



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**NULLİPAR GEBELERE VERİLEN ÇÖZÜM
ODAKLI YAKLAŞIM EĞİTİMİNİN
DOĞUMU TRAVMATİK ALGILAMA,
VAJİNAL DOĞUM ÖZYETERLİLİĞİ VE
DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNE ETKİSİ**

Tuğba Yazıcı TOPÇU

DOKTORA TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

11 / 07 /2024

Tuğba Yazıcı TOPÇU

İthaf

*Doktora tezimi baharım kızım Eylül, gökyüzüm oğlum Deniz Kaan ve can yoldaşım eşim
Samet'e ithaf ediyorum.*



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez sürecim boyunca benden desteklerini ve zamanını esirgemeyen, yoluma ışık tutan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum danışman hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı Sayın Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a,

Tez izleme komitesinde yer alarak tezime değerli katkılar sunan Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN, Doç. Dr. Gülseren DİNÇ hocalarıma ve tez savunma sınavımda yol gösterici önerileriyle destek olan Doç. Dr. Zümrüt Yılar ERKEK ve Doç. Dr. Ruveyde AYDIN hocalarıma,

Veri toplama sürecinde benimle iş birliği yaparak desteklerini esirgemeyen KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Obstetri Polikliniği'nde çalışan hekim, ebe, hemşire ve araştırmaya katılan tüm gebelere,

Motivasyonumu hep canlı tutan çok sevgili Yenidoğan Yoğun Bakım ekibime,

Lisansüstü eğitimimin hayatıma kattığı ve her an desteğini hissettiğim kardeşim Özge Palancı AY'a,

Benim bugünlere gelmemi sağlayan, her türlü maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen canım aileme,

Hayatımın her alanında olduğu gibi lisansüstü eğitimimde de bana destek olan, beni bir an bile yalnız bırakmayan sevgili eşim Samet TOPÇU'ya,

Bana dünyanın en güzel duygusunu yaşatan çocuklarım Eylül ve Deniz Kaan'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba Yazıcı TOPÇU

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Gebelik

4

2.2. Gebelikte Fiziksel ve Psikososyal Değişiklikler

4

2.3. Gebelik ve Psikososyal Sağlık

5

2.4. Travmatik Doğum Algısı

5

2.4.1. Doğumun Travmatik Olarak Algılanmasına Yol Açan Faktörler

6

2.4.1.1. Doğum Ağrısı

6

2.4.1.2. Uzamış Travay

7

2.4.1.3. Epizyotomi ve Enstrümental Doğum

7

2.4.1.4. Fetal ve Maternal Riskli Durumlar

7

2.4.1.5. Fundal Bası

8

2.4.1.6. Gebelik ve Doğum Süresince Sosyal Destek Eksikliği

8

2.4.1.7. Gebelik, Doğum ve Doğum sonrası Döneme Dair Bilgi Eksikliği

9

2.4.1.8. İndüksiyon

9

2.4.1.9. İdeal Olmayan Doğum Ortamı Koşulları

10

2.4.1.10. Sürekli Fetal Monitörizasyon

10

2.4.1.11. Diğer Faktörler

10

2.5. Özyeterlilik

12

2.5.1. Gebelik ve Doğum Sürecinde Özyeterlilik

13

2.6. Gebelikte Travmatik Doğum Algısı ve Vajinal Doğum Özyeterliliği ile İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar	13
2.7. Gebelerin Travmatik Doğum Algısını Azaltma, Vajinal Doğum Özyeterliliğini Artırma ve Doğum Şekli Tercihinde Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	15
2.8. Çözüm Odaklı Yaklaşım	17
2.8.1. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Felsefesi ve Temel İlkeleri	17
2.8.2. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Varsayımları	19
2.8.3. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Teknikleri	20
2.8.4. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Uygulanma Süreci	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yeri, Tarihi	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Randomizasyonu	29
3.4.1. Körleme	32
3.5. Ön Uygulama (Pilot Çalışma)	33
3.6. Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi	33
3.6.1. Kontrol Grubundaki Gebeler (Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi Süresince)	36
3.7. Veri Toplama Araçları	36
3.7.1. Veri Toplama Formlarının Uygulanma Zamanları ve Süresi	37
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.10. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	40
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	53
6. KAYNAKLAR	62
EKLER	81
Ek 1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi Sertifikası	82
Ek 2. Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi Planı ve Ev Ödevi Örnekleri	83
Ek 3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	85
Ek 4. Vajinal Doğum Özyeterlilik Ölçeği	87

Ek 5. Anne Tanıtıcı Bilgi Formu	88
Ek 6. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu	89
Ek 7. Etik Kurul İzin Belgesi	90
Ek 8. Kurum İzin Belgesi	91
Ek 9. TDAÖ Kullanım İzni	92
Ek 10. VDÖYÖ Kullanım İzni	93
Ek 11. Gebe Bilgilendirilmiş Onam Formu	94
Ek 12. Eğitim Onam Formu	95
ÖZGEÇMİŞ	96



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 2. Travmatik doğum algısı, vajinal doğum özyeterliliği ölçek toplam puan ortalamalarının, çözüm odaklı yaklaşım eğitimi alma durumuna göre gruplararası karşılaştırılması	44
Tablo 3. Travmatik doğum algısı ölçeği toplam puan ortalamasının grup ve zamana göre karşılaştırılması	45
Tablo 4. Travmatik doğum algısı ölçeği puan ortanca değerinin, grup ve zamana göre tanımlayıcı istatistikleri ve çoklu karşılaştırma sonuçları	46
Tablo 5. Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasının grup ve zamana göre karşılaştırılması	47
Tablo 6. Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasının grup ve zamana göre tanımlayıcı istatistikleri ve çoklu karşılaştırma sonuçları	48
Tablo 7. Annelerin doğuma yönelik bazı obstetrik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması	50
Tablo 8. Gebelerin gebelikte düşündüğü doğum şekli tercihi ile gerçekleşen doğum şeklinin gruplararası karşılaştırılması	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. G Power analizi ile belirlenen örneklem büyüklüğü	28
Şekil 2. Randomizasyonu gerçekleştirmek üzere www.random.org sitesine girilen sayısal değerler	30
Şekil 3. www.random.org . sitesinden elde edilen sayı listeleri	30
Şekil 4. Consort akış şeması	32
Şekil 5. Araştırma iş akış şeması	39



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACOG	Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
ATFB	Anne Tanıtıcı Bilgi Formu
COST	European Cooperation in Science and Technology
COVID	Koronavirüs
ÇOY	Çözüm Odaklı Yaklaşım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EARS	Eliciting-Amplifying-Reinforcing-Start Over
GTBF	Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SEVB	Vaginal Birth Self Efficacy
SFBT	Solution Focused Brief Therapy
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCPS	The Traumatic Childbirth Perception Scale
TDAÖ	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
VDÖYÖ	Vajinal Doğum Özyeterlilik Ölçeği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Nullipar Gebelere Verilen Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitiminin Doğumu Travmatik Algılama, Vajinal Doğum Özyeterliliği ve Doğum Şekli Tercihine Etkisi

Araştırma nullipar gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım (ÇOY) eğitiminin doğumu travmatik algılama, vajinal doğum özyeterliliği ve doğum şekli tercihinin etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Gebe Polikliniğine 23 Nisan -31 Aralık 2023 tarihleri arasında başvuran, gebelik haftası 28-32 olan gebelerle gerçekleştirilmiştir. Güç analizine göre belirlenen çalışmanın örneklem büyüklüğünü deney ve kontrol grubunda 40'ar olmak üzere toplam 80 gebe oluşturmuştur. Deney grubundaki gebelere, araştırmacı tarafından haftada bir olmak üzere toplam 4 kez ÇOY eğitimi verilmiştir. Kontrol grubundaki gebeler standart bakım almıştır. Veriler gebe ve anne tanıtıcı bilgi, travmatik doğum algısı (TDAÖ) ve vajinal doğum özyeterliliği (VDÖYÖ) ölçeklerinin formları ile toplanmıştır. Veriler yüzdelik, ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleriyle birlikte Student t, Mann Whitney U, Wilcoxon, İki Yönlü Robust ANOVA ve varyans testleri ile analiz edilmiştir. TDAÖ toplam puan ortalaması deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Doğum sonrası TDAÖ toplam puan ortalaması deney grubunda, kontrol grubuna göre düşük belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubunda ÇOY eğitimi sonrası VDÖYÖ puan ortalaması eğitim öncesine göre yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Gebelerin vajinal doğum ile doğumunu gerçekleştirme oranı deney grubunda daha yüksek bulunmuş ancak yapılan gruplar arası karşılaştırmada, farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak, gebelere verilen ÇOY eğitiminin travmatik doğum algısını azaltma ve vajinal doğum özyeterliliğini artırmada olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Gerçekleşen doğum şekli üzerine ise, istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Obstetri alanında çözüm odaklı yaklaşım eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve bu konuda daha çok karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anne, Doğum, Eğitim, Gebe, Özyeterlilik, Travma

ABSTRACT

Effects of Solution-Oriented Approach Training for Nulliparous Pregnant Women on Their Traumatic Perception of Childbirth, Vaginal Birth Self-Efficacy, and Mode of Birth Choice

This study aimed to investigate the impact of solution-focused approach (SFBT) training provided to nulliparous pregnant women on their perception of birth trauma, vaginal birth self-efficacy, and preference for mode of delivery. The research was conducted as a randomized controlled experimental study with pregnant women at gestational weeks 28-32 who attended the Karadeniz Technical University Farabi Hospital Pregnancy Outpatient Clinic between April 23 and December 31, 2023. The sample size of the study, determined according to power analysis, consisted of a total of 80 pregnant women, 40 in the experimental and control groups. Pregnant women in the experimental group were given SFBT training by the researcher, once a week, a total of 4 times. Meanwhile, the control group received standard care. Data were collected using forms covering demographic information, traumatic birth perception (TCPS), and vaginal birth self-efficacy (SEVB). Data were analyzed with percentage, mean, median, minimum and maximum values, as well as Student t, Mann Whitney U, Wilcoxon, Two-Way Robust ANOVA and Variance tests. TCPS total score average was found to be lower in the experimental group than in the control group ($p < 0.001$). Postnatal TCPS total score average was found to be lower in the experimental group than in the control group. ($p < 0.001$). In the experimental group, the mean score of the SEVB after the SFBT training was found to be higher than before the training ($p < 0.001$). The rate of pregnant women giving birth via vaginal delivery was found to be higher in the experimental group, but in the comparison between the groups, it was determined that the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). In summary, the solution-oriented approach training provided to pregnant women demonstrated a positive impact on reducing the perception of traumatic birth and enhancing vaginal birth self-efficacy. However, there was no statistically significant effect observed on the actual mode of delivery. It is recommended that solution-oriented approach training in the field of birth be disseminated and more comparative studies be conducted on this subject.

Keywords: Birth, Education, Mother, Self Efficacy, Trauma

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem; kadın hayatının en önemli süreçleri arasında yer almaktadır. Birden çok rolü barındıran bu süreçlerde kadının psikososyal sağlık durumu gebeliğin seyri, doğum ve doğum sonrası dönem üzerinde etkili olabilmektedir (1, 2). Kadının psikososyal durumu aynı zamanda doğum tercihi üzerinde de etkili olabilmektedir. Vajinal doğum, hem kadın hem de fetüs ve yenidoğan için en ideal olan doğum şekli iken sezaryen doğum ise tıbbi gereklilik durumunda tercih edilen ve bu durumlarda hayat kurtarıcı; rutin olarak uygulandığında anne ve bebek için hastalık ve ölüm oranını arttıran bir doğum şeklidir (3-5). Gebe kadınlar; maternal stresi yönetememe, doğum ağrısı ile başetmekten korkma, sağlık profesyonellerinden ve sosyal çevreden yeterince destek alamama, (6-8) olumsuz ve travmatik doğum deneyimi yaşama veya başka bir bireyin bu deneyimine şahit olma, yakın çevrenin, medyanın doğumu korkutucu ve travmatik göstermesi (9, 10), doğumla ilgili eksik ve yanlış bilgilere sahip olma, vajinal doğum özyeterliliğinin düşük düzeyde olması gibi önlenabilir nedenlerle sezaryenle doğuma yönelebilmektedirler (10-12). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında sezaryen oranının (2019) en yüksek olduğu ülke %53.1 oranı ile Türkiye'dir (13). Türkiye Sağlık İstatistikleri 2022 Yıllığına göre; sezaryen oranı %62.8, primer sezaryen oranı %32.5'dir (14). Sezaryen ile doğum, endikasyon dışında yapıldığında anne hastalık ve ölüm oranını, vajinal doğumlara göre 2-4 kat arttırmaktadır. Ayrıca sezaryen ile doğum; ilk emzirmeye geç başlama ve emzirmenin sürdürülmesinde isteksizlik, postpartum kanama ve enfeksiyon oranlarında artış, geç taburculuk, postpartum iyileşmede gecikme, yenidoğanın şimdiki ve ileriki yaşamında çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (15-18). Yüksek travmatik doğum algısı ve düşük vajinal doğum özyeterliliği düzeyi gibi önlenabilir nedenlerle mücadele edilmelidir. Ayrıca tüm gebelerin, özellikle de nulliparların bilgi ve eğitim gereksinimlerinin doğru ve zamanında yapılması bu mücadelede önem taşımaktadır.

Nullipar gebenin doğuma yönelik karşılanmamış bilgi gereksinimi, gebelikte artan stres ve bu stresle etkin başedememe, artan doğum korku düzeyi, olumsuz doğum deneyimi, olumsuz doğum hikayeleri duyma gibi nedenler kadınların doğumu travmatik algılamasına yol açabilmektedir (19, 20). Travmatik doğum algısı kadının doğum sürecini kendisi ve bebeği açısından yaralanma ve/veya ölüm riski olarak algılaması olarak tanımlanmaktadır (21, 22). Özyeterlilik ise, bireyin bir eylemi başarıyla

gerçekleştirebilmesi için kendine olan inancını ifade etmektedir (23). Literatüre bakıldığında doğumda öz-yeterlilik “kadının doğum süreci ile başedebilmesi için kendine olan inancı” olarak ifade edilmektedir. Gebelerde doğumun travmatik algılanması ve özyeterliliğin düşük düzeyde olması annede vajinal doğumdan korkma, doğum dalgaları ile başedememe, perinatal psikososyal sağlıkta bozulma gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Fetus üzerinde ise, maternal stresin bir sonucu olarak büyüme ve gelişme geriliği, müdahaleli ve uzamış bir doğum eylemi, yenidoğan dönemi sağlık sorunları gibi sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle perinatal mental sağlığı korumak amacıyla doğum travmalarının önlenmesi, vajinal doğum özyeterliliklerinin artırılması gerekmektedir.

Nullipar gebelik, üçüncü trimestırda doğumun yaklaşması, gebede fiziksel ve psikolojik değişiklikler ve bu değişikliklere adaptasyonda zorluk, gebeliğe ve doğuma yönelik sağlık profesyonellerinden bilgi ve bakım beklentilerinin karşılanmayışı, antenatal bakım yetersizliği gibi önlenabilir nedenler prenatal stresin ve doğum korkusunun artmasına, vajinal doğum inancının azalmasına ve doğumun travmatik algılanmasına sebebiyet verebilmektedir. Bu nedenlerle tüm gebelerin özellikle de nulliparların nonfarmakolojik ve psikososyal uygulamalarla vajinal doğum özyeterliliğinin artırılması, doğumun travmatik algılanmasını önleyebilecektir. Motivasyonel görüşme, psikoeğitim, çözüm odaklı yaklaşım eğitimi gibi nonfarmakolojik yöntemler perinatal dönemdeki kadınlarda motivasyonu artıran, ruh sağlığı yükselten yaklaşımlardandır. Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi; bireyde “sorun” yerine "çözüm"e odaklanan, sorunun kendisi ile ilgilenmek yerine kişinin geçmişteki başarıları, hayatındaki iyi ve güçlü yönlerini öne çıkaran bir yaklaşım türüdür (24, 25). Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda, çözüm odaklı eğitiminin gebelerde doğum korkusunu azalttığı, psikososyal sağlığı yükselttiği ortaya koyulmuştur (24, 26, 27).

Bu çalışmada amaç nullipar gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin vajinal doğum özyeterliliği, travmatik doğum algısı ve doğum tipi tercihi üzerine etkisini incelemektir. Şimdiye kadar yapılan literatür taramasında bu amaçla yapılan bir çalışmaya henüz rastlanılmamıştır. Çalışmanın literatürdeki boşluğu dolduracağına, yeni çalışmalara ışık tutacağına inanılmaktadır. İlaveten bu çalışmanın, DSÖ’nün pozitif gebelik deneyimi için antenatal bakım (2016) ve pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım kalitesinin artırılması (2018), 2030 yılı “Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları”ndan “tüm kadınların ve kız çocuklarının güçlendirilmesi”, Sağlık Bakanlığımızın “sağlıklı gebelik ve doğum,

vajinal doğumun teşvik edilmesi ve artırılması”, Türkiye Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın “2024-2028 yılı “Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı” kapsamında sağlık alanında “Doğum öncesi ve sonrası bakım sunulan hizmetlerin niteliğinin artması”, sağlıklı koşullarda doğumun gerçekleşmesi” hedeflerine katkı sağlama potansiyeli bulunmaktadır (28-30).

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

- H_{0a} : Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi ile kontrol grubundaki gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi arasında fark yoktur.
- H_{1a} : Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi, kontrol grubundaki gebelerin travmatik doğum algısı düzeyinden düşüktür.
- H_{0b} : Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin vajinal doğum özyeterlilik düzeyi ile kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum özyeterlilik düzeyi arasında fark yoktur.
- H_{1b} : Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin vajinal doğum özyeterlilik düzeyi, kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum özyeterlilik düzeyinden yüksektir.
- H_{0c} : Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin vajinal doğum şeklini tercih etme oranı ile kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum şeklini tercih etme oranı arasında fark yoktur.
- H_{1c} : Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin vajinal doğum şeklini tercih etme oranı, kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum şeklini tercih etme oranından yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik dönemi spermin ovumu döllemesi ile başlayan ve yaklaşık 270 gün (40 hafta) süren hayatın başlangıcını oluşturan fizyolojik ve karmaşık bir süreçtir. Gebelik literatürde üç ana başlık halinde incelenir. Bunlar; düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelik olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir (31). Düşük riskli gebelikler; aktif bir komplikasyonun olmadığı gebeliklerdir ve tüm gebeliklerin büyük bir çoğunluğu bu kategoriye girmektedir (31, 32). Riskli gebelikler; takip edilen laboratuvar parametreleri normal olan ancak yakından takip edilmesi gereken gebelerdir (32, 33). Yüksek riskli gebelikler ise hem fetusun hem de gebenin hayatının tehlikede olduğu gebeliklerdir (31, 33, 34).

Gebelik risklere göre sınıflandırılmakla beraber, gebelik aylarına göre üç trimestrde değerlendirilmektedir. Gebeliğin 1-13. haftalara 1. trimestr, 14-26. haftaları 2. trimestr, 27-40. haftaları ise 3. trimestr olarak tanımlanmaktadır. Gebelik sürecinin 1. trimestrinde kadın bedeninde yeni oluşmakta olan bir olguya uyum sağlamaya çalışır. 14-26. haftaları kapsayan 2. trimestrde uyum sağlama büyük oranda tamamlanmış, gebelik kadın tarafından kabul edilmiş ve kadın içinde bulunduğu sürece alışmıştır. 27-40. haftalar arası yani 3. trimestrde ise ilerlemiş gebelik sürecinin kadın bedenine getirdiği fiziksel kısıtlamalar ve gelişmiş olan annelik duyguları ön plandadır (35, 36).

2.2. Gebelikte Fiziksel ve Psikososyal Değişiklikler

Gebelik süresince kadın vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler gebeliğin devamı, fetusun büyüme ve gelişimi nedeni ortaya çıkmaktadır (37). Gerçekleşen fizyolojik adaptasyonların en belirgin olanları kadının hormon düzeylerinde değişiklik, intravasküler hacimde artış ve büyüyen uterusun yaptığı basınçtır (38). Bununla birlikte gebelikte gastrointestinal, genitoüriner, solunum, nörolojik sistem ve deri gibi birçok sistem ve organda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler doğumu takiben 6-8 hafta içerisinde normale dönmektedir (37).

Kadın hayatında meydana gelen fizyolojik ve anatomik farklılıkların yanı sıra psikososyal değişikliklerin de gebelik üzerinde etkisi oldukça fazladır. Gebelik dönemi kadın hayatına yeni roller getiren bir süreç olduğundan çoğu zaman kadınlar için stres kaynağı olabilmektedir. Gebelikte psikososyal sağlık, kadının sosyodemografik özellikleri,

geçmiş gebelik ve doğum öyküsü, gebeliğin planlanma durumu, gebelik trimesteri, obstetrik bakım, aile içi süreçler, düşük öz saygı, algılanan sosyal destek, kadının eğitim düzeyi, psikiyatrik hastalık öyküsü gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (39, 40).

2.3. Gebelik ve Psikososyal Sağlık

Psikososyal sağlık bireyin içinde bulunduğu sosyal çevrede sağlığını tehdit eden olumsuz durumların olmaması ve çevre ile uyum sağlaması olarak tanımlanmaktadır (40, 41). Gebelikte psikososyal sağlık anne ve fetus sağlığı açısından oldukça belirleyici bir role sahiptir. Toplumda evlat, öğrenci, çalışan, işveren, eş, gelin, vb. gibi birçok rolü olan kadın annelik rolü ile birlikte hayatının diğer dönemlerine göre duygusal açıdan nispeten daha yoğun bir döneme girmiş olur. Bu açıdan bakıldığında hayatın her döneminde ihtiyaç duyulan psikososyal destek anneliğe geçiş dönemi olan gebelik döneminde daha da önem kazanmaktadır.

Gebelikte vücutta meydana gelen değişikliklerin ve anneliğe hazırlanma sürecinin kadında belirli bir düzeyde kaygı ve stres oluşturmaları beklenen bir durumdur ancak bu kaygı ve stres durumu bazı gebelerde oldukça yüksek düzeye ulaşarak psikososyal sorunlara sebebiyet verebilmektedir (42). Gebelikte psikososyal sağlık ve gebelik seyrinin birbiri üzerinde etkisi bulunmaktadır. Kadının psikososyal durumunun gebeliğin seyrini etkileyebileceği gibi gebelik de kadının psikososyal durumu üzerinde etkili olabilir.

Gebeliğin beraberinde getirdiği fizyolojik olgular kadar olumsuz olan/algılanan psikososyal reaksiyonların da taranması, önlenmesi ve ekarte edilmesi ana çocuk sağlığı ve psikolojik sağlık açısından önem taşımaktadır (43). Aynı zamanda gebelerin sağlık bakım ihtiyaçlarının sadece fizyolojik sağlık açısından değil, psikososyal sağlık açısından da değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin kadının kendi ev ortamında, eş ve diğer aile bireyleri ile birlikte yapılması önem arz etmektedir (44). Gebelerin psikososyal sağlığı bozulursa doğum travmatik algılanabilir veya travmatik doğum algısı gebelerin psikososyal sağlığını bozabilir.

2.4. Travmatik Doğum Algısı

Doğum; kadın hayatına yeni roller getiren, farklı bir döneme geçiş süreci olduğu için doğuma dair oluşan algının olumlu veya olumsuz etkileri çok fazladır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün olumlu doğum deneyimi için intrapartum bakım tavsiyelerinde kadınların bireysel özelliklerini dikkate almak, sosyokültürel inançlar ve kadının

beklentilerini karşılamak, klinik ve psikolojik anlamda güvenliğin sağlanması, doğum refakatçisi/destekçisi tarafından desteklenmek, tıbbi müdahale kararına katılım gibi konulara dikkat çekmektedir (45). Doğuma dair kadında gelişen pozitif doğum algısı doğum korkusunu azaltmakla birlikte müdahaleli doğum (analjezi, anestezi, epizyotomi, indüksiyon, vb.) oranlarını da azaltmaktadır (46, 47). Bunun sonucunda kadında oluşan doğum memnuniyeti postpartum dönemde anne-bebek bağlanmasına katkı sağlamakta, fizyolojik ve psikososyal anlamda olumlu getiriler sağlamaktadır (46, 48, 49).

Gebeliğin başlangıcından doğuma kadar kadında farklı psikolojik değişimler ortaya çıkmaktadır. İlk trimesterde daha yaygın olarak ambivalan duygular halinde kendini gösteren bu değişiklikler ikinci trimesterde azalırken doğumun yaklaştığı üçüncü trimesterde ise doğuma dair yoğun anksiyete yaşanabilir (50). Doğuma dair kadında gelişen ve kabul edilebilir sınırların dışında olan korku “tokofobi” olarak tanımlanır. Primer tokofobi gebelik öncesinde ortaya çıkan tokofobi olarak tanımlanırken, sekonder tokofobi ise travmatik olan/algılanan obstetrik bir olayın yaşanmasından sonra ortaya çıkan tokofobi olarak tanımlanmaktadır (51, 52). Tokofobinin doğumu travmatik bir süreç olarak algılamaya neden olması muhtemeldir. Travmatik doğum algısı, başka bir deyişle doğumu travmatik bir süreç olarak algılama, kadının doğum öncesi, doğum veya doğum sonrası süreçlerinden herhangi birinde ortaya çıkan ve doğumu gerek kendisi gerek doğacak bebeği açısından yaralanma veya ölüm tehdidi olarak algılaması durumudur (22, 53, 54).

