun orta düzey korku yaşadığı (Ilska ve ark., 2021), Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada yine gebelerin %41,5'nin orta düzey doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (Gürol ve ark., 2020). Do Souto Spa ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan çalışmada gebelerin çoğunluğunun şiddetli düzey korku yaşadığını tespit etmiştir (Do Souto Spa ve ark., 2022). Arslantaş ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada gebelerin doğum korkularının şiddetli düzeyde olduğu belirtilmiştir (Arslantaş ve ark., 2020).

Çalışmamızda eğitim programı sonrası son test değerlendirmesinde deney grubundaki gebelerde W-DEQ A Versiyonu puan ortalamasının azalarak çoğunluk ile orta (%71,9) ve hafif (21,9) düzey yaşadığı belirlenmiş iken kontrol grubunda ise doğum korkusu seviyesinin artarak klinik düzey (%56,7) ve şiddetli düzey (36,7) korku olarak yaşandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Her iki grup arasında yaşanan değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu bulunmuştur ($p>0,05$; Tablo 4.3). Çalışmamızda şiddetli düzey doğum korkusu yaşayan gebelerin eğitim programı sonrası azalması literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Uçar ve Gölbaşı'nın

çalışmasında (2019) verilen bilişsel davranışçı temele dayalı eğitim sonrası deney grubundaki gebelerin doğum korkusu seviyesinin azaldığı belirtilmiştir (Uçar & Gölbaşı, 2019). Kızılırmak ve Başer'in (2016) yaptığı çalışmada eğitim sonrası gebelerin çoğunluğunun orta seviye korkuya indiği ifade edilmiştir (Kızılırmak & Başer, 2016). İran'da yapılan bir çalışmada oryantasyon eğitimi sonrası deney grubundaki gebelerin doğum korkusu seviyeleri azalmıştır (Mosavi ve ark., 2020). İsveç'te yapılan bir çalışmada eğitim sonrası şiddetli korku seviyesi %10'a (Kjærgaard ve ark., 2008) Kanada'da 2009 yılında yapılan çalışmada %9,1'e (Spice ve ark., 2009), Norveç'te yapılan çalışmada ise %7,5'e (Adams ve ark., 2012) düşmüştür. Bu sonuçlar birçok farklı kültürde ortak olarak yaşanan ancak seviyeleri değişen doğum korkusunun evrensel bir duygu olduğunu göstermektedir.

Doğum korkusunun yaşanmasında normal doğum ile ilgili gerçekçi olmayan korkular ve doğum yapma yeteneğinin olmaması gibi bilişsel çarpıtmaların eşlik ettiği ve bu durumda doğum korkusunun şiddeti üzerinde etkili bir faktör olduğu bilinmektedir (Poorjandaghi ve ark., 2022; Shand ve ark., 2022). Doğum korkusu gebelerin duygusal sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir ve doğumun istenmeyen bir deneyime dönüşme olasılığını arttırdığı belirtilmektedir (Abdollahi ve ark., 2020).

Doğum korkusunun yüksek orandaki yaygınlığı göz önüne alındığında, bu korkuyu azaltmak için etkili bir doğum eğitim programının uygulanması gerekmektedir (Kaur ve ark., 2022). Bu çalışma, Trabelbee'nin insan insana ilişkiler modeli temel alınarak hazırlanan doğum öncesi eğitim programının primipar gebelerde doğum korkusunu azaltmaya yönelik etkinliğini ve uygulanabilirliğini doğrulamaktadır. Araştırma kapsamında her iki grupta bulunan gebelerin ön test W-DEQ A Versiyonu puan ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir.

($p>0,05$; Tablo 4.4). Bu sonuca göre hem deney hem de kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum korkusu puanlarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu çalışmada, eğitim programı sonrası deney grubunda bulunan gebelerin W-DEQ A Versiyonu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düştüğü (öncesi $77,75\pm17,53$, sonrası $45,00\pm9,48$), kontrol grubunda bulunan gebelerin ise eğitim programı öncesine göre anlamlı bir düzeyde yükseldiği (öncesi $78,37\pm20,32$, sonrası $87,60\pm15,29$) bulunmuştur ($p<0,001$; Tablo 4.4). Bu sonuca göre ‘Eğitim programı sonrası, deney grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların doğum korkusu düzeyleri arasında fark vardır’ hipotezi doğrulanmaktadır. Sonuçlar doğrultusunda; doğum korkusu yaşayan gebelere Trabelbee’nin insan insana ilişkiler modeline göre hazırlanan doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu düzeyini azaltmada etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Literatürde doğum öncesi hazırlık eğitimlerinin etkinliğine yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır. Doğuma hazırlık amacıyla verilen eğitimlerden doğum korkusunun azaltılmasında etkili olduğunu gösteren araştırmalar (Serçekuş & Başkale, 2016; Çankaya & Şimşek, 2020) ile doğum korkusunun azaltılmasında sınırlı bir etki gösteren ya da olumsuz etkiye sahip olan çalışmalarda mevcuttur (Gagnon & Sandall, 2007; Stoll & Hall, 2012). Serçekuş ve Mete (2010) tarafından 15 primipar gebe ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerde gebelerin bir kısmında doğum korkusunun azaldığı görülürken bir kısmında ise bilgilendirmelerden sonra doğum esnasında yaşanabilecek komplikasyonlardan dolayı doğum korkusunda artış olduğu belirtilmiştir (Serçekuş & Mete, 2010). Bundan dolayı doğuma hazırlık eğitimlerinde bilgilendirmenin yanı sıra hem bilişsel hemde davranışsal stratejiler ile desteklemek gerektiği savunulmaktadır (Abdollahi ve ark., 2020; Tata ve ark., 2022). Kordi ve arkadaşları (2017) tarafından şiddetli düzeyde korku yaşayan 14 ile

28 hafta arasındaki 122 primipar gebe ile yapılan üç seanslık bir psikoeğitim programında deney grubunda yer alan gebelerin yaşadığı doğum korkusunun kontrol grubunda bulunan gebelere göre anlamlı bir şekilde azaldığı gözlenmiştir (Kordi ve ark; 2017). Firouzan ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada gebelere verilen psikoeğitimin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu sonucunu bulmuştur (Firouzan ve ark., 2020). Tata ve arkadaşlarının (2022) 24-30 hafta arasındaki 68 primipar gebe ile yaptıkları kognitif terapide deney grubunda yer alan gebelerin doğum korkusu kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı bir şekilde azalmıştır (Tata ve ark., 2022). Poorjandaghi ve arkadaşlarının (2022) İranda 48 gebe ile sekiz seans bilişsel davranışçı terapiye odaklı doğuma hazırlık programında deney grubundaki gebelerin ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissettikleri, özgüvenlerinin arttığı ve doğum korkularının azaldığı ifade edilmiştir (Poorjandaghi ve ark., 2022). Hollanda’da şiddetli doğum korkusu yaşayan 141 gebeye ve eşlerine uygulanan dokuz seans mindfulness ile gebelerin doğum korkusunun ve doğum sırasındaki acil olmayan obstetrik müdahalelerin azaldığı ve doğum sonuçlarının iyileştiği bildirilmiştir (Veringa-Skiba ve ark., 2021). Bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak, primipar gebelerde hem doğuma yönelik bilgilendirme hem de psikolojik yönden destekleme ve grup içinde diğer gebeler ile duygu paylaşımında bulunma ile psikososyal refahlarının iyileştiği ve doğum yapma yeteneklerinin geliştiği sonucuna ulaşılabilir.

