



**TRAVMATİK DOĞUM ALGISI OLAN NULLİPARLARDA
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN
DOĞUM ALGISI VE ÖZYETERLİLİĞİNE ETKİSİ**

**Sümeyye BARUT
EBELİK ANABİLİM DALI
Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuba UÇAR**

Doktora Tezi – 2021

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

**TRAVMATİK DOĞUM ALGISI OLAN NULLİPARLARDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMELERİN DOĞUM ALGISI VE ÖZYETERLİLİĞİNE ETKİSİ**

Sümeyye BARUT

Ebelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Tuba UÇAR

MALATYA

2021

İTHAF

Bu tezimi, attığım her adımda bana her zaman destek olan sevgili eşim Muhammed Barut'a ve bu süreçte varlıklarıyla bana güç veren canım kızım Melinay Barut'a ve oğlum Tuğberk Barut'a adıyorum.

Sümeyye BARUT

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Travmatik Olay	3
2.1.1. Doğum Algısı ve Travmatik Doğum Algısı.....	3
2.1.2. Travmatik Doğum Algısına Yol Açan Faktörler.....	5
2.2. Özyeterlilik Kavramı.....	13
2.2.1 Doğumda Özyeterlilik	14
2.3. Motivasyonel Görüşme	15
2.3.1. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri	15
2.3.2. Empati gösterilmesi.....	15
2.3.3. Çelişkilerin ortaya çıkarılması	15
2.3.2. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Uygulaması.....	17
2.4. Travmatik Doğum Algısına Yönelik Motivasyonel Görüşme ve Ebelik Yaklaşımı..	20
3. MATERYAL VE METOT.....	22
3.1. Araştırmanın Türü	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Araçları	25

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	25
3.4.2. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	25
3.4.3. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu.....	25
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	26
3.6. Ebelik Girişimi	26
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi	35
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	35
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR.....	48
Ek-1 Kişisel Bilgi Formu	60
Ek-2 Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	61
Ek-3 Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu.....	63
Ek-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu	65
Ek-5 Motivasyonel Görüşme Derecelendirme Cetveli	66
Ek-6 Karar Dengesi Bilançosu Kağıdı	67
Ek-7 Karar Dengesi Terazisi	68
Ek-8 Motivasyonel Görüşme Oturumları için Uzman Görüşü Alınanlar.....	69

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışma sürem boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan, göstermiş olduğu emek ve sabırdan dolayı danışman hocam Sayın Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez izleme komitesinde yer alan, destek ve katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA ve Sayın Doç. Dr.Meral ÖZKAN'a,

Beni yetiŐtiren, her zaman desteklerini arkamda hissettiğim canım annem ve babama,

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince her zaman yanımda olan sevgili eşim Muhammed BARUT'a sonsuz teŐekkürler.

Sümeyye BARUT

ÖZET

Travmatik Doğum Algısı Olan Nulliplarlarda Motivasyonel Görüşmelerin Doğum Algısı ve Özyeterliliğine Etkisi

Amaç: Araştırma, travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmelerin doğum algısı ve doğum özyeterliliğine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerinde Kasım 2019- Kasım 2020 tarihleri arasında randomize kontrollü olarak yürütüldü. Power analizinde örneklem büyüklüğü her bir grup için en az 83 gebe olarak hesaplandı (83 deney, 83 kontrol). Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) ve Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYÖ) kullanıldı. Deney grubundaki gebelerle birer hafta arayla dört oturum motivasyonel görüşme yapıldı. Kontrol grubundaki gebelere herhangi bir girişim yapılmadı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Deney ve kontrol grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme öncesi TDAÖ ve DÖYÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Motivasyonel görüşme sonrası deney grubundaki gebelerin TDAÖ puan ortalamasının 33.57 ± 19.39 , kontrol grubundaki gebelerin puan ortalamasının 80.67 ± 22.18 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$); ayrıca motivasyonel görüşme sonrası deney grubundaki gebelerin DÖYÖ puan ortalamasının 285.03 ± 33.35 , kontrol grubunun puan ortalamasının 186.46 ± 46.66 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Sonuç: Motivasyonel görüşmelerin travmatik doğum algısını azalttığı ve doğum özyeterliliğini artırdığı belirlendi. Motivasyonel görüşmelerin travmatik doğum algısı olan gebelerde uygulanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, motivasyonel görüşme, özyeterlilik, travmatik doğum algısı, ebe

ABSTRACT

The Effect of Motivational Interviews on Perception of Birth and Self-Efficacy in Nullipars with Traumatic Birth Perception

Aim: The aim of this study to determine the effect of motivational interviews on the perception and self-efficacy of birth in nullipars with a perception of traumatic birth.

Materials and Methods: The study was conducted in a randomized controlled, between November 2019 and November 2020 in the obstetrics outpatient clinics of Elazığ Fethi Sekin City Hospital. In the power analysis, the sample size was calculated as at least 83 pregnant women for each group (83 experiment, 83 control). Data were collected with Descriptive Information Form, Traumatic Childbirth Perceptions Scale (TCPS) and Childbirth of Self-Efficacy Scale-Short Form (CBSE). Pregnant women in the experimental group were held with four sessions of motivational interviews one week a part. No intervention was made for the pregnant women in the control group. Descriptive statistics, chi-square test, t test for dependent and independent groups were used in data analysis

Results: It was determined that there was no statistically significant difference between the total mean scores of TCPS and CBSE of pregnant women in the experimental and control groups before the motivational interview ($p > 0.05$). After the motivational interview, the mean score of the pregnant women in the experimental group was 33.57 ± 19.39 and the mean score of the control group was 80.67 ± 22.18 , and the difference between the mean scores was statistically significant ($p < 0.001$); After the motivational interview, it was determined that the average score of the pregnant women in the experimental group was 285.03 ± 33.35 , the mean score of the control group was 186.46 ± 46.66 , and the difference between their averages was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: It was determined that motivational interviews decreased the perception of traumatic birth and increased childbirth self-efficacy. Motivational interviews can be recommended to be used in pregnant women with a perception of traumatic birth.

Key words: Pregnancy, motivational interview, self-efficacy, traumatic birth perception, midwifery

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TDAÖ	: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
DÖYÖ	: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği
TDA	: Travmatik doğum algısı
MG	: Motivasyonel Görüşme
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
CONSORT:	: Consolidated Standards of Reporting Trials

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Karar Dengesi: Kar ve Zararları Tartma.....	16
Şekil 3.1 Consort Akış Diyagramı	24



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Bir Karar Bilançosu Kağıdı Örneği.....	16
Tablo 3.1. Motivasyonel Görüşme Oturumlarının Gündem Maddeleri	34
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	36
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması .	37
Tablo 4.3. Deney grubundaki gebelerin MG öncesi ve sonrası TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=83).....	38
Tablo 4.4. Kontrol grubundaki gebelerin ilk görüşme ve son görüşme TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=83).....	39
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk görüşme ve son görüşme TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin TDAÖ puanına göre ilk görüşme ve son görüşmedeki travmatik doğum algısı düzeylerinin karşılaştırılması.....	41

1. GİRİŞ

Doğum süreci her kadın ve ailesi tarafından içinde bulunulan kültürel özellikler doğrultusunda farklı algılanır (1). Yapılan bazı çalışmalarda, kadınlar yaşadıkları doğum deneyimini "doğal, öz güveni artıran, bir yaşam deneyimi, sihir gibi inanılmaz, hayatta yaşanan önemli ve olağanüstü bir deneyim" benzeri olumlu ifadelerle, bazılarının ise "anksiyete dolu, travmatik, hayal kırıklığı, suçluluk ve endişe hissettiren korku/acı veren" gibi olumsuz ifadelerle tanımladıkları belirtilmektedir (1-7).

Kadınların yaklaşık %5-45.5'i doğumu travmatik bir olay olarak tanımlamaktadır (8-12). Travmatik doğum algısının (TDA) değerlendirilmemesi ve müdahale edilmemesi kadında bazı olumsuz sonuçlara neden olabilir. Kadının doğumu travmatik olarak algılaması emosyonel durumunu olumsuz etkilerken, eşi ve ailesiyle ilişkisini bozabilir ve doğum sonu depresyon görülme oranı artırabilir. Uzun dönemde ise bu annelerin çocuklarında ruhsal, bilişsel ve davranışsal sorunlara neden olabilir, kadın tekrar gebe kalmayı istemeyebilir veya sonraki doğumlarında vajinal doğum istemeyebilir (12-14). Travmatik doğum yaşanmasının sonucunda kadınlarda, suçluluk ve sıkıntıdan, aşırı anksiyete, panik atak gibi ciddi ve kalıcı komplikasyonlara yol açabileceği kabul edilmiş, annelik hüznünden öz kırım düşüncesine kadar durumun ağırlaşabileceği bildirilmiştir (15, 16). Ayrıca ülkemizde sezaryen oranlarının %53.1 olması, çevresinin ve kadının doğumu olumsuz algılamalarının yansıması olarak görülmektedir (17). Travmatik doğum algısının kadın, bebek ve ailesinde sorunlara neden olması, kadınların normal doğumdan korkması ve sezeryan oranlarındaki artış gibi nedenler, ebelerin TDA'yı azaltmaya yönelik müdahalelerde bulunmasını zorunlu kılmıştır (18). Bu nedenlerle olumsuz doğum algısını değiştirmek, olumlu sağlık davranışları geliştirebilmek, toplum sağlığının korunması ve üst seviyelere taşınması açısından önemlidir (19).

Olumlu sağlık davranışları geliştirebilmek için danışmanlık, eğitim gibi yapılandırılmış müdahale programlarına ihtiyaç duyulmaktadır (20). Sağlık davranışlarını değiştirmek için kişinin iç motivasyonuna ihtiyaç duyulduğu kanıtlarla gösterilmiştir. Son yıllarda davranış değişikliği yaratmak için motivasyonel görüşmelerin bireylerin kararsızlıklarını keşfedip çözerek, kişinin iç motivasyonunu artıran etkin ve danışan merkezli bir iletişim yöntemi olduğu bildirilmiştir (21-23). Motivasyonel görüşme (MG) karar vermede bireyin özyeterlilik ve motivasyonunu arttırmak için empati ve işbirliğine vurgu yapar (22, 23). Motivasyonel görüşmede danışan birey uzman ve bilen olarak kabul edilir, danışman ise bilen rolüne soyunmaz ve kendi düşüncelerini danışana empoze etmez. Motivasyonel

görüşmede birey sorununun ne olduğunu kendisi anlar ve değişim amacıyla harekete geçer (24).

Gebelikte alkol tüketimi, sigara içmek gibi belirli davranışlara yönelik MG stratejileri kullanılmış başarılı bir yöntem olduğu belirtilmiştir (25-27). Ayrıca gebelikte yapılan MG'nin gebelerle iletişim kurmada yararlı bir yol olduğu belirlenmiştir (28). Travmatik doğum deneyimleri ile ilgili yapılan nitel araştırmalar gebelerin ebeler ile olan etkileşim ve iletişimlerinin, uygulanan tıbbi müdahalelere kıyasla daha etkili yöntemler olduğunu saptamıştır (29, 31).

Literatürde MG'nin gebelerin doğum algısı ve özyeterlilikteki etkinliğine yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. MG tekniğinin etkin olması, uygulanmasının kolay ve kısa süreli olması, tekniğin bireyler ve hastalarla iletişimde, davranış değişikliğinde kullanılabilir olması, MG'lerin TDA'yı azaltmada ve doğum özyeterliliğini artırmada etkin olabileceğini düşündürmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmelerin doğum algısı ve doğum özyeterliliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmeler travmatik doğum algısını azaltır.

H₂: Travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmeler doğum özyeterliliğini artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travmatik Olay

Travmatik olay ‘bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme’ olarak tanımlanmıştır (32). Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) 5’de travmatik olay ‘kendinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden ölüm, ciddi yaralanmayı içeren bir olay veya olaylarla karşılaşmış veya yakın arkadaşı/ akrabasının başına geldiğine doğrudan tanık olmuş kişinin yoğun korku, çaresizlik veya dehşet içeren duyguları yaşaması’ olarak tanımlanmaktadır (33). Travmatik olayı yaşayan kişide, travmayla ilişkili düşünce, duygu veya konuşmalardan kaçınma, travmanın hatırlanmasına neden olan faaliyetlerden, yerlerden veya insanlardan kaçınma çabaları, travmanın önemli bir yönünü hatırlayamama, önemli faaliyetlere olan ilgi veya katılımında azalma, başkalarından kopma veya yabancılaşma hissi, duygularını sınırlama ve gelecek duygusunun olmaması gibi davranış ve duygular mevcuttur (33).

Kişinin maruz kaldığı olay sonrası korku, dehşete düşme, çaresizlik gibi tepkiler vermesine travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) denir. TSSB’de travmatik olay, çeşitli yollarla sürekli olarak deneyimlenir. Travmatik olayın tekrar tekrar deneyimlenmesi, görüntüler, düşünceler, anımsamalar yoluyla, olayın tekrar hayal edilmesiyle, yanılsamalar, halüsinasyonlar ile olayı tekrar yaşama duygusu ile olayı simgeleyen veya ona benzeyen ipuçlarına maruz kalındığında yoğun psikolojik sıkıntı yaşayarak ve aşırı tepki vererek gerçekleşebilmektedir (34). TSSB tanısı alacak kişilerde; uykuya dalmada zorluk, sinirlilik veya öfke patlamaları, konsantrasyon zorluğu, hipervigilans, abartılı tepki verme gibi belirtilerinden en az iki belirtinin olması ve bunların travma yaşamadan önce mevcut olmaması gerekmektedir. Semptomların süresi 3 aydan azsa akut, semptomların süresi 3 ay veya daha fazla ise kronik, semptomların başlangıcı stres etkisinden en az 6 ay sonra gecikmeli başlayan travmatik stres sendromu adını alır (35).

2.1.1. Doğum Algısı ve Travmatik Doğum Algısı

Doğum eylemi, fiziksel ve emosyonel tepkilerin meydana geldiği, bir kadının yaşayacağı en özel deneyimdir (36). Doğum algısı ise bu deneyimin her aşamasını etkileyecek, kadının yaşayacağı muhteşem bir deneyimin veya ömür boyu hatırlayacağı

olumsuz bir doğum hikayesinin anahtarıdır. Doğum algısı, kadının doğuma bakış açısından, kişilik özelliklerinden, önceki doğum deneyiminden ve bulunduğu toplumun kültürel yapısından etkilenmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum yapan veya doğum deneyimi yaşayacak kadınlar için “olumlu doğum deneyimini” önemli bir hedef noktası olarak kabul etmektedir. Olumlu doğum deneyimini, bir kadının önceki kişisel ve sosyokültürel inançlarını ve beklentilerini karşılayan veya aşan bir deneyim olarak tanımlamaktadır. Olumlu doğum deneyimi, klinik ve psikolojik olarak güvenli bir ortamda, doğum arkadaşından / arkadaşlarından fiziksel ve duygusal desteği varlığında; teknik açıdan yetkin ve nazik, klinik personelin sürekli desteği ile sağlıklı bir bebek doğurma deneyimidir (37).