2.4.1. Doğumun Travmatik Olarak Algılanmasına Yol Açan Faktörler

2.4.1.1. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı kadınların büyük bir kısmı tarafından yaşamları süresince deneyimledikleri en şiddetli ağrı olarak tanımlanır. Doğum ağrısından büyük bir ölçüde doğumu meydana getiren birincil güçlerden (kadın tarafından kontrol edilemeyen güçler) olan uterus kontraksiyonları sorumlu iken ağrıya neden olan diğer fizyolojik olaylar şu şekilde sıralanabilir (55-57):

- Doğumun birinci evresinde; servikal silinme ve dilatasyon, amniyotik mayi basıncı, doku hipoksisi, komşu dokulara baskı
- Doğumun ikinci evresinde fetusun perine ve kemik pelvise yaptığı bası, periton ve ligamentlerin gerilmesi,

- Üçüncü evrede ise uterus kontraksiyonları yardımıyla plasenta ayrılmasına bağlı fizyolojik değişiklikler (55-57).

Doğum ağrısı psikolojik, biyokimyasal, nörofizyolojik, kültürel, algısal, çevresel birçok faktörden etkilenmektedir ve doğum sonrası dönemde anne-bebek sağlığını da etkilemektedir. Bu nedenle ağrının azaltılmasında farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması oldukça önemlidir (55-57).

2.4.1.2. Uzamış Travay

Uzamış travay tanımı; latent fazın nullipar gebelerde 20 saat, multipar gebelerde ise 14 saatten uzun sürmesi olarak tanımlanmaktadır (58, 59). Aynı zamanda aktif fazda dört saatten uzun süre yeterli uterin aktivite olmasına rağmen ilerlemenin gerçekleşmemesi, rüptüre olmuş membranlar ve 6 cm dilatasyonu olan veya en az altı saat oksitosin uygulamasına rağmen yetersiz uterus aktivitesi olarak tanımlanmaktadır (57-59). Uzamış travay olgularında anestezi ve analjezi kullanımı, sezeryan ve/veya operatif doğum riskleri artmakta iken uzayan süre nedeniyle kadının ağrıya olan dayanıklılığı ve direnci düşmektedir. Uzamış travay sonucunda doğumun travmatik algılanma olasılığı artarken doğum memnuniyetinde azalma görülmektedir (60).

2.4.1.3. Epizyotomi ve Enstrümental Doğum

Epizyotomi, doğumun ikinci evresinde fetüs başının doğumunu kolaylaştırmak ve perinede oluşabilecek laserasyonları önlemek amacı ile bulbokavernöz kasa kontrollü bir şekilde yapılan perineal bir insizyon çeşididir (61, 62). Enstrümental doğum ise fetal başın angaje olduğu ve dilatasyonun tamamlandığı ancak ikinci evrenin uzaması, fetal distres şüphesi gibi durumlarda forseps ve vakum kullanılarak fetüsün doğumunu sağlayan müdahalelerdir (63). Enstrümental, başka bir deyişle operatif doğumlar kadın açısından travmatik doğum algısını tetikleyici olabilmektedir.

2.4.1.4. Fetal ve Maternal Riskli Durumlar

Her gebelik potansiyel olarak risk taşımaktadır, bu sebeple gebeliklerin büyük bir çoğunluğu düşük riskli olarak kabul edilir. “Düşük riskli gebelik” ifadesi gebelik ile ilgili aktif bir komplikasyonun olmadığı anlamına gelmektedir (64-66).

Gebenin doğuştan ya da edinilmiş kronik hastalıkları, gebelikte oluşabilecek sistemik hastalıklar (gestasyonel diyabet, preeklampsi, eklampsi, obezite vb.) doğumu riskli hale getirebilmektedir. Aynı zamanda fetal malformasyonlar, kromozom anomalileri,

malpozisyon, malprezentasyon, makrozomi, çoğul gebelik gibi durumlarda doğumu negatif yönde etkilemektedir. Bu gibi riskli durumlarda doğum süreci normalden sapabilmekte ve enstrümental veya sezaryen doğuma gerek duyulabilmektedir (64-66).

2.4.1.5. Fundal Bası

Kristaller manevrası olarak bilinen fundal bası uygulaması, vajinal doğumun kolay hale gelmesini sağlamak ve ikinci evrenin uzamasını engellemek amacıyla fundus üzerinden serviks ve vajene doğru el veya özel bir kemer ile basınç uygulanması esasına dayanmaktadır (68). Uygulanma endikasyonları; fetal distres, uzamış ikinci evre, ıkınmanın kontrendike olduğu durumlar ve kadının yorgunluğu olarak sıralanabilir (69). Fundal bası uygulanan kadınlarda ağrı, bası bölgesinde morarma, doğum sonu kanama, yorgunluk, uterus rüptürü gibi sonuçlar gözlemlenebilir iken psikolojik olarak ise korku, posttravmatik stres bozukluğu, depresyon etkileri olabilmektedir (59). Kadınların doğumlarını zor, korkulu ve travmatik olarak algılamasının önemli nedenlerinden biri de fundal bası uygulamasıdır (70). İntrapartum dönemde fundal bası uygulanan kadınlarda hem doğumda hem doğum sonrasında daha fazla maternal tükenme yaşayabilmektedirler (68).

2.4.1.6. Gebelik ve Doğum Süresince Sosyal Destek Eksikliği

Kadınların sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmeleri için sosyal destek sistemlerine ihtiyaçları vardır. Sosyal destek; cesaretlendirme, konfor ve çeşitli konularda yardımı bireye aynı anda sağlamaktadır (71). Sosyal destek yetersizliği, stres ve kaygı verebilecek olayların etkisinin artmasına neden olur ve bunun sonucunda da negatif sonuçlar doğurabilir (72). Kadın hayatının en özel süreçleri içerisinde yer alan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sosyal desteğe olan ihtiyaç artmaktadır. Gebenin güvende hissetme, ilgi, empati ve şefkat gibi psikososyal ihtiyaçlarının giderilmesi için duygusal destek önem arzederken günlük yaşamdaki sorumluluklarına (ev işi, çocuk bakımı, vb.) yardımcı olunması, destek verilmesi ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılanması için maddi destek de önemlidir (72, 73). Aynı zamanda benlik saygısının yükseltilmesi ve düşünce karışıklıklarının çözümüne yardımcı olunması için bilişsel desteğe de ihtiyacı vardır (72, 73). Sosyal destek sistemleri yeterli olan kadınlar, gebeliğe daha kolay uyum sağlamakta, doğum sürecini daha kolay yönetebilmekte ve doğum sonrasında anneliğe geçişleri olumlu yönde etkilenmektedir (74). Perinatal dönemde sosyal destek eksikliği doğuma dair korkuları tetikleyebilmekte, gebelik ve doğum sürecini etkin

yönetmeyi negatif yönde etkilemekte ve bunun sonucunda da travmatik doğum algısına sebep olabilmektedir.

2.4.1.7. Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme Dair Bilgi Eksikliği

Gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme ihtiyacı üreme çağındaki her kadında görülürken bu ihtiyaç prekonsepsiyonel dönem ve gebelikte artış gösterir. Gebelik ile beraber kadın; vücudundaki değişimler, fetusun büyüme ve gelişmesi, doğum ve doğum sonrası döneme dair birçok konu hakkında bilgi edinmek ister. Ülkemizde gebe kadınların bilgi ihtiyacını gidermeye yönelik olarak doğuma hazırlık sınıfları bulunmaktadır. Bu sınıflarda verilen eğitimler sayesinde gebe/lohusa ve ailesinin fiziksel ve psikososyal açıdan sürece adapte olabilmeleri ve eğitim gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmaktadır (75). Doğuma hazırlık eğitimleri, üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi, gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, fetusun büyüme ve gelişmesi, egzersizler, gebelikte cinsel hayat, yenidoğanın büyüme, gelişme ve bakımı, gebelik ve doğum sonrası dönemde beslenme, özbakım, doğum süreci, emzirme, ebeveynliğe geçiş, aile planlaması, eşin/partnerin ya da yardım eden kişinin eğitimi gibi konuları içermektedir (76). Doğuma hazırlık sınıflarının vajinal doğum tercih oranını ve doğum memnuniyetini artırdığı, doğum korkusu, ağrı algısı ve epidural analjezi kullanımını azalttığı, kadının özyeterlilik, doğuma uyum süreci, doğuma hazır oluşluk, olumlu doğum deneyimi algısı ve beden farkındalığı olgularını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Doğuma hazırlık sınıfları ayrıca tıbbi müdahale ve ilaç kullanımını azalttığı ve alternatif doğum pozisyonu kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır (77). Perinatal dönemde bilgi eksikliği kadında kaygı düzeyinin artmasına neden olabilir. Çünkü bilinmezlik ve belirsizlik insan doğası gereği kaygı ve stres düzeyini artırır. Kaygı ve stres düzeyi artan kadın doğumu travmatik olarak algılar ve süreçten olumsuz etkilenir.

2.4.1.8. İndüksiyon

Doğum indüksiyonu, uterus kontraksiyonlarının yapay olarak başlatılması protokolüdür. İndüksiyon ile oluşan uterus kontraksiyonları doğal şekilde oluşan kontraksiyonlardan daha acı verici olarak algılanır (78-80). İndüksiyon, erken membran rüptürü, hipertansiyon, koryoamniotit, gestasyonel diyabet, doğumun beklenen zamanda gerçekleşmemesi gibi tıbbi nedenlerle anne ve fetusta oluşma ihtimali bulunan komplikasyonların önlenmesi için kullanılmaktadır (80, 81). Doğum indüksiyonu uygulanan gebelerin %15'inde müdahaleli ve %22'sinde acil sezaryenle doğum

bildirilmiştir (83). Ayrıca umbilikal kord prolapsusu, hiperstimülasyon, fetal distres, antidiüretik etki ve taşistoli gibi riskleri de beraberinde getirebilmektedir (83, 84). Aynı zamanda indüksiyon gebede hareket kısıtlılığına neden olarak ağrı ile başetmeyi zorlaştırır ve analjeziye olan ihtiyacı artırır. Bu olumsuz etkilerden dolayı indüksiyonun doğumun travmatik algılanmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

2.4.1.9. İdeal Olmayan Doğum Ortamı Koşulları

Doğumun gerçekleştiği ortam doğum sürecinin ilerleyişi konusunda belirleyici bir faktördür. Kadınların doğum fizyolojisine uygun olarak tasarlanmış doğum odaları/salonlarında doğum yaptığına intrapartum analjezi, oksitosin kullanımı, enstrümantal vajinal doğum ve epizyotomi kullanımının azaldığı, spontan vajinal doğum, emzirme oranları ve doğum deneyimini olumlu olarak algılama durumunun da arttığı, kısacası; destekleyici ve olumlu bir ortamda, doğum eyleminin de olumlu etkilendiği bildirilmiştir (85, 86). Doğum ortamı, doğumun fizyolojisi ve gebenin konforunu koruyacak şekilde dizayn edilmediği takdirde doğum doğallıktan uzaklaşır. Bunun sonucunda da kadının kaygı düzeyi artar ve travmatik doğum algısı oluşabilir.

2.4.1.10 Sürekli Fetal Monitörizasyon

Travmatik doğum algısı düzeyini arttırabilecek bir başka etken ise intrapartum dönemde sürekli fetal monitörizasyon uygulanmasıdır. İntrapartum süreçte fetal monitorizasyondaki amaç sempatik ve parasempatik sinir sisteminin etkisi altında kalan fetusun kalp atış hızını değerlendirerek hipoksi varlığını saptamaktır (87, 88). Aralıksız uygulanan elektronik fetal monitörizasyon ile gebenin hareketi kısıtlanmakta ve immobilizasyon doğum ağrısı ile başetmeyi güçleştirebilmektedir (89, 90). Bunun sonucunda da uzamış eylem, analjezi kullanımı ve sezaryen oranında artış olabilmekte ve gebenin doğuma dair algısı negatif yönde etkilenebilmektedir (89, 90).

2.4.1.11. Diğer Faktörler

Gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme yönelik algı, kadının kişilik ve sosyodemografik özellikleri, varsa önceki doğum öyküsü/öyküleri, jinekolojik öykü, hayata bakış açısı, inançlar, kültürel değerler travmatik doğum algısı üzerinde etkili olabilmektedir (91).

Doğum süresince kadının enerjiye gereksinimi yüksektir. Gelişmiş ülkelerde doğum eylemi sırasında oral alım kısıtlanmamakla birlikte ülkemizde doğum sırasında oral

alım kısıtlanmasına gidilip kadının ihtiyacı olan enerji parenteral yolla karşılanmaktadır (92). ACOG'a göre risksiz durumlarda normal doğum veya sezaryen planlanan gebelerin ve anestezi uygulanmasından iki saat öncesine kadar berrak/tanesiz sıvı besinlerle oral beslenebileceğini bildirmiştir (93). Beslenme gereksinimi karşılanmış ve enerji düzeyi yüksek gebe doğumu daha iyi yönetebilecek ve buna paralel olarak da doğuma dair algısı olumlu yönde etkilenecektir.

Sağlık okuryazarlığı travmatik doğum algısını etkileyen bir başka faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı; bireyin hayatı boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili fikir üretebilme ve karar verebilmeleri, sağlığı korumak, sürdürmek, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, bu bilgileri doğru şekilde algılamaları ve anlamaları konularındaki becerilerine verilen addır (94). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük seviyede olması travmatik doğum algısını arttırmaktadır (3). Doğum hazırlık sınıfları doğuma dair farkındalığı ve bilgi düzeyini arttırması nedeniyle bu konuda önemli katkı sağlamaktadır.

Yine aynı şekilde olumsuz doğum hikayeleri de kadının doğumunu travmatik algılamasına yol açabilmektedir. Bu şekilde travmatik doğum algısı birkaç farklı şekilde oluşabilir; önceki doğum deneyimi, refakat edilen bir başka kadının doğumu, çevreden duyulan doğum hikayeleri, dizi/filmlerde işlenen doğum sahneleri, sosyal medya gibi olgular bunların başlıcalarıdır.

Son yıllarda biyomedikal alanında gerçekleşen gelişmeler, sayıları gittikçe artan malpraktis davaları, sağladığı avantajlar gibi nedenlerden dolayı doğumun medikalizasyonu dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermiştir. Bunun sonucunda normal bir süreci yaşayan kadın hasta olarak adlandırılmaktadırlar (95). Bu durum da doğumun travmatik algılanmasında rol oynamaktadır.

Doğumun travmatik algılanmasının bir başka nedeni ise sağlık profesyonelleri ile etkisiz iletişimdir. Doğum kadının destek ve etkin iletişime en çok ihtiyaç duyduğu bir olgudur. Bazı kadınlar doğumda ebenin kendisine yargılayıcı ve utandırıcı davrandığını ve kadına destek sağlamayan davranışlar sergilediğini belirtmektedir. Bu gibi etkenler de kadınların doğumunu travmatik algılamasına neden olabilmektedir. Aktaş ve Pasinlioğlu'nun yapmış olduğu çalışmada ebelere empati eğitimi verilmiş olup bunun sonucunda annelerin doğumu ve ebeyi olumlu algılamada etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (96).

2.5. Özyeterlilik

Tarihte ilk kez Sosyal Öğrenme Kuramı kurucusu Kanada'lı psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında tanımlanan özyeterlilik (self efficacy) kavramı, insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak gösterilmiştir (97). Bireyin bir görev veya işi başarılı bir şekilde yapabilmesine imkan sağlayan özellik ve yetilerin kendisinde bulunduğuna dair inancını açıklayan özyeterlilik kavramı aynı zamanda çevrede olup bitenler üzerinde etkili olabilecek şekilde bir fiili başlatıp sonuca ulaşana kadar sürdürebileceğine olan inanç olarak tanımlanmıştır (97, 98).

Özyeterlilik bireyin yetenekli olmasına değil, öz kaynaklarına güvenmesi esasına dayanır (99). Bir durum ile baş edebilme yeteneği olup özyeterlilik düzeyi düşük olan kişi yeteneklerini eyleme dökemeyecektir (99, 100). Özyeterlilik kavramının bileşenleri şu şekilde sıralanabilir;

- Bir fiilin planlanması,
- Kişinin yeteneğinin farkında olması ve organize olması,
- Zorlukları ve edinilecek kazanımları gözden geçirmesi sonucunda oluşan motivasyon ve güdülenme düzeyi (99).

Albert Bandura'ya göre özyeterlilik algısını harekete geçiren süreçler:

Bilişsel süreç: Bireyin bir hedef belirlemesi öz yeteneklerini nasıl değerlendirdiğine bağlıdır. Algılanan özyeterlilik düzeyi ne kadar yüksekse belirlenen hedef de bir o kadar güçlü ve yüksektir. Birey bir hedefe yönelik harekete geçmeden önce plan yapar ve özyeterlilik algısı ve düzeyi planı yönetmesine ve gerçekleştirmesine yardımcı olur.

Motivasyonel Süreç: Motivasyon bireyde kendinden emin olma ve hedefe yönelik çaba gösterme ile birlikte davranışlara yön verme ve amaçlarını gerçekleştirinceye kadar çabayı sürdürme sürecidir. Bir konuda kendisini son derece etkili ve yetkin olarak gören insanlar başarısız olduklarında bu sonucu yetersiz çabaya bağlarken, kendilerini yetersiz görenler ise başarısızlıklarını düşük yeteneklerine bağlarlar. Kişinin yeteneklerine dair inancı onun kapasitesini belirler ve beklentilerini şekillendirir.

Duygusal Süreç: İnsanların başa çıkma yeteneklerine olan inançları, yaşadıkları stres ve depresyon üzerinde etkilidir. Özyeterlilik stresörlere etki ederek bireyin anksiyetesini kontrol etmesine olanak sağlar. Başka bir deyişle yeterli özyeterlilik düzeyine sahip bireyler kontrol altında tutabileceklerine inandıkları tehditlere karşı kaygı duymazlar.

Seçim Süreci: İnsanlar içerisinde yaşadıkları ve var oldukları çevrenin ve toplumun bir parçasıdır. Birey kendi seçim ve tercihlerinin dışında belli bir düzeye kadar toplum ve çevre tarafından şekillendirilir. Seçim sürecine başka bir yönüyle bakıldığında ise bireyin özyeterlilik algısının onu bazı davranışlardan kaçınmaya ve bazı seçimler yapmaya yönlendirdiği görülür (101). Seçim süreci gebelik ve doğum sürecinin sağlıklı ilerleyebilmesi açısından belirleyici bir faktördür.

2.5.1. Gebelik ve Doğum Sürecinde Özyeterlilik

Anne için hayatın yeni bir dönem, bebek için ise hayatın başlangıcı anlamına gelen gebelik ve doğum süreci sadece fizyolojik ve biyokimyasal değil psikolojik ve sosyal anlamda da karmaşık bir süreçtir. Bu bağlamda gebelik ve doğum süreci adapte olunması gereken bir zaman dilimidir. Gebelik ve doğum süreci boyunca annenin uyum ve adaptasyonunu etkileyen en önemli faktörlerden birisi de özyeterliliğidir. Özyeterlilik düzeyi/algısı yüksek olan gebelerin düşük olan gebelere oranla daha az travmatik doğum algısı yaşayacağı beklenmektedir. Çünkü gebelik ve doğum için yeterli özgüvene sahip olduğunu düşünen kadınların zihinsel anlamda doğuma daha hazır oldukları ve doğum sırasında psikolojik olarak daha az travma algılayacakları/yaşayacakları öngörülür (102). Ayrıca özyeterliliği yüksek olan gebe baş etme yöntemlerini etkin kullanarak doğumda kontrolünü daha kolay sağlar (103). Yapılan birçok bilimsel araştırma da bu savları destekler özelliktedir. Barut ve Uçar'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada gebelerde doğum öz yeterliliği düzeyi arttıkça doğum korkusunun azaldığı ve doğum korkusu düzeyi azaldıkça öz yeterlilik algısının yükseldiği bildirilmiştir (104).

2.6. Gebelikte Travmatik Doğum Algısı ve Vajinal Doğum Özyeterliliği ile İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

Literatür incelendiğinde travmatik doğum algısı ve vajinal doğum özyeterliliği ile ilgili yapılmış olan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu bölümde bu çalışmalardan bazıları özetlenecektir.

Kadının kendi bedeni ve doğum süreci ile ilgili karar alabilme durumu travmatik doğum algısını etkileyebilmektedir. Kadınların travmatik doğuma ilişkin algı ve deneyimlerinin incelendiği on nitel çalışma ile yapılan meta-etnografik bir çalışmada travmatik doğum yaşayan kadınların karar alma süreçlerine katılma ve doğum sürecinin tüm yönleri hakkında tam olarak bilgi sahibi olma ihtiyacı sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilmeli ve kadın desteklenmelidir sonucuna ulaşılmıştır (105). İletişim kurmakta

zorlanan ve/veya iletişim kurma zorluğuna neden olabilecek bir hastalık/sekeli bulunan kadınlarda travmatik doğum algısı riski artmaktadır. Doğum travmasına neden olan faktörlerin ve literatürde olan uygulamaların etkinliğinin anlaşılması amacıyla 21 çalışma ile yapılan bir araştırmada daha önce zihinsel sorunları olan, obstetrik acil müdahale gereken, neonatal riski olan gebelik yaşayan ve sağlık profesyoneli ile etkili iletişim kuramayan kadınların doğumu travmatik olarak algılamaya daha yatkın olduğu belirlenmiştir (106). Gebeliğin düşük veya yüksek riskli olması durumu travmatik doğum algı düzeyini etkileyebilmektedir.156 gebe ile yapılan karşılaştırmalı bir tanımlayıcı çalışmanın sonuçlarına göre yüksek riskli gebelerde travmatik kaygı ile travmatik doğum algısı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki, düşük riskli gebelerde ise travmatik kaygı ile travmatik doğum algısı arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur (107). Travmatik doğum algısı sadece gebelik ve doğum sürecini değil doğum sonrası dönemin önemli bir bileşeni olan maternal bağlanmaya da etki edebilmektedir. Vajinal doğum yapan annelerin travma algısı ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen kesitsel bir çalışmada, travmatik doğum algısı ile maternal bağlanma arasında negatif ilişki bulunmuş olup sosyo-demografik ve obstetrik faktörlerin ve doğum memnuniyetinin doğum travması ve maternal bağlanma düzeyi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (108). Yine bir başka etken olarak karşımıza çıkan kişisel özellikler de travmatik doğum algı düzeyine etki edebilmektedir. 18-65 yaş arasındaki kadınlar ile kişisel özelliklerini travmatik doğum algısı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada kişisel özelliklerin (dışa/içe dönük olma, duygusal denge, tutarlı/tutarsız olmak gibi) travmatik doğum algısını etkilediği sonucuna varılmıştır (109). Çeşitli değişkenlerin incelendiği İrlanda’da yapılan bir başka çalışmada ise doğum sonrası 6-12. haftalarda yapılan bir araştırmada kadınların %18’inde doğum travmatik algılama tanımlanmış olup mevcut veya geçirilmiş depresyon, doğum sonu kanama, doğum indüksiyon ve operatif doğum gibi öykülerin varlığının potansiyel travma nedeni olabileceği vurgulanmıştır (110).

Vajinal doğum özyeterliliği ve doğum özyeterliliği birbiri ile iç içe kavramlar olup çeşitli araştırmalara konu olmuş olgulardır. Nullipar kadınlarla ile yapılan bir çalışmada özyeterlilik inancı düzeyi yükseldikçe doğumdan duyulan memnuniyetin düzeyinin de arttığı bildirilmiştir (111). Gebelik algısı, gebelik boyunca kadının bedeninde ve psikososyal süreçlerindeki değişimi nasıl algıladığı ile ilgili bir kavramdır (112). Yine gebeler ile yapılan bir çalışmada gebelerin gebelik algısı düzeyi yükseldikçe vajinal doğum özyeterlilik düzeyinin de yükseldiği saptanmıştır (113). Vajinal doğum özyeterliliği

sosyoekonomik düzeyden de etkilenebilmektedir. Kadınların gelir düzeyi ile vajinal doğum özyeterlilik düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (114). Doğum özyeterliliğine etki eden bir başka faktör ise “başedebilme”dir. Özyeterlilik düzeyi yüksek olan kadınların doğum eylemi sırasında başedebilme yöntemlerini daha iyi kullandıkları, doğumu daha olumlu olarak algıladıkları bildirilmiştir (115).

2.7. Gebelerin Travmatik Doğum Algısını Azaltma, Vajinal Doğum Özyeterliliğini Artırma ve Doğum Şekli Tercihinde Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Antenatal bakım hizmeti veren ebe ve hemşirelerin travmatik doğumları önlemede ve azaltmada, vajinal doğum özyeterliliğini artırmada bakım verici, eğitici, danışmanlık, liderlik, savunuculuk gibi rolleri bulunmaktadır. Nitelikli antenatal bakım, sadece gebelik döneminin fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirmekle kalmaz, doğumda tıbbi müdahaleye daha az gereksinim, pozitif doğum deneyimi, emzirmeye erken başlama ve emzirmenin sürdürülmesi, anne bebek bağlanmasını sağlama gibi maternal ve neonatal sonuçlara da olumlu katkı sağlar (116). Gebeliğin erken dönemlerinde her gebe, ebe ve hemşireler tarafından travmatik doğum algısı, vajinal doğum inancı ve özyeterliliği yönünden rutin olarak taranmalı, risk varlığında sevk edilmelidir (15, 117). Özellikle de nullipar gebelerin bu süreci multipar gebelere göre daha hassas yaşadıkları unutulmamalıdır.