Gebelik döneminde başlayan anne bebek bağlanması doğum sonu dönemde de artarak gelişmektedir. Anne ile bebek arasında bir bağlanmanın oluşabilmesinde, planlı ve istemli bir gebelik olması, fetal hareketleri hissetme ve doğum öncesi hazırlık eğitimi alma gibi birçok faktörden etkilendiği görülmektedir (Yuen ve ark., 2022).

Çalışmada deney grubu ile kontrol grubunda yer alan gebelerin prenatal bağlanma seviyeleri karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin puan ortalaması kontrol

grubunda bulunan gebelere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5). Çalışmamızda verilen eğitim gebelerin bebekleri ile olan bağının güçlenmesini sağlamıştır. Buna göre ‘Eğitim programı sonrası, deney grubundaki kadınların prenatal bağlanma düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark vardır’ hipotezi doğrulanmaktadır. Prenatal bağlanma bebeğin hareketlerinin hissedilmesi, gebenin bebeğine yönelik duygu ve düşünceleri, istemli bir gebelik olması, karnına dokunması ve bebeği ile gün içerisinde yaptığı konuşmalar gebeye annelik kimliğinin ve prenatal bağlanmanın gelişmesinde büyük katkı sağlamaktadır (Koç Özkan ve ark., 2020). Çalışmamız içerisinde prenatal bağlanmayı desteklemek amacı ile eğitim programında gebeye müzik dinletme ve bu sırada bebeğini hayal etmesi, karnına dokunması ve bebeğiyle konuşması, bebeğinin hareketlerini sayması ve takip etmesi şeklinde uygulamalar sonucunda prenatal bağlanmanın arttığı düşünülmektedir. Literatürde doğum öncesi hazırlık eğitimlerinin prenatal bağlanmayı olumlu yönde etkilediğine dair veriler çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir. Özbek ve Ertekin Pınar (2022) tarafından yapılan haptonomi uygulaması ile gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin arttığı belirtilmiştir (Özbek & Ertekin Pınar, 2022). Akbarzade ve arkadaşlarının (2016) gebeler üzerinde yapmış oldukları eğitim ile prenatal bağlanmanın arttığı sonucunu bulmuşlardır (Akbarzade ve ark., 2016). Yine bir başka çalışmada gebelere verilen eğitimi ile prenatal bağlanmanın arttığı sonucu bulunmuştur (Çelik & Ergin, 2020). Ancak Serçekuş ve Başkale’nin (2016) yaptıkları antenatal eğitim programında doğumun fizyolojisine ağırlık verildiği için prenatal bağlanmada yetersiz kaldıkları düşünülmektedir (Serçekuş & Başkale, 2016).

Çalışmada deney grubu ile kontrol grubunda yer alan gebelerin anksiyete seviyeleri karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin puan ortalaması kontrol grubunda

bulunan gebelere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.6). İstatistiksel açıdan anlamlı çıkan bu fark uygulanan eğitim programının anksiyete seviyesini azaltmada etkili bir müdahale yöntem olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre ‘Eğitim programı sonrası, deney grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri arasında fark vardır’ hipotezi doğrulanmaktadır. Deney grubundaki gebelerin eğitim programı ile doğuma yönelik yanlış inançlarının ve korkularının azalması ile anksiyete seviyelerinin düştüğü, kontrol grubunda ise bilinmezliğin artması ve doğumun yaklaşması ile korku ve anksiyete seviyelerinin arttığı düşünülmektedir. Literatürde doğum öncesi hazırlık eğitimlerinin prenatal bağlanmayı olumlu yönde etkilediğine dair veriler çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir. Kuo ve arkadaşlarının (2022) 91 gebe üzerinde 8 seans yaptığı eğitim programı sonucu anksiyetenin belirgin bir seviyede azaldığı görülmüştür (Kuo ve ark., 2022). Bizim müdahalemiz, yalnızca doğum eğitimine odaklanmaması, aynı zamanda farkındalık uygulamalarını da içermesi açısından da önceki çalışmalardan farklılık göstermektedir. Ayrıca program boyunca katılımcıların akran tartışmaları sırasında duygularını diğer katılımcılarla paylaşmaları teşvik edilmiştir. Katılımcıların şüphe veya endişe duygularını paylaşmalarına izin vermek, onlara duyguları üzerinde kontrol duygusu ve potansiyel zihinsel problemlerle baş etme yeteneği kazandırmaktadır (Grossman ve ark., 2004). Deney grubundaki gebeler tarafından bildirilen anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde düşük olması, eğitim uygulamasının gebelerin kaygısını azaltmadaki etkinliğine ilişkin diğer araştırmalarla tutarlıdır. Zhang ve arkadaşlarının (2019) mindfulness temelli yaptığı çalışmada da gebelerin anksiyete seviyelerinin azaldığı bildirilmiştir (Zhang ve ark., 2019). Bu grup tartışmaları deney grubundaki

katılımcıların anksiyete düzeylerini kontrol grubuyla karşılaştırıldığında azaltmada faydalı olduğu görülmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre algılanan hem doğum korkusu hemde anksiyete ile prenatal bağlanma arasında ters yönde istatistiksel yönden anlamlı olmayan bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.9). Bu sonuca göre doğuma yönelik korkular ile birlikte anksiyete seviyesi de artarken, prenatal bağlanma seviyesi azalmaktadır. Garthus-Niegel ve ark. ile Uğurlu ve Çoban çalışma bulgumuza benzer yönde doğum korkusu arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığı yönde sonuçlar bulmuştur (Garthus-Niegel ve ark., 2019; Uğurlu & Çoban, 2022), Gürol ve ark çalışması ise bizim sonuçlarımızın aksi yönde doğum korkusu ile prenatal bağlanma arasında pozitif yönlü bir ilişki bulmuştur (Gürol ve ark., 2020). Yapılan araştırmalarda prenatal bağlanmanın anksiyete düzeyinden etkilendiği ve ters yönde ilişki olduğu sonucu ortaya konulmuştur (Özdemir ve ark., 2017; Alhusen ve ark., 2021). Regresyon modeline göre prenatal bağlanmanın doğum korkusu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı, anksiyetenin ise anlamlı düzeyde etkilediği görülmektedir. Elkin yapmış olduğu çalışmada bizim sonucumuza benzer sonuç bulurken (Elkin, 2015). Uğurlu ve Çoban (2022) çalışmasında prenatal bağlanma ile doğum korkusu arasında anlamlı bir etki bulmuştur (Uğurlu & Çoban, 2022). Tata ve arkadaşları (2022) yaptıkları eğitimin anksiyete üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Tata ve ark., 2022). Kuo ve arkadaşlarıda (2022) bizim sonucumuza benzer yönde doğum korkusu ve anksiyetenin birbirini anlamlı yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Kuo ve ark., 2022). Doğum sırasında uygulanacak adımların eğitim içeriğinde yer alması gebelerin daha olumlu bir doğum süreci geçirmesine olanak sunmaktadır. Sonuç ölçümleri arasında, müdahale grubundaki katılımcılar için başlangıca göre en büyük değişiklik doğum korkusu puanında olmuştur bu durum anksiyetenin de azalmasına