Olumlu doğum algısı doğum korkusunu azaltmakta, kadının doğum sürecini olumlu yönde etkilemekte, doğumda analjezi, anestezi ve oksitosin kullanımını, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranlarını azaltmaktadır. Ayrıca doğum sonu memnuniyeti arttırarak kadınların bebekleri ile daha güçlü ilişkiler kurmaları ve gelecekteki doğumlarına olumlu bakış açısı kazanmalarına katkı sağlamaktadır (30, 38-40). TDA olan kadın ise doğumu, kendisi ve bebeği açısından tehdit olarak algılamaktadır. Bunun sonucu olarak müdahaleli doğum (oksisosin kullanımı, epizyotomi ve amniyotomi uygulamaları) ve elektif sezaryen oranları artmaktadır. Kadının doğumu travmatik olarak algılaması kadının doğum tercihini, doğum memnuniyetini, emosyonel durumunu, bebeğe yaklaşımını, eşi ve ailesi arasındaki ilişkiyi, anne bebek bağlanmasını negatif yönde etkileyebilmektedir (37). Doğum sonu annelik rolüne uyum sağlamada zorluk, kısa ya da uzun dönem laktasyon sorunları, doğum sonu depresyon, post travmatik stres sendromu gibi riskler doğurmaktadır. Uzun dönemde bu annelerin çocuklarında, ruhsal, bilişsel ve davranışsal sorunlara neden olabilir. Ayrıca kadın tekrar gebe kalmayı istemeyebilir ve sonraki doğumlarında vajinal doğum istemeyebilir (15, 41-44).

Travmatik doğum algısı ve travmatik doğum oranları, yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermekle birlikte bir çok çalışmada kadınların yaklaşık yarısının doğumlarını travmatik bir deneyim olarak kabul ettikleri belirtilmektedir (45, 46). Oranların farklılık göstermesinin önemli sebepleri TDA'nın birçok faktörden etkilenmesi ve kullanılan ölçüm araçlarıdır (13, 19, 46, 47). İran'da yapılan bir çalışma doğumunu travmatik algılayan kadın oranının %54.5 olduğunu bildirmiş ve bu kadınların %20'sinde TSSB geliştiği saptanmıştır (46). Başka bir çalışma da DSM-IV kriterlerine göre travmatik doğum oranı % 29.4 olarak belirlemiştir (15).

Türkiye’de Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) kullanılarak yapılan çalışmada ise kadınların % 23.6’sının yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (47). Aynı ölçekle 370 gebe ile yapılan başka bir çalışmada ise, gebelerin %29.2’si “yüksek” düzeyde ve %14.5’i “çok yüksek” düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlenmiştir (48). Ünsal Atan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin yaklaşık beşte ikisinin (% 41,4) doğum deneyimini orta, kötü ve çok kötü olarak değerlendirdiği ve annelerin doğum deneyimlerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (49).

2.1.2. Travmatik Doğum Algısına Yol Açan Faktörler

Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı diğer ağrı türleri ile karşılaştırıldığında benzersizdir ve özel önem verilir. Bireysel, psikolojik, fizyolojik ve sosyo-kültürel etkenlerden etkilenir (50, 51). Doğum ağrısı toplumun kültür ve dini inançlarının yanında, sağlık bakım hizmetlerinin uygulamalarını da kapsamaktadır (52). Kadının doğuma ilişkin çevresinden duydukları, acı ile eşdeğer görülmesi doğuma yönelik korkuya neden olmakta, korku da biyolojik olarak ağrıyı artırmaktadır. Canının acıyacağı ve dayanamayacağı seviyelere ulaşma düşüncesi kadını doğum eylemi öncesinde stres yaşamasına neden olmaktadır (53).

Kadının doğumda yaşadığı aşırı korku, uterus kaslarında gerginliği artırmaktadır. Korku ve gerginlik devamında uterus kaslarında gerginliği artırarak kadının ağrı hissetmesine hatta eşik değerini düşürerek fizyolojik olarak olması gerekenden daha fazla ağrı hissetmesine sebep olacaktır (54). Kadının içinde bulunduğu psikoloji doğumda yaşadığı acının önemli bir bileşenidir (55). Quine, Rutter ve Gowan’ın yaptıkları çalışmada doğumda ağrı ve acı bekleyenlerin, doğumu olumsuz geçenlerin doğumu daha travmatik algıladıkları belirtilmiştir (56). Waldenström, Hildingsson, Rubertson ve Radestad (2004) yaptıkları çalışmada ağrılarını azaltmak için epidural ağrı kesici isteyen annelerin daha endişeli olduğunu, genellikle daha fazla ağrı kesiciye ihtiyaç duyduklarını ve diğerlerinden daha olumsuz bir doğum yaşadıklarını belirtmişlerdir (57).

Doğum Korkusu

Tıbbi literatürde korku, kötü bir olayın gerçekleşeceği düşüncesi sonucu ortaya çıkan ve neden olduğu bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlanır (58). Anne olma heyecanını yaşamak isteyen kadınlardaki en büyük korku ‘doğum korkusu’ dur. Teknolojideki

ilerlemeler her ne kadar doğumda gelişebilecek komplikasyonları en aza indiriyor olsada gebe olmanın verdiği duygu değişimlerinin sonucu hala kadınlar doğum korkusu yaşamaktadırlar. Bunun nedeni doğum eyleminin bazı yönlerden hala tamamen kontrol altına alınamayan, bilinmezliklerin olduğu ve önceden tahmin edilemeyen sonuçların olduğu bir süreç olmasıdır (59). Gebelik ve doğum süreci normal ve fizyolojik bir süreç olsada psikolojik sebepler, düşük vakaları ya da toplum kaynaklı kulaktan dolma bilgiler doğum korkusunun ana nedenini oluştururlar. Bu etkenler ciddi anlamda doğum korkusuna neden olmaktadır (60, 61).

Belli bir noktaya kadar doğum korkusu zararlı olmamakla birlikte doğuma yardımcı olabilir. Ancak anne adayının korkuyu kontrol edememesi korkunun fazla olması doğum için ciddi risk oluşturabilir. Gebelik öncesi oluşan ve ciddi seviyelere çıkan korku 'tokofobi' olarak adlandırılır (62). Tokofobi yunanca toko: doğum, phobos: korku kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluşmaktadır. Patolojik seviyeye ulaşan ve tokofobi nedeniyle kadınlar gebe kalmak istememekte veya gebeliklerini sonlandırabilmektedirler. Tokofobi özelliklerine göre 3'e ayrılır (63).

Primer tokofobi: Çoğunlukla erken erişkinlik döneminde başlayabilen ve nullipar gebelerde görülen korkudur. Daha önce hiç gebelik yaşamayan veya ilk gebeliklerini yaşayan kadınların doğum korkusunu tanımlamakta ve bu durum doğum algısını yansıtmaktadır. Evlenmeden başlayan doğum korkusu evlenme sonrası gebelikten kaçınarak devam eder. Bazı kadınlarda doğum korkusu kronikleşerek hiçbir zaman doğum yapmamayı, ömür boyu çocuksuz kalmayı veya evlat edinmeyi düşünebilirler. Bu durumu eksiklik olarak gören kadınlar korkularını yenemedikleri için büyük utanç duyabilirler (64).

Sekonder tokofobi: Öncesinde travmatik bir şekilde yaşanmış gebelik-doğum deneyiminden kaynaklanan korkuları içerir. Bu olumsuz deneyimlerin en önde gelen nedeni daha önceden yaşanan travmatik doğumdur. Ancak bazen normal doğum, düşük, ölü fetus ya da gebeliğin sonlandırılması nedenleriyle doğum kadın için travmatik olabilir (63). Sekonder tokofobinin en yaygın nedeni söylentilerdir. Çünkü söylentiler bir kişiden çıktıktan sonra binlerce kere değişerek aslından çok farklı anlamlar taşıyan hale gelir. Bu durum gizli den gizliye kadınları etkiler ve gizli korkuların oluşmasına neden olur. Başka bir kadının yaşadığı olumsuz gebelik deneyimi, beklenmeyen doğum sonucu ve negatif geri dönüşler o olayı yaşamamış kadınların gözünden büyük bir travma ve stres nedeni olabilir (65).

Doğum korkusu tek bir nedeni olamayacak düzeyde karışık, çok faktörlü ve doğum algısını etkileyen bir duygu durumudur. Doğumda yaşanan ağrı, önceden yaşanmış travmatik olaylar, ebeveyn olma, sosyal destek azlığı, ekonomik nedenler, önce yaşanan doğum deneyimi gibi birçok etken doğum korkusunun başlıca sebeplerini oluşturmaktadırlar (64). Araştırmalar doğum korkusu olan kadınların doğumu olumsuz algılamalarına neden olduğunu ve doğum tercihlerini etkilediğini söylemektedir (66, 67). Boorman ve ark. yaptıkları çalışmada korkuyu, travmatik doğumun değerlendirmesinde önemli bir psikolojik tanı kriteri olduğunu belirtmişlerdir (13). Korkunun nedenlerinin ve sonuçlarının değerlendirildiği bir sistematik derlemede, önceki olumsuz veya travmatik doğum deneyimini ‘doğumdan sonraki korku’ nun birincil nedeni olarak görmüştür (68).

Uzamış Travay

Uzamış travay latent faz için, nullipar gebelerde 20 saatten uzun süre, multipar gebelerde 14 saatten uzun süre aktif faza geçiş olmaması olarak tanımlanmakta; aktif faz için ise dört saat süren yeterli uterusun aktiviteye rağmen ilerleme olmayan, membranları rüptüre olmuş altı cm açılması olan veya en az altı saatlik oksitosin uygulamasına rağmen yetersiz uterus aktivitesinin olması olarak tanımlanmaktadır (69).

Son kanıtlar bazen çeşitli nedenlerle travayın uzayabileceğini ve bunun her zaman risk teşkil etmediğini göstermiştir (70). Serviksın açılmasına ve silinmesine yetmeyen yetersiz uterus kontraksiyonları, doğum eyleminin 2. evresinde yetersiz kontraksiyonların varlığı, annede kemik pelvis anormalliklerinin varlığı, fetüsün ilerlemesini engelleyen ürogenital sistemde anormalliklerin varlığı, fetusa ait pozisyon ve prezentasyon bozuklukları, fetusta gelişimsel problemlerin varlığı, epidural anestezi uygulanması, kadının strese verdiği yanıt ve anksiyete varlığı travayın uzamasına neden olan bazı faktörlerdir (70, 71).

Uzamış travay anestezi kullanımı, sezeryan doğum, operatif doğum risklerini ve ağrıyı artırarak, kadının doğum eylemini travmatik algılamasına, doğum memnuniyetinde azalmaya, ayrıca sonraki doğumlarında da korku yaşamasına neden olabilmektedir (72). Uzayan travayda kadının endişe ve korkuları artar ve doğumu travmatik olarak görmeye başlar. Böyle bir durumda yapılacak girişimler kadının algısını değiştirir. Yapılan bir çalışmada doğum eylemi uzayan kadınların %34 oranında doğumu olumsuz algıladıkları belirtilmiş ve bu algının doktor ve ebeler tarafından verilen bakımla azalabileceği belirtilmiştir (73). Yine aynı çalışmada kadınların yaşadığı zor doğumun tüm hayatlarını etkileyeceklerini ifade ettikleri

bildirilmiştir. Çıtak Bilgin, Ak, Coşkuner Potur ve ark. nın yaptıkları çalışmada zor doğum gibi doğumla ilgili güçlük yaşayanların doğum deneyimlerinin olumsuz olduğu belirlenmiştir (74). Kadının endişe ve korkularını gidermek için, güven verici şekilde iletişim kurularak, pozitif bir doğum ortamı oluşturulmalı, doğumun süresinin kişiden kişiye değişebileceği, her kadını doğumunun farklı olabileceği söylenmelidir. Kadın soru sorması konusunda teşvik edilmeli, latent fazda kullanabileceği nefes egzersizleri uygulanmalı, gevşemesi sağlanmalıdır, kontraksiyonlarla rahat baş edebileceği uygulamalar hakkında bilgi verilmelidir. Uzamış travay durumunda, kadınlara ve onların önceden tanımlanmış doğum planlarına saygı duyulmalı, yapılan her uygulama açıklanmalı, öngörülemeyen müdahaleler hakkında bilgi verilmeli, kadının doğum planının bazen değişebileceğini açıklanmalıdır. Bu şekilde kadının doğum planını kabul etmesine yardımcı olunur, daha gerçekçi doğum beklentisi içinde olmasını sağlar, stresini azaltarak doğuma uyum sağlamasına katkıda bulunur (75).

Epizyotomi

Epizyotomi doğum eyleminin 2. evresinde vajinal kanalı genişletmek amacıyla uygulanan vajinal kesidir (76). Doğumların hastaneye kaymasından sonra başlangıçta distosi durumlarında uygulansa da zamanla profilaktik olarak perineyi korumak amacıyla uygulanmaya başlanmıştır (77). Epizyotomiye yaklaşım kanıta dayalı uygulamalarla değişim göstermiştir. Ülkemizde epizyotomi uygulaması oldukça yaygındır. Yapılan bir çalışmada vakum ile vajinal doğum yapan kadınların %79,09'una epizyotomi uygulandığı bildirilmiştir (78). Bir başka çalışmada kadınlara indüksiyon ve epizyotominin %90 civarında uygulandığı belirlenmiştir (79). Epizyotomi uygulamasında kanama, ağrı, kozmetik bozukluklar sık karşılaşılan komplikasyonlar arasındadır. Epizyotomi uygulanan kadınlar doğum salonunda daha fazla kaldıkları bildirilmiştir (75). Epizyotomi sonrası konforda azalma, enfeksiyon ve cinsel disfonksiyon komplikasyonları sıklıkla rapor edilmiştir (80, 81).

Doğum eylemi sırasında uygulanan epizyotomi kadınların doğum eylemini travmatik olarak değerlendirmelerine ve doğum memnuniyetlerinin azalmasına neden olmaktadır (75). Ayrıca doğuma yönelik var olan olumsuz algının epizyotomi gibi müdahaleli doğum uygulamalarını artırmaktadır. Yapılan bir çalışmada yaygın kullanılan epizyotomi ve doğum memnuniyeti arasında negatif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (10, 38). Yapılan başka bir çalışmada epizyotomi uygulamasının doğum sonrası depresyonu arttırdığı bildirilmiştir (82). Sağlık çalışanlarının doğum öncesi ziyaretlerde görsel işitsel materyaller kullanarak

epizyotomi ile ilgili uygun bilgilerin verilmesinin kadınlarda farkındalık yaratacağı ve doğuma yönelik tutumlarını olumlu etkileyeceği bildirilmiştir (83).

Enstrümental Doğum

Enstrümantal vajinal doğum, bebeğin doğumuna yardımcı olmak için obstetrik forseps veya vakum kullanılmasıdır. Kadınların çoğu kendiliğinden vajinal doğum yapmaktadır, ancak bazı durumlarda doğumun ikinci evresinde bebeğin doğumu için obstetrik forseps veya vakum ekstraksiyonu kullanımına ihtiyacı duyulmaktadır. Obstetrik forseps veya vakum ekstraksiyonunun başarılı bir şekilde kullanımı, anormal giden ve acil durumlarda, güvenli ve zamanlı vajinal doğumu sağlamaktadır. Enstrümantal vajinal doğum oranları, sanayileşmiş ülkelerdeki tüm doğumların %5 ila %20'sini oluşturmaktadır (84). Enstrümantal vajinal doğumlar için endikasyonlar genellikle fetal kalp atış hızı anormallikleri, fetal başın pozisyonu, annenin tükenmesi, etkisiz uterus kasılmaları fetopelvik orantısızlık ve kalp hastalığı gibi bazı maternal tıbbi durumlardır. Yapılan bir çalışmada vakum komplikasyon oranı %20.8; forseps komplikasyon oranı ise %21.9 olarak bildirilmiş ayrıca vakum uygulanan olgularda yeni doğana ait sefal hematoma, intrakraniyal kanama komplikasyonlarının varlığının öne çıktığı bildirilmiş, forseps uygulanan doğumlarda ise anneye ait komplikasyonlardan perine travması, dışkı kaçırma ön plana çıkmıştır (85).