Gebelerin nitelikli antenatal bakım hizmetlerinden yararlanmaları sağlanarak gebeliğe, doğuma ve doğum sonrası döneme ilişkin stresleri azaltılarak doğum korkusu, travmatik doğum algısı azaltılmalı / önlenmelidir (3, 118). Ebe ve hemşireler tarafından gebelerin doğuma yönelik eksik bilgilerinin giderilmesi, yanlış bilgilerinin düzeltilmesi, sosyal desteğinin arttırılması, gebeliğe ait risklerinin erken dönemde tespit edilmesi ve gerekli bakım ve tedavinin sağlanması, doğuma ve doğumda ağrı yönetimine yönelik bilgi ve becerilerinin güçlendirilmesi vajinal doğum özyeterliliğinin artmasına katkı sağlamaktadır (15, 108). Vajinal doğum özyeterlilik düzeyinin yükselmesinin, travmatik doğum algısını azaltmada koruyucu faktör olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Gebede travmatik doğum algısının azaltılması, vajinal doğumun tercih edilmesine eğilimi artırmaktadır (119).

Ebe ve hemşireler travmatik doğum algısı ve vajinal doğum özyeterliliği alanında hem tanımlayıcı hem de deneysel çalışmalar yaparak sorunun görünür kılınması ve çözümde bakımın etkisini ortaya konulmasına katkı sağlamalıdır.

Yapılan çalışmalarda gebelere ebe ve hemşireler tarafından motivasyonel görüşme, psikoeğitim, bilinçli farkındalık teknikleriyle verilen antenatal eğitimlerin bu gebelerde doğum özyeterliliğini ve vajinal doğum inancını artırdığı, doğum korkusunu azalttığı ortaya koyulmuştur (120, 121). Ancak literatürde gebelerde travmatik doğum algısını azaltacak, kadınları gebeliğe ve doğuma yönelik daha çok güçlendirecek eğitim programı çalışmalarına daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Ebeler başta olmak üzere doğum hekimi ve hemşireler ideal doğum ortamı oluşturarak, doğum ortamına bağlı doğum travmalarının azalmasına, pozitif doğum deneyimlerinin artmasına ve olumlu doğum hikayelerinin yaygınlaşmasına katkı sağlamalıdır (116).

Doğumlarını travmatik deneyimleyen kadınların, travma sonrası stres bozukluğu gelişme riski gözönünde bulundurularak ebe ve hemşireler tarafından gerekli danışmanlık hizmeti sağlanarak travmanın iyileştirilmesi sağlanmalıdır (122). Literatürde doğum travması deneyimleyen bazı kadınların, travma sonrası büyüme ve gelişme deneyimledikleri belirtilmektedir. Travma sonrası büyüme, yaşanan travmayı olumlu anlamlandırma ile ilişkilidir (122, 123).

Avrupa ülkeleri kaynaklı Türkiye’den de ebe ve hemşirelerin çalışma grubu üyesi olarak katılımcının olduğu CA18211 nolu “Travmatik doğum ve doğumla ilişkili travma sonrası stres bozukluğu: Uygulama, politika ve araştırma için uluslararası uzman görüş birliği önerileri” (Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research) başlıklı COST Aksiyonu projesinde; doğum travması ve perinatal mental sağlık alanında çoklu disiplinlerden oluşan meslek gruplarıyla araştırmalar, kurslar yapılmıştır (124). Uluslararası özellikte ve irtibat noktası TÜBİTAK olan bu COST aksiyonlarına özellikle obstetri alanıyla ebe ve hemşirelerin daha fazla katılması; bilgi ve beceriden gelen bakım kalitesinin artmasıyla doğum hizmetlerinin güçlenmesine, doğum travmalarının önlemesine ve perinatal mental sağlığın korunması ve yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Ebe ve hemşireler vajinal doğum özyeterliliği yüksek, vajinal doğumu pozitif deneyimlemiş kadınların sosyal medyada, bilimsel kaynaklarda daha fazla görünür kılınmasını sağlayarak, toplumda doğum korkularının azaltılması ve vajinal doğum inancının arttırılmasında öncü olmalıdır (15). Obstetri hizmeti sunan ebe ve hemşirelerin empatik iletişim becerileri daha çok geliştirilerek, çalışma koşulları iyileştirilerek (nöbet sayılarının azaltılması, fiziki ortamının iyileştirilmesi gibi) bakım kalitesinin ve bu

mesleklerde iş doyumun arttırılması, mesleki tükenmişliğin azaltılması sağlanmalıdır (125).

2.8. Çözüm Odaklı Yaklaşım

Literatür incelendiğinde çözüm odaklı yaklaşım “çözüm odaklı kısa süreli terapi”, “çözüm odaklı danışmanlık” gibi isimlerle anılmaktadır. Öncülüğünü Milton H. Erickson'un yaptığı ve sonrasında bazı bilim insanlarının ilgisini çeken çözüm odaklı yaklaşım farklı bir terapötik uygulamadır. Ericson her danışanı kendine özgü özellikleri olan, biricik ve eşsiz bir birey olarak kabul eder (26). Çözüm odaklı yaklaşım 1980’li yıllarda geliştirilen bir psikoterapi türüdür (127). Amerika Birleşik Devletleri’nin Wisconsin eyaleti Milwaukee kentinde bulunan Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi’nde (Brief Family Therapy Center-BFTC) Steve de Shazer ve eşi Insoo Kim Berg öncülüğünde geliştirilmiştir (26, 127). Bu yaklaşımın temelini “olumlu olan olgulara odaklanarak yaşam kalitesini arttırmayı amaçlama” oluşturur (27). ÇOY alışlagelmiş psikoterapi yöntemlerinden farklı olarak sorun yerine çözüme odaklanır (128, 129). ÇOY sorun yerine bireyin geçmişteki başarıları, mutlulukları, hayatına olumlu anlam katan olgular ve sorunun henüz var olmadığı zamanlara vurgu yapar. Bireyin güçlü yönleri, hedefleri ve başarmak istedikleri üzerine yoğunlaşır. Sorunu ortadan kaldırma hedefinden ziyade olumlu olan olgu ve duyguları arttırmayı amaçlamaktadır. Başka bir şekilde ifade edilecek olursa bu yaklaşım, bireyin geçmişte ve/veya şu an yaşadığı sorun/sorunlarının yerine bu sorun/sorunlarının çözülebileme ihtimalinin olduğu geleceğe yoğunlaşmasına yardım eder.

2.8.1. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Felsefesi ve Temel İlkeleri

Çözüm odaklı yaklaşım problemin nedeninden çok ilgili duygu, düşünce ve davranış üzerine odaklanır. Çözüm odaklı yaklaşımının diğer psikoterapi yaklaşımlarından farkı bireyin güçlü yönlerini farketmesini sağlaması ve olumlu olan duygu ve olgulara odaklanmasıdır (128, 130).

ÇOY’un sorunların çözümünde yararlı olduğu bilinen felsefeleri şunlardır;

Bireyin Güçlü Yanları ve Çözüm İçin Öz Kaynakları Vardır: Çözüm odaklı yaklaşıma göre her bireyin hayatında gerçekleştirmek istediği olguları ortaya çıkaracak kendi kaynakları vardır. Bu felsefeye göre birey kişisel kaynaklarını güçlendirdikçe çözüm üretme becerisi de artacaktır (131). ÇOY’a göre her bireyin sorununu çözebilecek gücü ve

kapasitesi vardır ancak bazen dıştan bir desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu destek sayesinde birey özgücünü farkederek ve sorunlarını çözebilecek hale gelir.

Küçük Adımlar Büyük Değişimlere Yol Açar: ÇOY'a göre büyük değişiklikler küçük adımlarla ortaya çıkar ve gelişirler. Bu noktada danışmanın görevi danışanın hayatındaki küçük değişiklikleri fark etmesine yardımcı olmaktır. Bireydeki küçük bir değişim kartopu etkisi ile zincirleme bir değişim süreci haline gelebilmektedir (24, 133).

Çözüm Sorunla İlişkili Olmak Zorunda Değildir: ÇOY'un temel varsayımlarına göre sorun ve çözüm birbirinden bağımsızdır. Bir problemin ortaya çıkmasına neden olan faktörleri çözmek problemin çözüm sürecine katkıda bulunmaz. Yani başka bir deyişle çözüm için sorunun kaynağının ne olduğunun bilinmesine gerek yoktur (24, 133). Çözümü ortaya çıkarmanın yolu bireyin arzu ettikleri ve ona iyi gelen olgular üzerinde çalışma yapmaktır.

Gelecek Şekillendirilebilir ve Değiştirilebilir: ÇOY'a göre gelecek umut vericidir. Birey kendi geleceği üzerinde fazlasıyla etkilidir. Sorunların çözümü için şu ana ve geleceğe odaklanmak gerekir (27, 127, 128).

Problemin Etkisinin Az Olduğu veya Hiç Olmadığı İstisnai Zamanlar Vardır: Bireyin yaşadığı sorun bazı durumlarda hissedilmez/görülmez hale gelebilir. Bu durumlar adeta karanlığa sızan ışık gibidirler. Bireyler genellikle soruna/sorunlara odaklandığı için bu istisnai durumları farkedemezler. Bireyin bu istisnai durumları farketmesi sorunu çözüme kavuşturacak olan yolun yavaş yavaş inşa olduğu anlamına gelmektedir (27, 127, 128).

Değişim Durdurulamaz Bir Süreçtir: Bu ilkeye göre bireyin algısı durmaksızın değişmeye devam ettiği için danışman bu değişimden faydalanarak bireyin algısında değişiklik yaparak yeni davranışlar sayesinde şikayetlerine çözüm getirmeye yardımcı olunur. ÇOY'a göre yaşam ve insanlar sürekli değişim halindedir ve sorunlarda çözümler gibi sürekli bir değişim sürecindedir (27, 127, 128).

ÇOY'un temel üç ilkesi vardır. Bu ilkeler aşağıdaki gibidir;

1. Bozulmadıysa tamir etme.
2. Eğer işe yarıyorsa onu daha çok yap.
3. Eğer işe yaramıyorsa tekrar deneme, farklı bir şey yap (27, 128, 130).

Bozulmadıysa Tamir Etme: Çözüm odaklı yaklaşımın en önemli ilkesi olan "bozulmadıysa tamir etme" bireyin bir sorunu ya da yakınması yoksa herhangi bir

müdahaleye gerek olmadığını savunur. Bu ilkeye göre sorun olmayan bir olguya müdahale etmek bireyin kendi kendine baş edebildiği alanlarda zorluk yaşamasına neden olabilir (26, 27, 127, 128).

Eğer İşe Yarıyorsa Onu Daha Çok Yap: Bu ilke etkili olduğu gözlemlenen müdahale veya yöntemleri daha çok yapma esasına dayanır. Daha önce olumlu sonuç alınan ve işe yaradığı görülen yöntem/yöntemleri yeniden uygulamak başarının tekrarlanmasını kolaylaştıracaktır (26, 27, 127, 128).

Eğer İşe Yaramıyorsa Tekrar Deneme, Farklı Bir Şey Yap: Bu ilkeye göre bir yöntem/girişim sorunu çözüme kavuşturamıyorsa bu yöntem/girişimi tekrar uygulamak etkili olmayacaktır. Bunun yerine seçilen yöntem değiştirilmeli ve farklı çözüm yolları aranmalıdır. Problemi çözüme kavuşturmak açısından en önemli nokta bireyi olumlu sonuçlara götürecek olan çözüm yollarını devreye sokmaktır (26, 27, 127, 128).

2.8.2. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Varsayımları

Çözüm odaklı yaklaşımda danışan mevcut kaynaklarını ve daha önce etkili olan çözümleri kullanarak mevcut sorunları çözmeye çalışır. Çözüm odaklı yaklaşımın en temel varsayımı bireyin kendisi için neyin en iyi olduğunu bilmesidir. Diğer varsayımlar ise aşağıdaki gibidir (24, 26, 126, 131-137):

- Bireyin hayatındaki küçük değişiklikler kartopu etkisi ile daha büyük değişikliklere neden olur.
- Birey problem yerine başarılı ve mutlu olduğu olgulara odaklanırsa çözüm süreci kısalmış ve çözüm kolaylaşır.
- Danışanların birçoğu değişime ve çözüme ulaşacak kaynaklara sahiptir. Danışmanın görevi bu kaynakları ortaya çıkarmak için doğru soruları sorup kaynakları pekiştirmektir. Örneğin “buna nasıl karar verdiniz?” “bunu nasıl başardınız?” gibi sorularla bireye başarılı olduğu durumlar ve öz kaynakları hakkında farkındalık sağlanmış olunur
- Danışman çözüm odaklı yaklaşım eğitimi görüşmelerinde danışan ile iş birliği yolları aramalıdır.
- Sorunların çözümü için sorundan çok çözümlere odaklanılmalıdır. Çözüme ulaşmak için soruna odaklanmak gereksizdir.

- Bireyin ölçülebilir, pozitif ve ilk etapta küçük hedefler belirlemesi sağlanmalıdır.
- Bireyin bir sorununun olması onun patolojik bir bozukluk yaşadığı anlamına gelmemektedir.
- Danışmanın bireyin sorununun çözülmesi için sorun ile ilgili bir şey bilmesine gerek yoktur. Bunun yerine danışanın hayatındaki olumlu olgulara ve onun başarılarına, onu mutlu eden durumları araştırması danışanı çözüme ulaştırır.
- Çözüme ulaşmak için bir değil birden fazla çözüm yolu vardır.
- Danışman bireyin sahip olduğu güçlü yanlarını keşfetmesini ve bu gücü nasıl kullanacağı konusunda onu destekler ve yönlendirir.
- Sorun hep varmış gibi gözükse de bireyin yaptığı herhangi farklı bir girişim veya davranış ile sorun daha az görünür hale gelebilir veya tamamen ortadan kalkabilir.
- Bir sorunun düzelmesi için doğruluğu eşit düzeyde olan birden fazla yol vardır.

2.8.3. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Teknikleri

Çözüm odaklı yaklaşım danışana bakış açısı kazandırmaktan çok davranışlarında kalıcı değişiklikler olmasını hedeflemektedir (131). Çözüm eğitiminin uygulanmasında asıl sorumluluk danışmana değil danışana aittir (131, 138). Danışman bireye güçlü yönlerini ve kendi iç kaynaklarını ona fark ettirecek uygun yöntem ve soruları kullanır (138). Danışmanın ÇOY sürecinde kılavuzu olacak bazı teknik ve uygulamaları vardır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

Çözüm Dilini Kullanma: Birçok yaklaşım türünde kullanılan geçmişe dayalı ve sorun odaklı dilin aksine çözüm odaklı yaklaşımda geleceğe yönelik çözümlere vurgu yapan ve olumlu cümleler kullanılır (138).

Gerçek Merak: Danışmanın bireye ve onun öyküsüne yönelik samimi ve içten anlama isteğidir. Danışman içeriğini bildiği konularda bile danışandan detay istemelidir. Bu uygulama sayesinde danışman olayları danışanın gözünden görme ve ne anlam ifade ettiğinin anlama olanağına sahip olur (24, 137).

İlk Görüşmenin Başlatılması: Çözüm odaklı yaklaşımın ilk görüşmesi sürecin temellerinin atılması yönünden çok önemlidir. Selamlaşma ve tanışma ile başlayan görüşmede danışman sorular sorarak danışanı analiz etmeye çalışır. Örneğin “biraz

kendinden bahseder misin?” “başarılı olduğunu düşündüğün konular nelerdir?” “nelerden hoşlanırsın?” gibi sorular sorarak danışanın genel özelliklerini çözümlemeye çalışır. Daha sonra danışana her bir oturumun süresi, oturumlar arası süre, oturumlarda başvurulacak yöntemler gibi konular hakkında detaylı bilgi verir (25).

Oturum Öncesi Değişim (İlk Görüşme Öncesi Değişim): Bu teknikte amaç danışanın dikkatinin değişime yoğunlaştırılmasıdır. ÇOY’a göre bireyin değişimi ilk görüşmeden danışan ile danışmanın ilk iletişim kurduğu esnada başlar. Danışan ile danışmanın iletişime geçtikleri ilk zaman ile birinci oturum arasındaki değişim bu teknik sayesinde belirlenir. Danışman oturumun başlangıcında;

“Bu oturumu planladığımız günden bu yana hayatınızda ne gibi değişiklikler olduğunu fark ettiniz?” sorusunu sorar (138).

Amacın Oluşturulması: Amaç oluşturma çözüm odaklı yaklaşımın ilk oturumunda gerçekleştirilir. Danışan tarafından oluşturulan amaç ne denli somut ve gözlemlenebilir olursa gelişme o kadar hızlı yaşanacaktır (138). Amaç oluşturulması danışanın davranışlarına yön vererek harekete geçmesini sağlar ve danışan için motivasyon kaynağı olur.

Derecelendirme Soruları: Bu teknikte danışan oluşturduğu amaca ne denli yaklaşıldığını ölçmeye çalışır. Bu teknik sıfır-on (0-10) arasında bir skala yardımıyla uygulanır. Danışana;

“Her şeyin olumsuz ve kötü gittiğini düşündüğün durumu 0 ve her şeyin düzeldiği, olumlu olduğu adeta mucizeyi yaşadığın durumu da 10 kabul edecek olursan şu an 0 ve 10 arasında nerede duruyoruz” sorusu sorulur. Danışanın verdiği cevaba göre amaca giden yolda ne kadar ilerlenildiği anlaşılmaya çalışılır.

Mucize Soru: Mucize soru çözüm odaklı yaklaşımın en önemli tekniklerinden biridir. Danışanın amacını belirlemeye katkı sağlayan bu teknikte danışana şöyle bir yaklaşım sergilenir (137-139):

“Siz bu gece uyurken bir mucize gerçekleşiyor ve sizinle görüşme yapmamızın nedeni olan sorunuz çözülmüş olduğunu varsayın. Ancak siz uyuduğunuz için mucizenin gerçekleştiğinden haberiniz yok. Uyandığınızda sorunuzun çözülmüş olduğunu nasıl anladınız? İlk ne zaman farkederdiniz? Sizden başka farkedenden birileri olur muydu?”

Mucizeyi farkettiğinizde nasıl bir tepki gösterirdiniz? Mucizeden sonra hayatınızda ne değişirdi?”

Nadir Durumlara Yönelik Sorular: Çözüm odaklı yaklaşımın bir varsayımı olan sorunun yaşanmadığı durumlara yönelik kullanıla bir tekniktir. Bu teknikte sorunun yaşanmadığı durumlara vurgu yapılır ve danışanın sorunun çözümü için sahip olduğu kaynaklar belirlenmeye çalışılır. Bu amaca yönelik şu soru sorulur (137-139);

“Son zamanlarda bu konu ile alakalı hiç sorun yaşamadığın ya da daha az sorun yaşadığın zaman dilimleri oldu mu?”.

Danışanın verdiği cevaba yönelik;

“O anlarda sorunun olduğu zamanlardan farklı olan şey neydi ya da sen ne yaptın? Sorusu soruları sorulur.

Oturuma Ara Verilmesi (Konsültasyon Arası): Çözüm odaklı yaklaşım uygulanırken oturum sonuna doğru 5-10 dakika ara verilerek uygulanan bu teknikte danışman vereceği geribildirimleri düşünmek için zaman kazanmış olur.

Oturum Sonu Geri Bildirim ve Ev Ödevleri; Çözüm odaklı yaklaşımın en önemli parçalarından biri olan geri bildirimler bu teknikte ön plana çıkmaktadır. Oturumun sonuna doğru danışana çözüm odaklı yaklaşım eğitimi sürecini değerlendirmek amacıyla geribildirimde bulunur ve bir sonraki görüşme için ev ödevleri verir. Geri bildirim danışana yönelik övgüleri ve bazı önerileri kapsar. Ev ödevlerini vermedeki amaç işe yaradığına inanılan yöntem/yöntemlerin farkedilmesini kolaylaştırmak ve işe yaramayan çözüm yollarının terkedilmesini sağlamaktır (137-139);

Gerçek Merak: Bu tekniğe göre danışanın kendi yaşamının karar vericisi ve uzmanı konumundadır. Danışman sorun hakkında bir şey bilmiyordur ve doğru soruları sorarak konu hakkında gerçekten meraklı olduğunu ve durumu öğrenmek istediğini belli eder. Bu teknik kullanılırken şu sorular sorulabilir (25);

“Sorununu düşündüğün zamanlarda ne hissediyorsun?”

“Bu durumu düzeltmek için neler yapmayı planladığın bir şey var mı?”

Yardım Eli ve Resim Tekniği: Resim tekniğinde bireyden sorunlarını resmetmesi istenir ve danışman resimden yola çıkarak danışana çözüm yolları hakkında ipucu vermeye çalışır. Yardım eli tekniği ise danışanın kendini daha iyi tanıması, sahip olduğu içsel

kaynakları (kişisel özellikler ve baş etme yöntemleri), dışsal kaynakları (bireyin duygularını paylaştığı insanlar) ve güçlü yönlerini fark etmesi ve sorunuyla ilgili baş etme yöntemlerini nasıl uyguladığını sorgulamasını sağlar. Bu teknikte danışana şu yönerge verilir (128, 139);

“Boş bir kağıda elini koy ve etrafından kalemle geçerek kendi elinin resmini çizmiş ol. Bu eldeki her bir parmağın üzerine sorunlarının çözümü için sana yardımcı olacak kaynakları çizmeni istiyorum”.

Mektup Yazdırma Tekniği (Kristal Küre, Geleceği Okuma): Bu teknikte danışandan sorununun çözüldüğü bir gelecek hayal etmesi ve bu geleceğe bir mektup yazması istenir. Bu teknikte danışan değişime ve kendi çözüm yolunu/yollarını bulmaya teşvik edilir. Bu teknik sayesinde sorun çözüldüğünde danışan yaşamının nasıl değişeceğine dair fikir sahibi olur. Bu teknikte aşağıdaki sorular sorulabilir (139):

“Sorun çözüme kavuştuğunda arzu ettiğin neler gerçekleşmiş olacak?”

“Gelecekteki haline mektup yazsan ona neler söylemek istersin?”

Amigoluk/Övgü/Köprüler: Çözüm odaklı yaklaşım sürecinde danışanın amaca yönelik attığı adımlar ve girişimleri vurgulanarak bu davranışların devamlılığı hedeflenir. Bu teknikte sorulabilecek sorular ve danışana verilecek dönütlere örnek verecek olursak (137, 139);

“Bunu başarmış olman harika! Bunu nasıl yaptın?”

“Hayatında çok güzel gelişmeler olduğunu görüyorum, bu çok güzel!”

Yeniden Çerçeveleme: Bu teknikteki temel amaç “sorun dili” yerine “çözüm dili” kullanmaktır. Bu sayede gerçek yeniden ve daha olumlu bir şekilde inşa edilir. Örnek verilecek olursa; “doğum sancısı” veya “doğum kasılması” ifadesi yerine “doğum dalgası” ifadesini kullanarak bakış açısı değiştirmek; doğuma dair ağrı algısını yeniden şekillendirilecek ve uterus kontraksiyonlarını ağrıdan çok kadının bebeğine kavuşmasını sağlayacak birer adım olarak görülmesini sağlayacaktır (137-139).

Start Over-Harekete Geçme: Bu teknik ile bireyin farkında olmadığı güçlü yönlerini ve başarılarını keşfetmesi ve bunları etkin kullanabilmesi amaçlanır. Danışan hayatında daha iyi olan olguların devam ettirilmesi amacıyla eyleme geçmesi için teşvik edilir. Bu teknikte danışana şu sorular yöneltilir (137-139);

“Bunun işe yaradığını ne zaman farkettiliniz?”

“Bu durumun devamı için neler yapabilirsiniz?”

“Bir sonraki amacınız nedir ve ona nasıl ulaşmayı düşünüyorsunuz?”

2.8.4. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Uygulanma Süreci

Çözüm odaklı yaklaşımın temel amacı bireyde görüş ve anlayış farklılığı geliştirmek değil, danışanın kendi belirlediği hedefe kendi çözüm yolları ve içsel-dışsal kaynakları ile ulaşmasını sağlamaktır (131). Çözüm odaklı yaklaşım uygulanmasında birey hangi sorunların hangi yollarla çözüme ulaştığı, bu yolların kişi tarafından kendine hatırlatılması, sorun yerine çözüm odaklı bir davranış ve farkındalık geliştirmeyi öğrenir (140).