yardımcı olmuştur. Bu sonuçlara göre entegre doğum eğitimi müdahalesinin doğum sürecinin olumlu bir olay olarak algılanmasını arttırmada etkili bir program olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuçlar üzerindeki bu farklılıklar gebelerin algılamalarına, eğitim durumlarına, eğitim yöntemlerinin farklı olmasına, farklı zamanlarda ölçümler yapılmış olmasına ve gebe grupları arasındaki yaş farklılıklarından kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerin eğitim uygulaması öncesi W- DEQ A puan ortalaması ile kontrol grubunda bulunan gebelerin puan ortalaması olarak bulunmuştur ve her iki grup arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin eğitim uygulaması sonrası W- DEQ A puan ortalamasının azaldığı, kontrol grubunda bulunan gebelerin puan ortalamasının ise arttığı ve her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Eğitim programı öncesi hem deney hemde grubunda bulunan gebeler şiddetli düzey ve klinik düzey korku yaşadığını belirtmiştir. Eğitim programı sonrası deney grubundaki gebeler hafif düzey ve orta düzey korku yaşadığını belirtirken, kontrol grubundaki gebeler ise şiddetli düzey ve klinik düzey korku yaşadığını belirtmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim uygulaması öncesi prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması ile kontrol grubunda bulunan gebelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin eğitim uygulaması sonrası prenatal bağlanma envanteri puan ortalamasının arttığı, kontrol grubunda bulunan gebelerinde puan ortalamalarının arttığı ancak her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Eğitim öncesi yapılan değerlendirmede Beck anksiyete ölçeği puan ortalamasının deney ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim programı sonrasında deney grubunun puan ortalamasının azaldığı, kontrol grubu

puan ortalamasının ise arttığı görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Hem deney hemde kontrol grubunda bulunan gebeler eğitim programı öncesi şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Eğitim programı sonrası ise deney grubunda bulunan gebeler hafif düzey ve orta düzey anksiyete olarak ifade etmiştir. Kontrol grubunda bulunan gebelerin ise eğitim programı sonrası şiddetli düzey anksiyete yaşamaya devam ettiklerini belirtmişlerdir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ($p<0,001$).

Bu sonuçlara bakıldığında;

- ✓ Gebelerin kliniklerde düzenli izlenmesi ve doğum korkusu yaşayanların tespit edilebilmesi,
- ✓ Antenatal eğitim programının içerisine doğum korkusunu azaltmaya yönelik müdahalelerin dâhil edilmesi
- ✓ Gebelerin yaşadığı anksiyetenin giderilmesi ya da azaltılmasına yönelik eğitimlere daha kolay ulaşılmasının sağlanması
- ✓ Gebelerin prenatal bağlanmalarını arttırmaya yönelik girişimlerin eğitimler içerisinde uygulamalar ile desteklenmesi
- ✓ Antenatal eğitimlere yönelik sağlık profesyonellerinin desteklenmesi ve güncel bilgiler ile eğitimler verilmesi
- ✓ Antenatal eğitimlerin farklı yaş ve farklı gebe gruplarında (multipar) yapılması
- ✓ Daha geniş örneklem grupları ile randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M. ve Nasırı, T.G., 2012. Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9, 68-75.
- Abdollahi, S., Faramarzi, M., Delavar, M.A., Bakouei, F., Chehraz, M. ve Gholinia, H., 2020. Effect of psychotherapy on reduction of fear of childbirth and pregnancy stress: A randomized controlled trial, *Front Psychol*, 11, 787.
- Adams, S., Eberhard-Gran, M. ve Eskild, A., 2012. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119, 1238-1246.
- Akbarzadeh, M., Dokuhaki, A., Joker, A., Pishva, N. ve Zare, N., 2016. Teaching attachment behaviors to pregnant women: a randomized controlled trial of effects on infant mental health from birth to the age of three months. *Annals of Saudi Medicine*, 36(3), 175-183.
- Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U. ve Boyacı, B., 2018. Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences*, 13(2), 11-20.
- Akyurt, N., 2009. Sağlıkta iletişim ve marmara üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 16-30.
- Alligood, M.R., 2014. Areas for Further Development of Theory Based Nursing Practice. Alligood MR, Tomey AM (eds), *Nursing Theory; Utilization & Application*. Elsevier, 414-424 p, America.
- Alhusen, J.L., Hayat, M.J. ve Borg, L., 2021. A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Archives of Women's Mental Health*, 24(1), 145-154.
- Arfaie, K., Nahidi, F., Simbar, M. ve Bakhtiari, M., 2017. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: A qualitative research. *Electronic Physician*, 9(2), 3733-3740.
- Arslandaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Sarı, E., Şahbaz, M. ve Kurnaz, D., 2020. Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Çukurova Medical Journal*, 45(1), 239-250
- Bakır, N. ve Sarızayım, Ş., 2020. The relationship between psychosocial health and prenatal attachment in pregnant women. *Perinatal Journal*, 28(2), 73-81.
- Bayrampour, H., McDonald, S. ve Tough, S., 2015. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.
- Berlin, A., Tornkvist, L. ve Barimani, M., 2016. Content and presentation of content in parental education groups in Sweden. *J Perinat Educ*, 25(2), 87-96.
- Bezerra, R.S., Oliveira, D.S., Santos, R.R.F., Morais, A.C., Mercês, M.C. ve Andrade, L.M., 2015. The nursing process and theory in care Travelbee to hospitalized children. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(3), 2151-2161.