Enstrümantal doğum kadınlar için korkutucu ve travmatik olarak nitelendirilebilmektedir. Yapılan bir çalışmada doğumu korkunç olarak niteleyen kadın grubunda enstrümantal doğum oranının %35.5 olduğu ve bunun sonucu olarak kadınların doğumu olumsuz algıladıkları bildirilmiştir (86). Sağlık personeli uygulama sırasında kadının duygusal ihtiyaçlarını gidermeye çalışmalı, kadının gerginliğini artırabilecek doğum ortamının aşırı ışıklandırılmasından kaçınılmalıdır. Aynı zamanda kadının mahremiyetine özen gösterilmemesi de korunmasız hissetmesine neden olabileceğinden buna yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (70).

Fundal Bası

Kristaller manevrası olarak bilinen fundal bası; doğumun ikinci evresinde doğumu hızlandırmak amacıyla uterusun fundusuna basınç uygulama işlemidir. Ülkemizde oldukça sık uygulanmaktadır. Fundal bası uygulama işlemi resmi kayıtlara geçmemekte ve onam alınmamaktadır. Fundal bası fiziksel olarak annede ağrı, yorgunluk, uterus rüptürü, doğum sonu kanama gibi etkilere yol açarken; psikolojik olarak ise korku, posttravmatik stres bozukluğu, doğum sonu depresyon etkileri bulunmaktadır. Uygulamanın sert olması,

kadınların normal doğumu olumsuz ve travmatik algılamasına neden olmaktadır (87). Yapılan bir çalışmada bazı kadınların fundal bası uygulamasını sert, acı veren ve dayanılmaz bir uygulama olarak gördükleri bildirilmiştir. Uygulamanın fetal distres, kırık, fetal beyin ve brakial pleksus hasarı, hipoksi, asidoz ve düşük apgar skoru gibi fetal sağlık üzerine etkileri olabilmektedir. Sağlık personelleri tarafından uygulama konusunda kadını bilgilendirmeleri gerekmektedir (88).

İndüksiyon

Doğum eyleminde indüksiyon, eylemin kendiliğinden değil de farklı doğal olmayan yöntemlerle başlatılması olarak tanımlanmaktadır (89). Gebelerin yaklaşık dörtte birinde doğum eylemi, farmakolojik veya diğer yollarla başlatılabilmektedir (90). İndüksiyon sıklıkla klinisyenin risk olarak gördüğü doğum eyleminin başlamasının geciktiği, membranların erken yırtılması, gebede hipertansiyon gibi tıbbi nedenlerle anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için kullanılmaktadır (91, 92). İndüksiyon için membranların sıyrılması, farmakolojik olarak da vajinal Prostaglandin E2 (PGE2), misoprostol ve mifepriston uygulaması önerilen yöntemler arasındadır. Oral PGE2, Doğum indüksiyon yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir sistematik derlemede, kadınlar membranların sıyrılmasını rahatsız edici olarak tanımlasalar da faydalarının zararlarından fazla olduğunu ve başka kadınlara önerebileceklerini bildirmişlerdir (93). Yapılan başka bir sistematik derlemede, doğum eyleminde indüksiyon uygulanmasının, daha az yeni doğan ölümü ve daha az sezaryen ile ilişkili olduğu; ancak daha fazla müdahaleli doğuma neden olduğu bildirilmiştir (91). Başka bir çalışmada doğumu olumsuz algılayan kadınlarda indüksiyon kullanma oranı %31.5 olarak belirlenmiştir (86, 94).

Sürekli Fetal Monitörizasyon

Elektronik fetal monitörizasyon (EFM) fetal sağlığı ve uterus kontraksiyonlarını eş zamanlı olarak değerlendirmeyi sağlamaktadır (95). EFM'nin temel amacı fetusta gelişebilecek komplikasyonların erken belirlenmesi ve müdahale edilmesidir (96). Riskli olmayan gebelerde aralıklı EFM önerilmektedir (97). Fetusun yakın takip edilmesi gereken riskli durumlarda sürekli EFM uygulanmaktadır. Sürekli EFM ile gebenin hareketi kısıtlanmaktadır. Gebe uzun süre pozisyonunu değiştirememesine bağlı; etkin bir şekilde doğum ağrısıyla baş edemeyebilir ve buna bağlı olarak analjezi kullanımında artış, doğum süresinde uzama ve sezaryen doğum oranında artış gibi riskler ortaya çıkmaktadır (98, 99). Doğum eyleminde hareket serbestliğinin; doğum sürecine ve doğum algısına olumlu etkileri

olduğu, doğum süresini ve ağrı algısını azalttığı, annenin konforunu ve memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir (100).

Doğum Eylemi Sırasında Oral Alımın Kısıtlanması

Doğum enerji gerektiren eylemdir. Gelişmiş birçok ülkede doğum eylemi doğal bir süreç olarak görülmekte ve eylem sırasında oral alım kısıtlanmamaktadır. Ülkemizde ise doğum sırasında oral alım kısıtlanmakta ve kadının enerji ihtiyacı parenteral yolla karşılanmaktadır (101).

Oral alımın kısıtlanması, fiziksel ve psikolojik olarak birçok olumsuz patoloji gelişmesine neden olmaktadır. Fiziksel olarak kadında açlık ve susuzluk hissine, ketosiz, hiponatremi, hipoglisemi, doğum eyleminin uzaması, bulantı ve kusma, dehidratasyon ve müdahaleli doğuma neden olurken psikolojik olarak, kadının memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir. Ayrıca ketozis ile açlığa bağlı stres seviyesindeki artış ilişkili bulunmuştur. Kadının duyduğu açlık hissi ağrıyı algılamasını da etkilemekte ve kadın baş ağrısı, bulantı gibi sorunlar yaşamaktadır (102). Doğum eyleminin başlarında prolaktin seviyesinin yükselmesi ile kadının yeme içme isteği artmaktadır, doğum ilerledikçe oksitosin hormonunun artmasıyla kadının yeme isteği azalmaktadır (102, 103). Kadın aç olduğunda doğumun başlaması zordur. Kadın bu süreçte yeme isteğinin olması doğumun başlaması veya ilerlemesi için gerçekten besine ve enerjiye ihtiyacı olduğunu gösterir. Kadının enerji ihtiyacı varken oral alımın kısıtlanması doğumun başlaması ya da ilerlemesine engel oluşturur (104).

Doğum eylemi sırasında kadının yeme içme konusunda kısıtlanması, kadının bu süreci hoş olmayan ve üzücü şeklinde algılamalarına neden olmaktadır. Bir randomize kontrollü çalışmada doğum eylemi sırasında yeme içmesi serbest bırakılan kadınların %97'sinin doğum sonunda uygulama nedeniyle memnuniyetlerini bildirdikleri belirlenmiştir. Yeme içmesi kısıtlanan kadınların ise hayal kırıklığı bildirdikleri belirlenmiştir (103). Bu nedenle kadının doğumda özerkliği seçimi ve bu konuda kontrolünün olması göz önünde bulundurulmalı ve önemsenmelidir (105).

Sosyal Destek Eksikliği

Sosyal destek sistemleri kişinin yaşadığı sorunlarla başa çıkması, sorunların önlenmesi ve çözümü için oldukça önemli etkili bir kaynaktır. Doğumda destek; kadının duygusal ihtiyaçlarını gidermek için sürekli yanında olmak ona güven vererek cesaretlendirmek, ağrıyı gidermek için fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak, bilgi desteği vererek ne olduğuna ve nasıl başa çıkabileceğine yönelik önerilerde bulunmak, kadının kararlarına saygı göstererek ebe ile

iletişim kurmasına yardımcı olmak ve partnerin desteğine olanak sağlamak olarak belirtilmiştir (106, 107). Kadına verilen duygusal destek kadının doğuma yönelik olumlu düşüncelere sahip olmasına, yaşadığı korku ve endişenin azalmasına, anksiyetesinin giderilmesine, doğum sonu sürece uyuma yardımcı olmaktadır (108). Doğumda verilen sürekli ebe desteğinin vajinal doğum oranlarını artırdığı, doğum süresini kısalttığı, neonatal sonuçları iyileştirdiği ve doğum algısını olumlu etkilediği bildirilmiştir (107, 109).

Olumsuz Doğum Ortamı

Doğumun yapıldığı ortam kadının doğumunu ve doğum sonu dönemini etkileyen en önemli etkenlerdendir. Hastanelerin standart doğum odaları, kullanılan medikal malzemeler, doğum masası, kadının hareketinin kısıtlanması gibi nedenler kadınların normal doğuma bakış açılarını değiştirmektedir. Kadının doğum ortamını belirlerken amaç kaygıyı ve korkuyu azaltmak, hareketliliği ve kişisel kontrolü teşvik etmektir (110). Birçok hastane artık ev ortamına benzeyen, tıbbi ekipmanların gizlendiği, yatak odası benzeri, perdelerin ve ahşap dolapların olduğu doğum ortamı oluşturmaya çalışmaktadır. Doğum süresince doğumda aktif rol alan, hareketleri kısıtlanmayan kadınların doğum algılarının olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir (98). Geleneksel hastane ortamı ile alternatif doğum ortamlarının doğum ve doğum sonuçlarına olan etkisinin incelendiği bir çalışmada müdahaleli doğum oranlarını azaldığı, vajinal doğum oranının ve anne memnuniyetinin arttığı ayrıca doğum sonu emzirmeye devam etme oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (111).

Bilgi Eksikliği

Kadın gebeliğini öğrendiği andan itibaren gebeliği ve doğumuna yönelik heyecan endişe ve korku duyar. Bu nedenle kadın gebelikte oluşacak değişiklikler, doğumun nasıl gerçekleşeceğine yönelik bilgi almak ister. Ülkemizde buna yönelik hastanelerde doğuma hazırlık sınıfları mevcuttur. Bu sınıflarda, çeşitli eğitim felsefesine dayanarak eğitimler verilmektedir. Eğitim modelleri farklı olsa da doğuma hazırlık sınıflarında işlenen ortak konular rahatlama, solunum teknikleri, dikkati odaklama, gebenin gebelikte ve doğum sürecinde ağrı ile baş etmek için başvurabilecekleri ilaç dışı yöntemler öğretilmektedir (112). Kadının gereksinim duyduğu bilgiyi doğru bir şekilde alması doğum algısını etkiler. Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin doğum korkularının azaldığı ve doğum algılarının olumlu olduğu bildirilmiştir. Ayrıca doğuma hazırlık sınıfına katılanlarda sezeryan oranı, müdahaleli doğum oranı azalmış, doğum sonu süreçte anneliğe uyumları ve memnuniyet düzeyleri artmıştır (113-116).

Ebeler tarafından risk faktörlerine yönelik kadının farkındalığını artırmak amacıyla danışmanlık vermeli, doğuma hazırlık sınıflarında travmatik doğumların önlenmesine yönelik uygulamalar yapmalıdır (1).

Sezeryan Doğum

Sezeryan, anne ve bebek ölüm oranlarını azaltabilmektedir. Ancak isteğe bağlı tıbbi bir gereksinim olmadan yapılan sezeryan kadınları riske atarak kısa ve uzun süreli komplikasyonlara neden olmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre sezeryan ile doğum tüm doğumların % 52'sini oluşturmaktadır (17). Ülkemizde sezaryen oranlarının fazla olması, çevresinin ve kadının kendisinin doğumu olumsuz algılamalarının yansımaları olarak görülmektedir (14). Normal doğumda olumsuz deneyimlerin yaşanması, buna yönelik yanlış inanışların varlığı, kendiliğinden veya müdahaleler sonucu perineal travmaların (toksemi, kanama, distosi, fetal hipoksi gibi) gelişmesi kadınların sezaryen doğuma yönelimlerini arttırmaktadır (117).

Sezeryan doğum sonrası kadınların daha fazla ağrı ve memnuniyetsizlik bildirdikleri, anestezi ve cerrahi ağrı nedeniyle anne bebek temasının geciktiği, annenin duygusal olarak daha gergin olduğu ve yeni doğanların psikolojik gelişimi üzerine olumsuz etkisi olabileceği bildirilmiştir (118). Bu nedenle endikasyon olmadığı sürece sezaryen doğumdan kaçınılması önemlidir. Yanikkerem ve ark'nın kadınların sezeryan doğumla ilgili düşüncelerine yönelik yaptıkları çalışmada doğum algısı ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (119). Bu aşamada sağlık personelinin çiftlerin doğum yöntemine karar verme sürecinde daha bilinçli olmalarına, sürece uyum sağlamalarına ve olumsuz doğum algılarını değiştirmeye yardımcı olmaları kilit rol oynamaktadır (120-123).

2.2. Özyeterlilik Kavramı

Sosyal Bilişsel Kurama dayanarak Albert Banduras'ın 1977 yılında geliştirdiği özyeterlilik kavramı; bilişsel davranışın temelini oluşturmaktadır (124). Özyeterlilik kişinin kendisini gerçekleştirerek üstlendiği görevi başarı ile yerine getirmesini tanımlar. Çünkü birey kendine inandığı zaman yapamazsın, başaramazsın, altından kalkamazsın denilen tüm olayların üstesinden gelebilir. Özyeterlilik, bireyin kendi yeteneklerinden ziyade, yeteneklerini başarmaya yönelik inancıyla ilişkilidir. Özyeterlilik daha önceden yaşanan deneyimden ve olumlu-olumsuz yorumlardan etkilenmektedir (125). Bu etkileşim kolaylıkla baş edilebilecek olayların yanında güçlüklerle baş etme ve çaba gösterme üzerine de yoğunlaşmaktadır (126).

Özyeterlilik öncelikli olarak; kişinin hoşlanmadığı bir durumla karşılaştığı zaman gösterdiği çaba ve sorunlar ile başa çıkmayı içermektedir. Çünkü kendine güvenen yapabileceğine inanan bir kişi; en zorlu mücadeleden başarı elde ederken; kendisi ile ilgili kaygıları olan ve yeteneklerine güveni olmayan kişi en basit olayın dahi altından kalkamaz. Kendine güvenen kişi sorunlarıyla yüzleşme cesareti gösterirken, diğeri sorunlarından kaçarak kurtulmaya çalışır (128, 129). Özyeterlilik, bireyin motivasyonunu, duygu, düşünce ve davranışlarını bir bütün halinde etkilemektedir. Dolayısıyla faktörler bir araya gelerek bireyin başarısını etkilemekte, kendine olan güveni artırmakta veya azaltmaktadır (130).

2.2.1 Doğumda Özyeterlilik

Annelik, bir kadının yüklenebileceği görevlerin en önemlisini ve değerlisini oluşturmaktadır. Doğum olayı ise bir bebeğin dünyaya geldiği, fiziksel tepkilerin yanında duygusal tepkilerin de meydana geldiği olağan üstü bir deneyimdir (36). Doğumun gidişatı, süresi, bebeğin pozisyonu gibi özellikler doğum deneyimini etkileyen en önemli faktörlerden bazılarını oluşturur. Bunlar dışında annenin psikolojisi, alınan destek, annenin bilgi düzeyi, ağrıyla etkin baş edip etmediği, doğumu kontrol edebilme duygusu gibi değişkenler de doğumun seyrinde ve değerlendirilmesinde büyük rol oynamaktadır (131).

Doğum esnasında annenin emosyonel durumunu etkileyen faktörlerden biri de özyeterliliğidir. Gebelikte sürekli değişen duygu durumları nedeniyle, gebenin kendine olan özyeterliliği değişebilmektedir. Ek olarak yapacağı doğumun şekli ve buna yönelik yoğun düşünceler özyeterlilik düzeyini direkt olarak belirlemektedir. Özellikle vajinal doğum, kadınların doğum anındaki kontrol denetimini etkileyen öncül stres kaynağı olarak görülmektedir (128). Özyeterlilik, doğum eylemi ile nasıl başa çıkılacağını, karşılaşılan sıkıntılı durumlardan nasıl kurtulması gerektiğini gösterdiği için bu kavram üzerinde detaylı bir şekilde durulmalıdır. Birçok zaman özyeterliliğin doğum anında baş etme yöntemlerinin kullanılmasını sağladığı için önemli olduğu ifade edilmektedir (132). Ancak özyeterliliği yüksek olan kadın baş etme yöntemlerini etkili kullanarak doğumda kontrolünü kaybetmez ve doğumda başarılı olur (133). Ayrıca özyeterliliğin yüksek olması doğumda gelişebilecek komplikasyonların azalmasını, bebeğin sağlıklı bir şekilde doğmasına yardımcı olur. Hatta yüksek özyeterlilik gebelerin daha az analjezik ilaç kullanmasını sağlayacağından, gebeler kendilerini bebeklerine daha sağlıklı bir şekilde hazırlarlar. (132).