ÇÖY’un uygulanma sürecinde bütün teknikler aynı görüşmede kullanılabileceği gibi ayrı ayrı oturumlarda da uygulanabilir veya tekrar edilebilir. ÇÖY uygulanırken oturum sayısı ortalama olarak 6-10 olarak belirtilirken farklı kaynaklarda görüşme sayısının 4-6 olarak önerildiğini de görmekteyiz (130, 132). Her bir oturum 30-45 dakika olarak sürebilmekte ancak bu süre gerek duyulduğunda uzatılabilmektedir (128). Çözüm odaklı yaklaşımın en önemli farklılıklarından biri de kısa sürede etkili olmasıdır. Buradan yola çıkarak sınırsız sayıda görüşme yapmak yerine istenilen sonuca ulaşmayı sağlayacak çözüm odaklı yaklaşım eğitim sürecini şekillendirmenin doğru olacağını söylemek mümkündür. Oturumlar 1 hafta ila 1 aylık aralıklarla planlanmalı ve eğer üç oturumdan sonra gelişme kaydedilmezse çözüm odaklı yaklaşım sürecine son verilmelidir (131). İlk oturum amaç ve hedeflerin belirlenmesi, değişim sürecini başlatması, diğer oturumların temelini oluşturması açısından önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle çözüm odaklı yaklaşımda oturumlar “ilk oturum” ve “diğer oturumlar” olarak planlanır ve yürütülür (26).

ÇÖY’un ilk oturum öğeleri şunlardır;

- Görüşmeyi başlatma
- Oturum öncesi değişim
- Amacı belirleme
- Keşif soruları
- Derecelendirme soruları
- İstisnai durumlara ilişkin sorular
- İltifat etme, övgü

- Varsa istisnai durumlar için sorular
- Danışma arası vermek,
- İlgi içeren ve özgüveni arttırmaya yönelik geribildirimler ve ev ödevi vermek.

İkinci ve diğer oturumların öğeleri; Çözüm odaklı yaklaşım uygulanırken ikinci ve daha sonraki oturumlar ilk oturumda belirlenen amaçlara doğru ilerlemeyi irdelediği için “takip oturumları” olarak da isimlendirilir (131). İkinci ve sonraki oturumlar Eliciting-Amplifying-Reinforcing ve Start Over kelimelerinin baş harflerinden oluşan EARS tekniği bundan sonraki süreçte kullanılır. EARS tekniği aşağıda açıklanmıştır (26):

1. Ortaya çıkarma-Eliciting: Eğitimi veren danışman değişiklikleri, ortaya çıkarmak için danışana bazı sorular yöneltir (126, 128, 136);

- *Hayatında daha iyi olan bir şeyler var mı?*
- *Bir önceki oturumdan bu yana olan değişiklikler nelerdir?*
- *Senin için işe yarayacağını düşündüğün şey ne?*

2. Güçlendirme-Amplifying: Küçük bir değişim sonrasında büyük ve daha fazla değişime dönüşeceğinden “ne zaman” ve “nasıl” ayrıntıları vurgulanır. Daha iyi olan olguların ve yaşanmışlıkların vurgulanması için kullanılır (126, 128, 136). Bu aşamada şu sorular sorulmaktadır;

- *Kim/ne/nerede/ne zaman/nasıl?*
- *Bu konuda senin için nasıl bir fark gelişti?*
- *Bu fikir nasıl oluştu?*
- *Sendeki bu değişikliği fark eden oldu mu?*

3. Pekiştirme-Reinforcing: Eğitimi veren danışmanın göstermekte olduğu değişim çabası için danışanı desteklemesi ve motive etmesidir. Başarılar ve güçlü yönler vurgulanır. Bu aşamada kullanılabilecek bazı övgü ve cesaretlendirici ifadeler şöyledir (26, 126, 128, 136, 141):

- *Bu harika!*
- *Bu çok büyük bir başarı.*
- *Bunu nasıl başardın?*
- *Bunu yapmaya nasıl cesaret ettin?*

4. Eyleme Geçme-Start Over: Danışanın fark edilmeyen güçlü yönlerini, başarılarını keşfetmesi ve ortaya çıkarması için şu sorular sorulur (126-128, 136);

- *Bir sonraki adımın ne olabileceğini tahmin edebiliyor musun?*
- *Eskisinden daha iyi veya değişik olan şey nedir?*
- *Bu iyilik ve başarıma halini nasıl devam ettirebilirsin?*
- *Daha önce bunu nasıl başarmıştın?*

Çözüm odaklı yaklaşımın bireyi ön plana çıkaran girişimleri açısından ebelik ve hemşirelik felsefeleri ile örtüşmektedir (142). Doğum ve kadın hastalıkları hizmetlerinin sunumunda da bireyi merkeze almak bakımın kalitesini arttıracığından çözüm odaklı yaklaşımın bu alanlarda kullanılması sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan iyileştirilmesi ve bu iyilik halinin sürdürülmesi açısından faydalı olacaktır. Çözüm odaklı yaklaşımın kısa sürede etkili oluşu da perinatal dönem açısından başka bir avantajlı yönüdür.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel çalışmadır.

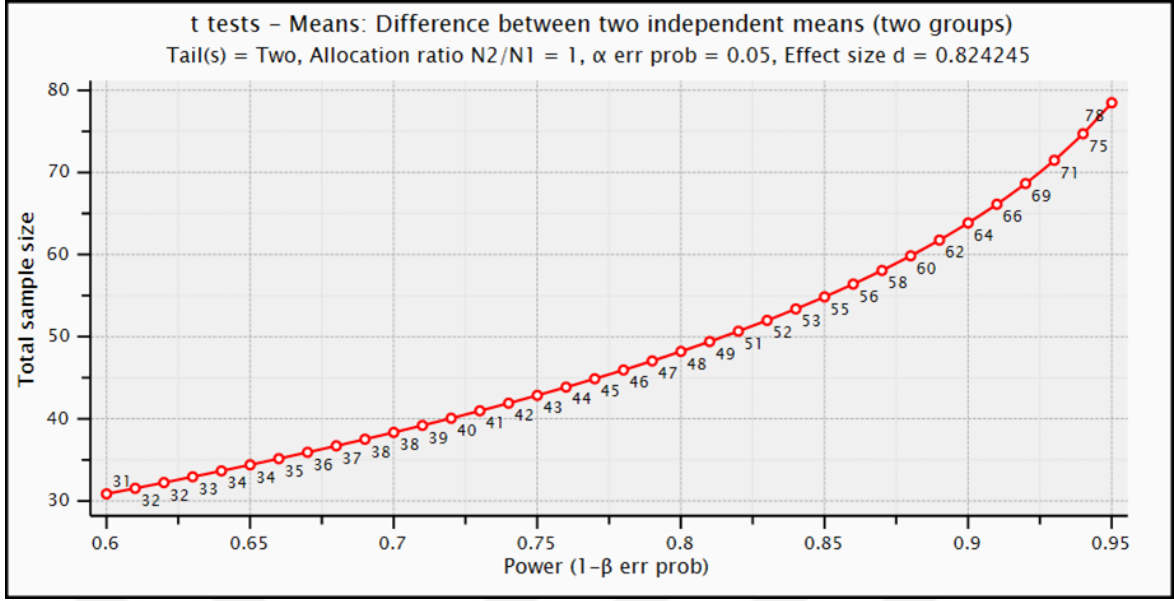
3.2. Araştırmanın Yeri, Tarihi

Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Obstetri Polikliniğine başvuran nullipar gebelerle Nisan-Aralık 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Farabi Hastanesi 831 yatak kapasitesine sahip, Doğu Karadeniz Bölgesi'nin en büyük üçüncü düzey sağlık kuruluşlarından birisidir. İlgili hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yataklı hizmet veren Obstetri ve Jinekoloji Servisleri, ayaktan hizmet veren Obstetri, Jinekoloji ve İnfertilite Poliklinikleri ve Tüp Bebek Merkezi bulunmaktadır. Bu çalışma Obstetri biriminin gebe polikliniğine başvuran gebelerle gerçekleştirilmiştir. Bu polikliniklerde doğum hekimleri tarafından jinekolojik ve antenatal izlemler yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Nisan-Aralık 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Obstetri Polikliniğine başvuran, gebelik riski düşük olan nullipar gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise G Power analizi ile belirlenmiştir (Şekil 1). Güç, çalışmanın iki grubu arasındaki farkı yakalama olasılığını ortaya koyar. Bu gücün en az 0.80 olması istenmektedir. Tip 1 hata, H_0 temel alınarak iki uygulama arasında gerçekte fark yokken, çalışma sonucunda fark bulmak olarak tanımlanmaktadır. Tip 1 hata olasılığını p değeri belirtmektedir. İstatiksel olarak anlamlı farklılık olabilmesi için p değerinin 0.05'in altında olması gereklidir.

Bu araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Kaya'nın (2022) çalışma sonuçlarından yararlanılmıştır (26). Referans çalışmada %95 güven aralığında ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,824$ etki büyüklüğü ve iki yönlü hipoteze göre her bir grupta 40 olmak üzere çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum kişi sayısı 80 olarak bulunmuştur.



Şekil 1. G Power analizi ile belirlenen örneklem büyüklüğü

Gebelerin örnekleme dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- En az 20 yaşında olmak,
- Türkçe konuşabiliyor olmak
- Nullipar gebe olmak
- 28 – 32. gebelik haftalarında arasında olmak
- Düşük riskli gebe olmak
- Vajinal doğuma engel teşkil eden herhangi bir engeli/hastalığı bulunmamak
- Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak.

Dışlanma kriterleri:

- Multipar gebe olmak
- İşitme ve görme engelinin bulunması
- Gebelik haftasını bilmemek
- Çalışma sürecinde gebelikte risk artışının gerçekleşmesi

3.4. Araştırmanın Randomizasyonu

Araştırmanın randomizasyonunda, basit ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle basit rastgele yöntem seçilmiştir. Basit rastgele yöntemde, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan bireyler araştırmaya katıldıktan sonra basit rastgele olarak deney ve kontrol grubuna eşit olasılıklarla atanmaktadır. Bu çalışmada www.random.org web sitesinden yararlanılarak randomizasyon yapılmıştır. Deney ve kontrol grubunun bir istatistik uzmanı tarafından belirlenmesi sağlanmıştır. İstatistik uzmanı tarafından web üzerindeki rastgele sıra oluşturucu sekmesindeki (random sequence generator) sol ve sağ tarafta bulunan sayı sütununun hangi örneklem grubunu temsil edeceği kura ile belirlenmiştir. Deney grubunu sol sütundaki sayı listesini seçen, kontrol grubunu ise sağ sütundaki sayı listesini seçen bireyler oluşturmuştur. Ardından hangi sütunda hangi sayıların olacağı belirlenmiştir. Bunun için www.random.org sitesinden rastgele sıra oluşturucu (random sequence generator) sekmesine girilmiş, bu sekmede ilgili yerlere ilgili istatistiki bilgiler girilmiştir. Güç analizi sonucunda araştırmanın örneklem büyüklüğü 80 olarak belirlenmiş olup gebelerin çeşitli nedenlerle çalışmadan ayrılma olasılığına karşın örneklem arttırımına gidilmiş ve toplam 120 gebe seçilebilir olarak değerlendirilmiştir. 120 gebeden 18'i çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamadığından 12'i ise araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma dışında tutulmuştur. Dahil edilme kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 90 gebeye ön test sonrası randomizasyon uygulanmıştır. Aşağıda Şekil 2'de gösterildiği gibi www.random.org sitesindeki ilgili yere deney ve kontrol grubu için 45'er kişi olacak şekilde ilgili sekmenin en küçük değer birimine "1", en büyük değer birimine "90" sayı numarası verilmiş, sütun bölümüne de 2 grup (deney ve kontrol) olduğu için 2 sayısı yazılmıştır.

Advisory: We only operate services from the RANDOM.ORG domain. Other sites that claim to be operated by us are impostors. If in doubt, contact us.

Random Sequence Generator

This form allows you to generate randomized sequences of integers. The randomness comes from atmospheric noise, which for many purposes is better than the pseudo-random number algorithms typically used in computer programs.

Part 1: Sequence Boundaries

Smallest value (limit -1,000,000,000)

Largest value (limit +1,000,000,000)

Format in column(s)

The length of the sequence (the largest minus the smallest value plus 1) can be no greater than 10,000.

Part 2: Go!

Be patient! It may take a little while to generate your sequence...

Note: A randomized sequence does not contain duplicates (the numbers are like raffle tickets drawn from a hat). There is also the Integer Generator which generates the numbers independently of each other (like rolls of a die) and where each number can occur more than once.

© 1998-2024 RANDOM.ORG
Follow us: Twitter | Mastodon
Terms and Conditions
About Us

Şekil 2. Randomizasyonu gerçekleştirmek üzere www.random.org sitesine girilen sayısal değerler

Gerekli bilgiler sisteme girildikten sonra, basit rastgele sayı listeleri sağ sütunda 45, sol sütunda 45 sayı yer alacak şekilde karşımıza çıkmıştır. Sayılar 1 ila 90 arasındadır. Çalışmada sol sütundaki sayılar deney grubunu, sağ sütundaki sayılar kontrol grubunu temsil etmiştir. Sayı listesi aşağıda Şekil 3’te gösterilmiştir.

Random Sequence Generator

Here is your sequence:

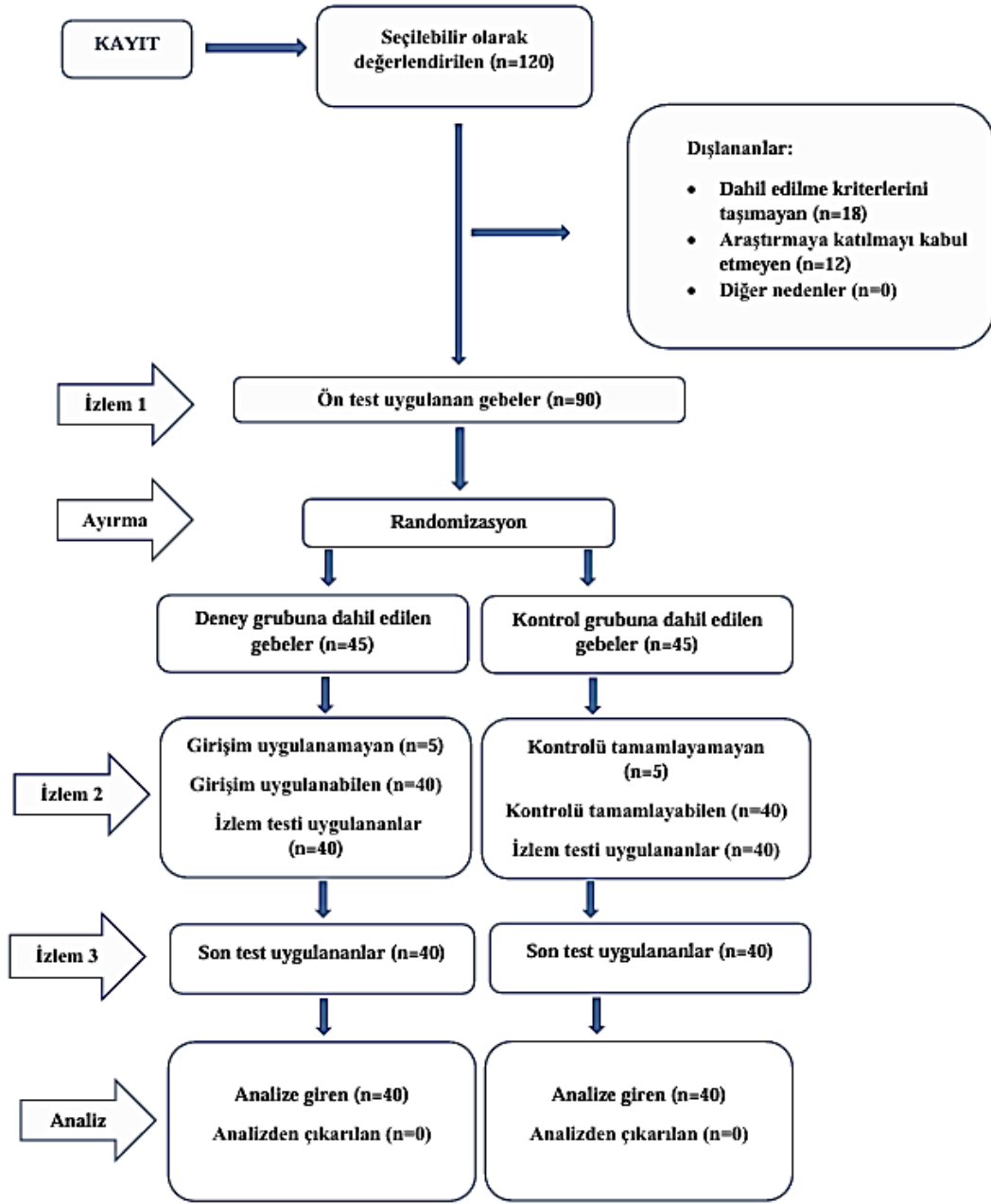
15	30
50	81
14	1
16	43
38	86
11	67
58	33
51	90
41	28
17	78
65	7
31	57
48	52
35	88
53	13
60	34
85	77
32	79
72	37
64	10
68	6
27	44
26	12
76	23
66	39
61	40
5	59
89	8
3	25
45	4
87	74
24	21
73	83
84	22
46	2
55	56
49	63
54	20
75	69
18	70
62	36
19	29
9	47
71	82
42	90

Timestamp: 2024-05-15 10:05:01 UTC

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

Şekil 3. www.random.org. sitesinden elde edilen sayı listeleri

Randomizasyondan önce 90 gebeye “Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği” ve “Vajinal Doğum Özyeterlik Ölçeği” formları yüz yüze uygulanarak ön test tamamlanmıştır. Ön-test uygulamasından sonra gebenin hangi örneklem grubunda yer alacağını belirlemek için hastanede bağımsız bir kişi tarafından kura çekilmiştir. Araştırmadan bağımsız bir kişi tarafından 1’den 90’a kadar sayılar kağıtlara yazılmış, bu kağıtlar kapalı zarflara konmuş ve zarflar da karıştırılarak geniş bir cam kavanoza yerleştirilmiştir. Ön test uygulanan gebelerin, hangi örneklem grubunda olacağı bu zarfın içinden çıkan sayıya göre belirlenmiştir. Kura çekimi esnasında gebe ve araştırmacı aynı ortamda yer almıştır. Araştırmacı gebenin hangi örneklem grubunda yer alacağını o esnada öğrenmiştir. Araştırmanın verileri deney grubu ve kontrol grubundaki gebeler olmak üzere eş zamanlı toplanmıştır. Bu çalışmada deney grubunda gebeliğinde risk oluşan 3, araştırmadan çekilmek isteyen 2 ve kontrol grubunda da araştırmadan çekilmek isteyen 5 gebe çalışmadan ayrılmıştır. Çalışmanın Consort akış şeması aşağıda Şekil 4’de gösterilmektedir.



Şekil 4. Consort akış şeması

3.4.1. Körlüme

Bu çalışmanın randomizasyonunda tekli körlüme yapılmıştır. Kadınların deney veya kontrol grubunda olduğu araştırmacı tarafından bilinirken, kadınlar tarafından bilinmemektedir. Bu çalışmada araştırmacı, randomizasyon gerçekleşene kadar gebelerin örneklem grubunu bilmemekte iken randomizasyon sonrası öğrenmiştir.

3.5. Ön Uygulama (Pilot Çalışma)

Ön çalışmada çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulamasına yönelik eğitim ortamı, gebelerin eğitime yönelik değerlendirmeleri ve veri toplama formlarının gebeler tarafından anlaşılabilirliği gibi durumlar değerlendirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce örneklem seçim kriterlerine uygun 8 gebe (4 deney, 4 kontrol) ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu değerlendirmede formlar üzerinde anlaşılabilirliği artırmak için birkaç kelimedede düzenleme yapılmıştır. Pilot çalışmaya alınan gebeler araştırma dışında tutulmuştur.

3.6. Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi

Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi, bireyin temel sorunlarını kısa ve yararlı bir yaklaşımla çözmeye çalışmak ve danışanın ulaşmak istediği amaç ve hedeflerini belirlemesinde yardımcı olmak amacıyla uygulanan eğitim programıdır. Bu eğitim programına yönelik ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından kurslar düzenlenmektedir. Bu çalışmada araştırmacı 29-30 Ocak 2022 tarihleri arasında çevrimiçi olarak düzenlenen "Çözüm Odaklı Yaklaşım Dayalı Ebelik Uygulamaları" adlı teorik ve uygulamadan oluşan kursa katılmış ve ilgili konuda belgesini almıştır (Ek 1).

Araştırmacı deney grubundaki gebelerin ön testinin uygulanmasından hemen sonra çözüm odaklı yaklaşım eğitim programının amacı, içeriği, süresi, eğitimin gerçekleşme şekli (yüzyüze, online whatsapp veya zoom üzerinden görüntülü gibi) gibi konularda gebelere bilgi vermiştir.

Deney grubundaki gebelerin yazılı şekilde bilgilendirilmiş onamını alarak eğitim gün ve saatlerinin planlanmasına geçilmiştir. Ön test uygulandıktan sonraki bir hafta içinde gebeye çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin ilk oturumu uygulanmıştır. Gebelere çözüm odaklı yaklaşımın ilk oturumundan önce gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere yönelik eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla eğitim konularının yer aldığı liste gönderilmiş olup bu liste; üreme organları, gebeliğin oluşumu, fizyolojik, psikolojik değişiklikler, günlük yaşam, beslenme, gebelikte izlemler, bağışıklama, sık karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri, tehlike belirtileri ve yapılması gerekenlerden oluşmaktadır. Ayrıca doğum, doğum dalgası ile baş edebilme ve doğum sonu dönem konuları da bu listede yer almaktadır.

Çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin ilk oturumundan bir hafta sonra ikinci, ikinci oturumundan bir hafta sonra üçüncü ve üçüncü oturumundan bir hafta sonra da dördüncü

çözüm odaklı yaklaşım eğitimi oturumu uygulanmıştır. Bu çalışmada çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin toplam dört oturumunu gebelerin tamamlaması amaçlanmıştır.

Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi oturumlarının her birinin ortalama süresi 45 dakikadır. Tüm oturumlar sadece gebe ile araştırmacının birlikte olduğu online ortamda (whatsapp veya zoom üzerinde) görüntülü gerçekleştirilmiştir. Çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, gün ve saatleri gebenin uygun olduğu zaman dilimi dikkate alınarak planlanmıştır. Araştırmadaki gebelerden ev hanımı olan kadınların saat tercihleri genellikle öğleden sonraki zaman dilimlerinde olurken çalışan gebeler ise daha çok akşam saatlerinde eğitim almayı tercih etmişlerdir.

Çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin uygulanmasında farklı teknikler kullanılmaktadır. Bu tekniklerin hangi oturumda kullanılması gerektiği ile ilgili sınırlama yoktur. Araştırmacı, gebenin gereksinimi doğrultusunda oturuma göre tekniklerin yerini belirleyebilir. Bu çalışmada gebelere uygulanan dört oturumda EARS, yeniden çerçeveleme, iltifat etme-övgü, ilişki soruları, istisnai durumlara ilişkin sorular, gerçek merakı kullanma, mucize soru, vb. teknikler kullanılmıştır. Çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin her bir oturumda yardımcı teknikler ve gebelere verilen ev ödevleri vardır (Ek 2). Bu ev ödevleri işe yaradığına inanılan yöntem/yöntemlerin fark edilmesini kolaylaştırmak ve işe yaramayan çözüm yollarının terkedilmesi amaçlı verilir. Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi programı aşağıdaki gibidir:

1. Görüşme: “Tanışma, ön değerlendirme ve değişim sürecinin başlaması”: Bu görüşmede görüşmeyi başlatma, oturum öncesi değişim, amacı belirleme, keşif soruları, derecelendirme soruları, istisnai durumlara ilişkin sorular, ilişki soruları, iltifat etme, övgü, konsültasyon arası verme ve seans sonu geri bildirimler gibi teknikler uygulanır. Ev ödevi olarak günlük başarı cümleleri ve asla kaybetmek istenmeyen kişisel özelliklerin yazılması istenir. Görüşme ortalama 45 dakika sürer.

2. Görüşme: “Ben çok güçlüyüm ve güçlü yönlerimi daha da ön plana çıkaracağım. Bedenime söz geçirebilirim ve onunla iş birliği yapabilirim”: Bu görüşmede bir önceki görüşmenin ev ödevlerini değerlendirme, EARS basamakları, gerçek merakı kullanma, iltifat etme, övgü, istisnaları bulma, yeniden çerçeveleme, konsültasyon arası verme ve seans sonu geri bildirimler gibi teknikler kullanılır. Ev ödevi olarak gebeden günlük başarı cümleleri yazmaları, yardım eli tekniği, kaygının resmini çizme, mayın tarlası temizleme yöntemlerinden bir veya birkaçını uygulaması istenir. Görüşme ortalama 45 dakika sürer.

3. Görüşme: “Bedenime güveniyorum ve kaygılarımla başa çıkabilirim. Başarabilirim, bu gücü kendimde hissediyorum”: Bu görüşmede bir önceki görüşmenin ev ödevlerini değerlendirme, EARS basamakları, gerçek merakı kullanma, iltifat etme, övgü, istisnaları bulma, yeniden çerçeveleme, derecelendirme soruları, konsültasyon arası verme ve seans sonu geri bildirimler gibi teknikler kullanılır. Ev ödevi olarak gebeden günlük başarı cümleleri, zihinsel haritalar oluşturma, mucize sorusu, geleceğe mektup yazma gibi yöntemlerden bir veya birkaçını uygulaması istenir. Görüşme ortalama 45 dakika sürer.