- Brixval, C.S., Axelsen, S.F., Thygesen, L.C., Due, P. ve Koushede, V., 2016. Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a Danish randomised trial. *Sex Reprod Healthc*, 10, 32-34.
- Broca, P.V. ve Ferreira, M.A., 2015. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. *Esc Anna Nery*, 19(3), 467-474.
- Byrne, J., Hauck, Y., Colleen, F., Bayes, S. ve Schutze, R., 2014. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192-197.
- Camarneiro, A.P.F. ve Miranda Justo, J.M.R., 2017. Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in portuguese couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(3), 212-222.
- Cantone, D., Pelullo, C.P., Cancellieri, M. ve Attena, F., 2017. Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy? *Women Birth*, 30(2), e83-e88.
- Chang, H.C., Yu, C.H., Chen, S.Y. ve Chen, C.H., 2015. The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complement Ther Med*, 23, 509-515.
- Çankaya, S. ve Şimşek, B., 2020. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829.
- Çelik, M. ve Ergin, A., 2020. The effect on pregnant women's prenatal attachment of a nursing practice using the first and second Leopold's maneuvers. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 17(2), e12297.
- Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V. ve Millere, I., 2015. Causes of anxiety during pregnancy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 623-626.
- Demirkan, L.T., Tastan, K. ve Dane, S., 2020. Effectiveness of fetal movement counting and imagining fetus position to prenatal attachment and depressive symptoms in pregnant women in 24-28th gestational week. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 8(4), 5.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., ... ve Sparud-Lundin, C., 2019. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.
- Dereli Yılmaz, S. ve Kızılkaya Beji N., 2013. Prenatal B Turkish version of prenatal attachment inventory: a study of reliability and validity. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16(2), 103-109.
- do Souto, S.P.A., Prata, A.P., de Albuquerque, R.S. ve Almeida, S., 2022. Prevalence and predictive factors for fear of childbirth in pregnant Portuguese women: A cross-sectional study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 31, 100687.
- Duncan, J.G., Cohn, M.A., Chao, M.T., Cook, J.G., Riccobono, J. ve Bardacke, N., 2017. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(140), 2-11.
- Dunkel-Schetter, C., Niles, A., Guardino, C., Khaled, M. ve Kramer, M., 2016. Demographic, medical, and psychosocial predictors of pregnancy anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 30, 421-429.

- Ekrami, F., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Babapour Kheiroddin, J. ve Mirghafourvand, M., 2019. The effect of counselling on depression and anxiety of women with unplanned pregnancy: a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 55(6), 1047-1056.
- Elkin, N., 2015. Levels of prenatal attachment in pregnant women and factors affecting it. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 24, 230-237.
- Fawcett, J., 2005. Contemporary nursing knowledge analysis and evolution of nursing models and theories. FA Davis Company, 364-437 p, Philadelphia.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S. ve Hauck, Y.L., 2009. Pre and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs*, 18, 667-677.
- Firouzan, L., Kharaghani, R., Zenoozian, S., Moloodi, R. ve Jafari, E., 2020. Effectiveness of a psychoeducation intervention by midwives on childbirth fear and childbirth self-efficacy in fearful first time pregnant women: a randomized controlled trial. PREPRINT (Version 3) available at Research Square.
- Gagnon, A.J. ve Sandall, J., 2007. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD002869.
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., von Soest, T., Haga, S.M., Drozd, F., Ayers, S. ve Eberhard-Gran, M., 2020. Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Archives of women's mental health*, 23(4), 547-555.
- Gray, B., 2009. The emotional labour of nursing defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. ve Walach, H., 2004. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 57(1), 35-43.
- Gökçe İşbir, G., İnci, F., Önal, H. ve Yıldız, P.D., 2016. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*, 32, 227-232.
- Gürol, A., Ejder Apay, S. ve Sönmez, T., 2020. Effects of the labour fear on the prenatal attachment and determination of the affecting factors. *Arc Health Sci Res* 7(2), 137-145.
- Hall, W., Hauck, Y., Carty, E., Hutton, E., Fenwick, J. ve Stoll, K., 2009. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38(5), 567-576.
- Hermon, N., Wainstock, T., Sheiner, E., Golan, A. ve Walfisch, A., 2019. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women a prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 85-91.
- Hildingsson, I. ve Rubertsson, C., 2022. Depressive symptoms during pregnancy and after birth in women living in Sweden who received treatments for fear of birth. *Arch Womens Ment Health*, 25, 473-484.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. ve Sakala, C., 2013. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-20.
- Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H. ve Cnota, W., 2021. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific reports*, 11(1), 4397.

- Jomeen, J., Martin, C.R., Jones, C., Marshall, C., Ayers, S., Burt, K., ... ve Thomson, G., 2021. Tokophobia and fear of birth: A workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol*, 39(1), 2-15.
- Kanbur, A. ve Koç, Ö., 2023. Gebelerde doğum korkusu düzeyi ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(1), 188-195.
- Karabulutlu, Ö., Beydağ, K.D. ve Lazoğlu, M., 2020. Prenatal attachment levels and affecting factors of pregnant women living in İstanbul and Kars. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 10(1), 24-31.
- Karadağ, A. ve Kırca, N., 2019. Prenatal ve postnatal yoganın maternal etkileri. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 47-56.
- Kaur, R., Madaan, D. ve Kaur Pandher, D., 2022. Efficacy of supportive educational intervention on fear of childbirth among primipara mothers. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 9(7), 3901-3895.
- Khalili, Z., Navaee, M., Shakiba, M. ve Navidian, A., 2020. The effect of a supportive educational intervention on maternal-fetal attachment of pregnant women facing domestic violence: a randomized controlled trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(1), e92070.
- Kızıllırmak, A. ve Başer, M., 2016. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res*, 29, 19-24.
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A.K. ve 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.
- Klabbers, G.A., Javbh, H., Mavdh, M. ve Vingerhoets, A.J., 2016. Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107-127.
- Koç Özkan, T., Şimşek Küçükkelepçe, D. ve Aydın Özkan, S., 2020. Gebelikte prenatal bağlanma ve vücut algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 49-54.
- Koptur, A. ve Güner Emül, T., 2017. Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: maternal ve paternal bağlanma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33, 138-152.
- Kordi, M., Bakhshi, M., Masoudi, S. ve Esmaily, H., 2017. Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence Based Care Journal*, 7(3), 26-34.
- Körükçü, O., Kukulu K. ve 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.
- Kuo, T.C., Au, H.K., Chen, S.R., Chipojola, R., Lee, G.T., Lee, P.H. ve Kuo, S.Y., 2022. Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. *Midwifery*, 113, 103438.
- Küçükkaya, B., Kahyaoğlu Süt, H.K., Öz, S. ve Altan Sarıkaya, N., 2020. Gebelik döneminde çiftler arası uyum ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 102-110.

- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C. ve Karlström, A., 2019. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women Birth*, 32(1), 88-94.
- Lewis-Jones, B., Nielsen, T.C., Svensson, J., Nassar, N., Henry, A., Lainchbury, A., ... ve Shand, A.W., 2023. Cross-sectional survey of antenatal education attendance among nulliparous pregnant women in Sydney, Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 36(2), e276–e282.
- Lilliecreutz, C., Josefsson, A., Mohammed, H., Josefsson, A. ve Sydsjö, G., 2021. Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(6), 1068-1074.
- Massae, A.F., Larsson, M., Pembe, A.B., Mbekenga, C. ve Svanberg, A.S., 2022. Patterns and predictors of fear of childbirth and depressive symptoms over time in a cohort of women in the Pwani region, Tanzania. *PLoS ONE*, 17(11), e0277004.
- Mc Crae, N., 2012. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence based practice and multidisciplinary health care. *JAN*, 68, 222-229.
- McKenna, H., 2005. Theory and research: the relationship. *Nursing theories and models*. Taylor & Francis Group, 190-221 p, New York.
- Metinoğlu, M., Yalçın Irmak, A. ve Çelikkalp, Ü., 2021. Examining the birth experiences of women with and without prenatal education: A qualitative study. *J CLIN MED KAZ*, 18(1), 57-63.
- Moghaddam Hosseini, V., Nazarzadeh, M. ve Jahanfar, S., 2018. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*, 31(4), 254-262.
- Molgora, S., Saita, E., Barbieri Carones, M., Ferrazzi, E. ve Facchin, F., 2022. Predictors of postpartum depression among Italian women: A longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(3), 1553.
- Mosavi, S.F., Jafari, E., Kharaghani, R. ve Zenoozian, S., 2022. Investigating the effects of midwife-oriented education and counseling on the type and consequences of childbirth in first-time pregnant women with fear of childbirth. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 12(2), 50-61.
- Munkhondya, B.M.J., Munkhondya, T.E., Chirwa, E. ve Wang, H., 2020. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 48.
- Nath, S., Busuulwa, P., Ryan, E.G., Challacombe, F.L. ve Howard, L.M., 2020. The characteristics and prevalence of phobias in pregnancy. *Midwifery*, 82, 102590.
- Nieminen, K., Wijma, K., Johansson, S., Kinberger, E.K., Ryding, E.L., Andersson, G., ... ve Wijma, B., 2017. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 96(4), 438-446.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., ... ve Begley, C., 2018. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28.
- Nnate, D.A., Ajayi, K.V., Hossain, M.M. ve Guerby, P., 2022. Effectiveness of psychosocial interventions for hypertensive disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *MEDRXIV*, 1-23.

- O'Connell, M.A., Khashan Ali, S. ve Leahy-Warren, P., 2020. Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women and Birth*, 34(3), 309-321.
- Özbek, H. ve Ertekin Pinar, S., 2022. The effect of haptonomy applied to pregnant women on perceived stress, fear of childbirth, and prenatal attachment: Randomized controlled experimental study. *Curr Psychol*, 16, 1-10.
- Özdemir, K., Çevirme, A. ve Başkaya, Y., 2020. Anxiety and prenatal attachment levels in pregnancy and influencing factors. *Çukurova Medical Journal*, 45(2), 502-510.
- Paica, C.I., Iordachescu, D.A., Vladislav, E.O., Gica, C., Panaitescu, A.M., Peltecu, G. ve Gica, N., 2021. Tokophobia. Causes, symptoms and psychotherapy. *Romanian Journal of Medical Practice*, 16(4), 481-483.
- Pampaka, D., Papatheodorou, S.I., AlSeaidan, M., Al Wotayan, R., Wright, R.J., Buring, J.E., ... ve Christophi, C.A., 2018. Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy-results from a population based study. *J. Psychosom. Res*, 112, 53-58.
- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O. ve Apóstolo J., 2020. Travelbee's theory: human-to-human relationship model an adequate framework for palliative nursing care. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e20010.
- Pinheiro, C.W., Carneiro Rolim, K.M., Magalhães, F.J., Saldanha Albuquerque, F.H., Marques Araújoand, M.A. ve Martins Fernandes, H.I.V., 2019. Current panorama of the theory of Travelbee: an integrative review. *International Journal of Development Research*, 9(6), 28421-28425.
- Pokorny, M.E., 2010. Nursing theorists of historical significance. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work* (7th ed.; pp 54–68). St. Louis, MO: Mosby.
- Poorjandaghi, M., Vakilian, K., Khorsandi, M. ve Abdi, M., 2022. Effect of cognitive-behavioral therapy focused on self- esteem on fear of childbirth: a counseling approach in prenatal care and a randomized clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 10(1):31-37.
- Ricchi, A., La Corte, S., Molinazzi, M.T., Messina, M.P., Banchelli, F. ve Neri, I., 2020. Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *La Clinica terapeutica*, 170(1), e78-e86.
- Rondung, E., Thomtén, J. ve Sundin, O., 2016. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord*, 44, 80-89.
- Serçekuş, P. ve Mete, S., 2010. Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review*, 57(3), 359-401.
- Serçekuş, P. ve Başkale, H., 2016. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172.
- Sezen, C. ve Ünsalver, B.Ö., 2018. Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 5(1), 29-36.
- Shand, A.W., Lewis-Jones, B., Nielsen, T., Svensson, J., Lainchbury, A., Henry, A., ve Nassar, N., 2022. Birth outcomes by type of attendance at antenatal education: An observational study. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 62(6), 859–867.
- Sheen, K. ve Slade, P., 2018. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: a meta-synthesis, *J. Clin. Nurs*, 27(13-14), 2523-2535.

- Shelton, G., 2016. Appraising Travelbee's human-to-human relationship model. *J Adv Pract Oncol*, 7, 657-661.
- Srivastava, A. ve Bhatnagar, P., 2019. Maternal fetal attachment and perceived stress during pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8 (9), 3750-3756.
- Spice, K., Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D., Kowalyk, K. ve Stewart, S.H., 2009. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 30(3), 168-174.
- Sosa, G., Crozier, K. ve Robinson, J., 2012. What is meant by one-to-one support in labour: Analysing the concept. *Midwifery*, 28, 451-457.
- Stasková, V. ve Tóthová, V., 2015. Conception of the human-to-human relationship in nursing. *Kontakt*, 17(4), e184-e189.
- Striebach, S., Mattern, E. ve Ayerle, G.M., 2018. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97-115.
- Stoll, K.H. ve 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. ve Eskild, A., 2012. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol*, 91(2), 237-242.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V., 2005. *Biyoistatistik*. 6. Baskı Hatipoğlu Yayınevi: Ankara.
- Şahin, N.H., 2009. Sectio-sezaryen yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 93-98.
- Takeishi, Y., Nakamura, Y., Kawajiri, M., Atogami, F. ve Yoshizawa T., 2019. Developing a prenatal couple education program focusing on coparenting for japanese couples: A quasi-experimental study. *Tohoku J Exp Med*, 249(1), 9-17.
- Tang, X., Lu, Z., Hu, D. ve Zhong, X., 2019. Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J. Affect. Disord*, 253, 292-302.
- Tata, N., Esmailpour, K.H., Najafzadeh, N., NaderMohammadi, M. ve Mirghafourvand, M., 2022. The effect of beck's cognitive therapy on anxiety and fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 10(2), 3198-3209.
- Teskereci, G., Ünal, A., Özbek, N. ve Koçak, B., 2021. Prenatal bağlanmayı destekleyici bakım uygulamaları. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 805-819.
- Toohill, J., Callander, E., Gamble, J., Creedy, D.K. ve Fenwick, J., 2017. A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-7.
- Uçar, T. ve Gölbaşı, Z., 2019. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(2), 146-155.
- Uğurlu, M. ve Çoban, Z., 2022. Prenatal attachment in the pregnancy: its relationship with fear of childbirth. *Perinat J*, 30(1), 43-50.
- Uludağ, E. ve Mete, S., 2021. The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-