Gebe ebeler ve sosyal destekçileri tarafından doğuma sağlıklı ve güvenilir bir şekilde hazırlanarak, olumsuzluklardan uzak bir doğumun gerçekleşmesi için kadına destek olmalı ve özgüveninin artması sağlanmalıdır (134).

2.3. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme danışan merkezli, motive eden, birey davranışını değiştirmek ve kararsızlığı çözmek, anlam sürecine rehberlik etmek için kullanılan yaklaşımdır. Karar vermede bireyin özyeterlilik ve motivasyonunu arttırmak için bireylerle empati ve işbirliğine vurgu yapar (22, 23). Kanıta dayalı bir yöntem olduğundan, uygulama açısından güvenilirliği artmaktadır. Motivasyonel görüşmede danışan kişi uzman ve bilen olarak kabul edilir, danışman ise bilen rolüne soyunmaz ve kendi düşüncelerini danışana empoze etmez. Motivasyonel görüşmede kişi sorununun ne olduğunu kendisi anlar ve değişim amacıyla harekete geçer. Farklı uygulama alanlarına sahip olması, yaygın bir şekilde kullanılabilir olması ile kişinin değişime inanmasını sağlayan özel bir yoldur (24).

2.3.1. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin ilkeleri, empati gösterilmesi, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle çalışma, kendine yeterliliği destekleme şeklindedir (25).

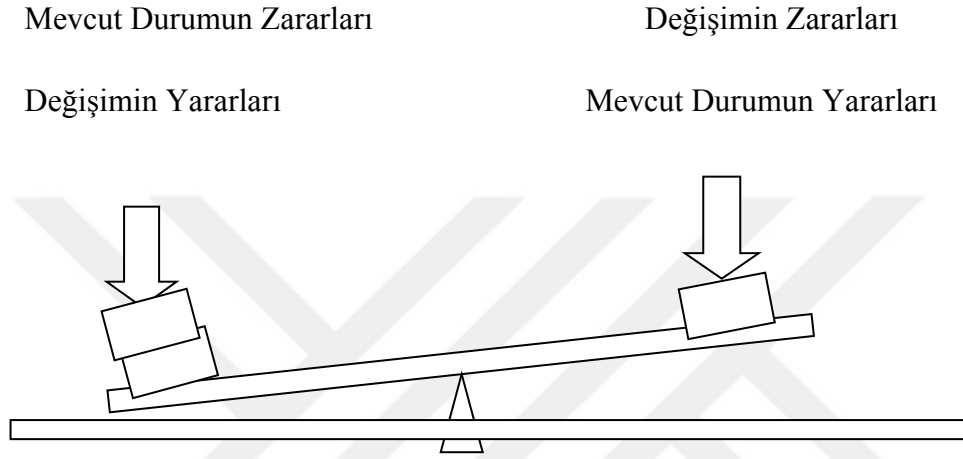
2.3.2. Empati gösterilmesi

Bireyin duygularını ve bakış açısını yargılamayan bir yaklaşımı içerir. Eleştirmek yerine tam tersi sıcak, destekleyen, saygı duyan, suçlamadan danışanın duygularını ve bakış açısını araştıran yaklaşımı içermektedir. Danışmanın bu yaklaşımı, bireyle hemfikir olduğu anlamına gelmemekte, farklı düşünceye ve davranışa sahip kişilerin kabullendiğini göstermektedir (135).

2.3.3. Çelişkilerin ortaya çıkarılması

Amaç, kişinin şuan ki davranış ve hedefleri arasında var olan çelişkileri, bireyin zihninde ortaya çıkarmaktır. Bu şekilde bireyin çelişkili ve birbirini desteklemeyen alanları görmesi sağlanır, değişim için motive olmasına yardım edilir (136). Kişinin zıt duygularını yani ambivalansı resimlemede yardımcı bir yol olarak tahterevalli benzetmesi kullanılabilir (Şekil 1). Buna Karar Dengesi denmektedir. Terazinin iki tarafında iki çeşit ağırlık vardır:

birisi değişim sonunda öngörülen yararlar, diğeri ise öngörülen zararlar ya da dezavantajlardır. Bu terazi bir davranışla ilgili bireyin neyi yarar ve zarar olarak öngördüğünü belirtmek amacıyla kullanılabilir. Ayrıca karar dengesini belirlemek, çelişkilerin ortaya çıkarılmasını sağlamak amacıyla bir karar bilançosu kağıdı kullanılabilir (24) (Tablo 2.1). Gebeye düşüncesinin devam etmesi veya bırakması durumunda karlar ve zararları söylemesi veya yazması istenebilir. Kişi burada tutumuyla ilgili neyi yarar ve zarar olarak gördüğünü kesin olarak belirtir.



Şekil 2.1. Karar Dengesi: Kar ve Zararları Tartma (24)

Tablo 2.1. Bir Karar Bilançosu Kağıdı Örneği

Doğumun Korkunç Olduğunu Düşünmeye Devam Etme		Doğumun Korkunç Olduğunu Düşünmeyi Bırakma	
<u>Karlar</u>	<u>Zararlar</u>	<u>Karlar</u>	<u>Zararlar</u>

Dirençle çalışma

Motivasyonel görüşme danışan ve danışman arasındaki savaş değildir. Kazanan veya kaybeden yoktur. Danışman dirençle çalışırken bireye değişim yönünde yeni bir ivme kazandırır. Burada kastedilen algılamadaki değişikliklerdir. Danışman yeni hedef veya bakış açısı sunmaz. Bireyin yeni bilgileri kabul etmesi ve yeni bakış açılarını görmesi için davet edilir (24).

Kendine yeterliliği destekleme

Kendine yeterlilik değişim için anahtardır ve bireylerin görüşmelerden iyi sonuç alabilmesi açısından önemli bir ön belirleyicidir. Danışman, dört ilkenin başarılı uygulanması ile bireyi ciddi bir sorunu olduğunun fark etmesine yardımcı olabilir (135).

2.3.2. Motivasyonel Görüşme Yönteminin Uygulanması

Motivasyonel görüşmenin birbirleriyle iç içe olsalarda hedefleri farklı olan iki aşamadan oluştuğu söylenebilir. Aşama 1' de davranışın değişimi için içsel motivasyon oluşturmak yer alır. Aşama 2 ise değişime olan bağlılığın güçlendirilmesini ve değişime ulaşmak için bir plan oluşturulmasını kapsar (24). İlk aşamada kişinin ambivalansını anlamak için bireyin konuya verdiği önem yani değişime verdiği önem ve kişinin bunu yapabileceğine ne kadar güven ve yeterliliği olduğunu bilmek yararlıdır. Önem, güven ve yeterlilik içsel motivasyon bileşenleri olduğundan aşama 1'de ele alınması gerekir. Bireyin konuya verdiği önem ve güven ve yeterliliğini öğrenmek için bir 0'dan 10' a kadar puanlamayı içeren derecelendirme cetveli kullanılabilir (135). Bireye konunun ne kadar önemli olduğu sorulur ve cetvel üzerinde işaretlemesi istenir. 0 "hiç önemli değil" ve 10 "çok önemli" olarak değerlendirilir.

hiç önemli değil

çok önemli

0

5

10

Kişinin kendini derecelendirmesine göre değişimin kendisi için önemi tartışılır. Örneğin "neden 4 değil 1" veya "4 değil 7 olması için ne gerekir" şeklinde sorular yöneltilerek kişi için değişimin önemi tartışılır. Verdiği puanlamanın artı ve eksi yönleri tartışılır.

Motivasyonel görüşmede diğer parametre olan güven ve yeterliliği değerlendirmek için yine derecelendirme cetveli kullanılabilir. Kişiyeye "Eğer ... düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? sorusu yöneltilir. Bu değerlendirmeye 0'dan 10'a kadar bir cetvel derecelendirmesi istenir. 0 "hiç güvenmiyorum" ve 10 "çok güveniyorum" şeklinde belirlenen cetvelde kişiyeye kendini hangi dereceyi uygun gördüğü sorulur.

hiç güvenmiyorum

çok güveniyorum

0

5

10

Soruya verilen dereceye göre artı ve eksiler tartışılır. Güven ve yeterlilik konusunda kişinin kendini değerlendirmesi için geçmiş deneyimlerinden bahsetmesi istenir ve değişim için yüreklendirilir. Birey konunun önemine yönelik düşük derecelendirme yaptıysa, bunun üstüne odaklanması doğru olacaktır. Önemlilik ve güven-yeterlilik derecelendirilmeleri arasında ciddi farklılık olması durumunda, hangisi daha düşük ise ona yönelmek uygun olur. Eğer önemlilik ve güven yeterlilik konusunda eşit derecelendirilme yapıldı ise önemlilikten başlanmalıdır. Her ikisinin de çok düşük derecelendirilmesi durumunda, kullanılan yöntemin doğruluğu sorgulanmalıdır (24, 135).

Motivasyonel görüşmede ilk oturumdan itibaren ve motivasyonel görüşme süresince yararlı olan 5 klinik yöntem; açık uçlu sorular yöneltmek, yansıtımlı dinleme yapma, özetleme, onaylama ve değişimi konuşma şeklindedir. Bu 5 özgül yöntemin ilk dördü ‘Öz Onay’ denilen danışanın konuşmasının teşvik edilmesi hedefini desteklemektedir. Beşinci yöntem daha çok yönlendiricidir ve diğer 4 yöntemi bütünleştirir.

1. Açık Uçlu Sorular Yöneltmek

Motivasyonel görüşmede konuşmanın büyük bir kısmını danışan yapar ve danışanın bunu yapabilmesinin anahtarı açık uçlu sorular sormaktır. Bireylerin bazıları konuşmaya hazır şekilde gelir ve öykülerini anlamak için basit bir destek yeterlidir. Bazı bireyler ise daha az konuşur ve daha fazla desteklemeye ihtiyaç duyulur. Açıklayıcı sorular sorularak kişinin durumu ayrıntılandırılır (17, 19, 137).

2. Yansıtımlı Dinleme Yapma

Açık uçlu sorular sorulduktan sonra danışanın yanıtlarına yansıtımlı dinleme ile karşılık verilir. Yansıtımlı dinleme olması gereken en önemli ve zor becerilerdendir. Amaç kişinin konudan sapmaması, ambivalansı araştırması ve danışmanın ise danışanın anlatmak istediği şeyi çözmesini sağlamaktır. Çünkü bireyler her zaman kastettikleri şeyi söylemezler. Danışman kelimeleri doğru duymalı ve anlamlarını çözmelidir. Yansıtma danışanın cümlelerini tekrar etmekten çok, ileri dönük bir sonraki cümleyi bulmaya çalışmak yani paragrafi tamamlamaya yöneliktir (24, 22, 137).

3. Onaylama

Motivasyonel görüşme süreci boyunca danışanı onaylama ve destekleme takdir ve anlayış ifadeleriyle yapılır. Onaylama beklentisi sosyal bağlamda değişiklik gösterir. Örneğin bir bireye göre onaylama aşırı olarak yorumlanırken diğerine göre normal olarak yorumlanabilir. Önemli olan danışanın güçlü yönlerini fark etmek ve uygun şekilde onaylamaktır (24, 22, 137).

4. Özetleme

Motivasyonel görüşme süresince kullanılacak olan özetleme yöntemi, tartışılan öğeleri birbirine bağlamak ve desteklemek için kullanılır. Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için düzenli olarak özetleme yapılır. Oturum sonlarında gelinen yeri özetlemek bireyin bir sonraki oturuma kadar konu üzerine düşünmesine katkı sağlar (24).

5. Değişim Konuşması Ortaya Çıkarma

Önceki dört yöntem motivasyonel görüşme için temeldir. Değişim konuşması yönlendiricidir. Amaç danışanın değişimi savunmasını sağlamaktır. Danışanın değişim konuşmasını kolaylaştırmak danışanın görevidir. Danışan değişmeye olan niyetini değişimin avantajlarını far ederek, iyimserlik ifadeleri kullanarak veya açık olarak değişme niyetini ifade ederek gösterebilir. Örneğin danışan 'Nasıl yapacağımı bilmiyorum fakat bunu başaracağım' şeklinde değişim niyetini belli edebilir (22, 24).

Değişim konuşması ortaya çıkarılırken çeşitli yöntemler değişim konuşmasını desteklemek için kullanılabilir. Bunlar; çağrıştırıcı sorular sorma, önem cetvelini kullanma, karar dengesinin açığa çıkarılması, detaylandırma, uç noktaları sorgulama, geçmişe bakma, geleceğe bakma, hedeflerin ve değerlerin araştırılmasıdır (137).

Değişim konuşması ortaya çıkarmak sadece başlangıç oturumlarında değil görüşmenin tamamı boyunca önemlidir. Çünkü aşama 2'ye geçildiğinde ve değişime doğru eylem başladığında ambivalans genellikle tamamen ortadan kalkmamıştır, sadece azalmıştır. Değişim konuşması ortaya çıkarmak değişime bağlılık için gerekli nedenlerin sürekli bir hatırlatıcısı olarak kullanılabilir (24).

Bireyler değişim sürecini üstlenebilmeleri açısından varılan nokta ile ilgili değerlendirme yapılır, sorun ve değişim özetleme yöntemi kullanılarak kabullenmesi desteklenir. Birey gereksinim duyduğunda bilgi ve tavsiye verilebilir (22, 137).

Motivasyonel görüşmenin 1. Aşamasından 2. Aşamasına geçişte birey artık değişimi istemekte ve bunu yapabilecek durumdadır. Bireylerde hazır olmanın belirtilerini gözlemlemek ve 2. Aşamaya ne zaman geçileceğini sezmek için önemlidir. Bireyin düşük direnç göstermesi, problemle ilgili daha az tartışma, karara varmış gibi gözükmesi, direnç kaybolurken değişim konuşmasında ki artış, değişimle ilgili sorular sorma, değişimden sonra yaşamını nasıl olacağını canlandırma ve danışanın son oturumdan itibaren değişim eylemlerini denemeye başlaması, bireyin değişim için hazır olduğunu gösteren işaretlerden bazılarıdır (24).

Danışan genellikle 2. aşamada danışmandan fikir isteyecektir (24). Danışman uzmanlıklarını bireyin isteği veya izniyle danışanla paylaşabilir. Danışman sağladığı bilgi ve önerilerle, danışanında anahtar sorulara verdiği karşılıklarla bir değişim planı oluşturulabilir. Plan yapmak sırasıyla hedeflerin belirlenmesi, değişim seçeneklerinin belirlenmesi, bir plan yapılması ve bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren ortak bir karar alma ve tartışma sürecini içerir (137). Hedefler net belirlenir, hedefler belirlendikten sonra bu hedeflere ulaşmak beyin fırtınası yapılarak geçekçi olan veya olmayan yöntemler değerlendirilir, bir stratejiler listesi oluşturulabilir ve bireyin yapmak istediği şey sorularak plan yapması veya planladığı şeyleri listelemesi istenir. Plan yapıldıktan sonra plan özetlenerek danışanın planını onaylaması yani bağlılığını ortaya çıkartması sağlanır. Bir değişim planına bağlılık ise motivasyonel görüşmenin resmi olarak döngüsünü tamamlar. Genellikle bireyler bu aşamadan sonra kendi başlarına değişimi sürdürürler (24, 138).