4. Görüşme: “Mucizenin başlangıcı”: Bu görüşmede bir önceki görüşmenin ev ödevlerini değerlendirme, EARS basamakları, gerçek merakı kullanma, övgü, derecelendirme soruları, konsültasyon arası verme ve seans sonu geri bildirimler gibi teknikler kullanılır. Görüşme ortalama 45 dakika sürer.

Bu çalışmada çözüm odaklı yaklaşım oturumlarında gebelere sorulan sorular aşağıda özetlenmiştir.

Keşif soruları kapsamında sorulan soru örnekleri;

- Kendini hangi konularda başarılı hissedersin?
- Senin hakkında bir şey bilmiyorum, bana biraz kendinden bahseder misin?
- Gebeliğin başından bu yana doğuma dair hissettiğin korku değişti mi? Eğer değişti ise bu nasıl oldu?
- Senin için doğum ne anlama geliyor? Bu yolun sonunda bebeğine kavuşma düşüncesi sende ne gibi duygular uyandırıyor?

İstisna soruları kapsamında sorulan soru örnekleri;

- Doğum dalgalarını karşılamada hangi zamanlarda kendine güvenirsin?
- Son zamanlarda doğumdan korkmadığın anlar oldu mu?
- Kendine güvendiğin anlarda diğer anlardan farklı olan ne vardı?

Derecelendirme soruları kapsamında sorulan soru örnekleri;

- En düşük puanın 0, en yüksek puanın ise 5 olduğu bir ölçümde bu doğumunu vajinal olarak gerçekleştirme konusunda ne kadar endişelisin?
- Emzirme döneminde beslenme konusunda kendini ne kadar bilgili hissediyorsun?

İlişki soruları kapsamında sorulan soru örnekleri;

- Doğum sonrası bebek bakımı ile ilgili endişelerinin giderilseydi eşin, ailen veya yakın çevren sende ne gibi değişiklikler fark ederdi?
- Doğum sürecinde eşinin yanında olması senin için neyi ifade ederdi?

Başa çıkma soruları kapsamında sorulan soru örnekleri;

- Duyduğun doğum hikayelerinden çok korktuğunu belirttin. Peki bu korkuyu yenmek amacıyla yaptığın bir şey oldu mu? Olduysa ne yaptığını anlatır mısın?
- Doğum dalgalarını hissetmeye başladığında ağrıyı azaltmak için planladığın bir yöntem var mı?

ÇOY eğitimi uygulanırken kullanılan örnek teknik ve ev ödevleri Ek 2 'de sunulmuştur.

3.6.1. Kontrol Grubundaki Gebeler (Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi Süresince)

Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi süresince (ortalama 4 hafta boyunca) kontrol grubundaki gebeler rutin standart doğum öncesi bakım almıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, veriler 4 form ile toplanmıştır. Bunlar:

- Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF) ve Anne Tanıtıcı Bilgi Formu (ATFB),
- Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Formu (TDAÖ),
- Vajinal Doğum Özyeterlilik Ölçeği Formu (VDÖYÖ).

Bu formlar aşağıda açıklanmıştır:

Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF): Literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form; gebenin sosyo-demografik (yaş, eğitim vb.) ve obstetrik özelliklerini kapsayan 16 tane sorudan oluşmaktadır (42, 45, 71-73). Bu form yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur (Ek 3).

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Formu (TDAÖ): Bu ölçek, Canan, Genç, Kuloğlu ve Geçici tarafından (2016), üreme çağındaki kadınların travmatik doğum algı seviyelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte toplam 13 maddelik soru bulunmaktadır. Bu sorular; kadının doğum eylemini düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini, kaygı, korku ve travmayı içermektedir. Sorulara verilecek cevaplar "hiç yok" tan "en fazla"ya doğru 0-10 sayıları arasında puanlanmıştır. Ölçekten elde edilen toplam puan,

travmatik doğum algısı düzeyini göstermektedir. Ölçekten elde edilebilecek puanlar minimum 0, maksimum 130'dur. Toplam puan ortalamaları, 0-26 puan aralığı çok düşük, 27-52 puan aralığı düşük, 53-78 puan aralığı orta, 79-104 puan aralığı yüksek, 105-130 puan aralığı kadında çok yüksek travmatik doğum algısı düzeyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.895'tir (54). Bu araştırmada ise Cronbach Alpha katsayısı ön testte 0.899, izlem testinde 0.962 ve son testte 0.963 olarak ölçülmüştür (Ek 4).

Vajinal Doğum Özyeterlilik Ölçeği Formu (VDÖYÖ): Bu ölçek gebelik sırasında vajinal doğum ile ilgili öz yeterliliği ölçmek amacıyla Chu ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilmiş ve 2019 yılında Karadeniz tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 9 maddeden oluşmaktadır ve her bir madde için güven seviyesi 11 puanlık (0-10) sayısal derecelendirme şeklinde derecelendirilmiştir. Skorlar 0 ile 90 arasında değişmekte olup puanların yükselmesi daha yüksek öz yeterlilik düzeyini göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesi için güvenirlik ölçütü olarak Cronbach Alpha katsayısı 0.93 ve 0.94 arasında değişmektedir (4). Bu araştırmada ise Cronbach Alpha katsayısı ön testte 0.903, izlem testinde ise 0.927 olarak ölçülmüştür (Ek 5).

Anne Tanıtıcı Bilgi Formu (ATFB): Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (42, 43, 72). Formda gebenin doğum sürecini ve doğum şeklini (doğum için hastaneye başvurma nedeni, doğumun hangi yolla gerçekleştiği, vajinal doğumda uygulanan müdahaleler, sezaryene alınma nedeni, doğum sonrası bebeğin küvöz ihtiyacı varlığı, vb.) içeren 6 soru bulunmaktadır (Ek 6).

3.7.1. Veri Toplama Formlarının Uygulanma Zamanları ve Süresi

Gebe tanıtıcı bilgi formu: Bu form araştırmada 1 kez uygulanmıştır. İlgili hastanenin gebe polikliniğine başvuran, muayenesini tamamlayan deney ve kontrol grubundaki tüm gebelere hastanenin boş bir odasında araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Formun uygulanma süresi ortalama 5 dakikadır.

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Formu: Bu form gebelik döneminde iki, doğum sonrası dönemde bir kez olmak üzere toplam üç kez uygulanmıştır. Deney grubundaki kadınlara; gebelik döneminde çözüm odaklı yaklaşım eğitim verilmeden önce (ön test aşamasında), dört haftalık çözüm odaklı yaklaşım eğitimi tamamlandıktan 15 gün sonra (eğitim bittikten sonraki 16 ila 20. günlerde) ve bu gebelerin doğumundan 15 gün sonra (16-20. günlerde) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebelere ise bu form; hastanede ilk görüşmede (ön test

aşamasında), ilk görüşmeden 6 hafta sonra ve doğumdan 15 gün sonra (16-20. günlerde) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin veri toplama zaman aralıklarıyla, deney grubundaki gebelerin veri toplama zaman aralıklarının aynı olması sağlanmıştır.

Örneğin deney grubundaki gebelere formun ikinci kez uygulanmasının zamanı, 4 haftalık eğitim tamamlandıktan 15 gün sonra olması göz önünde bulundurularak, kontrol grubundaki gebelerden de formun ikinci kez uygulanma zamanının birinci test uygulamadan altı hafta sonra olması sağlanmıştır. Örnek vermek gerekirse 28 haftalık gebenin ön test verileri toplanmış, 4 haftalık çözüm odaklı yaklaşım eğitimi tamamlamış olsun. Bu gebenin ikinci veri toplama zamanı eğitim tamamlandıktan 2 hafta sonrası olacağından 34. hafta içinde iken ikinci veri (son test) toplanmış olacaktır. Benzer şekilde kontrol grubunda ön test verileri toplanmış 28 haftalık bir gebenin, ikinci veri toplama zamanı 34 hafta içerisinde olmuştur.

Doğum sonu Travmatik Doğum Algısı Ölçeği formunun uygulanma zamanı Sağlık Bakanlığımızın doğum sonu beşinci izlem zaman aralığı (13-17. günler arası) da kapsamaktadır. Bu form, ön test aşamasında araştırmacı tarafından yüzyüze, son-test ve izlem test aşamasında online Google forms aracılığıyla toplanmıştır. Formun uygulanma süresi ortalama 5 dakikadır.

Vajinal Doğum Özyeterlilik Ölçeği Formu: Bu form araştırmada iki kez uygulanmıştır. Deney grubundaki gebelere; çözüm odaklı yaklaşım eğitim verilmeden önce (ön test aşamasında), dört haftalık çözüm odaklı yaklaşım eğitimi tamamlandıktan 15 gün sonra (eğitim bittikten sonraki 16-20. günlerde) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebelere ise bu form; hastanede ilk görüşmede (ön test aşamasında) ve ilk görüşmeden 6 hafta sonra uygulanmıştır.

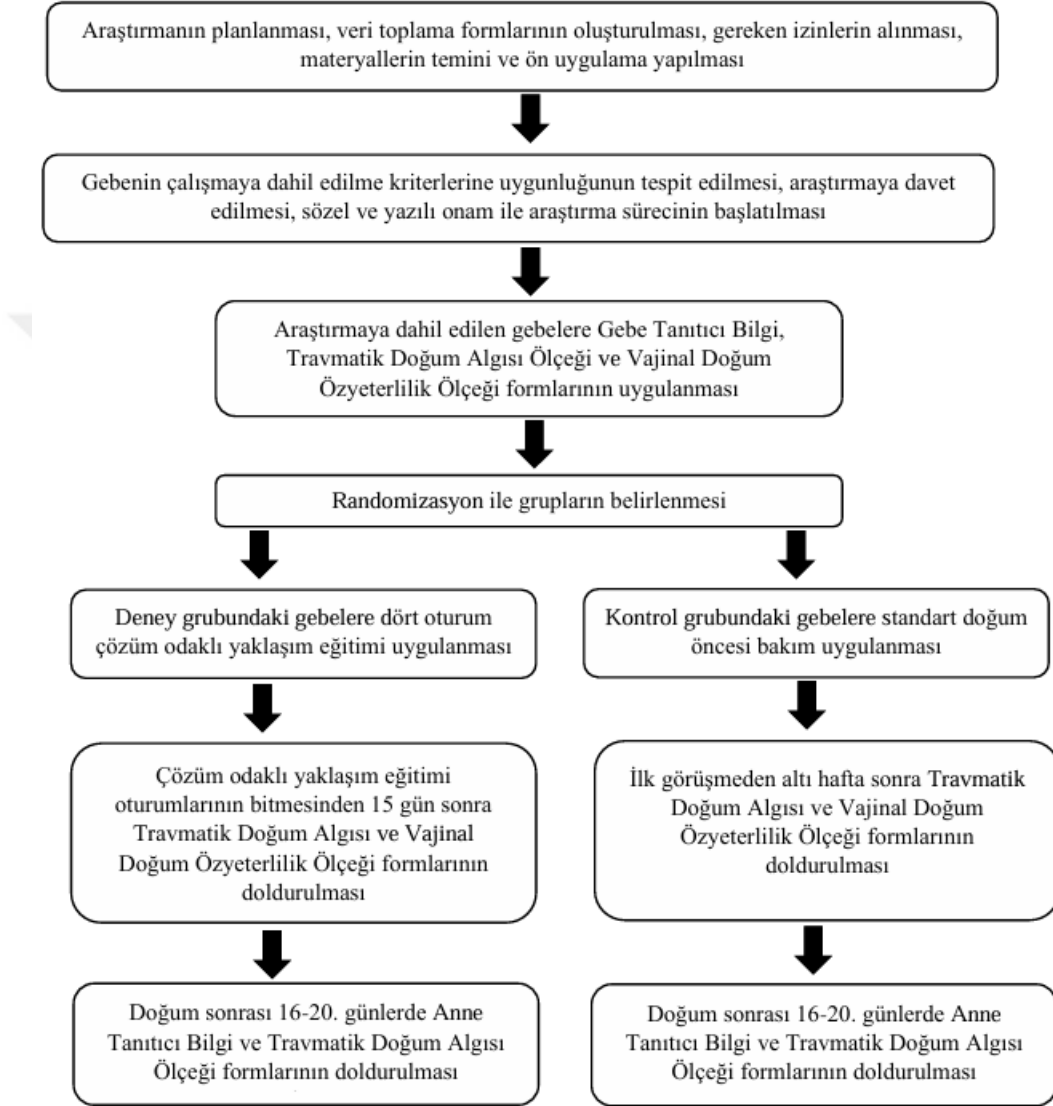
Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği formu da travmatik doğum algısı ölçeği formunda olduğu gibi aynı zaman aralıklarında uygulanmış olup homojenite sağlanmıştır.

Bu form, ön test aşamasında araştırmacı tarafından yüzyüze, izlem aşamasında online Google forms aracılığıyla toplanmıştır Formun uygulanma süresi ortalama 5 dakikadır.

Anne Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form doğum sonrası dönemde ve sadece 1 kez uygulanmıştır. Hem deney hem de kontrol grubundaki gebelere; doğumdan 15 gün sonra

(16-20. günlerde) uygulanmıştır. Form Google forms aracılığıyla uygulanmış olup, uygulanma süresi ortalama 5 dakikadır.

Araştırmanın iş akış şeması aşağıdaki gibidir:



Şekil 5. Araştırma iş akış şeması

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Avrasya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (01.08.2022 tarih ve E-69268593-050-13941 sayılı numaralı belge) ve araştırmanın yapılacağı KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan kurum izni (23.08.2022 tarih ve E-27863166-399-6914 sayılı belge) alınmıştır (Ek 7 ve 8). Ayrıca

çalışma için “ClinicalTrials.gov” adresine “Effects of Solution-Oriented Approach Training for Nulliparous Pregnant Women on Their Traumatic Perception of Childbirth, Vaginal Birth Self-Efficacy, and Mode of Birth Choice” adlı çalışma “NCT06155435” kayıt numarası ile kaydedilmiştir. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan kişilerden ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek 9 ve 10). Araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya destek vermek isteyen gebelere "Gebe Bilgilendirilmiş Onam Formu", çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin uygulandığı deney grubundaki gebelere ayrıca “Eğitim Onam Formu” uygulanmıştır (Ek 11 ve 12). Tüm gebelere araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek, araştırma süresince "özerkliğe saygı" duyulacağı, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "gizlilik ve gizliliğin korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma süresince gebelerin çözüm odaklı yaklaşım eğitimi seanslarına katılım devamlılıkları konusunda sorun yaşanabileceği öngörülmüş olup seans günü ve saati konusunda esneklik sağlanmıştır. Araştırma tek bir hastaneye başvuran gebelerle yapılmıştır.

3.10. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

- Araştırmanın yapıldığı hastanenin sağlık uygulama ve araştırma merkezi olması nedeniyle riskli gebelerin sayısı fazladır ve düşük riskli gebelerden oluşan örneklem büyüklüğüne ulaşmada zorluk yaşanmıştır.
- Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanırken gebelerin müsaitlik durumları göz önüne alınarak oturum planlamaları yapılmış olup gebenin isteğine göre oturum saatlerinde esneklik uygulanmıştır.
- Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanırken internet üzerinden yapılan görüntülü görüşmelerde evinde kablolu internet bağlantısı bulunmayan gebelerin zaman zaman erişim problemi oluşmuştur.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Araştırmacı tarafından gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitimi

Bağımlı Değişken: Vajinal doğum özyeterliliği ve travmatik doğum algısı ölçeklerinin puan ortalamaları ve gerçekleşen doğum şekli

Kontrol Değişkenleri: Gebenin yaşı, gebelik haftası, eğitim düzeyi

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G power analizi ile belirlenmiş olup randomizasyonu www.random.org sitesi üzerinden yapılmıştır. Veriler IBM SPSS V23 ve R programı ile analiz edilmiştir (R programı istatistiksel hesaplamalar, veri analizleri ve yazılım amaçlı kullanılan bir programdır). Yüzdelik değerlendirilmesi yapıldı. Analiz sonuçları nicel değişkenler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) ölçütleri ile sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluk çarpıklık-basıklık (skewness-kurtosis) katsayıları ile (± 3) incelenmiştir. Gruplara göre normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Grup ve zaman göre normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Varyans Analizi, normal dağılıma uymayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında İki Yönlü Robust ANOVA testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Mann Whitney U testi, Wilcoxon testi ve Bonferroni Düzeltmesi ile yapıldı. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir (143).

Tablo 1’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması gösterilmektedir.

Deney grubundaki gebelerin %40’ı 25-29 yaş aralığında ve %35’i önlisans mezunudur. Tamamı evli kadınlardan oluşan deney grubunun %87.5’i çekirdek aile yapısında ve %72.5’i il merkezinde ikamet etmektedir. Gebelerin %72.5’i herhangi bir gelir getiren işte çalışmamakta olup %70’inin gelir algısı orta düzeyde ve %67.5’inin evlilik süresi 1-5 yıl arasındadır. %67.5’inin şuan ki gebeliği hem kendi hem de eşi tarafından istenmiştir. Doğal yolla gebe kalma oranı %87.5’tir. Kadınların %92.5’i rutin gebelik kontrolleri dışında doğum ile ilgili herhangi bir eğitim veya kursa katılmamıştır.

Kontrol grubundaki gebelerin %37.5’i 25-29 yaş aralığında ve %45’i ortaöğretim mezunudur. Tamamı evli kadınlardan oluşan kontrol grubunun %95’i çekirdek aile yapısında ve %65’i il merkezinde ikamet etmektedir. Bu gruptaki gebelerin %55’i gelir getiren bir işte çalışmakta olup %87.5’inin gelir algısı orta seviyededir ve %57.5’inin evlilik süresi 1-5 yıldır. Yine bu grupta doğal yolla gebe kalma oranı %85 iken grubun %72.5’inde eşlerin her ikisi de bu gebeliği istemiştir. Bu gruptaki kadınların %82.5’i rutin gebelik kontrolleri dışında doğum ile ilgili herhangi bir eğitim veya kursa katılmamıştır.

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırmasında; yaş aralığı, aile tipi, çalışma durumu, evlilik süresi, yaşanan yer, gelir algısı, gebe kalma şekli ve gebeliği isteme özelliklerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla p değerleri: 0.763, 0.432, 0.163, 0.481, 0.562, 0.101, 1.000, 0.790). Eğitim düzeyi, rutin gebelik kontrolleri dışında eğitim/kursa katılım durumu özellikleri açısından gruplar arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p değerleri: 0.064, 0.001).

Deney grubundaki kadınların gebelik haftası ortalama değeri 30.53 ± 1.83 iken kontrol grubunda ise bu değer 30.55 ± 3.59 olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($p=0.969$).

Tablo 2. Travmatik doğum algısı ve vajinal doğum özyeterliliği ölçek toplam puan ortalamalarının çözüm odaklı yaklaşım eğitimi alma durumuna göre gruplararası karşılaştırılması

	Grup				Test İstatistiği*	p**
	Deney		Kontrol			
Ölçekler	Ortalama± S.S	Ortanca (min-mak)	Ortalama± S.S	Ortanca (min-mak)		
Travmatik doğum algısı ölçeği (ön test T0)	71.58±20.93	73.5 (32 -105)	70.93±21.85	76.5 (29 -111)	0.136	0.892
Travmatik doğum algısı ölçeği (izlem testi T1)	29.7±8.27	30 (6 -45)	79.53±14.81	83 (35 -99)	-18.572	<0.001
Travmatik doğum algısı ölçeği (son test T2)	34.18±13.8	30 (17 -86)	74.1±18.21	76 (30 -105)	1495	<0.001
Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği (ön test T0)	32.6±16.85	28.5 (5 -71)	43.95±20.3	41.5 (7 -90)	-2.721	0.008
Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği (izlem testi T1)	63.15±8.13	64.5 (35 -77)	34.25±10.89	33 (18 -60)	13.448	<0.001

*Bağımsız Örnekler t Testi

**Mann Whitney U Testi

Tablo 2’de görüldüğü gibi gebelerin çözüm odaklı eğitim öncesi travmatik doğum algısı ölçeği toplam puan ortalaması (T0); deney grubunda 71.58 ± 20.93 , kontrol grubunda 70.93 ± 21.85 belirlenmiştir. Gruplararası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.892$).

Gebelerin çözüm odaklı eğitim sonrasında travmatik doğum algısı ölçeği (T1) toplam puan ortalaması deney grubunda 29.7 ± 8.27 , kontrol grubunda 79.53 ± 14.81 saptanmıştır. Gruplar arası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın deney grubunun lehine istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Gebelerin doğum sonrası travmatik doğum algısı ölçeği toplam puanı (T2) deney grubunda 34.18 ± 13.8 , kontrol grubunda 74.1 ± 18.21 olarak saptanmıştır. Gruplar arası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın deney grubunun lehine istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Gebelerin çözüm odaklı eğitim öncesi vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması (T0); deney grubunda 32.6 ± 16.85 , kontrol grubunda 43.95 ± 20.3 olarak saptanmıştır. Gruplar arası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın kontrol grubu lehine daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.008$).

Gebelere verilen çözüm odaklı eğitim sonrası ise vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması (T1); deney grubunda 63.15 ± 8.13 , kontrol grubunda 34.25 ± 10.89 belirlenmiştir. Gruplar arası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın deney grubunun lehine istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 3. Travmatik doğum algısı ölçeği toplam puan ortalamasının grup ve zamana göre karşılaştırılması

	F	p
Grup	132.877	<0.001
Zaman	13.420	<0.001
Grup*Zaman	57.362	<0.001

*İstatistiksel analiz F: Robust ANOVA Test İstatistiği

Tablo 3’te görüldüğü gibi travmatik doğum algısı ölçeği toplam puan ortalaması; gruba göre (deney ve kontrol), ölçüm yapılan zamana göre (gebelikte eğitim öncesi, eğitim

sonrası ve doğum sonrası dönem) ve grup x zaman etkileşimine göre (2 grup, 3 kez ölçüm 2x3) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Aşağıda Tablo 4'te sayısal değerlerle bu istatistiksel fark açıklanmıştır. Tablo 3, Tablo 4 ile birlikte aşağıda açıklanarak yorumlanmıştır.

Tablo 4. Travmatik doğum algısı ölçeği puan ortanca değerinin, grup ve zamana göre tanımlayıcı istatistikleri ve çoklu karşılaştırma sonuçları

Zaman	Grup		Toplam
	Deney Ortanca (Minimum-Maksimum)	Kontrol Ortanca (Minimum-Maksimum)	
Ön test (T0)	73.5 (32 -105) ^A	76.5 (29 -111) ^A	75.5 (29 -111) ^a
İzlem testi (T1)	30 (6 -45) ^B	83 (35 -99) ^A	43 (6 -99) ^b
Son test (T2)	30 (17 -86) ^B	76 (30 -105) ^A	45.5 (17 -105) ^b
Toplam	36 (6 -105)	79 (29 -111)	65 (6 -111)

a-b: Aynı harfe sahip ana etkiler arasında bir fark yoktur; A-B: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Tablo 4'te Travmatik doğum algısı ölçeği toplam puanının grup ve zamana göre tanımlayıcı istatistikleri ve çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu tablodaki verilerin p değeri, Tablo 3'te gösterilmektedir. Tablo 4'ün yorumlanmasında Tablo 3'teki p değerlerinden yararlanılmıştır.

Çalışmada gebelerin travmatik doğum algısı ölçek toplam puanı üzerinde grup ana etkisi (deney ve kontrol) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Travmatik doğum algısı ölçeği puanı ortancası deney grubunda 36 iken kontrol grubunda bu değer 79 olarak elde edilmiştir. Bir başka ifadeyle travmatik doğum algısı ölçeği puanı ortancası deney grubunda, kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır.

Gebelerin travmatik doğum algısı ölçek puanı üzerinde zaman ana etkisi (ön test (T0), izlem testi (T1) ve son test (T2) olmak üzere toplam üç kez ölçüm) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Gebelerin travmatik doğum algısı ölçeği puan ortancası; çözüm odaklı eğitim öncesinde (T0) 75.5, eğitim sonrasında (T1) 43, ve doğum sonrasında (T2) 45.5 olarak elde edilmiştir. Bir başka ifadeyle travmatik doğum algısı ölçeği puanı ortancası, grup ayırmaksızın total olarak baktığımızda eğitim sonrası eğitim öncesine göre anlamlı derecede düşüş göstermiştir ($p<0.05$). Gebelikte eğitim sonrası ile doğum sonrası karşılaştırıldığında ise doğum sonrası kısmi bir artış olmakla birlikte bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim öncesinde elde edilen travmatik doğum

algısı ölçeği puanı ortanca değeri, diğer zamanlardan (eğitim sonrası ve doğum sonrası) farklılık göstermiştir ($p<0.05$).