- blind randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 42(4-6), 678-690.
- Ulusoy, M., Şahin, N.H. ve Erkmen, H., 1996. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother*, 12, 163-172.
- Val, A. ve Miguez, M.C., 2023. Prevalence of antenatal anxiety in european women: a literature review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 1098.
- Veringa-Skiba, I.K., de Bruin, E.I., van Steensel, F.J.A. ve Bögels, S.M., 2021. Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: a randomized controlled trial comparing mindfulness-based childbirth and parenting with enhanced care as usual. *Birth*, 49(1), 40-51.
- Waldboth, V., Patch, C., Mahrer-Imhof, R. ve Metcalfe, A., 2016. Living a normal life in an extraordinary way: a systematic review investigating experiences of families of young people's transition into adulthood when affected by a genetic and chronic childhood condition. *Int J Nurs Stud*, 62, 44-59.
- Wan-Lin, P., Meei-Ling, G., Tzu-Ying, L., Hei-Jen, J., Chieh-Yu, L. ve Tzung-Kuen, W., 2018. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. *Women and Birth*, 32(1), 102-109.
- Warriner, S., Crane, C., Dymond, M. ve Krusche, A., 2018. An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery*, 64, 1-10.
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Lundin, C. S., ... ve Patel, H., 2020. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1704484.
- Wikman, A., Axfors, C., Iliadis, S.I., Cox, J., Fransson, E. ve Skalkidou, A., 2020. Characteristics of women with different perinatal depression trajectories. *J Neuro Res*, 98(7), 1268-1282.
- Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F. ve Brown, S.J., 2014. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the Mind Baby Body program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 369.
- Yuen, W.S., Lo, H.C., Wong, W.N. ve Ngai, F.W., 2022. The effectiveness of psychoeducation interventions on prenatal attachment: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103184.
- Zhang, J.Y., Cui, Y.X., Zhou, Y.Q. ve Li, Y.L., 2019. Effects of mindfulness-based stress reduction on prenatal stress, anxiety and depression. *Psychol. Health Med*. 24(1), 51-58.

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, doğum korkusu yaşayan gebelerde Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre verilen eğitimin doğum korkusu, prenatal bağlanma ve anksiyeteye etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve tüm maddelere cevap vermeye özen gösteriniz.

1. Kaç yaşındasınız?
 - a) 18-24 yaş arası
 - b) 25-34 yaş arası
 - c) 35 ve üzeri
2. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Diğer.....
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) İlköğretim
 - b) Lise
 - c) Üniversite
4. Çalışma durumunuz nedir?
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
5. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Var
 - b) Yok
6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a) Gelirim giderimden az
 - b) Gelirim giderime denk
 - c) Gelirim giderimden fazla
7. Yaşadığınız bölge neresidir?
 - a) Köy-kasaba
 - b) İlçe
 - c) İl
8. Aile tipiniz nedir?
 - a) Geniş aile
 - b) Çekirdek aile
 - c) Diğer.....
9. Evlenme yaşınız nedir?
 - a) 18-24 yaş arası
 - b) 25-34 yaş arası
 - c) 35 ve üzeri
10. Şimdiye kadar gebe kaldınız mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. Gebelik haftanız nedir?

.....
12. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
 - a) Kız
 - b) Erkek
13. Bebeğiniz istediğiniz cinsiyette mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
14. Şu an ki gebeliğiniz istemli bir gebelik mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır

15. Doğum öncesi eğitim aldınız mı?
- a) Evet b) Hayır
16. Doğum hakkında bilginiz var mı?
- a) Var b) Yok
17. Soruya cevabınız evet ise bilgiyi nereden aldınız?
- a) İnternet b) Kitap-Dergi c) Sağlık personeli d) Çevre e) Diğer
18. Gebelik takibinize düzenli geliyor musunuz?
- a) Düzenli geliyorum b) Düzenli takiplere gelmiyorum
19. Doğum ağrısı yaşamaktan korkuyor musunuz?
- a) Evet b) Hayır
20. Gebelik sürecinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
- a) Evet B) Hayır
21. Gebelik süresince herhangi bir sıkıntınız olduğunda kimden destek istersiniz?
- a) Eş b) Anne c) Doktor d) Arkadaş b) Diğer (Belirtiniz)
22. Günlük aktivitelerinizi karşılarken gebeliğe bağlı sorunlar yaşıyor musunuz?
- a) Evet b) Hayır
23. Gebelik süresince evliliğinizle ilgili bir sorun yaşadınız mı?
- a) Evet b) Hayır

EK 2. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

İFADELER	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.				
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.				
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.				
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.				
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.				
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.				
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım				
8. Bebeğimin içinde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.				
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.				
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.				
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12. Bebeğim için bir şeyler satın alıy ya da alırım.				
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.				
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.				
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.				
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.				
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.				
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.				
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.				
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.				
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.				

EK 3. WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VERSİYONU

Bu anket formu, kadının doğum sancıları 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 sancılarını ve doğumu düşününüz, ümit ettiğiniz şekli de değil.