2.4. Travmatik Doğum Algısına Yönelik Motivasyonel Görüşme ve Ebelik Yaklaşımı

Kadının doğumu travmatik olarak algılaması, kadının doğum tercihini, doğum memnuniyetini, emosyonel durumunu, bebeğe yaklaşımını, eşi ve ailesi arasındaki ilişkiyi, anne bebek bağlanmasını negatif yönde etkileyebilmektedir (15, 41-44). Travmatik doğum algısı görülme oranları, yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermekle birlikte bir çok çalışmada kadınların yaklaşık yarısının doğumlarını travmatik bir deneyim olarak kabul ettikleri belirtilmektedir (45, 46). Travmatik doğum algısını azaltmak gebeliğin olumlu deneyimlerle tamamlanmasını sağlayacaktır (139). Ebelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve anksiyetelerini azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (30).

Travmatik doğum algısını azaltmaya yönelik bazı girişimler uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğumun olumlu algılanmasında ebelerin verdiği danışmanlığın ve kadınlarla iletişiminin, doğum şekli kadar önemli olduğu bildirilmiştir (140-143).

Günümüzde artık bir danışmanlık yöntemi olarak kabul edilmeye başlanan motivasyonel görüşme farklı alanlarda uygulanan bir yöntemdir. Travmatik doğum algısını değiştirmede daha önce motivasyonel görüşmeler kullanılmamış olsada, birçok danışmanlık yönteminin doğuma yönelik algının değişmesinde yararlı olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda gebelerde uygulanan danışmanlık yöntemlerinin doğum korkusunu azalttığı, önceden varolan olumsuz tutumları giderdiği, isteğe bağlı sezaryen oranını düşürdüğü,

doğumdaki müdahaleleri azalttığı ve doğumun olumlu deneyimlerle tamamlanmasına yardımcı olduğu gösterilmiştir (60, 113, 138). Doğum korkusunu azaltmaya yönelik motivasyonel görüşme yöntemi ve olağan bakımın değerlendirildiği bir çalışmada, motivasyonel görüşme uygulanan gruptaki gebelerin doğum korkusunun ve anksiyetelerinin azaldığı belirlenmiştir (144).

Motivasyonel görüşmelerin kısa sürmesi ve etkili bir yöntem olması nedenleriyle ebeler tarafından kullanımını kolaylaştıracağından, travmatik doğum algısını değiştirmeye yönelik kullanılabileceği düşünülmektedir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü deneysel tasarımda yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerinde Kasım 2019- Kasım 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi bünyesinde toplam 6 tane kadın doğum polikliniği faaliyet göstermekte olup, 8 kadın doğum uzmanı doktor görev yapmaktadır. Hastanede ebelerin görev aldığı bir gebe okulu bulunmakta ve prenatal dönemde başvuran gebelere doğum hakkında (doğum süreci, nefes egzersizleri gibi) bilgi verilmektedir. Gebe okulunda motivasyonel görüşmeye ilişkin bir uygulama mevcut değildir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine başvuran nullipar gebeler oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü saptamada OpenEpi (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health) versiyon 3.1 kullanıldı. Kullanılan power analizinde %5 yanılma düzeyi, çift yönlü önem düzeyinde %95 güven aralığında, %80 güç ile motivasyonel görüşmeye başlamadan önce 70.57 ± 21.89 olan travmatik doğum algısı ölçeği puan ortalamasının (47) motivasyonel görüşmeler sonunda 9 puan azalacağı varsayılarak, her bir grup için en az 83 gebe olarak hesaplandı (83 Deney grubu, 83 Kontrol grubu). Örneklem sayısına ulaşabilmek için 304 gebe ile görüşüldü. Alınma kriterlerini karşılamayan 80, katılmayı reddeden 17 gebe araştırmaya alınmadı. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler, polikliniğe geliş sırasına göre basit randomizasyon ile deney (n=107 gebe) ve kontrol (n=100 gebe) gruplarına alındı. Deney grubuna alınan 107 gebeden 13 tanesi 1. MG sonrası (2 gebenin riskli gebelik tanısı alması, 3 gebenin erken doğum yapması, 8 gebenin çalışmaya devam etmemesi), 8 tanesi 2. MG sonrası (2 gebenin riskli gebelik tanısı alması, 2 gebenin erken doğum yapması, 4 gebenin çalışmaya devam etmemesi), 3 tanesi 3. MG sonrası (3 gebenin erken doğum yapması), araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubuna alınan 100 gebeden 17 tanesi ilk görüşme sonrası (4 gebenin riskli gebelik tanısı alması, 6 gebenin erken doğum yapması, 7 gebenin çalışmaya devam etmemesi),

araştırmadan çıkarıldı. Araştırma, 83 deney ve 83 kontrol olmak üzere toplam 166 gebeyle tamamlandı. Araştırmanın evren ve örnekleme ilişkin Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT) (145) 2010 akış şeması Şekil 3.1’de gösterildi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

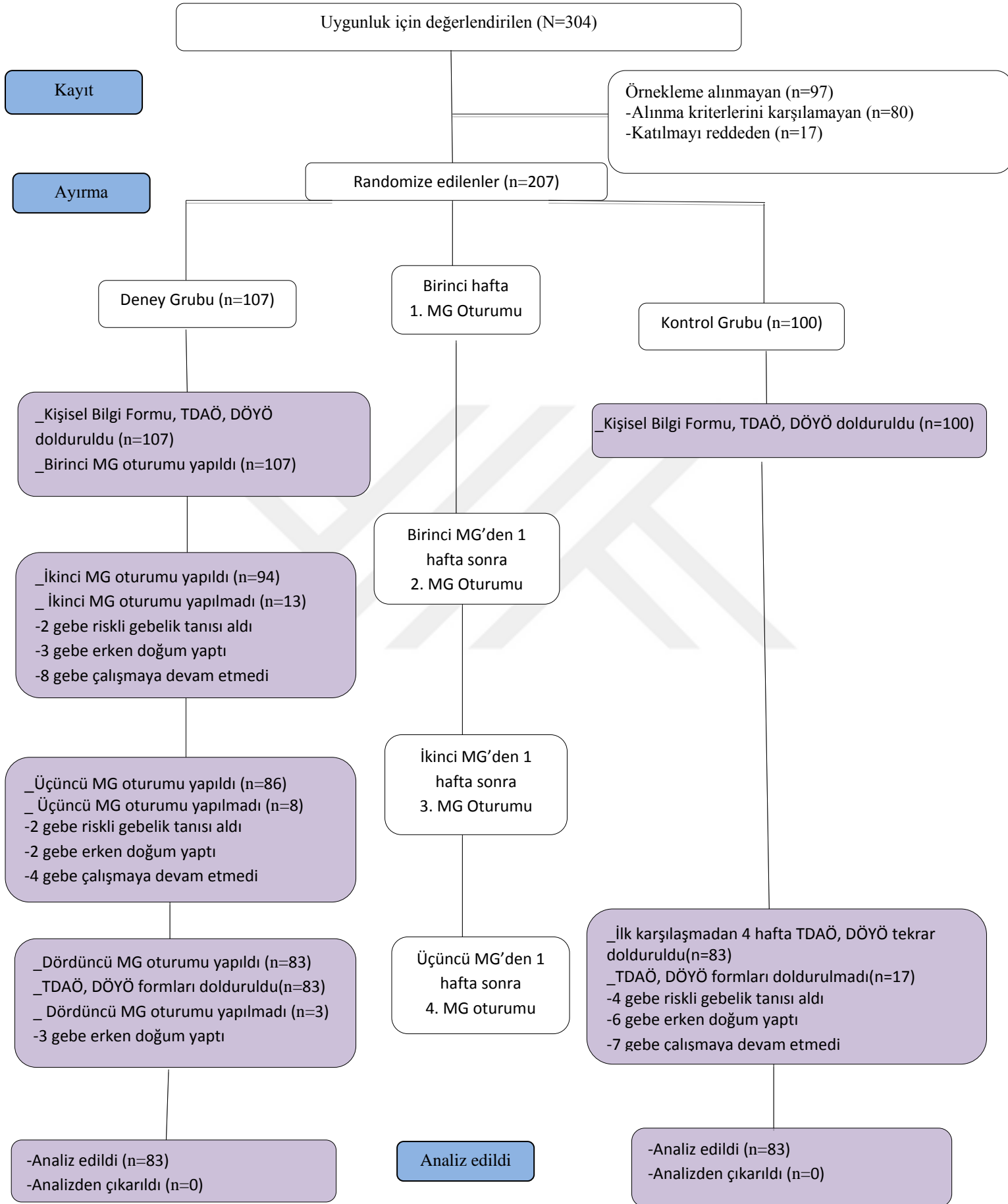
- ✓ İletişim kurabiliyor olması,
- ✓ 28-36 gebelik haftalarında olması,
- ✓ 18 yaş ve üstü olması,
- ✓ Tekil ve canlı gebelik olması,
- ✓ Gebeliğe bağlı herhangi bir riski (preeklampsi, diyabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi) olmaması,
- ✓ Fetüsün sağlığı ile ilgili herhangi bir sorunu (fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği gibi) olmaması,
- ✓ Travmatik Doğum Algısı Ölçeği’ne göre orta düzey ve üzerinde travmatik doğum algısı olması (≥ 53 puan).

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- ✓ Normal doğum yapmasını engelleyecek bir durum olması (total plasenta previa gibi).

Randomizasyon

Araştırmada gebelerin deney ve kontrol gruplarına atanması işlemi randomizasyon ile yapıldı. Randomizasyon için random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator yöntemi kullanılarak sistemde 1- 166 arasında tek gruplu sütunlar oluşturuldu. Sütunda 1 ve 2 rakamları gözetilerek, polikliniklere gelen nullipar gebeler 1 ve 2 numaralara randomize olarak atandı. Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu araştırmanın başında kura çekilerek belirlendi. Kura sonucu 1 numara kontrol grubunu, 2 numara deney grubunu oluşturdu.



Şekil 3.1 Consort Akış Diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (EK-3), Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu (EK-4) kullanıldı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-2)

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturuldu (118, 146, 147). Toplam 10 soru içeren formda, 1-6. sorular kadına ait sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi vb), 8-10. sorular gebeliğe ait bilgileri (kaçıncı gebelik, gebeliğin istenip istenmemesi, vb) içermektedir.

3.4.2. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) (EK-3)

Üreme çağındaki kadınların travmatik doğum algı düzeylerini değerlendirmek amacıyla Yalnız ve ark. (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, kadın doğum kavramını düşündüğünde hissettiği kaygı, korku, endişe gibi düşünce ve duyguları kapsayan toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Her problem için hiç korkmamdan, çok korkarıma 0'dan 10'a puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin toplam ortalama puanı, travmatik doğum algı seviyesini göstermektedir. Ölçekteki en düşük ve en yüksek puan 0 ve 130'dur. Ölçekten alınan puan yükseldikçe travmatik doğum algısının yükseldiğini gösterir. Ölçeğin toplam puan ortalamaları aralığı 0-26 arasında ise çok düşük, 27- 52 ise düşük, 53-78 ise orta, 79-104 ise yüksek ve 105-130 ise çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısını gösterir. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.89'dur (19). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

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

İp ve arkadaşları tarafından, doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini ölçmek için 'Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu' geliştirilmiştir (127). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy (2011) tarafından yapılmıştır. Sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki alt boyuttan oluşan ölçeğin, her bir alt boyutunda 16 soru yer almaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak olan en düşük puan 16, en yüksek puan 160'dır. Her bir alt boyuttan alınacak yüksek puan gebelerin doğum eylemine ilişkin yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Likert tipi ölçekteki

yanıtlar 1'den 10'a kadar puanlandırılmaktadır. Sonuç beklentisi alt boyutu; 1 "hiç yararlı değil", 10 ise "çok yararlı", yeterlilik beklentisi alt boyutu ise; ilk 13 soru 1 "tamamen eminim", 10 "hiç emin değilim", 14-16 arasındaki sorular 1 "hiç emin değilim", 10 "tamamen eminim" şeklinde ifade edilir. Yeterlilik beklentisi alt boyutunda 1'den 13'e kadar olan sorular, ters çevrilerek puanlanır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan 320'dir. Ölçekte alınan yüksek puanlar gebenin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0.90 olarak bulunmuştur (128). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri Temmuz- Kasım 2020 tarihleri arasında, hastane içinde bulunan gebe okulunda, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Deney ve kontrol grubundaki gebelere ilk olarak TDAÖ uygulandı ve ölçek puan ortalaması 53 ve üzeri olan gebeler (orta düzeyde travmatik doğum algısı) araştırmaya davet edilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere Kişisel Bilgi Formu ve DÖYÖ uygulandı. Deney grubundaki gebelere haftada bir kez olmak üzere dört hafta MG yapıldı. Kontrol grubundaki gebelere herhangi bir girişim uygulanmadı. Tüm gebelere ilk uygulamadan 4 hafta sonra TDAÖ ve DÖYÖ tekrar uygulandı. Ölçeklerin uygulanması 10-15 dakika sürdü.

3.6. Ebelik Girişimi

Araştırmada deney grubundaki gebelere araştırmacı tarafından haftada bir kez olmak üzere dört kez motivasyonel görüşme oturumları yapıldı. Motivasyonel görüşmelerin amacı, gebelerin travmatik doğum algısını anlamalarını, değişim amacıyla harekete geçmelerini ve değişime inanmalarını sağlamaktır. Oturumlar hastanenin gebe okulunda gebelerle bireysel olarak gerçekleştirildi. Her bir motivasyonel görüşme oturumu ortalama 15-30 dakika sürdü. Görüşmeler sırasında gebelerin olumsuz doğum algısını değiştirmek ve doğuma yönelik öz yeterliliğini artırmak amacıyla doğum eylemine yönelik konularda (travmatik doğum algısı nedir, doğum korkusu ve etkileri, doğumhanede yapılan işlemler, doğum süreci, doğumda travmatik doğumu azaltabilmek için yapılabilecek girişimler gibi) danışmanlık yapıldı. Kontrol grubuna araştırmacı tarafından herhangi bir girişim uygulanmadı, gebeler hastanenin rutin kontrollerine devam etti. Araştırmacı girişime başlamadan önce motivasyonel görüşme tekniklerine yönelik eğitim aldı (EK-6).

Motivasyonel Görüşme Oturumlarının İçeriği:

1. Oturum (İlk Hafta):

Amaç: Açılış, görüşmedeki rollerin ve gündemin belirlenmesi, gebenin doğuma yönelik niyeti ve normal doğuma verdiği önemi belirlemek

İçerik

- Gebeyle tanışma ve uygulamanın sürekliliği açısından kuralların belirlenmesi
- Gebeye danışmanlık sürecinin anlatılması
- Gebenin görüşmelerden beklentilerinin öğrenilmesi
- Gebenin travmatik doğum algısını değiştirmeye yönelik niyetinin belirlenmesi (EK-7.1a)
- Gebe ile birlikte travmatik doğum algısına neden olan faktörlerin belirlenmesi
- Gebenin travmatik doğum algısını değiştirmeye verdiği önemi belirlemek için ‘Önemlilik Cetvelinin’ kullanılması (EK-7.1b) ve değişimin önemi artırılması
- Gebenin travmatik doğum algısını değiştirmeye yönelik güven ve yeterliliğini değerlendirmek için ‘Güven-Yeterlilik Cetvelinin’ kullanılması (EK-7.1c) ve kendine güvenin desteklenmesi
- Gereksinim duyduğu konular hakkında bilgi verilmesi
- Ödevlendirme

Uygulama Aşamaları

- Oturumların sıklığı hakkında bilgi verildi ve gebenin oturumlara düzenli gelmesi istendi.
- Gebenin doğuma yönelik ne konuşmak istediği sorularak gebenin gündemi belirlenmesi istendi.
- Gebeye doğum algısı ile ilgili açık uçlu sorular sorularak doğumla ilgili düşünceleri, endişeleri ve niyeti belirlendi. Gebeye tartışmadan yargılamadan danışan merkezli işbirlikçi yaklaşımla travmatik doğum algısına neden olan faktörler saptandı.
- Travmatik doğum algısındaki değişimin ne kadar önemli olduğunun anlaşılması için 0’den 10’a kadar numaralandırılmış ‘Önemlilik Cetvelini’ (Ek-7.1b) kullanarak değerlendirme yapması istendi ve verilen puanın nedenleri sorgulandı. Eğer çok düşük

verdiyse “*neden 4 değil 1*” veya “*4 değil 8 olması için ne ya da neler gerekir*” şeklinde sorularak birey için değişimin önemi artırıldı.