Çalışmada gebelerin travmatik doğum algısı ölçek toplam puanı üzerinde grup X zaman ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubunda travmatik doğum algısı ölçek puan ortancası ön testte (T0) 73.5, izlem testte (T1) 30 ve son testte (T2) da 30 olarak belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle travmatik doğum algısı ölçeği puanı ortancası deney grubunda eğitim sonrası (T1), eğitim öncesine göre (T0) düşüş göstermiş, bu düşüş istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrası ile (T1) doğum sonrası (T2) puan ortancası karşılaştırıldığında ise; puan ortancaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunda travmatik doğum algısı ölçek puan ortanca değeri gebelikte eğitim öncesi (T0) 76.5, eğitimden sonra (T1) 83 ve doğumdan sonra da (T2) 76 olarak saptanmış olup grup X zaman etkileşiminin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bir başka ifadeyle kontrol grubunda üç farklı zamanda yapılan ölçümlerin travmatik doğum algısı ölçek puan ortanca değeri üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasının grup ve zamana göre karşılaştırılması

Özellikler	F	p	KEK**
Grup	13.99	<0.001	0.082
Zaman	19.75	<0.001	0.112
Grup*Zaman	73.6	<0.001	0.321

*F: Varyans Analizi Test İstatistiği; **KEK: Kısmi Eta Kare

Tablo 5’te görüldüğü gibi vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması; gruba göre (deney ve kontrol), ölçüm yapılan zamana göre (gebelikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası) ve Grup X Zaman etkileşimine göre (2 grup, 2 kez ölçüm 2x2) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Aşağıda Tablo 6’da sayısal değerlerle bu istatistiksel fark açıklanmıştır. Tablo 5, Tablo 6 ile birlikte aşağıda açıklanarak yorumlanmıştır.

Tablo 6. Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasının grup ve zamana göre tanımlayıcı istatistikleri ve çoklu karşılaştırma sonuçları

Zaman	Grup		Toplam Ortalama±Standart sapma
	Deney Ortalama±Standart Sapma	Kontrol Ortalama±Standart sapma	
Ön test (T0)	32.6±16.85 ^C	43.95±20.3 ^B	38.28±19.39 ^a
İzlem test (T1)	63.15±8.13 ^A	34.25±10.89 ^C	48.7±17.4 ^b
Toplam	47.88±20.22	39.1±16.91	43.49±19.09

^{A-C}: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur. a-b: Aynı harfe sahip ana etkiler arasında bir fark yoktur

Tablo 6’da vajinal doğum özyeterliliği ölçeği toplam puanının, grup ve zamana göre tanımlayıcı istatistikleri ve çoklu karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu tablodaki verilerin p değeri Tablo 5’te gösterilmektedir. Tablo 6’nın yorumlanmasında Tablo 5’deki p değerlerinden yararlanmıştır.

Çalışmada gebelerin vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması üzerinde, grup ana etkisi (deney ve kontrol) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 47.88±20.22 iken kontrol grubunda 39.1±16.91 saptanmıştır. Bir başka ifadeyle vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması üzerinde, zaman ana etkisi (ön test (T0) ve izlem test (T1) olmak üzere toplam 2 kez ölçüm, 2x2) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Gebelerin vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması; çözüm odaklı yaklaşım eğitimi öncesinde (T0) 38.28±19.39, eğitim sonrasında 48.7±17.4 (T1) belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle çalışma kapsamındaki tüm gebelerin vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması, eğitim sonrası eğitim öncesine göre anlamlı derecede artış göstermiştir ($p<0.05$).

Çalışmada gebelerin vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması üzerinde, grup X zaman ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubundaki gebelerde vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması ön testte (T0) 32.6±16.85 iken, izlem testte (T1) 43.95±20.3 olarak belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması; deney grubundaki

gebelerde eğitim sonrası eğitim öncesine göre artış göstermiş ve bu artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki gebelerde vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması ön testte (T0) 43.95 ± 20.3 iken, izlem testte (T1) 34.25 ± 10.89 olarak belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması; kontrol grubundaki gebelerde eğitim sonrası, eğitim öncesine göre düşüş göstermiş ve bu puan düşüşü istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Grup X Zaman etkileşiminde deney grubundaki gebelerin eğitim öncesi vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması (32.6 ± 16.85) ile kontrol grubundaki gebelerin eğitim sonrası puan ortalaması (34.25 ± 10.89) istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Bir başka ifadeyle farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunun eğitim sonrası vajinal doğum özyeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması (63.15 ± 8.13) ile kontrol grubunun eğitim öncesi puan ortalaması (43.95 ± 20.3) karşılaştırmasında fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7. Annelerin doğuma yönelik bazı obstetrik özelliklerinin gruplararası karşılaştırılması

Özellikler	Grup		Test İstatistiği	P
	Deney	Kontrol		
Gerçekleştirdiği Doğum Şekli				
Vajinal Doğum	13 (32.5)	7 (17.5)	1.667	0.197*
Sezaryen	27 (67.5)	33 (82.5)		
Doğumun Gerçekleştiği Gestasyonel Hafta				
37	8 (20)	7 (17.5)	2.571	0.632**
38	18 (45)	17 (42.5)		
39	8 (20)	13 (32.5)		
40	5 (12.5)	2 (5)		
41	1 (2.5)	1 (2.5)		
Vajinal Doğumda Uygulanan Müdahale				
Suni Sancı	0 (0)	1 (14.3)	3.199	0.202**
Epizyotomi	5 (38.5)	4 (57.1)		
Her İkisi	8 (61.5)	2 (28.6)		
Sezaryen ile Doğum Endikasyonu				
Baş-Pelvis Uyumsuzluğu	4 (14.8)	6 (18.2)	5.838	0.212**
Kontraksiyon ile İlgili Bozukluklar	2 (7.4)	3 (9.1)		
Anneye Ait Durumlar (Kronik Hastalıklar, Batında Vajinal Doğuma Engel İnsizyon Varlığı vb.)	3 (11.1)	4 (12.1)		
Fetusa Ait Durumlar (Fetal Distress Varlığı, Normal Doğuma Engel Fetal Anomali Varlığı vb.)	4 (14.8)	12 (36.4)		
Endikasyonlu Sezaryen	14 (51.9)	8 (24.2)		
Doğum Sonrası Küvöz İhtiyacı				
Evet	10 (25)	16 (40)	1.425	0.233*
Hayır	30 (75)	24 (60)		

*Yates Düzeltmesi; **Pearson Ki-Kare Testi; ***Fisher's Exact Testi

Gebelerin gerçekleştirdiği doğum şekli yönünden yapılan gruplar arası karşılaştırmada; vajinal doğum gerçekleşme oranı deney grubunda %32.5 iken kontrol grubunda %17.5 belirlenmiştir. Deney grubunda daha fazla oranda vajinal doğum gerçekleştiren anne olmakla beraber gruplar arası bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki gebelerin %45'inin doğumu 38. gestasyonel haftasında gerçekleşmiştir. Gruplar arası yüzdelik farkı istatistiksel açıdan bulunmamıştır ($p=0.632$).

Deney grubunda vajinal doğum gerçekleştiren gebelerin %61.5'ine, kontrol grubunda vajinal doğum gerçekleştiren gebelerin ise %57.1'ine tıbbi müdahale uygulanmıştır. Gruplar arası yüzdelik farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.202).

Deney grubunda vajinal doğum gerçekleştiren gebelerin %38.5'ine epizyotomi, %61.5'ine hem epizyotomi hem de suni sancı uygulanmıştır. Kontrol grubunda vajinal doğum gerçekleştiren gebelerin ise %28.6'sına epizyotomi, 14.3'üne suni sancı, %57.1'ine ise hem suni sancı hem de epizyotomi uygulanmıştır. Gruplararası yüzdelik farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.202)

Sezaryen nedenleri incelendiğinde deney grubundaki gebelerin % 51.9'unun endikasyonlu sezaryen, %14.8'i baş-pelvis uygunsuzluğu, %14.8'i fetusa ait durumlar nedeniyle bu doğum şeklini gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise gebelerin %36.4'ü planlı sezaryen, %24.2'si fetusa ait durumlar ve %18.2'si baş pelvis uygunsuzluğu gibi nedenlerle sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada yüzdelik farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.212).

Doğum sonrası yenidoğanların kütüze yatış oranı deney grubunda %25, kontrol grubunda ise %40 olarak belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada yüzdelik farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.233).

Tablo 8. Gebelerin gebelikte düşündüğü doğum şekli tercihi ile gerçekleşen doğum şeklinin gruplararası karşılaştırılması

Grup**	Gebelikte Düşündüğü Doğum Şekli	Gerçekleşen Doğum Şekli		Test İstatistiği	p*
		Vajinal doğum	Sezaryen		
Deney	Vajinal Doğum	3 (23,1)	5 (18,5)	-3,239	0,001
	Sezaryen	6 (46,2)	11 (40,7)		
	Karar Vermedim	4 (30,8)	11 (40,7)		
Kontrol	Vajinal Doğum	2 (28,6)	11 (33,3)	-1,061	0,289
	Sezaryen	1 (14,3)	14 (42,4)		
	Karar Vermedim	4 (57,1)	8 (24,2)		

*Wilcoxon Testi ** Gebelerin düşündüğü doğum şekli ön test aşamasını kapsamaktadır.

Deney grubundaki kadınların düşündükleri ile gerçekleştirdikleri doğum şeklinin dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (p=0,001). Deney

grubundaki gebelerin eğitim öncesi planladığı doğum şekli vajinal doğum olup gerçekleşen doğum şekli vajinal doğum olanların oranı %23,1 iken planlanan doğum sezaryen olup doğum şekli sezaryen olanların oranı %40,7'dir. Doğum şekline gebelikte karar veremeyip, sezaryen olanların oranı ise %40,7'dir.

Kontrol grubunda ise; gebelikte planlanan doğum şekli ile gerçekleşen doğum şekli yüzdelik oranları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,289$).



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Nullipar gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, doğumu travmatik algılama, vajinal doğum özyeterliliği ve doğum şekli tercihine etkisi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmada çözüm odaklı yaklaşımın; doğumu travmatik algılama, vajinal doğum özyeterliliği ve doğum şekli tercihine etkisi, “grup ve zamana göre” istatistiksel karşılaştırma yapılarak incelenmiştir. Şimdiye dek yapılan literatür taramasında bu amaçla yapılan bir çalışmaya henüz rastlanmadığından, tartışma genellikle çalışmanın kendi bulgularıyla yapılmıştır.

Yapılan bu çalışmada çözüm odaklı yaklaşımı eğitim öncesi, deney grubunda ve kontrol grubundaki gebelerin travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalamasının karşılaştırmasında, gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (deney grubu 71.58 ± 20.93 , kontrol grubu 70.93 ± 21.85). Çalışmanın bu bulgusu, eğitim öncesi iki grubun travmatik doğum algı düzeyinin homojen olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızla aynı ölçeğin kullanıldığı bazı çalışmalarda da gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalamalarının bizim çalışmamızın puan değer aralığına yakın olduğu saptanmıştır (3, 59, 118, 144, 145). Çalışmamızın bulgusu literatürle uyumludur. Bu çalışmada kontrol grubundaki gebelerin travmatik doğum algısı düzeyi ortalamaları farklı zamanlarda yapılan üç ölçümde de (gebelik döneminde eğitim öncesi, eğitimden sonra ve doğum sonrası) ölçeğin puan aralığı düzeyine göre yüksek bulunmuştur (70.93 ± 21.85 , 79.53 ± 14.81 , 74.1 ± 18.21). Yapılan bazı yurt içi çalışmalarda kadınların travmatik doğum algı düzeyi bizim çalışmamız ile benzer olarak ölçülmüştür (145-148). Ancak bu durumun aksine yapılan bazı yurtdışı çalışmalarda ise travmatik doğum algısı düzeylerinin bizim çalışmamızdan farklı olarak daha düşük ölçülmüştür (149-151). Yapılan bu çalışmaların bulgularından anlaşılacağı gibi, bazı çalışmalar bizim çalışmamızın bulguları ile benzerlik gösterir iken (3, 152, 153), bazı çalışmaların bulguları farklılık göstermektedir (154, 155). Çalışma bulguları arası farklılığın araştırmaların örneklem özelliklerinin farklılığı, veri toplama sürecindeki farklılıklar, sosyoekonomik düzey farklılıkları, araştırmaların yapıldığı ülkelerdeki sağlık bakım koşulları gibi nedenlerden kaynaklanabileceği akla gelmektedir.

Literatürde bazı çalışmalarda gebelerde travmatik doğum algı düzeyinin yüksek olduğu ve bu düzeyi düşürmek için çözüm odaklı yaklaşım, motivasyonel görüşme gibi psikososyal boyutlu girişimlerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (59, 145, 156).

Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi, psikososyal yaklaşımı içeren gebenin güçlü yönlerini fark etmesini sağlayan ilaç dışı bir yöntemdir. Bu eğitimin temel amacı bireyin kendisinde var olan baş etme, sorunların üstesinden gelme ve hayatın olumsuz yönlerinden çok olumlu yönlerini ön plana çıkarabilme gibi olgulardır (27, 128, 130, 157). Yapılan bu çalışmada deney grubundaki gebelere dört oturumluk çözüm odaklı yaklaşım eğitimi verilmiş, bu gebelerin eğitim sonrası ve doğum sonrası travmatik doğum algısı puan ortalaması, kontrol grubundaki gebelerden düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Bir başka ifadeyle, bu çalışmada gebelerde çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin travmatik doğum algısını azaltıcı yönde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın bu bulgusu “Deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin travmatik doğum algısı puanı, kontrol grubundaki gebelerin travmatik doğum algısı puanından daha düşüktür” hipotezini (H_{1a} hipotezi) doğrulamıştır. Şimdiye değin yapılan literatür taramalarında gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, bizim çalışmadaki gibi travmatik doğum algısı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya henüz rastlanılmamıştır. Bu nedenle bizim çalışmamız, gebelikte çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin etkisini farklı değişkenlerle (doğum korkusu, psikolojik iyi oluşluk gibi) inceleyen çalışmaların bulgularıyla tartışılmıştır. İran’da nullipar kadınlarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, gebelere verilen tek oturum çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, doğum ağrısı ve anksiyete puan ortalamalarında azaltıcı etkisinin olduğu saptanmıştır (158). Huang ve arkadaşlarının (2022) deneysel çalışmasında, gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarını azalttığı bildirilmiştir (159). Ramezani ve arkadaşlarının 2017 yılında nullipar gebelerle yapmış olduğu çalışmada çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin doğum öncesi bakıma entegrasyonunun gebelerin ruh sağlığının iyileştirilmesinde etkili olabileceğini vurgulamıştır (160). Sharifzadeh ve arkadaşlarının (2018) deneysel çalışmasında ise kadınlara verilen çözüm odaklı danışmanlık programının, kadınların doğum korkusu puan ortalamasını azalttığı saptanmıştır (161). Belirtilen bu deneysel çalışmaların bulguları gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitim programının, prenatal dönemde gebelerin psikososyal ve ruh sağlığı üzerinde iyileştirici etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan bu çalışmada gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitimi ile, kadınların psikososyal ve ruh sağlığı göstergelerinden biri olan travmatik doğum algısı hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada doğum sonrası dönemde de kadınların, travmatik doğum algısının incelenmiş olması, girişimin gruplar arası ve grup içi longitidunal (boylamsal) etkisinin

değerlendirilmesi yönüyle de literatürdeki boşluğu dolduracağı inanılmaktadır. Çalışmamızda deney grubunda doğum sonrası dönemdeki annelerin travmatik doğum algısı puanının, kontrol grubundan düşük olması gebelikte verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin olumlu etkisinin doğum sonrası sürece yansımaları olarak yorumlanabilir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi gebelikte verilen bazı eğitimlerin (motivasyonel görüşme, doğuma hazırlık vb.) doğum sonrası dönemde de olumlu etkilerinin devam ettiği ortaya konulmuştur (162, 163). Öte yandan bizim çalışmamızda, kontrol grubundaki gebelerin travmatik doğum algısının grup içi karşılaştırmasında son test puanının; ön teste göre yüksek olması ve izlem test puanına yakın değerde olması verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin etkililiğini kanıtlar niteliktedir. Benzer şekilde deney grubunun travmatik doğum algı puan ortalamasının grup içi karşılaştırmasında, çözüm odaklı yaklaşım eğitimi öncesi puanının, eğitim sonrası ve doğum sonrası dönemden anlamlı derecede yüksek olması da verilen eğitimin olumlu etkisini göstermektedir. Çalışmamızın bu bulguları çözüm odaklı yaklaşım eğitimi alan gebelerde gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ait bilinmezlikleri azaltmada /ortadan kaldırmada, baş etme becerilerini arttırmada, gebeliğin ve doğumun pozitif yönlerine odaklanmada katkı sağlayarak travmatik doğum algı düzeyinin azalmış olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada gebelere verilen çözüm odaklı eğitim süresince de uygulanan teknikler ve gebelere verilen ev ödevleri baş etme becerilerini artırma, kendi öz güçlerini keşfetme, vajinal doğum öz yeterliliğini güçlendirme ve travmatik doğum algılarını azaltma odaklıdır.

Doğuma dair korku, kaygı varlığı ve bunun devamında da travmatik doğum algısı oluşmasının en büyük nedenlerinden biri doğuma dair yeterince bilgi sahibi olunmamasıdır (3). İnsanlar doğası gereği bilinmeyen, deneyimlenmemiş olgulardan korkma eğilimine sahiptirler. “Doğum ve Ebeveynliğe Hazırlık” dersini alan kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin travmatik doğum algısı ölçeği puanlarında azalma olduğu belirlenmiştir (164). Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamız ile uyumluluk göstermekte olup gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme dair verilen çeşitli eğitimlerin doğum korkusu üzerinde azaltıcı etkisinin olabileceğini ortaya koymaktadır.

Vajinal doğum özyeterliliği doğum sürecinde kadının kendini fiziksel ve psikososyal anlamda daha iyi hissetmesine, doğum dalgaları ile baş edebilmesine, kısacası kadının kendi doğumunu yönetmesine olanak sağlamaktadır (165). Bu çalışmada kullanılan vajinal doğum özyeterliliği ölçeğinden alınabilecek puan en düşük 0, en yüksek

90'dır. Ölçeğin puan aralıkları göz önünde bulundurulduğunda bizim çalışmamızdaki deney ve kontrol grubundaki gebelerin gruplar arası fark olmakla beraber vajinal doğum özyeterlilik düzeyinin ortalama değerde olduğunu söylemek mümkündür (deney grubu: 32.6 ± 16.5 , kontrol grubu: 43.95 ± 20.3). Şimdiye değin yapılan literatür taramalarında vajinal doğum özyeterliliği konusunda yapılan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. 416 gebe ile yapılan bir başka çalışmada gebelerin 228'inin (%54.8) düşük, 188'inin (%45.2) ise yüksek doğum öz yeterliliği düzeyine sahip olduğu görülmüştür (166). Düzbayır ve arkadaşlarının gebeler ile yapmış oldukları çalışmada ise vajinal doğum özyeterlilik ölçeği puan ortalaması 67.47 ± 19.16 olarak bildirilmiştir (113). Annelerin vajinal doğum özyeterliliğini nitel araştırma bulgularından değerlendirmek mümkündür. Aktaş ve Alemdar'ın (2024) çalışmasında; vajinal doğum yapan ve bu doğumundan memnun olup başka kadınlara öneren annelerin “doğum ağrıları ile etkin baş edebilme, doğumun her aşamasına katıldım, doğumda kontrolümü sağladım ve bedenimi iyi yönettim” ifadeleri bu annelerde iyi düzeyde vajinal doğum özyeterliliğinin olduğunu akla getirmektedir (15). Belirtilen bu çalışma bulguları, kimi kadınlarda vajinal doğum özyeterliliğinin iyi düzeyde, kimi kadınlarda orta ve alt düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışma bulguları arasındaki farklılığın örnekleme dahil edilen kadınların çeşitli farklılıklarından (sosyodemografik, obstetrik, psikososyal, vb.) kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada çözüm odaklı yaklaşım eğitimi öncesinde deney ve kontrol grupları arasında vajinal doğum özyeterliliği puan ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.008$). Bir başka ifadeyle eğitim öncesi kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum özyeterliliği puan ortalaması, deney grubundan yüksek saptanmıştır. Ancak çözüm odaklı yaklaşım eğitimi verildikten sonra yapılan gruplar arası karşılaştırmada, deney grubundaki gebelerde vajinal doğum özyeterlilik düzeyi artmış, kontrol grubunda ise azalmıştır. Gruplar arası bu fark, deney grubunun lehine anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusu “deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin vajinal doğum özyeterlilik puanı, kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum özyeterlilik puanından daha yüksektir” (H_{1b}) hipotezini doğrulamaktadır. Gebelerde vajinal doğum özyeterliliğin artması, doğumda kontrol ve destek algısının da artmasına katkı sağlamaktadır (20, 167).

Şimdiye kadar yapılan literatür taramalarında, çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin gebelerde vajinal doğum özyeterlilik üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya henüz

rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın bu bulgusu, gebelerin doğum özyeterliliği, vajinal doğum inancı gibi konular üzerine yapılan deneysel çalışmalarla tartışılmıştır. Barut'un çalışmasında (2021) nullipar gebelere motivasyonel görüşme uygulanarak yürütülen bir randomize kontrollü çalışmada deney grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme sonrası doğum özyeterliliği puan ortalamasının kontrol grubuna göre yükseldiği belirtilmiştir (59). Gebelere doğum eğitimi uygulanan randomize bir çalışmada doğum özyeterliliği ölçeği puanlarında artış olduğu bildirilmiştir (168). Maternal birimde çalışan sağlık profesyonellerinin nitelikli bakımı da vajinal doğum inancını ve özyeterliliğini artırabilmektedir. Shamoradifar ve ark. (2022) deneysel çalışmasında; doğumda primipar annelere iletişime dayalı bakım sağlamanın (bilgilendirme, şefkatli yaklaşım, tercih ve isteklerine göre bakım, saygı ve empati gibi); annelerin doğum yapabilme inancını ve özyeterliliğini, doğum memnuniyetini ve olumlu doğum deneyimini artırmada etkili olduğu ortaya koyulmuştur (169). Yapılan deneysel çalışmalarda gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitimi, motivasyonel görüşme, doğum topu egzersizi kullanımı, doğum öncesi eğitim gibi uygulamaların doğumda özyeterlilik düzeyini arttırdığı saptanmıştır (170-172). Belirtilen tüm bu çalışma bulguları, gebelere verilen eğitim odaklı girişimlerin doğum inancı, memnuniyeti, doğum deneyimi üzerine olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmada gebe kadınlara verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin vajinal doğum özyeterliliği üzerine artırıcı etkisini iki şekilde açıklamak mümkündür: Birincisi; doğum hem fizyolojik hemde psikolojik açıdan stresli bir olgudur. Gebe kadınlara verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitimi gebenin kendine güveninin atmasına, kendinde olan gücü keşfetmesine ve başedebilme yeteneğinde artışa destek olmuş ve bunun sonucunda da vajinal doğum özyeterliliği düzeyinde yükselme görülmüştür. İkincisi ise; çözüm odaklı yaklaşım eğitimi travmatik doğum algısı düzeyinin düşüşüne neden olarak vajinal doğum özyeterliliği düzeyinde yükselişe sebep olmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin eğitim sonrası, vajinal doğum özyeterlilik düzeyinin eğitim öncesine göre daha düşük olması da bu görüşümüzü destekler özelliktedir.

Vajinal doğum özyeterliliği; birçok değişkenle etkileşim halinde olan ve perinatal mental sağlıkla da boyutu olan kavramdır. Bazı araştırmalarda doğum özyeterliliği ile doğum korkusunun arasında bir ters orantı olduğu, özyeterlilik düzeyinin olumlu doğum deneyimi algısına katkı sağladığı ve doğumda analjezi kullanımını azalttığı ortaya koyulmuştur (173-175). Buradan “özyeterlilik” ve “korku, travmatik algı” gibi kavramların

birbirlerine zıt yönde ilerlediklerini özyeterlilik arttıkça korkunun, kaygının azaldığını söylemek mümkündür.

Gebe kadınların travmatik doğum algıları önlenerek, vajinal doğum öz yeterlilikleri artırılarak olumlu vajinal doğum hikayeleri yaygınlaştırılmalıdır (15, 176). Doğum hikayeleri gebelerin doğum şekli tercihini ve vajinal doğum özyeterlilik düzeyini etkileyebilmektedir (177, 178). Gerek sosyal medya gerekse aile bireyleri ve yakın çevreden işitilen travmatik doğum hikayeleri kadınların bilinç altına yerleşerek, doğum korkusuna neden olabilmektedir (176, 179). Alpay'ın (2022) yaptığı çalışmada; gebelerde olumlu doğum hikayesi dinleme, olumlu doğum videosu izleme ve doğuma dair olumlu yazılı metin okumanın normal doğum inancı düzeyini artırıcı etkisinin olduğu saptanmıştır (178). Miller ve arkadaşlarının (2021) doğum hikayelerinin nullipar gebe kadınların doğum tercihleri üzerine etkisi incelenmiş olup bir başka kadından olumlu doğum deneyimi ve hikayesi dinleyen gebelerin vajinal doğumu daha fazla tercih ettiğini belirlemiştir (181).