- I. Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1)

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

2)

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

- II. Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

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		
0	1	2	3	4	5

III. Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

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			Özgüveni yok		
0	1	2	3	4	5

23)

Son derece güvenli			Kendine güvensiz		
0	1	2	3	4	5

24)

Aşırı ağırlı			Hiç ağırlı yok		
0	1	2	3	4	5

IV. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25)

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

26)

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

27)

Kontrolümü tamamen kaybedeceğim			Kontrolümü kaybetmeyeceğim		
0	1	2	3	4	5

V. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

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		
0	1	2	3	4	5

VI. Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32) Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

Hiç			Çok sık		
0	1	2	3	4	5

33) Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

Hiç			Çok sık		
0	1	2	3	4	5

EK 4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir (1) haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

İFADELER	Hiç	Hafif düzeyde, Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde, Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde, Dayanmakta çok zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 5. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZNİ



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 83116987 - 174
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 02.03.2023
Toplantı No : 2023/04
Proje No : 23-KAEK-044

16.03.2023

Sayın, Prof.Dr. Nermin GÜRHAN

Etik Kurulumuzun 02.03.2023 tarihli toplantısında görüşülen 23-KAEK-044 kayıt numaralı **“Doğum Korkusu Yaşayan Gebelerde Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeline Göre Verilen Eğitimin Prenatal Bağlanma, Doğum Korkusu ve Anksiyeteye Etkisi”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Muzaffer KATAR
Başkan

EK 6. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-16180230-772.02-215578321
Konu : Bilimsel Araştırma Çalışma İzni

15.05.2023

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 04.04.2023 tarihli ve 28313 sayılı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün yazısı.

İlgi tarih ve sayılı yazı doğrultusunda; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Tuğba SARI'nın, Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında Yozgat Şehir Hastanesi'nde yapmayı planladığı "Doğum Korkusu Yaşayan Gebelerde Travelbee İnsan İnsana İlişkiler Modeline Göre Verilen Eğitimin Prenatal Bağlanma, Doğum Korkusu ve Anksiyeteye Etkisi" konulu anket şeklinde yapılacak olan bilimsel çalışmasını 01.06.2023- 30.11.2023 tarihleri arasında yapması, yapılacak çalışmanın sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak olan çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından Yozgat Şehir Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüş olup, Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formları ve Makam Olurumuz ve başvuru belgeleri yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

Ek: Başvuru Belgeleri-Makam Oluru ve Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tekke Mah. Şahit Kınalı Hasan Cad. No:32, 66200 Yozgat Merkez/Yozgat 56000
Sürekli İşçi
Kep Anhesi:

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre doğum korkusu yaşayan gebelere verilen eğitiminin doğum korkusuna, prenatal bağlanma ve anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi “Doğum korkusu yaşayan gebelerde Travelbee insan insana ilişkiler modeline göre verilen eğitimin prenatal bağlanma, doğum korkusu ve anksiyeteye etkisi” dir.

Gebelik tanısı konan ve gebeliğinin ikinci üç aylık dönemi içinde olmak nedeniyle klinik takibi yapılan gebeler üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, 18 yaş ve üzerinde olmanız, gebeliğinizin ikinci üç aylık dönemi içinde bir birey olmanızdır. Bu araştırma Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı iş birliği ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmada araştırılacak olan doğum korkusu hamileliği karmaşık hale getirip kaygı ve stres belirtilerine neden olmaktadır. Doğum korkusu, hamilelik sırasında oluşabilen bir ruh sağlığı sorunudur. Hamilelikte kadınların yoğun doğum korkusu yaşaması kabuslar görmesi, fiziksel semptomlar ve işte veya evde konsantrasyon eksikliği yaşamalarına neden olabilir. Hamilelikte kadınların yaşadıkları doğum korkusu ile ilgili olarak konuşma ihtiyaçları olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Doğum korkusunun yönetiminde amaç, kadının doğumu ile ilişkili belirsizlikleri kabul etmesine, anksiyete ile başa çıkmasına, doğum eylemine yönelik olumlu duygulara sahip olmasına, bu süreçte özdenetimini sağlaması ve sürdürmesine yardım etmektir. Ayrıca doğum korkusunun gelişimini önlemede verilen eğitimlerin önemli rolü bulunduğu dair çok sayıda bilimsel yayın bulunmaktadır.

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi için bu kadar önemli olan doğum korkusunu azaltmaya yönelik eğitimin uygulanabilirliğinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Bu amaçla tasarlanan bu projede gebelerdeki doğum korkusunun ne düzeyde olduğu araştırılacak ve doğum korkusu yüksek olan gebelere eğitimler yapılacaktır.

Böylelikle bu eğitimlerin doğum korkusunu azaltmada yetersizlik durumunun olup olmadığı aydınlatılarak söz konusu yetersizliğin giderilmesine dair önlemler alınmaya çalışılacaktır.

Gebelerdeki söz konusu doğum korkusu düzeyine yapılacak olan anket çalışması ile ortaya konmaktadır.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Araştırmacı ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.

7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Nermin GÜRHAN sorumluluğunda doktora öğrencisi Tuğba SARI tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı kapsamında doktora tez çalışması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Hemşire Tuğba SARI (-----) numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

ID :
Adres :
Telefon :
İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı :
Adres :
Telefon :
İmza :

**EK 8. TRAVELBEE İNSAN İNSANA İLİŞKİLER MODELİNE GÖRE
DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ KİTAPÇIĞI**

**TRAVELBEE İNSAN İNSANA
İLİŞKİLER KURAMINA
GÖRE DOĞUMA HAZIRLIK
EĞİTİMİ**



**HAZIRLAYAN
TUĞBA SARI
DANIŞMAN
Prof. Dr. NERMİN GÜRHAN**

ÖNSÖZ

Sevgili Anne Adayları,

Gebelik süreci, sizin için eşsiz ve heyecan verici deneyimlerden biridir. Doğum eylemi ise bilinmeyenlerin olduğu, sonucun tahmin edilemediği ve kontrol etme imkânınızın olmadığı bir deneyimdir. Bu nedenle bu süreçte doğuma yönelik korku ve endişeleriniz olabilir. Korku ve endişelerin fazla olması doğuma yönelik olumsuz tecrübeler yaşanmasına neden olabilir.

Doğum süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmak, doğuma yönelik duygu ve düşüncelerin farkında olmak ve korkularla baş edebilmek rahat ve keyifli bir doğum deneyimi yaşanmasını kolaylaştırır. Hazırlanan bu eğitim programı siz gebeleri doğuma hazırlamak, korkularınızı azaltmak ve olumsuz düşünceler ile baş etmenizi kolaylaştıracak teknikler içermektedir.

Eğitim programı, 8 oturumdan oluşmaktadır. Oturumlar 10 kişilik gruplar halinde, gebelerin uygun oldukları saatler göz önünde bulundurularak yapılır.



DOĞUM KORKUSU YAŞAYAN GEBELERDE TRAVELBEE İNSAN
İNSANA İLİŞKİLER MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
PRENATAL BAĞLANMA, DOĞUM KORKUSU VE ANKSİYETEYE ETKİSİ

EĞİTİM KİTAPÇIĞI

İÇİNDEKİLER

1. OTURUM TANIŞMA	1
2. OTURUM GRUP ÜYELERİNİN DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARININ ÖNEMİNİ KAVRAMASI	4
3. OTURUM DOĞUM EYLEMİNİ TANIMA	10
4. OTURUM DOĞUM KORKUSUNU TANIMLAMA VE DEĞERLENDİRME	27
5. OTURUM DOĞUM KASILMALARI İLE BAŞ ETME	32
6. OTURUM DOĞUMA HAZIRLIK VE PRENATAL BAĞLANMANIN ÖNEMİ	41
7. OTURUM BEBEK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ	48
8. OTURUM DEĞERLENDİRME	56

1. OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE
YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

GRUP OTURUMLARI HAKKINDA NELER DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

OTURUMLARDAN BEKLENTİLERİNİZ NEDİR?

2. OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE YARI
YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

İLK OTURUMA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİZDEN BAHSEDER MİSİNİZ?

KENDİNİZİ KISACA TANITARAK GEBELİK SÜRECİNDE NELER
YAŞADIĞINIZI ANLATIR MISINIZ?

3.OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE
YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

GEBELİK ROLÜNE UYUMUNUZ NASIL OLDU?

BU ROLÜ YAŞARKEN EN ÇOK ZORLANDIĞINIZ DURUMLAR NELER?

GEBELİK SİZİN İÇİN NE İFADE EDİYOR?

GEBE OLDUĞUNUZU ÖĞRENDİĞİNİZ AN NELER HİSSETTİNİZ?

4.OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

DOĞUM SİZİN İÇİN NE İFADE EDİYOR?

DOĞUM KORKUSU SİZİN İÇİN NE İFADE EDİYOR?

YAŞADIĞINIZ KORKUNUN GÜNLÜK YAŞAMINIZ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİ NASIL
DEĞERLENDİRİRSİNİZ?

DOĞUM KORKUSUNU HANGİ BOYUTTA YAŞIYORSUNUZ? (1-10 KADAR
DERECELENDİRMESİ İSTENECEK)

DOĞUM KORKUSUNU YAŞADIĞINIZ ZAMAN BEBEĞİNİZE KARŞI NELER
HİSSEDİYORSUNUZ?

DOĞUMUN NE DERECE AĞRILI OLACAĞINI DÜŞÜNÜYORSUNUZ? (1-10 KADAR
DERECELENDİRMESİ İSTENECEK)

DOĞUM SIRASINDA SAĞLIK PERSONELİNİN NASIL DAVRANMASI SİZİ İYİ
HİSSETTİRİR?

GEBELİKLE İLGİLİ BİLMEDİĞİNİZ NELERİN FARKINA VARDINIZ?

DOĞUMA YÖNELİK BİLMEDİĞİNİZ NELERİN FARKINA VARDINIZ?

5.OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE
YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

DOĞUM KASILMALARINA YÖNELİK EGZERSİZLER HAKKINDA NELER
DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

BU EGZERSİZLERİ ÖĞRENMEK SİZLERE NELER HİSSETTİRDİ?

BU EGZERSİZLERİ YAPMANIN DOĞUMA NASIL KATKILARI OLUR?

6.OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

ANNE LİK ROLÜNÜ DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ ZAMAN KENDİNİZİ NASIL
HİSSEDİYORSUNUZ?

NASIL BİR ANNE OLMAK İSTERSİNİZ?

BEBEĞİNE ÖĞRETMEK İÇİN ÖĞRENMEK İSTEDİĞİN DÜŞÜNCELER NELER?

DOĞUMA NE KADAR HAZIRSINIZ? (1-10 ARASI DERECELENDİRME)

DOĞUMA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİZDE HANGİ AŞAMADA OLDUĞUNUZU
DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

BEBEĞİNİZLE NASIL BİR İLİŞKİ KURMAL İSTERSİNİZ? GELECEK HAYALİ
KURABİLİR MİSİNİZ?

BEBEĞİNİZ İÇİN NELER HAZIRLIYORSUNUZ YA DA NASIL BİR HAZIRLIK
YAPMAK İSTERSİNİZ?

BU HAZIRLIKLARI YAPARKEN NELER HİSSEDİYORSUNUZ?

KENDİNİZDE NELERİN DEĞİŞTİĞİNİ FARK EDİYORSUNUZ?

ANNE LİK ROLÜNE UYUMUNUZDA DEĞİŞİKLİKLER OLDU MU?

7.OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE YARI
YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

GÜNLÜK YAŞAMINIZI ETKİLEYEN STRES KAYNAKLARI NELERDİR VE BU
DURUM GEBELİĞİNİZİ NASIL ETKİLİYOR?

BU DURUMU DEĞİŞTİREBİLECEĞİZİ DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?

BEBEĞİNİZE BAKIM VERDİĞİNİZİ DÜŞÜNMEK SİZLERE NELER
HİSSETTİRİYOR?

BEBEĞİNİZE SARILDIĞINIZI HIÇ DÜŞÜNDÜNÜZ MÜ ŞİMDİ HAYAL EDER
MİSİNİZ?

HAYAL ETTİĞİNİZDE NELER HİSSEDİYORSUNUZ?

HERHANGİ BİR İHTİYACINIZ KİMLERDEN DESTEK İSTERSİNİZ?

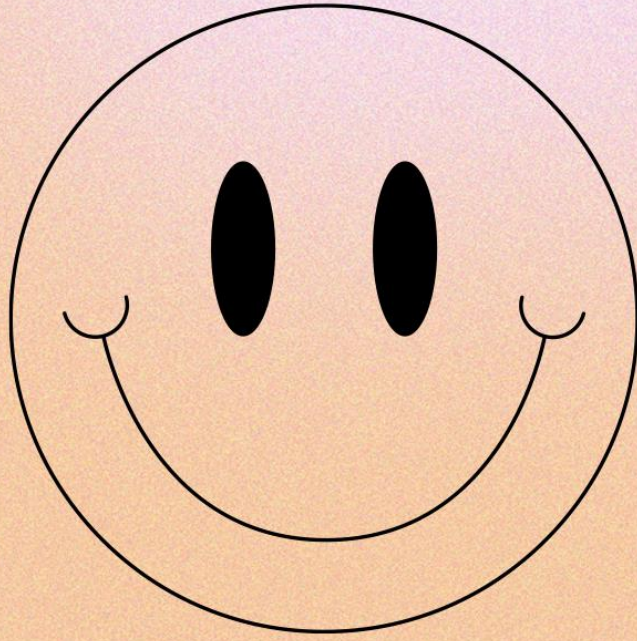
8.OTURUM

TRAVELBEE' NİN İNSAN İNSANA İLİŞKİLER KURAMINA GÖRE YARI
YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

BU EĞİTİMİ ALMAK SİZLERE NE KAZANDIRDI?

GRUP OTURUMLARINDAN ÇIKARDIĞINIZ ANLAM NEDİR?

GRUP OTURUMLARI HANGİ BEKLENTİLERİNİZİ KARŞILADI? ÖNERİLERİNİZ
NELERDİR?



MUTLU ANNE
MUTLU ÇOCUK
DEMEKTİR