— Travmatik doğum algısındaki değişim konusunda kendine duyduğu güven ve yeterliliği belirlemek amacıyla 0’dan 10’a kadar numaralandırılmış ‘Güven-Yeterlilik Cetvelini’ (Ek-7.1c) kullanarak değerlendirme yapması istendi ve verilen puanın nedenleri sorgulandı. Eğer çok düşük verdiyse “*neden 4 değil 1*” veya “*4 değil 7 olması için ne gerekir*” soruları soruldu. Doğuma yönelik bilgileri gündeme getirilerek, gebe değişim için yüreklendirildi.

— Doğum algısı ile ilgili bilgi eksikliği varsa gebenin isteğine bağlı olarak konu ile ilgili bilgi verildi.

— Gebeden ev ödevi olarak bir sonraki görüşmeye kadar travmatik doğum algısını değiştirmesinin yararlarını düşünmesi veya not etmesi istenir.

Oturumla İlgili Sorulabilecek Sorular

— Doğumla ilgili aklınızda neler var?

— Doğum algınızın doğumunuzu nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

— Doğumunuza yönelik niyetiniz nedir?

— Sizin için uygunsa doğum algınızla ilgili konuşalım.

— Doğum algınızı değiştirmek sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği sıfırdan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli”yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?

— Doğuma verdiğiniz önem “*neden 4 değil 1*” veya “*4 değil 8 olması için ne ya da neler gerekir*”, neye ihtiyacınız var?

— Doğum algınızı değiştirmeyi düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Eğer bu konuda kendinize duyduğunuz güveni sıfırdan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum”u gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?

— Güven ve yeterliliğe verdiğiniz puan “*neden 4 değil 1*” veya “*4 değil 7 olması için ne gerekir*”

— Bilgi vermeme istediğiniz bir konu var mı?

2. Oturum (İkinci Hafta):

Amaç: Doğum algısını değiştirmek için motivasyonun yükseltilmesi, değişim becerisi ve istekleri konusunda kendini motive eden ifadeleri çıkartmak ve destekleyerek, değişim konuşmasını ortaya çıkarmak

İçerik

- Gebenin 1. oturumdaki ödevinde doğum algısını değiştirmesinin yararlarını açıklaması istenerek doğum algısını görmesinin sağlanması
- Değişim taahhüdünü güçlendirmek, değişme isteğini görmek için 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş önem cetvelinin (EK-7.2a) ve güven cetvelinin (EK-7.2b) kullanılarak değişim konuşmasının başlatılması. Değişimi tetikleyecek soruların sorulması
- Gebenin karar dengesini ortaya çıkarmak ve kararlılığını güçlendirmek için karar dengesi bilançosu (EK-10) veya terazisi kullanılması (EK-11) ve öz yeterliliğinin desteklenmesi
- Gebe değişime hazır değilse, değişimi tetiklemek için uç noktaların sorgulaması ve geleceğe bakmasının sağlanması
- Gereksinim duyduğu konular hakkında bilgi verilmesi
- Ödevlendirme

Uygulama Aşamaları

- Oturuma bir önceki oturumun özetiyle başlandı. 1. aşamada verilen ev ödevindeki 'doğum algısını değiştirmenin yararlarını' gebenin fark etmesi sağlandı.
- Değişim konuşmasını başlatmak, değişime olan isteğini anlamak için önem ve güven cetvelleri kullanıldı (EK-7.2a, EK-7.2b).
- Karar dengesi bilançosu (EK-10) veya terazisi (EK-11) kullanılarak travmatik doğum algısının dezavantajları, değişimin avantajları, değişimle ilgili iyimserlik ve değişme niyeti ile ilgili sorular soruldu ve gebenin şu anki davranış ve hedefleri arasında var olan çelişkileri, gebenin zihninde açığa çıkarılarak karar dengesi ortaya çıkarıldı. Gebenin ambivalans duygularını farketmesi sağlandı.
- Gebe değişime hazır değilse, değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için uç noktaları sorgulandı ve geleceğe bakması sağlandı. Gebenin doğum algısını değiştirmesi

durumunda bebek ve anne için faydalarını görmesi sağlandı. Travmatik doğum algısını değiştirdiği takdirde daha çok kazanımının olacağı gösterilmeye çalışılarak bu davranışı giderildi. Gebeye doğum algısını değiştirmesi durumunda kendi ve bebeğinin sağlığını, bebeği ile kuracağı iletişiminin olumlu yönde etkileneceği, kendisinin daha mutlu olacağı hissettirilmeye çalışıldı.

- Doğum ile ilgili bilgi eksikliği varsa gebenin isteğine bağlı olarak konu ile ilgili bilgi verildi.
- Gebenin ev ödevi olarak değişimi başlatmak ve hızlandırmak için yapabileceği uygulamaları düşünmesi ve not etmesi istendi. Gebeden bebeği ile ilgili düşünceleri yazması ve bebeği ile ilk iletişim kuracağı andaki hislerini yazması istendi.

Oturumla İlgili Sorulabilecek Sorular

- Doğum yapmak sizin için ne kadar önemli?
- Sizi doğumla ilgili endişelendiren bir şey olsaydı o ne olurdu?
- Doğuma yönelik algınızı değiştirmeyi isteme nedenleriniz nelerdir?
- Travmatik doğum algınıza yönelik bir değişim yapmaya karar verdiyseniz, bunu yapabileceğinizi düşündüren nedir?
- Doğuma yönelik algınızı değiştirmek sizin için ne kadar önemli?
- Eğer değişimi yaparsanız hayal edebileceğiniz en iyi sonuçlar neler?
- Eğer değişmeye karar verirsiniz, ne gibi bir yol tercih edersiniz?
- Hiç değişim yapmadığınızı olduğunuz gibi devam ettiğinizi düşünün, şu andan itibaren doğum sonrasına kadar neler olabileceğini bekliyorsunuz?
- Merak ettiğiniz konular hakkında bilgi vermemi ister misiniz?

3. Oturum (Üçüncü Hafta):

Amaç: Değişimi konuşmak ve desteklemek

İçerik

- Gebenin motivasyonunu artırmak için gösterdiği ilerleme konusunda geri bildirim ve övgü verilmesi
- İlk iki oturum özetlenerek gebenin değişime ne kadar yakın ya da uzak olduğunun fark ettirilmesi
- Değişim konuşması yansıtılarak, değişim konuşmasının ayrıntılandırılması

- Gebe değişime hazırsa değişim planı yapılması
- Değişim için öğrenmek istediği yöntemler hakkında danışmanlık verilmesi
- Gebe değişime hazır değilse motivasyonun güçlendirilmesi
- Ödevlendirme

Uygulama Aşamaları

- Gebenin değişimin avantajlarını fark ederek, gebenin değişimi konuşması sağlandı. Değişim konuşmasını yansıtarak (gebenin söylediği cümlelerinden özetler sunarak) gebenin değişimi anlaması ve değişimin güçlendirilmesi sağlandı.
- Gebeye olumsuz doğum algısı ilerlemeden ve sorunları ciddileşmeden önce neler olduğunu fark etmiş olmasının, neler olduğunu fark eden ve bunun için bir şeyler yapan gebelerin ciddi zararların önüne geçebileceği söylenerek takdir edildi ve öz yeterliliği desteklendi.
- Gebe değişime hazırsa değişim planı yapıldı. Değişim planı, (1) Hedeflerin belirlenmesi, (2) Değişim seçeneklerinin belirlenmesi, (3) Bir plan yapılması (4) Bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren ortak karar alma süreci olacak şekilde yapıldı. Örneğin:

(1) Hedeflerin belirlenmesi; gebeye olumlu bir doğum deneyimi için ne yapmak istediği soruldu

(2) Değişim seçeneklerinin belirlenmesi; gebenin olumlu bir doğum deneyimi yaşayabilmesi için belirlediği yöntemler değerlendirildi

(3) Bir plan yapılması; gebe kendisi için uygun olan olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına yardımcı olabilecek yöntemler konusunda bilgilendirildi ve bu yöntemleri değerlendirerek kendisi için uygun olan bir yönleme karar vermesi sağlandı

(4) Bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren bir ortak karar alma süreci; gebenin planı onaylaması istendi

- Gebenin, bu süreçte kendisine yardımcı olabilecek destek kaynaklarını ve bunlardan nasıl yararlanabileceğini belirlemesi ve değişme yönelik duygularını yazması istendi
- Gebe değişime hazır değilse, ileriye dönerek motivasyonun güçlendirilmesi sağlandı.

Oturumla İlgili Sorulabilecek Sorular

- *Hedeflerin belirlenmesine yönelik sorular:* Doğuma yönelik değiştirmek istediğiniz şey nedir? Doğum algınızın nasıl farklı olmasını isterdiniz? Doğuma yönelik düşüncelerinizi değiştirmede tamamen başarılı olsaydınız ne değiştirdi? Bu düşüncenizin ya da hedefinizin peşinden gidip buna ulaşmış olsaydınız doğumunuz nasıl farklı olurdu?
- *Değişim seçeneklerinin belirlenmesine yönelik sorular:* Normal doğum yapanların başarıyla kullandığı çeşitli yöntemler mevcut. Siz bu yöntemlerden hangisini tercih ederdiniz? Sizce bu yöntemlerden sizin işinize hangileri daha çok yarar?
- *Bir plan yapılmasına yönelik sorular:* Öyleyse sizin özel olarak yapmayı planladığınız şey nedir? Buna nasıl başlayacaksınız? Sizce ilk adımınız ne olmalı? Demek ki siz yapmayı planlıyorsunuz. Öyleyse, şimdi bulunduğunuz yeri size tam olarak özetlememe izin verin. Farklı seçeneklerle ilgili bilgi istediniz ve bazı yöntemlerden bahsettik. Farklı seçenekleri değerlendirdiniz ve size göstermiş olduğum-önerdiğim yöntemlerle olumsuz doğum algınızı yenmeyi denemeyi istiyorsunuz. Öyleyse yapacağınız şey size bilgi verdiğim konularda önerdiğim materyalleri okumak veya uygulamak ve neler yaptığınızı görmem için bir hafta sonra buraya geri gelmek.
- *Bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren ortak karar alma sürecine yönelik sorular:* Yapmak istediğiniz şey bu mu? Kararınızı verdiniz mi?
- Olumsuz doğum algınızın devam etmesi durumunda neler olabilir?

4. Oturum (Dördüncü Hafta): Değerlendirme

Amaç: Değişim planına bağlılığının sürdürülmesi, değerlendirme, motivasyonel görüşme döngüsünün tamamlanması

İçerik

- Gebenin değişim planının uygulanması ile ilgili olumsuz deneyimlerinin konuşulması
- Gebenin devam eden ambivalansı varsa konuyla ilgili konuşulması ve danışanın konu ile ilgili kişisel kontrolünün vurgulanması
- Gebenin değişim planının uygulanması ile ilgili olumlu deneyimlerin konuşulması
- Gebenin başarısı için takdir edilmesi

Uygulama Aşamaları

- Gebenin uyguladığı değişim planının sonuçlarını konuşması istendi. Olumlu deneyimlerinden bahsederken takdir edildi. Olumsuz deneyimlerinin nedenlerini farketmesi sağlandı.
- Gebenin hiç bir şeyi değiştirmek zorunda olmadığı, eğer değiştirmek isterse bunun olacağı söylenerek kişisel kontrolü vurgulandı ve bağlılığı sürdürme isteğini tekrarlaması sağlandı.
- Gebeye değişimi ile ilgili özetleme yapılarak geldiği noktadan mutlu olunduğu söylenerek desteklendi.

Oturumla İlgili Sorulabilecek Sorular

- Geçtiğimiz haftadan itibaren değişim planınızı uygulamaya başladınız. Sizce nasıl gitti?
- Değişim planınızı uygularken zorlandığınız bir nokta oldu mu?
- Olumsuz giden şey nedir sizce? Nedeni ne olabilir? Hala biraz kaygılı görüyorum sizi, sizi kaygılandıran şey nedir?
- İsteddiğiniz şey bu mu?
- Geldiğimiz noktaya bakınca, artık bir şeyler yapmaya başladınız ve doğuma yönelik duygularınızın daha olumlu olduğunu söylediniz. Bu benide oldukça mutlu etti. Bundan sonraki süreçte kendiniz istediğiniz sürece bunu sürdürebilirsiniz. Tıpkı şu ana kadar nasıl geldiysek.

Tablo 3.1. Motivasyonel Görüşme Oturumlarının Gündem Maddeleri

Oturumlar	Oturum Gündemi
1. Oturum (Birinci hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Tanışma- Motivasyonel görüşme için gündem belirleme- Doğum hakkındaki görüşleri- Gebenin travmatik doğum algısını değiştirmeye yönelik niyetinin belirlenmesi- Gebe ile birlikte olumsuz doğum algısına neden olan faktörlerin belirlenmesi- Gebenin travmatik doğum algısını değiştirmeye verdiği önem, güven ve yeterliliğinin belirlenmesi- Ödevlendirme
2. Oturum (İkinci hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Önceki oturumun özeti- Değişim konuşmasını başlatma- Değişim için karar dengesini ortaya çıkarma- Öz yeterliliği destekleme- Çelişkilerin ortaya çıkarılması- Değişim için motivasyonu yükseltme
3. Oturum (Üçüncü hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Önceki oturumun özeti- Değişimin yararlarını fark ettirme, yansıtma- Değişimi destekleme- Değişim planının oluşturulması
4. Oturum (Dördüncü hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Önceki oturumun özeti- Değişim planı oluşturulduysa uygulamayla ilgili olumlu ve olumsuz deneyimlerin konuşulması- Değişimin devamının desteklenmesi- Değerlendirme

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin travmatik doğum algısı ve doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyleri.