Yapılan bu çalışmada deney grubundaki gebelerin vajinal doğum oranı, kontrol grubundaki gebelerden daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası yüzdelik oran farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızın bu bulgusu “deney grubundaki çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanan gebelerin vajinal doğum şeklini tercih etme oranı kontrol grubundaki gebelerin vajinal doğum şeklini tercih etme oranından daha yüksektir” hipotezini desteklememektedir (H_{1c}). Yapılan bu çalışmada tüm gebelerin düşündüğü doğum şekli ön test aşamasında değerlendirilmiştir. Bir başka ifadeyle ÇOY eğitimi öncesi, gebelerin düşündüğü doğum şekli tercihi değerlendirmesi yapılmıştır. Gebelerin ÇOY eğitimi sonrası doğum şekli düşüncesinde değişiklik olup olmadığı, bu çalışmada sorulmamıştır. Ayrıca çalışmamızda sezaryen olan annelerin, acil sezaryen olma durumları da incelenmemiştir. Kimi gebelerin vajinal doğum için başvurup, sezaryene alınmış olma ihtimali vardır. Bunlar çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Bu nedenle bu çalışmada ÇOY eğitimin doğum şekli üzerine etkisi, gerçekleşen doğum şekli ile sınırlı kalmıştır. Çalışmamızda deney grubunda gebeliğinde sezaryen doğum düşünüp, vajinal doğum gerçekleştiren kadınların oranı; kontrol grubunda sezaryen planlayıp, vajinal doğum gerçekleştiren kadınlara göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusu çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, gebelerin vajinal doğumu tercih etmelerinde ve gerçekleştirmelerinde olumlu etkisinin olduğunu da ortaya koymaktadır. Deney grubunda gebeliğinde sezaryen doğum düşünenlerin, gerçekleştirdiği doğum şeklinin daha fazla

oranda vajinal olması çalışmada verilen ÇOY eğitimin etkisini düşündürmektedir. Yapılan bu çalışmada gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitimi ile gebelerin doğumu başarabilme konusunda güçlü yönlerine odaklanabilmeleri amaçlanmıştır. Çalışmamızda Tablo 7’de görüldüğü gibi, gruplar arası istatistiksel fark olmamakla birlikte vajinal doğum yapan deney grubundaki kadınlarda, kontrol grubundakilere göre doğumda daha az tıbbi müdahale uygulanmış olması da (suni sancı, epizyotomi) verilen çözüm odaklı eğitiminin kadında doğum ağrısıyla baş etme becerisini ve doğum özyeterliliğini artırmış, tıbbi müdahale gereksinimini azaltmış olabileceğini de akla getirmektedir. Öte yandan çalışmamızda deney grubundaki kadınların vajinal doğum özyeterlilik düzeyinin, kontrol grubuna göre daha yüksek olması, deney grubundaki kadınların çözüm odaklı eğitim sonrası vajinal doğumu daha fazla tercih etme ve doğumda daha az tıbbi müdahale gereksinimiyle de ilişkili olabileceği akla gelmektedir.

Literatürde gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, doğum şekli tercihi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın bu bulgusu vajinal doğum tercihi konusunda yapılan çalışmalarla tartışılmıştır. Firoozi ve arkadaşlarının gebelere motivasyonel görüşme uygulayarak yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada kadınların sezaryen sonrası vajinal doğumu tercih etme oranlarının arttığı bildirilmiştir (182). Rasouli ve arkadaşlarının nullipar gebeler ile yapmış olduğu çalışmada ise motivasyonel görüşmenin vajinal doğum tercih etme oranlarını arttırdığı saptanmıştır (183). Yine Mete ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada doğuma hazırlık sınıflarının kadınların doğuma hazır oluşlarını ve vajinal doğum tercihlerini olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır (184). Yapılan bu çalışmada gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin kadınların doğuma dair kaygılarını azaltıp özyeterliliklerini artırarak vajinal doğumun tercih edilmesine katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir. Gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitimi, bireyin güçlü yönlerini keşfetme ve psikososyal yönden iyi oluşluluğunu artırma odaklıdır. Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi ile kadınların vajinal doğum inancının artması olasıdır. Parker ve Ertem (2022) araştırmasında; doğal doğum inancına sahip kadınların vajinal doğumu, tıbbi doğum inancına sahip kadınların ise sezaryen doğumu tercih ettiklerini saptamıştır (185).

Sezaryen ile doğumun anneye, bebeğe ve toplum sağlığına yönelik riskleri bulunmakta olup, tıbbi gereklilik dışında yapılmamalıdır. Dünya sağlık örgütü sezaryen oranlarının %10-15 arasında tutulmasını önermektedir (186). Türkiye Sağlık İstatistik

Yıllığı 2022 verilerine göre ülkemizdeki sezaryen ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı sırası ile %62.8 ve %32.5 olarak bildirilmiştir (14). Ülkemiz Sağlık Bakanlığının vajinal doğum oranlarının artırılması konusunda ebeler, doğum hekimlerine, gebelere, topluma yönelik stratejileri bulunmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde gebelerde doğum korkusuna neden olan doğum ağrısı, geçmiş olumsuz doğum deneyimi ve olumsuz doğum hikayeleri, olumsuz doğum ortamı, sağlık profesyonellerinin empatik olmayan tutum ve davranışları gibi önlenabilir faktörler konusunda iyileştirmeler yapılmaktadır (187). Gebe kadınların vajinal doğum özyeterliliğini artırarak, travmatik doğum deneyimlerini önleyerek, önlenabilir olumsuz koşulları iyileştirerek (doğum ortamını iyileştirme, doğum öncesi bakımın niteliğini artırma, sağlık okuryazarlığı becerisini artırma gibi) doğum politikaları ve yasalarla toplumda vajinal doğuma eğilimin ve tercihin artmasına katkı sağlamak mümkündür (15, 176). Çalışmamızda deney grubunda ön test aşamasında sezaryen ile doğum düşünüp, vajinal doğum gerçekleştiren annelerin; vajinal doğumu seçmesinde sezaryen için tıbbi endikasyonun olmamasıyla birlikte, verilen ÇOY eğitiminin bu gebelerde vajinal doğum özyeterliliğini güçlendirerek vajinal doğumun tercih edilmesine katkı sağlamış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Vajinal doğum özyeterliliği, travmatik doğum algısı ve doğum şekli tercihi birbirleri ile iç içe olan ve birbirlerinden etkilenen olgulardır. Vajinal doğum özyeterliliği güçlendirildiği, doğuma dair nitelikli bir bakım ve eğitim alma sağlandığı taktirde travmatik doğum algısı, doğum korkusu, doğum sonrası anksiyete, anne bebek bağlanma sorunları azalacak ve bunun sonucunda vajinal doğum özyeterliliği yüksek, doğum korkusu ve travması düşük olan kadının vajinal doğuma eğilimi artabilecektir. Çözüm odaklı yaklaşım gibi kadını psikososyal anlamda güçlendirecek ilaç dışı uygulamalar, travmatik doğum algı düzeyinin azalmasına, vajinal doğum özyeterliliğinin ve vajinal yol ile doğurma eğiliminin artmasına katkı sağlayabilecektir.

Nullipar gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin doğumu travmatik algılama, vajinal doğum özyeterliliği ve doğum şekli tercihinin etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi gebelerin travmatik doğum algısı düzeyini düşürür ($p < 0.001$).

Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi gebelerin vajinal doğum özyeterliliği düzeyini yükseltir ($p < 0.001$).

Doğum şekli açısından gruplar arası karşılaştırmada deney grubundaki gebelerin vajinal doğum oranı, kontrol grubundaki gebelerden daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arası yüzdelik oran farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.197$).

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Gebelerin travmatik doğum algısını azaltma ve vajinal doğum özyeterliliklerini artırma amacıyla çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin kullanıldığı araştırmaların sayısının artırılması,
- Çalışmanın nullipar ile multigravida gebelerle birlikte yapılması ve bu iki grubunun sonuçlarının karşılaştırılması,
- Çözüm odaklı yaklaşım eğitim oturum sayısı toplamının artırılarak (toplam 5,6 gibi) bu eğitimin gerçekleştirilmesi ve sonuçlarının haftalara göre karşılaştırılması (örneğin travmatik doğum algı düzeyinin 4 oturum sonrası, 5 oturum sonrası ayrı ayrı değerlendirilmesi),
- Gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin, gebelik ve doğumla birlikte, doğum sonrası anne ruh sağlığı ve ebeveyn özyeterliliği üzerine etkisini inceleyen uzun dönem etkili (longitudinal) çalışmaların yapılması,
- Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi alan annelerin, aldıkları bu eğitime ilişkin görüşlerini inceleyen nitel çalışmaların yapılması,
- Gebe okullarında, doğuma hazırlık sınıflarında çalışan sağlık profesyonelleri başta olmak üzere antenatal hizmet sunan ebe ve hemşirelerin çözüm odaklı yaklaşım eğitimi konusunda farkındalıklarının artırılması amacıyla hizmet içi eğitimlerin gerçekleştirilmesi,
- Çözüm odaklı yaklaşım eğitimlerinin antenatal eğitimlere entegre edilmesi,
- Çalışma bulgularının ilgili antenatal birimlerle paylaşılması,
- Çalışmanın daha büyük popülasyonda ve karma desen araştırma tipinde yapılması önerilir.

6. KAYNAKLAR

1. Mucuk Ö, Özkan H, Karakoç H (2016). Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 6(2):143-150. doi:10.33613/antropolojidergisi.1111285
2. Koyuncu S, Yılmaz SD (2015). Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(2): 53-66.
3. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2021). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. Social Work in Public Health 16: 1-13. doi:10.1080/19371918.2021.1986450
4. Karadeniz H (2019). Vajinal doğum öz yeterlilik ölçeği (VDÖYÖ) nin Türk toplumuna uyarlanması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
5. Başar F, Sağlam HY (2018). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. Journal of Current Researches on Health Sector 8(1): 59-74.
6. Coates, D., Thirukumar, P., Spear, V., Brown, G., Henry, A. 2020. “What are women’s mode of birth preferences and why? A systematic scoping review”, Women and Birth 33 (4): 323-333.
7. Derya YA, Altıparmak S, Akça E, Gökbulut N, Yılmaz AN (2021). “Pregnancy and birth planning during COVID-19: the effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety”. Midwifery 92: 102877.
8. İsbir GG, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H, Durgun Ozan Y, Karabulut Ö, Erdoğan S (2024). “The prevalence and associated factors of fear of childbirth among Turkish pregnant women”. Journal of Reproductive and Infant Psychology 42 (1): 62-77.
9. Aktaş S, Aydın R (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. Journal of Reproductive and Infant Psychology 37(2): 176-192. doi: 10.1080/02646838.2018.1540863.

10. Viirman F, Engström AH, Sjömark J, Hesselman S, Poromaa IS, Ljungman L, Wikman, A (2023). “Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: a mixed methods study”. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 282: 146-154.
11. Lupu VV, Miron IC, Raileanu AA, Starcea IM, Lupu A, Tarca E, Fotea S (2023). “Difficulties in adaptation of the mother and newborn via cesarean section versus natural birth—a narrative review”. *Life* 13 (2): 300.
12. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, Nieuwenhuijze MJ (2018). “Women’s psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis”. *BMJ Open* 8 (10): e020347.
13. OECD Health Statistics (2019). doi:10.1787/888934017918 [Accessed 17 December 2023].
14. T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2022). Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. “Haber Bülteni”. [online] Available from: https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haberbulteni2022v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF [Accessed 10 February 2024].
15. Aktaş S, Küçük Alemdar D (2024). Why mothers with midwifery-led vaginal births recommend that mode of birth: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1-22. doi: 10.1080/02646838.2024.2328765
16. Filiz M (2020). Türkiye’de sezaryen ameliyatlarına yönelik politikaların analizi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi* 6(1): 74-83.
17. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB (2017). Türkiye’de ve dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi* 7(4): 158-163.
18. Nieminen, K, Stephansson O, Rydin EL (2009). Women’s fear of childbirth and preference for caesarean section -a cross sectional study at various stages of pregnancy in sweden. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 88(7): 807–813. doi:10.1080/00016340902998436.
19. Güleç D (2020). Hemşirelik öğrencilerinde doğum ve ebeveynliğe hazırlık dersinin doğum korkusu ve travmatik doğum algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 10(3): 423-428.

20. Colley S, Kao CH, Gau M, Cheng, SF (2018). Women's perception of support and control during childbirth in the gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1-9. doi:10.1186/s12884-018-2025-5.
21. Oweis A (2010). Jordanian mother's report of their childbirth experience: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice* 15: 525-533. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01774.
22. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Obstetricia and Gynecol Scandinavica* 92: 210-214. doi: 10.1111/aogs.12034.
23. Lowe NK (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 21(4): 219-224.
24. Demir C (2020). Prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas
25. Gündoğdu NA, Zincir H, Güler N (2016). Çözüm odaklı yaklaşım ve hemşirelikte kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 3: 145-152. doi: 10.5455/JCBPR.234017
26. Kaya N, Güler H (2022). Online solution-focused psychoeducation as a new intervention for treating severe fear of childbirth: a randomized controlled trial in the pandemic period. *Perspectives in Psychiatric Care* 58(4): 2116-2126.
27. Akgül Gündoğdu N, Zincir H, Güler N (2016). Çözüm odaklı yaklaşım ve hemşirelikte kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 5(3): 145-152.
28. WHO (2016). WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. [online] Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=CD6A0CD302D24E30CC971C7BB056D044?sequence=1> [Accessed 17 May 2024].

29. WHO (2018). WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. [online] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02_eng.pdf;jsessionid=8113365FD531F62F7E18F3585CC01880?sequence=1 [Accessed 17 May 2024].
30. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2024). Kadının güçlenmesi strateji belgesi ve eylem planı. [online] Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aile.gov.tr/media/158302/kadinin-guclenmesi-strateji-belgesi-ve-eylem-planı-2024-2028.pdf> [Accessed 17 May 2024].
31. Aydemir H, Hazar HU (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeveyn rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(2): 815-833.
32. Aksoy YE, Turfan EÇ, Yılmaz SD (2017). normal ve riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi 25(1).
33. Soğukpınar N, Akmeşe ZB, Hadımlı A, Balçık M, Akın B (2018). Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. Journal Of Academic Research İn Nursing 4(1): 37-44.
34. Havutçu G (2019). Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisi. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Yüksek Lisans Programı, Aydın
35. Taşkın L (2019). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. On Altıncı Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; Sayfa: 102-103.
36. Yıldırım F, Şahin E (2020). Gebelik ve doğum sonu döneme uyum: temel hemşirelik yaklaşımları. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 1(1): 30-40.
37. Nalbant S (2008). Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 15-19 Ekim 2008, 39-40.
38. Motosko CC, Bieber AK, Pomeranz MK, Stein JA, Martires KJ (2017). Physiologic changes of pregnancy: a review of the literature. International Journal of Women's Dermatology 3(4): 219-224.

39. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, & Kabukcuoğlu K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences* 7(4): 159-165.
40. Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç, Özşahin Z (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician* 9(2): 34-46. doi: 10.15511/tjtfp.18.00234
41. Kesgin C, Topuzoğlu A (2006). Sağlığın tanımı; başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University* 3: 47-49.
42. Aksay Y, Gülhan YB, Saygın N, Körükcü Ö (2017). Gebelerin psikososyal sağlıkları doğum tercihini etkiler mi? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(4): 138-145.
43. Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan E (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 1(2): 32-42.
44. Değirmenci F, Vefikuluçay Yılmaz D (2020). The relationship between psychosocial health status and social support of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 41(4): 290-297. doi: 10.1080/0167482X.2019.1678021
45. WHO (2018). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> [Accessed: 15.07.2022].
46. Ford E, Ayers S (2009). Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders* 23(2): 260-268. doi: 10.1080/08870446.2010.533770
47. Bilgin NÇ, Bedriye AK, Potur DC, Ayhan F (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(3): 342-352.
48. Karaçam Z, Akyüz EÖ, Akyüz E (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 19(1): 45-53.

49. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S (2017). Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 22(3): 219. doi: 10.4103/1735-9066.208161
50. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 40(2): 57-62.
51. Hofberg K, Brockington I (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry* 176: 83-85. doi: 10.1192/bjp.176.1.83
52. Pasetti A (1955). Fobia del parto: contributo clinico. *Rivista di Psicoanalisi* 1: 78-86.
53. Oweis A (2010). Jordanian mother's report of their childbirth experience: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice* 15: 525-533. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01774.x
54. Yalnız H, Canan F, Genç RE, Kuloğlu MM, Geçici Ö (2017). Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Tıp Dergisi/Turkish Medical Journal* 8(3): 81-88.
55. Özçerezci Güner Ö, Kavlak O (2016). Perinatoloji ve bakım: Doğum. Sevil Ü, Ertem G (Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara: Sayfa: 299-372
56. Ashagrie HE, Fentie DY, Kassahun HG (2020). A review article on epidural analgesia for labor pain management: a systematic review. *International Journal of Surgery Open* 24: 100-104. doi:10.1016/j.ijso.2020.04.007
57. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H (2020). The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain and anxiety: a systematic review. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 30(3). doi:10.4314/ejhs.v30i3.16
58. Başkaya Y, Sayiner FD (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(1): 113-119.
59. Barut S (2021). Travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmelerin doğum algısı ve özyeterliliğine etkisi. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya
60. Nystedt A, Högberg U, Lundman B (2006). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery* 22(1): 56-65. doi: 10.1016/j.midw.2005.05.003

61. Taşkın L (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; Sayfa: 370-371.
62. Rathfisch G (2015). Doğum Eylemi. Kızılkaya Beji N (Ed.), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; Sayfa: 373-374.
63. Bay F (2019) Kadınlarda travmatik doğum algısı ve postpartum depresyon ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir
64. Aydemir H Hazar HU (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(2): 815-833.
65. Correa-de-Araujo R, Yoon, SS (2021). Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. Journal of Women's Health 30(2): 160-167. doi: 10.1089/jwh.2020.8860
66. Van Den Heuvel JFM, Teunis CJ, Franx A, Crombag NMTH, Bekker MN (2020). Home-based telemonitoring versus hospital admission in high risk pregnancies: a qualitative study on women's experiences. BMC Pregnancy and Childbirth 20: 1-9.
67. Bor NA, Matyar F, Amanak K (2023). Düşük ve yüksek riskli gebelerde risk algısı ve gebeliğe uyum ilişkisi. Artuklu International Journal of Health Sciences 3(3): 298-303.
68. Aktaş S, Aydın R (2018). Fundal bası uygulamasının maternal ve fetal sağlık üzerine etkisi ve bu uygulamada sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 7(3): 86-92.
69. Moiety FMS, Azzam AZ (2014). Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 40: 946-953. doi: 10.1111/jog.12284
70. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 119(10): 1238-1246. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x

71. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SMA, Nedjat S (2012). Social support for women of reproductive age and its predictors: a populationbased study. *BMC Womens Health* 18: 12-30.
72. Ardahan M (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(2): 68-75.
73. Sezen C, Ünsalver BÖ (2018). Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *The Journal of Neurobehavioral Sciences* 5(1): 29-36. doi : 10.5455/jnbs.1512387859
74. Albers LL (2007). The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *Journal of Midwifery and Women's Health* 52(3): 207-215. doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.009
75. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Ünal AK, Küçükoglu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 26(1): 31-43. doi: 10.26650/FNJN.387192
76. Kızılkaya-Beji N, Dişsiz M (2015). Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya Beji N (Ed.), *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; Sayfa: 307-357.*
77. Buran G, Olgaç Z, Karaçam Z (2020). Doğuma hazırlık sınıflarının kadınların doğum şekli, korkusu ve deneyimine etkisi: sistematik derleme. *Life Sciences* 15(4): 41-54.
78. Uzel HG, Yanikkerem E (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 11(1): 26-34.
79. Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, & Ayhan F (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(3): 342-352.
80. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA (2018). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub4

81. Alfirc Z, Aflaifel N, Weeks A (2014). Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 6: CD001338. doi: 10.1002/14651858.CD001338.pub3
82. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Induction of labour : misoprostol vaginal delivery system. Available from: <https://www.nice.org.uk/advice/esnm38/chapter/Key-points-fromthe-evidence> [Accessed 6 August 2023]
83. Bay F, Bulut ÖÜ (2020). Doğum İndüksiyonu: maternal, fetal-neonatal etkileri, ebeinin rolü. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1): 4-14.
84. Demirel G, Çelik BD (2013). Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 22(4): 157-163.
85. Akın B, Yücel U (2020). İdeal doğum ortamı nasıl olmalı? Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 681-687.
86. Reyhan FA, Sayiner F (2024). Doğum ortamının önemi ve ideal doğum ünitesi üzerine bir derleme çalışması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 7(1): 176-186.
87. Aktaş S, Osmanağaoğlu MA (2017). Intrapartum elektronik fetal monitörizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. Life Sciences 12:14-29.
88. ACOG Practice Bulletin No. 106 (2009). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. The American Collage of Obstetricians and Gynecologists 114: 192-202.
89. Karaman ÖE, Yıldız H (2018). Freedom of movement during labor: how? what does it provide? what is the role of obstetrics and gynecology nurses? Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 10(1): 78–87.
90. Başgöl Ş, Beji NK (2015). Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(3): 66–71.
91. İşbir GG, İnci F (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 1: 29-40.
92. Koç E, Şahin N (2016). Doğum eyleminde beslenme. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 47(4): 124-7.

93. ACOG (2009). Oral intake during labor. ACOG Committee Opinion No.441. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 114:714. Available from: file:///C:/Users/win7/Downloads/acog_committee_opinion_no__441__oral_intake_during.45.pdf. [Accessed 5 May 2023].
94. World Health Organization. (2013) Health literacy. The solid facts. Retrieved August 2014. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. [Accessed 5 May 2023].
95. Şahin M, ErbiL N (2019). Doğum ve medikalizasyon. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2(2): 120-130.
96. Aktaş S, Pasinlioğlu T (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 14(2): 60-65.
97. Bandura A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84: 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
98. Bandura A, Freeman W, Lightsey R (1999). Self-efficacy: The exercise of control. Journal of Cognitive Psychotherapy 13:2. doi: 10.1891/0889-8391.13.2.158
99. Yıldırım F, İlhan İÖ (2010). Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 21(4): 301-308.
100. Bolat Oİ (2011). Öz yeterlilik ve tükenmişlik ilişkisi-lider üye etkileşiminin aracılık etkisi. Ege Akademik Bakış 11(2): 255-266.
101. Bandura A (1994). Self-efficacy. in v. s. ramachaudran (ed.), encyclopedia of human behavior (vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998).
102. Görgün Ş (2020). Gebelerin öz-yeterlilikleri ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum
103. Björk E, Thorildsson M (2007). Childbirth self-efficacy inventory in tanzania -a pilot study. Caring Sciences–Sexual, Reproductive and Perinatal Health Midwifery Programme 1–37.

104. Barut S, Uçar T (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2): 107-115.
105. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(10): 2142-2153. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
106. Simpson M, Catling C (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: a literature review. *Women and Birth* 29(3): 203-207. doi:10.1016/j.wombi.2015.10.009
107. Yıldırım G, Bilgin Z (2021). Risk status and traumatic birth perception in pregnancy. *Perspectives in Psychiatric Care* 57(4): 1897-1904. doi:10.1111/ppc.12764
108. Aydın R, Aktaş S, Binici DK (2022). Vajinal doğum yapan annelerin doğuma ilişkin travma algısı ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir kesitsel çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(1): 158-169.
109. Yılmaz B, Sel İ, Şahin NH (2021). Kadınların kişilik özelliklerinin travmatik doğum algısına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 14(4): 423-432.
110. Nagle U, Naughton S, Ayers S, Cooley S, Duffy RM, Dikmen-Yildiz P (2022). A survey of perceived traumatic birth experiences in an irish maternity sample—prevalence, risk factors and follow up. *Midwifery* 113: 103419. doi:10.1016/j.midw.2022.103419
111. Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27(4): 357-373.
112. Kumcağız, H (2012). Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Journal of Human Sciences* 9(2): 691-703.
113. Düzbayır E, Karadeniz H, Özkan FS (2023). Gebelerin kendilerini algılaması ile vajinal doğum öz-yeterliliği arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 12(1): 160-168.

114. Karadeniz H (2019). Vajinal doğum öz yeterlilik ölçeği (VDÖYÖ)'nin Türk toplumuna uyarlanması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
115. Sánchez-Cunqueiro MJ, Comeche MI, Docampo D (2018). On the relation of self-efficacy and coping with the experience of childbirth. *Journal of Nursing Education and Practice* 8(6): 48.
116. Kahraman HG, İsbir GG (2023). The effect of continuous intrapartum supportive care on maternal mental health: a randomized controlled trial. *Women & Health* 63(10): 774-786.
117. İsbir GG, Guner S, Beşen MA, Thomson G (2023). Evaluation of labour and birth education by midwifery educators: a qualitative study from Turkey. *Nurse Education in Practice* 66: 103515.
118. Aktaş S (2018). Multigravidas perceptions of traumatic childbirth: its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science* 7(1): 203-209. doi:: 10.5455/medscience.2017.06.8728
119. Nieuwenhuijze M, Leahy-Warren P, Healy M, Aktaş S, Aydin R, Calleja-Agius J, Tricas JG, Hadjigeorgiou E, Hartmann K, Henriksen L, Horsch A, Lange U, Murphy M, Pierron A, SchäfersR, Pajalic Z, Verhoeven C, Berdun DR, Hossain S (2024). The impact of severe perinatal events on maternity care providers: a scoping review. *BMC Health Services Research* 24(1): 171.
120. Tsai YJ, Hsu YY, Hou TW, Chang CH (2018). “Effects of a web-based antenatal care system on maternal stress and self-efficacy during pregnancy: A study in Taiwan”. *Journal of Midwifery & Women’s Health* 63(2): 205-213.
121. Calpbinici P, Özçirpan ÇY (2023). “The effect of the training program provided to primiparous pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy, and delivery mode: a randomized controlled trial”. *Current Psychology* 42(25): 21609-21623.