Bağımsız Değişkenler: Gebeye ait bazı tanımlayıcı özellikler (yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu), gebeliğine ait özellikler (gebelik haftası, gebeliği planlama durumu) araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 20.0 (Statistical Packet for the Social Science) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin istatistiksel analizlerinde numerik verileri değerlendirmek amacıyla ortalama ve standart sapma, nominal verilerin (demografik) değerlendirmek için ise frekans ve yüzde değerler kullanıldı. Nominal verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Numerik verilerin değerlendirilmesinde ise ilk olarak değişkenlerin normal dağılım gösterme koşullunu sağlayıp sağlamadığı Kolmogrow-Smirnov testi ile araştırıldı. Veriler normal dağılım gösterdiği için, iki grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda t testi, grup içi karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (EK-8) (Karar no: 2019/451) ve Elazığ İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler (EK-9) (Sayı no: E.483) alındı. Araştırmaya alınan her gebe kadına araştırma hakkında bilgi verilerek ve araştırmayı kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı onayları alındı (EK-5). Gebe kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtildi. Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi” gereğince korunacağı söylendi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtildi. Kontrol grubundaki isteyen gebelere veri toplama aşaması bittikten sonra araştırmacı tarafından doğum eylemine yönelik danışmanlık yapıldı.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=83)		Kontrol Grubu (n=83)		Test
	n	%	n	%	
Yaş (yıl)					
18-23	25	30.1	15	18.1	X ² =5.303
24-29	48	57.8	49	59.0	p=0.071
≥ 30	10	12.1	19	22.9	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim mezunu	19	22.9	27	32.5	X ² =3.205
Ortaöğretim mezunu	27	32.5	18	21.7	p=0.201
Üniversite ve üzeri mezun	37	44.6	38	45.8	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	19	22.9	34	41.0	X ² =6.236
Çalışmıyor	64	77.1	49	59.0	p=0.013*
Meslek grubu					
Memur	9	47.36	18	52.9	X ² =6.336
İşçi	10	52.64	16	47.1	p=0.041
Gelir düzeyi algılama					
Düşük	12	14.5	20	24.1	X ² =2.746
Orta	65	78.3	56	67.5	p=0.253
Yüksek	6	7.2	7	8.4	
Aile tipi					
Çekirdek aile	77	92.8	68	81.9	X ² =4.416
Geniş aile	6	7.2	15	18.1	p=0.036*

* p < 0.05

X²=Ki-kare testi

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması verildi. Deney grubundaki gebelerin %57.8’inin, kontrol grubunun %59.0’ının 24-29 yaş arasında olduğu; deney grubundaki gebelerin %44.6’sının, kontrol grubunun %45.8’inin üniversite ve üzeri mezunu olduğu; deney grubundaki gebelerin %77.1’inin, kontrol grubunun %59.0’ının çalışmadığı; deney grubundaki gebelerin %78.3’ünün, kontrol grubunun %67.5’inin orta düzeyde gelire sahip olduğu ve deney grubundaki gebelerin %92.8’inin, kontrol grubunun %81.9’unun çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin çalışma durumu ve aile tipi açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0.05); gebelerin yaş, eğitim düzeyi, meslek grubu ve gelir düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=83)		Kontrol Grubu (n=83)		Test
	n	%	n	%	
Gebelik sayısı					
Primigravida	68	81.9	57	68.7	$X^2=3.919$
Multigravida	15	18.1	26	31.3	p=0.048*
Gebelik haftası					
28-34	44	53.0	46	55.4	$X^2=0.097$
≥ 35	39	47.0	37	44.6	p=0.755
Düşük öyküsü					
Var	15	18.1	26	31.3	$X^2=3.919$
Yok	68	81.9	57	68.7	p=0.048*
Gebeliği planlama durumu					
Planlı	60	72.3	66	79.5	$X^2=1.186$
Plansız	23	27.7	17	20.5	p=0.276

* p < 0.05

X^2 =Ki-kare testi

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması verildi. Deney grubundaki gebelerin %81.9’unun, kontrol grubunun %68.7’sinin primigravida olduğu; deney grubundaki gebelerin %53’ünün, kontrol grubunun %55.4’ünün 35. gebelik haftası veya üzerinde olduğu; deney grubundaki gebelerin %81.9’unun, kontrol grubunun %68.7’sinin daha önce düşük yaptığı; deney grubundaki gebelerin %72.3’ünün, kontrol grubunun %79.5’inin gebeliğinin planlı olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki gebelik sayısı ve düşük öyküsü açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0.05); gebelerin gebelik haftası ve gebeliğin planlı olma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05).

Tablo 4.3. Deney grubundaki gebelerin MG öncesi ve sonrası TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=83)

Ölçekler	MG Öncesi	MG Sonrası	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
TDAÖ	73.63±17.51	33.57±19.39	t=17.650 p=0.000*
DÖYÖ Toplam	181.93±47.32	285.03±33.35	t=19.126 p=0.000*
Sonuç Beklentisi	111.42±33.08	147.24±17.16	t=10.253 p=0.000*
Yeterlilik Beklentisi	70.51±24.48	137.79±19.74	t=20.600 p=0.000*

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
DÖYÖ: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği
t= Bağımlı gruplarda t-test
* p < 0.001
SS= Standart Sapma

Deney grubundaki gebelerin MG öncesi ve sonrası TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de verildi. TDAÖ puan ortalaması MG öncesi 73.63±17.51 iken, MG sonrası 33.57±19.39 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001). DÖYÖ toplam puan ortalaması MG öncesi 181.93±47.32 iken, MG sonrası 285±33.35 olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001). Sonuç beklentisi alt boyutu puan ortalaması MG öncesi 111.42±33.08, MG sonrası 147.24±17.16 olduğu; yeterlilik beklentisi alt boyutu puan ortalaması MG öncesi 70.51±24.48, MG sonrası 137.79±19.74 olduğu ve tüm alt boyutların toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.001).

Tablo 4.4. Kontrol grubundaki gebelerin ilk görüşme ve son görüşme TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=83)

Ölçekler	İlk Görüşme	Son Görüşme	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
TDAÖ	78.57±23.25	80.27±22.18	t= 1.339 p=0.184
DÖYÖ	182.69±54.25	186.46±46.66	t= 0.977 p=0.331
Sonuç Beklentisi	101.75±37.08	107.79±31.34	t= 2.191 p=0.031*
Yeterlilik Beklentisi	80.93±30.27	78.67±28.77	t= 0.977 p=0.320

TDAÖ: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
DÖYÖ: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği
t= Bağımlı gruplarda t-test
* p < 0.05
SS= Standart Sapma

Kontrol grubundaki gebelerin ilk görüşme ve son görüşme TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de verildi. Gebelerin ilk görüşmede TDAÖ puan ortalaması 78.57±23.25 iken, son görüşmede puan ortalamasının 80.27±22.18 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05). İlk görüşmede DÖYÖ toplam puan ortalaması 182.69±54.25 iken, son görüşmede puan ortalamasının 186.46±46.66 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05). Sonuç beklentisi alt boyutu ilk görüşmede puan ortalaması 101.75±37.08 iken, son görüşmede puan ortalamasının 107.79±31.34 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.05); yeterlilik beklentisi alt boyutu ilk görüşmede puan ortalaması 80.93±30.27 iken, son görüşmede puan ortalamasının 78.67±28.77 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk görüşme ve son görüşme TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Deney Grubu (n= 83)	Kontrol Grubu (n= 83)	Test	Deney Grubu (n= 83)	Kontrol Grubu (n= 83)	Test
	İlk Görüşme (Ort±SS)			Son Görüşme (Ort±SS)		
TDAÖ	73.63±17.51	78.57±23.25	t= 1.545 p=0.124	33.57±19.39	80.67±22.18	t=14.439 p=0.000*
DÖYÖ Toplam	181.93±47.32	182.69±54.25	t= 0.096 p=0.924	285.03±33.35	186.46±46.66	t=15.654 p=0.000*
Sonuç Beklentisi	111.42±33.08	101.75±37.08	t=1.771 p=0.078	147.24±17.116	107.79±31.34	t=10.057 p=0.000*
Yeterlilik Beklentisi	70.51±24.48	80.93±30.27	t= 2.438 p=0.016*	147.79±19.74	78.67±28.77	t=15.432 p=0.000*

TDAÖ= Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
DÖYÖ= Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği
t= Bağımsız gruplarda t-test
* p < 0.001
SS= Standart Sapma

Tablo 4.5’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk görüşme ve son görüşme TDAÖ ve DÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Deney grubundaki gebelerin ilk görüşmede TDAÖ puan ortalaması 73.63±17.51, kontrol grubunun puan ortalaması 78.57±23.25 olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05). Son görüşmede deney grubundaki gebelerin TDAÖ puan ortalaması 33.57±19.39, kontrol grubunun puan ortalaması 80.67±22.18 olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001).

Deney grubundaki gebelerin ilk görüşmede DÖYÖ puan ortalaması 181.93±47.32, kontrol grubunun puan ortalaması 182.69±54.25 olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05). Son görüşmede deney grubundaki gebelerin puan ortalaması 285.03±33.35, kontrol grubunun puan ortalaması 186.46±46.66 olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,001).

Deney grubundaki gebelerin ilk görüşmede sonuç beklentisi puan ortalaması 111.42±33.08, kontrol grubunun puan ortalaması 101.75±37.08 olup, ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). Son görüşmede deney grubundaki gebelerin puan ortalaması 147.24±17.116, kontrol grubunun puan ortalaması 107.79±31.34 olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Deney grubundaki gebelerin ilk görüşmede yeterlilik beklentisi puan ortalaması 70.51±24.48, kontrol grubunun puan ortalaması 80.93±30.27 olup, ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Son görüşmede deney grubundaki gebelerin puan ortalaması 147.79±19.74, kontrol grubunun puan ortalaması 78.67±28.77 olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin TDAÖ puanına göre ilk görüşme ve son görüşmedeki travmatik doğum algısı düzeylerinin karşılaştırılması

	TDAÖ Düzeyi	Deney Grubu (n=83)		Kontrol Grubu (n=83)		Test
		n	%	n	%	
İlk Görüşme	Orta (53-78)	53	63.9	48	57.8	
	Yüksek (79-104)	25	30.1	21	25.3	$X^2=4.859$
	Çok yüksek (105-130)	5	6.0	14	16.9	$p=0.088$
Son Görüşme	Çok düşük (0-26)	37	44.6	0	0	
	Düşük (27- 52)	30	36.1	3	3.6	$X^2=105.075$
	Orta (53-78)	14	16.9	45	54.2	$p=0.000^*$
	Yüksek (79-104)	2	2.4	21	25.3	
	Çok yüksek (105-130)	0	0	14	16.9	

TDAÖ= Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

X^2 =Ki-Kare testi

* $p < 0.001$

Tablo 4.6’da deney ve kontrol grubundaki gebelerin TDAÖ puanına göre ilk görüşme ve son görüşmedeki travmatik doğum algısı düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır. İlk görüşmede deney grubundaki gebelerin %63.9’u orta, %30.1’i yüksek, %6’sı çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahip olup, kontrol grubundaki gebelerin %57.8’i

orta,%25.3'ü yüksek, %16.9'u çok yüksek travmatik doğum algısına sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Son görüşmede deney grubundaki gebelerin %44.6'sı çok düşük, %36.1'i düşük, %16.9'u orta, %2.4'ü yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahip olup, kontrol grubundaki gebelerin 3.6'sı düşük, %54.2'si orta, %25.3'ü yüksek, %16.9'u çok yüksek travmatik doğum algısına sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).



5. TARTIŞMA

Doğumun travmatik olarak algılanması kadının doğum tercihini, doğum memnuniyetini, emosyonel durumunu olumsuz etkilerken, doğum konusunda da kendine olan öz güvenini negatif yönde etkileyebilmektedir (15, 41-44). Travmatik doğum algısını değiştirmek gebeliğin olumlu deneyimlerle tamamlanmasını sağlayacaktır (139). Literatürde travmatik doğum algısı ve özyeterliliği değiştirmede daha önce motivasyonel görüşmeler kullanılmamış olsada, birçok psikoterapi yönteminin (doğum eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim vb) doğuma yönelik algının değişmesinde yararlı olduğu bildirilmiştir (60, 113, 138). Bu nedenle araştırmada, travmatik doğum algısı olan nullipar gebelerde motivasyonel görüşmelerin doğum algısı ve doğum özyeterliliğine etkisi incelendi.

Bu araştırmada motivasyonel görüşme uygulanan deney grubundaki gebeler ve herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi travmatik doğum algısı düzeyi ve doğum özyeterlilik düzeyi benzerdi (Tablo 4.5). Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum algısı ve doğum özyeterliliği yönünden homojen olduğunu göstermektedir. Araştırmada gebelerin alınma kriterleri arasında yer alan orta düzeyde travmatik doğum algısına sahip olma ve iki grubunda nulliparlardan oluşması doğum algısı ve doğum özyeterliliği yönünden benzer özellik göstermesinin nedeni olabilir.

Araştırmaya alınan deney grubundaki gebelere araştırmacı tarafından, dört hafta süresince haftada bir motivasyonel görüşmeler yapıldı. Motivasyonel görüşme öncesi ve sonrasında yapılan ölçümlerde gebelerin travmatik doğum algısının girişim sonrası önemli düzeyde düştüğü belirlendi (Tablo 4.3). Travmatik doğum algısındaki bu düşme motivasyonel görüşmelerin, doğum hakkındaki belirsizlikleri çözerek gebenin olumsuz doğum algısındaki değişime olan direncini kırmasının bir sonucu olabilir (148). Motivasyonel görüşme oturumları değişime ve işbirliğine dayalı, hedefe yönelik bir danışmanlık sürecidir. Motivasyonel görüşmeler danışanın fikirlerinin kabulü, gereksinimlerinin önceliklendirilmesi, işbirliği yapılması, danışanın motivasyonunun artırılması ve kararsızlıkların giderilmesini içerir (149). Danışman danışanın davranış değişikliği (olumsuz düşünceler, korku, anksiyete) konusundaki kararsızlıklarını çözmelerine yardımcı olurken, değişim için motivasyonlarını ve değişime bağlılıklarını da sürekli teşvik eder (149). Gebelikteki doğum korkusu varlığı ve olumsuz doğum algısı gibi faktörler de annenin kararsızlıkları ile ilgilidir (150). Bu nedenle, bu araştırmada motivasyonel görüşme yöntemi içinde kullanılan kararsızlıkların

çözümlemesi, gebenin kaygıları ile ilgili açık uçlu sorular sorma, motivasyonun yükseltilmesi, aktif bir şekilde dinleme, gebelerin ihtiyaç duydukları bilgileri verme ve değişim için cesaretlendirme travmatik doğum algısının azalmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Araştırmada, motivasyonel görüşme sonrası deney grubundaki gebelerin travmatik doğum algısı düzeyleri, kontrol grubundaki gebelere göre daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4.5). Ayrıca motivasyonel görüşme öncesi deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğu orta düzeyde travmatik doğum algısına sahipken (sırasıyla %63.9, %57.8), motivasyonel görüşmeler sonrası deney grubundaki gebelerin %44.6'sının çok düşük düzeyde, kontrol grubundaki gebelerin ise %54.2'sinin orta düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu ve gruplar arasında önemli fark olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Literatürde motivasyonel görüşmelerin doğum algısına etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak motivasyonel görüşmeler uygulanarak doğum korkusu, gebelik anksiyetesi gibi farklı parametreler değerlendirilmiştir. Motivasyonel görüşme uygulanan ve olağan bakım alan gebelerle yapılan çalışmada, 26-33 haftalar arasındaki primipar gebelerde doğum korkusu düzeyinin, motivasyonel görüşme sonrası deney grubunda önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir (144). Aynı çalışmada motivasyonel görüşme uygulanan deney grubundaki gebelerin anksiyetesinin önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir (144). Motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada da, doğum korkusunun deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (151). Anksiyete bozukluğuna yönelik bilişsel davranışçı terapi destekli motivasyonel görüşmelerin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, motivasyonel görüşmelerin oldukça yararlı olduğu bildirilmiştir (152). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Bu bulgulara dayanarak 'H₁: Travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmeler travmatik doğum algısını azaltır' hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmada deney grubundaki gebelere uygulanan motivasyonel görüşmeler sonrası deney grubundaki gebelerin doğum özyeterlilik düzeylerinin girişim sonrası önemli düzeyde arttığı (Tablo 4.3), kontrol grubu ile aralarında önemli fark olduğu belirlendi (Tablo 4.5). Motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğumda özyeterliliğe etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 37 gebeden oluşan müdahale grubundaki gebelerin eğitim sonrası doğum özyeterlilik, sonuç ve yeterlilik alt beklentilerinin girişim sonrası anlamlı düzeyde arttığı, kontrol grubu ile aralarında önemli fark olduğu belirlenmiştir (151). Sonuçların benzerliği birkaç hipotezle açıklanabilir. Birincil olarak görüşme yöntemlerinin

aynı olmasının yanında, görüşme yönteminin odaklandığı yönlerin benzer olması ile açıklanabilir. İkincil olarak ise bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin benzerliği ile açıklanabilir. Bununla birlikte, farklı bir çalışmada, motivasyonel görüşme ve olağan bakım alan primipar gebelerde doğum sadece DÖYÖ kısa versiyonu yeterlilik beklentisi alt boyutuyla değerlendirilmiş ve motivasyonel görüşme uygulanan gruba olağan bakım alan grubun özyeterlilikleri arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışmada araştırmacı kadınların doğum özyeterliliklerinde fark bulunmamasını motivasyonel görüşmeler sırasında daha çok doğum korkusuna neden olan fiziksel semptomlara odaklanmasından kaynaklanabileceğini ve motivasyonel görüşmelerin süresinin yetersizliğine bağlanmıştır (144). Özyeterlilik bireylerin motivasyonlarından etkilenmektedir (125). Son kanıtlar motivasyonel görüşmelerin özyeterliliği artırdığını desteklemektedir (153).