122. Brandão T, Brandão S, Prata AP, Silva R, Abreu W, Riklikiene O, Gabija JF, Ernesto GM, İşbir GG, İnci F, Akik BK, Uriko KT, Thomson G (2024). Posttraumatic growth in women after a childbirth experience: the influence of individual characteristics and intrusive and deliberate rumination. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
123. Sawyer A, Ayers S (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health* 24(4): 457-471.
124. Ayers S, Horsch A, Garthus-Niegel S, Nieuwenhuijze M, Bogaerts A, Hartmann K, Karlsdottir SI, Ootserman M, Tecirli G, Turner JD, Lalor J (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth* 37(2): 362-367.
125. Aktas S, Pasinlioğlu T (2021). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: a quasi-experimental study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 27(4): 858-867.
126. Doğan S (1999). Çözüm-odaklı kısa süreli terapi: kuramsal bir inceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2: 23-38.
127. Visser CF (2013). The origin of the solution-focused approach. *International Journal of Solution-Focused Practices* 1: 10-17.
128. Gingerich JW, Eisengart S (2000). Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process* 39: 477-482.
129. Evans N, Evans AM (2013). Solution-focused approach therapy for mental health nursing students. *British Journal of Nursing* 22(21): 1222-1226.
130. Molnar A, Shazer S (1987). Solution-focused therapy: toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family Therapy* 13: 349-358.
131. Çankaya (2023) Primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisi: randomize kontrollü çalışma. Doktora tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, Konya.

132. Connie E (2009). Overview of Solution Focused Therapy. Connie E, Metcalf L (Ed.) The art of solution focused therapy, 1-21. [online] Available from: [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=sYrfWAQmTIEC&oi=fnd&pg=PR7&dq=110.%09Connie+E,+Metcalf+L+\(2009\).+The+art+of+solution+focused+therapy.+Springer+Publishing+Company.&ots=mzKDGil39x&sig=PGLtRq2ZK3FEL6M5HUMVbvN7ldw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=sYrfWAQmTIEC&oi=fnd&pg=PR7&dq=110.%09Connie+E,+Metcalf+L+(2009).+The+art+of+solution+focused+therapy.+Springer+Publishing+Company.&ots=mzKDGil39x&sig=PGLtRq2ZK3FEL6M5HUMVbvN7ldw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [Accessed: 30. 11. 2023].
133. Lethem J (2002). Brief solution focused therapy. Child and Adolescent Mental Health 7(4): 189–192. doi:10.1111/1475-3588.00033
134. Sklare GB (2005). Brief counseling that works: A solution-focused approach for school counselors and administrators. [online] Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=C8cSRlHE_fcC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brief+counseling+that+works:+A+solutionfocused+approach+for+school+counselors+and+administrators.+&ots=XpL8QDdHYy&sig=6dSZMhmleK1rwtxfkaTvp4P5GTA&redir_esc=y#v=onepage&q=Brief%20counseling%20that%20works%3A%20A%20solutionfocused%20approach%20for%20school%20counselors%20and%20administrators.&f=false [Accessed 24 Eylül 2023].
135. Trepper TS (2012). Solution-focused brief therapy with families. Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy 3(2): 137–148. doi:10.1080/21507686.2012.718285
136. Arslan Ü, Gümüşçağlayan G (2018). Çözüm odaklı kısa süreli terapiye kısa bir bakış. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (47): 491-507.
137. Bannink FP (2007). Solution-focused brief therapy. Journal of contemporary psychotherapy 37(2): 87-94.
138. Ateş B (2021). Post-modern bir yaklaşım olarak çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma. Öğretmen Eğitiminde Yenilikçi Araştırmalar Dergisi 2(2): 147-163. doi:10.29329/jirte.2021.372.4.

139. Burns K (2005). Focus on solutions a health professional's guide. [online] Available from: [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=de2_bxH09t4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=119.%09Burns,+K.+\(2005\).+Focus+on+solutions+a+health+professional%E2%80%99s+guide.+Whurr+Publishers+Ltd.&ots=7R1gGwp4U3&sig=FnP3EzE5WFwtYWHhBIGaTRQl5vE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=de2_bxH09t4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=119.%09Burns,+K.+(2005).+Focus+on+solutions+a+health+professional%E2%80%99s+guide.+Whurr+Publishers+Ltd.&ots=7R1gGwp4U3&sig=FnP3EzE5WFwtYWHhBIGaTRQl5vE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). [Accessed 25 Kasım 2023].
140. Ateş (2014). Üniversite öğrencilerinin sosyal fobi ile başa çıkma yollarında çözüm odaklı grupla psikolojik danışmanın etkisinin incelenmesi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Erzurum.
141. Sklare, GB (2013). Okul Araştırmacıları İçin Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma. Çeviren: Siyez, DM, Kaya, A, Pegem Akademi, Ankara, 17-83.
142. McAllister M (2003). Doing practice differently: solution-focused nursing. *Journal of Advanced Nursing* 41(6): 528-535. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02564.x
143. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2016). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistikler: SPSS ve Lisrel uygulamaları. İkinci Baskı. Pegem Akademi Yayıncılık Ankara: Sayfa: 60-73.
144. Beydağ KD, Nursel AD (2023). Traumatic birth perception in women of reproductive age and influencing factors. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 6(2): 273-280.
145. Şahin M, Erbil N (2024). Relationship between maternal antenatal attachment and traumatic childbirth perception among pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 165(1):288-297. doi: 10.1002/ijgo.15154
146. Bay F, Sayiner FD (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women & Health* 61(5): 479-489.
147. Altuntuğ K, Kiyak S, Ege E (2024). Relationship between birth memories and recall and perception of traumatic birth in women in the postpartum one-year period and affecting factors. *Current Psychology* 43(1): 876-884.
148. Derya YA, Erdemoğlu Ç, Benli TE, Ay ÇK (2024). Lohusalarda travmatik doğum algısının postpartum fiziksel semptom şiddetine etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(1): 159-166.

149. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 27(2): 104-111.
150. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(10): 2142-2153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
151. Soet JE, Brack GA, DiIorio C (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 30(1): 36-46. doi:10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x.
152. Yılmaz B, Sel İ, Şahin NH (2021). Kadınların kişilik özelliklerinin travmatik doğum algısına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 14(4): 423-432.
153. Çankaya S, Ocaktan C (2022). Postpartum erken dönemde primipar annelerin travmatik doğum deneyimlerinin ve algısının, emzirme tutumu ile ilişkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2): 227-234.
154. Müslüman M, Apay SE (2022). Doğumda algılanan destekleyici bakım ve travmatik doğum algısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi: kesitsel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 7(2).
155. Ünver H, Özşahin Z, Tekdal AG (2022). Gebelerde COVID-19 korkusunun gebelik stresi ve travmatik doğum algısına etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(2): 71-78.
156. Döner Şİ, Kul A (2024). Travmatik doğum algısına neden olan faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 13(1): 203-215.
157. Evans N, Evans AM (2013). Solution-focused approach therapy for mental health nursing students. *British Journal of Nursing* 22(21): 1222-1226.
158. Mohiti M, Salehin S, Nazari AM, Goli S, Zamani M (2022). Effect of single-session solution-focused brief therapy on the anxiety of labor pain: a randomized clinical trial. *Evidence Based Care* 12(1): 48-55.
159. Huang C, Han W, Hu S (2022). The effects of the solution-focused model on anxiety and postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Frontiers in Psychology* 13: 814892. doi:10.3389/fpsyg.2022.814892

160. Ramezani S, Khosravi A, Motaghi Z, Hamidzadeh A, Mousavi SA (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of Reproductive And Infant Psychology* 35(2): 172-182. doi:10.1080/02646838.2016.1266470
161. Sharifzadeh M, Haghighi NB, Keramat A, Goli M, Motaghi Z (2018). Effectiveness of midwifery counseling based on solution-focused approaches on fear of childbirth. *Koomesh* 20(2): 375–383.
162. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Ünal AK, Küçükoğlu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 26(1): 31-43.
163. Cangöl E (2016). Emzirmeyi desteklemede gebelik boyunca sürdürülen motivasyonel görüşmelerin etkisi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
164. Güleç D (2020). Hemşirelik öğrencilerinde doğum ve ebeveynliğe hazırlık dersinin doğum korkusu ve travmatik doğum algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 10(3): 423-428.
165. Çiçek Ö, Okumuş H (2017). Doğumda öz-yeterlilik algısı: önemi etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne ve Çocuk Sağlığı Dergisi* 4(10): 35-49.
166. Simon T, Fikadu K, Afework B, Alemu H, Kussia B (2024). Childbirth self-efficacy and its associated factors among pregnant women in arba minch town, southern ethiopia, 2023: a cross-sectional study *Journal of Pregnancy* 2024. doi:10.1155/2024/6478172
167. Aynaci G (2020). Maternal perspective for support and control in birth. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences* 4(2): 160-167.
168. Sunay Z (2018). Doğum eğitimi ve eğitim ile birlikte verilen doğum planının doğum öz-yeterliliğine etkisi. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya

169. Shamoradifar Z, Asghari-Jafarabadi M, Nourizadeh R, Mehrabi E, Areshtanab HN, Shaigan H (2022). The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: an experimental study. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 97(1): 1-9.
170. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant chinese women: a cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery* 31(9): 865-870.
171. Calpbinici P (2020). Primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz-yeterliliğe ve doğum şekline etkisi: randomize kontrollü çalışma. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara
172. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R (2014). Effectiveness of a mindfulness- based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health* 59(2): 192-197.
173. Barut S, Uçar T (2018). Gebelerde doğum öz -yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2):107-115.
174. Carlsson M, Ziegert K, Nissen E (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* 31(10): 1000-1007.
175. Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27(4): 357-373.
176. Aktaş S, Yılar Erkek Z (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7: 111-124.
177. Sanders J (2019). Sharing special birth stories. An explorative study of online childbirth narratives. *Women and Birth* 32(6): e560-e566.
178. Alpay S (2022). Gebelerin normal doğum inancı üzerine psikolojik sağlamlığın, sosyal destek algısının ve doğum hikayelerinin etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon

179. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice* 2013: 349124.
180. Aktaş S, Aydın R (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 37(2): 176-192. doi: 10.1080/02646838.2018.1540863
181. Miller Y, Danoy Monet M (2021). Jun 28. Reproducing fear: The effect of birth stories on nulligravid women's birth preferences. *BMC Pregnancy Childbirth* 21(1): 451. doi:10.1186/s12884-021-03944-w
182. Firoozi M, Asgharipour N, Shakeri MT (2020). Impact of motivational interviewing on women's knowledge, attitude and intention to choose vaginal birth after caesarean section: a randomized clinical trial. *Journal of Midwifery & Reproductive Health* 8(1).
183. Rasouli M, AtashSokhan G, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E, Mousavi SA (2017). The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery: a randomised trial. *BJOG*. 2017;124(4):631-9.
184. Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E (2017). Doğuma hazırlık sınıfarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşuğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 9(3).
185. Paker S, Ertem G (2022). Doğum inançları ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Tepecik Education & Research* 32 (1): 1-8.
186. WHO (2015). WHO statement on caesarean section rates. [online] Available from: chromeextension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf [Accessed 01 April 2024]
187. İşbir GG, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H, Durgun Ozan Y, Karabulut Ö, Gönenç İM, Sarı E, Aktaş S, Erdoğan S (2024). Türk gebelerde doğum korkusunun yaygınlığı ve ilişkili faktörler. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 42(1): 62-77.



Ek 1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi Sertifikası



Ek 2. Çözüm Odaklı Yaklaşım Eğitimi Planı ve Ev Ödevi Örnekleri

Görüşmeler	ÇÖY Teknikleri	Ev Ödevleri
1.Görüşme: Tanışma, ön değerlendirme ve değişim sürecinin başlaması Süre: 45 dakika	- Görüşmeyi başlatma - Amacı belirleme - Keşif soruları - Derecelendirme soruları - Seans sonu - geri bildirimler ve ev - ödevleri	- Günlük başarı cümleleri - Asla kaybetmek istemediğim özelliklerim
2. Görüşme: Ben çok güçlüyüm ve güçlü yönlerimi daha da ön plana çıkaracağım Süre: 45 dakika	- Bir önceki görüşmenin ev ödevlerini değerlendirme - EARS basamakları - Gerçek merakı kullanma - İltifat etme, övgü - Seans sonu geri bildirimler ve ev ödevleri	- Günlük başarı cümleleri - Yardım eli tekniği
3.Görüşme: Bedenime güveniyorum ve kaygılarımla başa çıkabilirim Süre: 45 dakika	- Bir önceki görüşmenin ev ödevlerini değerlendirme - EARS basamakları - Gerçek merakı kullanma - İstisnaları bulma - Yeniden çerçeveleme - Derecelendirme soruları - İltifat etme, övgü - Seans sonu geri bildirimler ve ev ödevleri	- Günlük başarı cümleleri - Mucize sorusu
4. Görüşme Mucizenin başlangıcı Süre: 45 dakika	- Bir önceki görüşmenin ev ödevlerini değerlendirme - EARS Süreci - Derecelendirme soruları - İltifat etme, övgü - Seans sonu geri bildirimler	

[illegible]

Bir sabah uyardım. Oca hiç birsey farketmedim. Sonra birden bire
kannın sis oldığını farkettim. Ağlamo sesi duyup etrafına
bakındı. Bir bebek sesiydi. Ağlamanın benim bebeğim olduğunu anladım.
Ağın sızın yaktı. Gebelik kıldorında gitmişti. Dingo güzel bebeğim
işte koremdoğdı, Estimde en at benim kodor m-tı-ğd-
Düğün sışıkla gerkeleemiz ve diledik bile duvarıstı,
Allah'a sıldettim.

A horizontal number line with tick marks labeled from 0 to 10. The number 8 is circled.

Ek 3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç endişelendirmez Çok endişelendirir

3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

5. Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç zarar vermez Çok zarar verir

6. Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılandırmaz Çok kaygılandırır

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkutmaz Çok korkutur

8. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam Çok korkarım

9. Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç huzursuz etmez Çok huzursuz eder

Ek 3. (Devamı)

10. Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygı duymam Çok kaygı duyarır

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç hissetmem Çok hissederim

12. TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılanmam Çok kaygılanırım

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz Kalp atışlarım çok hızlanır

Ek 4. Vajinal Doğum Özyeterlilik Ölçeği

1. Rahat bir şekilde doğum yapabileceğime güveniyorum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

2. Başarılı bir doğum için pelvik (leğen kemiği) yapıma ve tüm vücut yapıma güveniyorum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

3. Bebeğimin vajinal yolla doğması için yeterli beslenmem gerektiğini biliyorum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

4. Vajinal doğum süresince, doğum sancıları ile baş edebileceğime güveniyorum.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

5. Vajinal doğum süresince kendimi idare edebilir ve kendimle baş edebilirim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

6. Vajinal doğum sırasında sağlık personeli ile iş birliği içinde olacağıma eminim.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

7. Doğumda sorunlar ortaya çıkarsa, bunlarla baş etmemi sağlayacak birden fazla yöntemim var.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

8. Vajinal doğumun zorluklarına karşı hazırlıyım.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum					

9. Ailemin desteği, vajinal doğumun zorluklarının üstesinden gelmem için bana güç verir.

0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Katılmıyorum					Katılıyorum						

Ek 5. Anne Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Doğum hangi yolla gerçekleşti?
 - a) normal vajinal doğum
 - b) sezaryen doğum
 - c) müdahaleli (epizyotomi, vakum, anestezi, vb.)doğum
2. Hastaneye başvuru nedeniniz aşağıdakilerden hangisi idi ? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - a) Sancı varlığı
 - b) Su gelmesi
 - c) Bebek hareketlerini hissedememe
 - d) Diğer (lütfen açıklayınız).....
3. Eğer doğumunuz sezaryen ile gerçekleşti ise hangi nedenle sezaryene alındınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - a) Baş-pelvis uygunsuzluğu
 - b) Kontraksiyon ile ilgili bozukluklar
 - c) Anneye ait durumlar (kronik hastalıklar, batında vajinal doğuma engel insizyon varlığı, vb.)
 - d) Fetusa ait durumlar (fetal distress varlığı, normal doğuma engel fetal anomali varlığı, vb.)
 - e) Planlı sezaryen
4. Eğer doğumunuz normal vajinal yolla gerçekleşti ise aşağıdakilerden size uygun seçenekleri işaretleyiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
 - a) Doğumda herhangi bir müdahale uygulanmadı
 - b) Doğumda suni sancı uygulaması yapıldı
 - c) Doğumda epizyotomi uygulaması yapıldı
 - d) Doğumda vakum uygulaması yapıldı
5. Bebeğiniz gebeliğin kaçınıcı haftasında doğdu?
.....
6. Doğum sonrası bebeğinizin küvöz ihtiyacı oldu mu?
 - a) evet b) hayır

Ek 6. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu

1) Yaşınız

a) 18-20 B) 20-24 c) 25-29 d) 30-34 e) 35-39

2) Öğrenim düzeyiniz:

a) ilköğretim ve altı b) ortaöğretim c) önlisans d) lisans/ lisansüstü

3) Çalışma durumunuz:

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

4) Medeni Durumunuz:

a) Evli b) Bekar (henüz resmi nikahı yok)

5) Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz?

a) Çekirdek aile (ben, eşim, çocuklarım) b) Geniş (ben, eşim, çocuklarım, kayınvalidem, kayınpederim vs.)

6) Yaşadığınız yer:

a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) İl merkez

7) Gelir düzeyinizi aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz?

a) Kötü b) Orta c) İyi

8) Kaç yıllık evlisiniz?

a) <1 b) 1-5 yıl c) >5 yıl

9) Gebelik haftanız (mümkünse ultrasona göre, ultrason yok ise son adet tarihine göre hesaplayarak)

Ultrasona göre: Son adet tarihine göre:

10) Gebelik kontrolleriniz için aşağıdaki kurumlardan hangisini tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Aile sağlığı merkezi b) Devlet Hastanesi c) Üniversite hastanesi d) Özel hastane

12) İsteyerek mi gebe kaldınız?

a) Evet, ben ve eşim istedim b) Hayır, ben ve eşim istemedik
c) Kısmen, ben / eşim sadece ikimizden biri istedi

13) Gebe kalma şekliniz?

a) Doğal yolla b) Yardımcı üreme teknikleriyle c) Diğer

14) Planladığınız doğum şekli hangisidir?

a) Normal doğum b) Sezaryen c) Karar vermedim d) Diğer.....

15) Bu gebeliğinizde aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini yaşadınız mı? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).

a) Kalp hastalığı b) Şeker hastalığı c) Tansiyon hastalığı d) Tarama testlerim sorunlu çıktı
e) Ultrasonda bebeğime yönelik sorun var f) Herhangi bir sorun yaşamadım g) Diğer....

16) Bu gebeliğinizde, gebeliğe bağlı aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).

a) Düşük tehlikesi b) Suyun (amnion sıvısı) az ya da çok olması c) Erken doğum tehdidi
d) Herhangi bir sorun yaşamadım e) Diğer.....

17) Rutin gebelik kontrolleriniz dışında doğuma hazırlık, gebe okulu, gebe yogası/pilatesi vb. kurs veya eğitimlere katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır

Ek 7. Etik Kurul İzin Belgesi



Ek 8. Kurum İzin Belgesi



Ek 9. TDAÖ Kullanım İzni



Ek 10. VDÖYÖ Kullanım İzni



Ek 11. Gebe Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ben Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi’nde çalışan Uzman Ebe Tuğba Yazıcı Topçu. Karadeniz Teknik Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora tezi yapmaktayım. Tezimin konusu nullipar gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin doğumu travmatik algılama, vajinal doğum özyeterliliği ve doğum şekli tercihinin etkisini incelemektir. Çalışmada deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gebe grubu oluşturulacaktır. Eğer deney (müdahale) grubunda yer alırsanız size 6 oturum çözüm odaklı yaklaşım eğitimi uygulanacaktır. Kontrol grubunda yer almanız halinde siz rutin gebelik izlemlerine devam edeceksiniz. Her iki gruba da belirli zaman aralıkları ile iki defa vajinal doğum özyeterliliği formu, 3 defa travmatik doğum algısı ölçeği formu ve birer defa gebe ve anne tanıtıcı bilgi formu doldurulacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırma süresince araştırmadan çekilme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacının;

Adı Soyadı: Tuğba Yazıcı TOPÇU

Gönüllünün;

İmzası: Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-Soyadı : İmzası: Tarih:

Ek 12. Eğitim Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde çalışan Uzman Ebe Tuğba Yazıcı Topçu. Karadeniz Teknik Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi yapmaktayım. Tezimin konusu nullipar gebelere verilen çözüm odaklı yaklaşım eğitiminin doğumu travmatik algılama, vajinal doğum özyeterliliği, doğum şekli tercihine etkisini incelemektir. Sizin bu çalışmaya katılmaya rızanız olması durumunda size travmatik doğum algısını ve doğum korkusunu azaltmak ve vajinal doğum özyeterliliğini arttırmak amaçlı çözüm odaklı yaklaşım eğitimi ben tarafından uygulanacaktır. Çözüm odaklı yaklaşım eğitimi her hafta bir oturum olmak üzere 45 dakikalık 6 oturumdan oluşacaktır.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabiliyorsunuz. Araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırma süresince araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacının;

Adı Soyadı: Tuğba Yazıcı TOPÇU T

Gönüllünün;

İmzası: Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-Soyadı : İmzası: Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Tuğba YAZICI TOPÇU

Uyruğu

Doğum Tarihi

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2019
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2012
Lise	Rize Lisesi	2004

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Ebe	Rize Özel Şar Hastanesi	2012-2012
2. Ebe	Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi	2012-2024

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Ebelik

MAKALELER

1. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2021). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. Social Work in Public Health 1-13.
2. Aydın R, Palancı Ay Ö, Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2022). Annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 31(2): 126-133.
7. Aydın R, Yazıcı Topçu T, Aktaş S, Radoš SN (2024). Adaptation of maternal postpartum stress scale to turkish culture and examining psychometric properties. Journal of Reproductive and Infant Psychology (incelemede).

8. Yazıcı Topçu T, Aydın R, Aktaş S (2024). Investigating maternal perception of control and support in the postpartum period and influencing factors in childbirth: a multiple linear regression analysis model. Nursing Open (incelemede).

KİTAP BÖLÜMLERİ

1. Aktaş S, Yazıcı Topçu T (2022). Erken doğum tehdidi ve yönetimi. Demirel G, Sayiner FD, Evçili F, Can Çağlayan İS, Kurt B (Ed.), Obstetrik Aciller ve Yönetimi. Akademisyen Kitabevi, Ankara; Sayfa: 193-202.
2. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2023). Organizasyon teorileri/yapıları/ ilkeleri. Ejder Apay S, Kanbur A (Ed.), Ebelikte Yönetim. Akademisyen Kitabevi, Ankara; 13-26.
3. Yazıcı Topçu, T (2021). Sister Callista Roy adaptasyon modeli. Demirbağ, BC (Ed.), Hemşirelikte Doktora Öğrencilerinin Kaleminden Hemşirelik Kuramları. Akademisyen Kitabevi, Ankara; Sayfa: 331-340.
4. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2023). Yenidoğanda bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım. Aktaş S, Aksoy Derya Y, Toker E (Ed.), A'dan Z'ye Temel Ebelik. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; Sayfa: 1167-1175.

BİLDİRİLER

1. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2020). Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi, sözel bildiri. 4. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi, Bolu, 20-23 Şubat 2020, 1-2.
2. Aktaş S, Yazıcı Topçu T, Palancı Ay Ö, Aydın R (2021). Gebelerin internet yoluyla karar alma düzeyi üzerine gebelikte risk algısı ile sosyodemografik ve obstetrik faktörlerin etkisinin incelenmesi, sözel bildiri. 5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 11-14 Kasım 2021, 1-2 (çevrim içi kongre).
3. Aydın R, Palancı Ay Ö, Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2021). Annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisi, sözel bildiri. 5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 11-14 Kasım 2021, 5-6 (çevrim içi kongre).
4. Aydın R, Yazıcı Topçu T, Aktaş S, Radoš SN (2024). Adaptation of maternal postpartum stress scale to turkish culture and examining psychometric properties, sözel bildiri. Karadeniz Ürojinekoloji Sempozyumu, Trabzon 27-28 Nisan 2024.

5. Yazıcı Topçu T, Aydın R, Aktaş S (2024). Investigating maternal perception of control and support in the postpartum period and influencing factors in childbirth: a multiple linear regression analysis model, sözel bildiri. Karadeniz Ürojinekoloji Sempozyumu, Trabzon 27-28 Nisan 2024.

ATIFLAR

SCI-SSCI İndeksli Dergilerde Alınan Atıf Sayısı (2024 yılı): 3

Atıf Alan Metin

Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2021). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. Social Work in Public Health 16: 1-13. doi:10.1080/19371918.2021.1986450

Ulusal Dergiler Tarafından Alınan Atıf Sayısı (2024 yılı): 2

Atıf Alan Metin

Aydın R, Palancı Ay Ö, Yazıcı Topçu T & Aktaş S (2022). Annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 31(2): 126-133.