Bu bulguya dayanarak ‘H₂: Travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmeler doğum özyeterliliğini artırır’ hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmada kontrol grubundaki gebeler 4 haftalık süreç içinde rutin hastane bakımına devam etmişlerdir. Kontrol grubunda öntest sontest puan ortalamaları karşılaştırıldığında gebelerin doğum algısı ve özyeterliliklerinde fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.4). Ülkemizde gebelikte en az dört izlem yapılmaktadır. Bu izlemlerin sadece son iki tanesi son trimestir içinde yapılmakta ve çalışmamıza alınan gebelerin haftaları ile uyum göstermektedir. Ancak izlemlerin içeriğine bakıldığında öykü alma, fiziki muayene laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi, uygulanacak ilaçlar ve bağışıklama, danışmanlık konularını içermektedir. Danışmanlık konuları ise fetus hareketlerinin hissedilememesi, hızlı kilo alımı, doğum eylemi ve doğum, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlanması, anne sütü ve emzirme, postpartum aile planlaması danışmanlığı konularını içermektedir (154). Yapılan izlemlerin hekim tarafından yapıldığı ve doğum korkusu veya özyeterliliğini azaltmaya yönelik danışmanlık, eğitim gibi yöntemlerden uzak olduğu gerçeği, kontrol grubunda ölçümler arasında fark olmamasını açıklamaktadır. Bu çalışmada sonuç beklentisi alt boyutunda ise öntest sontest puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlendi. Bu farkın dört haftalık süre içinde doğum ile ilgili bazı bilgilere ulaşabilme ihtimalinin sonucu olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Travmatik doğum algısı olan nullipar gebelerle yapılan motivasyonel görüşmelerin travmatik doğum algısı ve doğum özyeterliliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada;

- Deney grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme sonrası TDAÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre azaldığı ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.
- Deney grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme sonrası DÖYÖ toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.
- Deney grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme sonrası sonuç beklentisi toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.
- Deney grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme sonrası yeterlilik beklentisi puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.
- Deney grubundaki gebelerin motivasyonel görüşme sonrası travmatik doğum algısı düzeylerinin önemli düzeyde düştüğü ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ebelerin travmatik doğum algısı olan gebelere verilen danışmanlığa, motivasyonel görüşme yöntemini dahil etmeleri,
- Ebelerin travmatik doğum algısı olan gebelerin özyeterliliğini artırmaya yönelik verilen danışmanlığa, motivasyonel yöntemini dahil etmeleri,
- Motivasyonel görüşme yönteminin, gebelere primer sağlık hizmeti verilen Aile Sağlığı Merkezleri gibi yerlerde doğum öncesi bakımda rutin olarak kullanılması,
- Motivasyonel görüşmelerin TDA'sını ve doğum özyeterliliğini azaltmaya yönelik farklı gruplarda (primiparlar, multiparlar gibi) uygulandığı çalışmaların yapılması
- Travmatik doğum algısını azaltmaya yönelik MG'lerin uygulandığı farklı çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. İşbir GG, İnci F. Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *KASHED* 2014, 1: 29-40.
2. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery* 1996, 12: 48-61.
3. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with woman. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015, 15(251): 1-8.
4. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 2009, 25: 49-59.
5. Etheridge J, Slade P. "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017, 17 (80): 1-15.
6. Beck TC, Watson S. Impact of birth trauma on breastfeeding: a tale of two pathways. *Nursing Research* 2008, 57(4): 22-236.
7. Aydın N, Yıldız H. Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences* 2018, 15(1): 604.
8. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004, 31(1): 17-27.
9. Dahlen HG, Barclay LM, Homer CSE. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in. *Australia Midwifery* 2010, 26(1): 53-63.
10. Soet EJ, Brack AG, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003, 30(1): 36-46.
11. Creedy KD, Sochet MI, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000, 27(2): 105-11.
12. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum "hotspots." *Psychology and Health*, 2012, 27(10): 1166-77.
13. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2014, 30(2): 255-61.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı* 2017.

15. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery* 2014, 30(2): 185–93.
16. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2009, 29(1): 206–14.
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye 2019 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 21 Mayıs 2020. Son erişim tarihi: 11.10.2020
18. Yalnız DH, Etki GR. Travmatik doğumun önlenmesinde ebeğin rolü. *NWSALS* 2019, 14(3): 64-73.
19. Yalnız H, Canan F, Genç RE, Kuloğlu MM, Geçici Ö. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi, 2016, 8(3): 81–8.
20. B Enjazab, Z Farajzadegan, F Taleghani, A Aflatoonia. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors. *Int J Prev Med* 2012, 3(1): 197-8.
21. Walters JA, Courtney PH, Cameron TH. Engaging general practicenurses in chronicdisease self-managementsupport in Australia: insightsfrom a controlledtrial in chronicobstruc-tivepulmonarydisease. *Aust J Prim Health* 2012, 18(1): 74-9.
22. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. *J Healthc Qual* 2003, 25(3): 46.
23. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cognit Psychother* 1995, 23(4): 325- 34.
24. Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009, 2(2): 41-3.
25. Group PCIR. Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: a study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics* 2003, 111: 1131.
26. Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2007, 32(1): 1–10.
27. Stotts AL, DeLaune KA, Schmitz JM, Grabowski J. Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. *Addict Behav* 2004, 29(8): 1649–57.

28. Lindhardt CL, Rubak S, Mogensen O, Hansen HP, Goldstein H, Lamont RF et al. Healthcare professionals experience with motivational interviewing in their encounter with obese pregnant women. *Midwifery* 2015, 31(7): 678–84.
29. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017,17(21): 1
30. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. *İ.U.F.N. Hem. Derg*, 2011, 19(1): 45-53.
31. Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. *Journal of Nursing Management* 2010, 18 (4): 383–90.
32. Türk Dil Kurumu 2020 <https://sozluk.gov.tr/>, Son Erişim Tarihi: 11 Kasım 2020.
33. American Psychiatric Association DSM-5. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5>. Son Erişim Tarihi: 1 Ekim 2020.
34. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009. Report No.: (SMA) 09-4426.
35. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, 1994. Washington, DC: American Psychiatric Association.
36. Yıldırım G, Sahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7: 14-20.
37. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. WHO; Geneva, Switzerland 2019.
38. Ford E, Ayers S. Stressful Events and Support During Birth: The Effect on Anxiety, Mood and Perceived Control. *J Anxiety Disord*, 2009, 23(2): 260- 8.
39. Uludağ E, Mete S. Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2014, 3(2): 22-9.
40. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2017, 22(3): 219-24.
41. Alcorn KL, O’Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 2010, 40(11): 1849–59.

42. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, Stramrood C, Thomson G, Slade P. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol.* 2015, 33(3): 219–37.
43. James S. Women’s experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Arch Womens Ment Health.* 2015, 18(6): 761–71
44. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour: a cohort study. *Midwifery* 2016, 32: 87–92.
45. Garthus-Niegel S, VonSoest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health* 2013, 16(1): 1-10
46. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12: 88.
47. Aktaş S. Multigravidas’ perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science* 2018, 7(1): 1.
48. Şahin M. Gebelerde Travmatik Doğum Algısı Ve Anne Bağlanması İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2020.
49. Atan ŞU, Ozturk R, Satir DG, Çalim S.I, Weller BK, Amanak K, Saruhan A, Şirin A, Akercan F. Relation between mothers’ types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study *Sexual & Reproductive Healthcare* 2018, 18: 13-8
50. Garthus N, Knoph C, vonSoest T, Nielsen CS, Eberhard GM. The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth* 2014, 41(1): 108-15
51. Mongan MF. *Hypnobirthing Mongan Yöntemi*, 2. Baskı. İstanbul: Gün Yayıncılık, 2012: 61-5.
52. Kömürcü N. *Doğum ağrısı ve yönetimi*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.

53. Salomonsson B. *Fear is in the air Midwives' perspectives of fear of childbirth and childbirth self-efficacy and fear of childbirth in nulliparous pregnant women*, Linköping, Sweden, LiU Tryck, 2012: 46-9.
54. Nilsson C, Lundgren İ. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009, 25(4): 1-9.
55. MacDonald S, Magill CJ. *Mayes' Midwifery* 14th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall Elsevier 2015.
56. Quine L, Rutter DR, Gowen S. Women's satisfaction with the quality of the birth experience: a prospective study of social and psychological predictors. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1993, 1 (2): 107-13.
57. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004, 31(1): 17-27.
58. Manav F. Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 2011, 5(9): 201-11.
59. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes AK and Alehagen S. Fear of Childbirth in Obstetrically Low-Risk Nulliparous Women in Sweden and Denmark. *J Reprod Infant Psychol* 2008, 26(4): 340-50.
60. Uçar T, Gölbaşı Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2019, 40(2): 146-55.
61. Aksoy AN. Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODU J Med* 2015, 2: 161-5.
62. Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: When fear of childbirth 98 prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2013, 1(1): 1-18.
63. Hofberg K, Brockington F. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *BJP* 2000, 176: 83-5.
64. Korukçu O, Kukulu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women *JPMNH* 2012, 19(3): 193-202.
65. Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012, 20(3): 210-12.
66. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery Journal*, 2011, 27(4): 560-7.

67. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. Research Article. *Nursing Research and Practice*, 2013, 2013: 349124.
68. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud LC. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 2019, 32(2): 99–111.
69. Y Başkaya, FD Sayiner. Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları *HSP* 2018, 5(1): 113-9.
70. Chapman V, Charles C. *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*, 3th ed. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
71. Doğum ve sezeryan yönetim rehberi 2010 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407,dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf?0> Son erişim tarihi: 12 Mayıs 2020.
72. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery* 2006, 22(1): 56–65.
73. Astrid NM, U Högberg, B Lundman. The negative birth experience of prolonged labour: a case–referent study. *J Clin Nurs* 2005, 14(5): 579-86.
74. NÇ Bilgin, B Ak, DC Potur, F Ayhan. Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler *HSP* 2018, 5(3): 342-52.
75. Almagro JR, Martínez AH, Almagro DR, García JMQ, Galiano JMM, Salgado JG. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16(9): 1654.
76. Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N, Lembet A. Vajnal doğumlarda rutin epizyotomi uygulamasının gerkeliliği üzerine bir prospektif randomize çalışma. *T klin J gynecol Obst* 2002, 12: 16-9.
77. Dündar Ö, Çiftpinar T, Yörük P, Tütüncü L, Müngen E, Yergök YZ, Effects of Timing of Episiotomy Repair on Maternal Blood Value. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2009, 26(3): 203-7.
78. Uysal B. Kadınların Doğum Deneyimi Ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2017.
79. Özcan Ş, Aslan E. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *İ.Ü.F.N.Hem. Derg* 2015, 1: 41-8.

80. Perera YAG, Fernando TRN. Comparison of episiotomy rates, practice of analgesia and the maternal complications within first 24 hours at two tertiary care units : a comparative, descriptive and a retrospective study. *Sri Lanka J Obstet Gynaecol.* 2013, 35: 10–5.
81. Leal I, Lourenço S, Oliveira R, Carvalheira A, Maroco J. Sexual function in women after delivery: Does episiotomy matter? *Health.* 2014, 6: 356–63.
82. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women *Midwifery* 2011, 27(6): 238-45.
83. Oluwasola TAO, Folasade A. Knowledge and Perception of Pregnant Women to Episiotomy in Ibadan. *Journal Of Basic And Clinical Reproductive Sciences* 2017, 6(2): 64-8.
84. Majoko F, Gardener G. Trial of instrumental delivery in theatre versus immediate caesarean section for anticipated difficult assisted births. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 2012(10): 1-7.
85. Çetin O, Zebitay AG, Yücel O, Şen C, Uludağ S, Çetin İD. Operatif vajinal doğum: Beş yıllık deneyim *Perinatoloji Dergisi* 2012, 20(2): 55-8.
86. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12: 55.
87. Aktaş S, Aydın R. Fundal Bası Uygulamasının Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkisi ve Bu Uygulamada Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları. *GÜSBD* 2018, 7(3): 86-92.
88. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure for shortening the second stage of labour (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006, 7(4): CD006067.
89. Posner GD, Dy Jessica, Black AY, Jones GD. *Oxorn-Foote Eylem & Doğum* 6. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi 2014.
90. Kelly AJ, Alfirevic Z, Ghosh A. Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, 12(11): CD007372.

91. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 9(5): CD004945.
92. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 2014(6): CD001338.
93. Finucane EM, Murphy DJ, Biesty LM, Gyte GML, Cotter AM, Ryan EM, Boulvain M, Devane D. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, 2020(2): CD000451.
94. Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans JD, Storey M, Morgan G. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG* 2009, 16(1): 1622-32.
95. Cömert N, Yıldırım G, Güngördük K, Aktaş FN, Ark HC. Elektronik Fetal Kalp Hızı Monitörizasyonu: Normal Monitör, Fetal Stres, Fetal Distres ile İlişkili Erken Neonatal Sonuçlar. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007, 17(3): 186-95.
96. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Köse MR. Türkiye’de Bebek Ölüm Nedenlerinin ve Ulusal Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2013, 56: 105-21.
97. Başgöl Ş, Kızılkaya BN. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2015, 5(2): 32-9.
98. Karaman ÖE, Yıldız H. Freedom of Movement during Labor: How? What does it Provide? What is the Role of Obstetrics and Gynecology Nurses? *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2018, 10(1): 78–87.
99. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 5(3): 66–71.
100. Baldisserotto ML, Filha MMT, Da Gama SGN. Good practices according to WHO’s recommendation for normal labor and birth and women’s assessment of the care received: the “birth in Brazil” National Research Study, 2011/2012. *Reprod Health* 2016, 13(3): 124.
101. Koç E, Şahin N. Doğum Eyleminde Beslenme *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2016, 47(4): 124-7.
102. O’Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ* 2009, 338: 784.

103. Hunt L. Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal of Midwifery* 2013, 21(7): 1.
104. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 124-5.
105. Armstrong TS, Johnston IG. Which women want food during labour? Results of an audit in a Scottish DGH. *Health Bulletin* 2000, 58(2): 141-4.
106. Rosen P. Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *J Midwifery Womens Health*. 2004, 49(1): 24-31.
107. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017, 7(7): CD003766.
108. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *JOGNN*. 2008, 37(1): 106-15.
109. HN Şimşek, H Demirci, N Bolsoy. Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2018, 8(2): 97-103.
110. Hodnett ED, Stremler R, Weston JA, Mckeever P. Re-conceptualizing the hospital labor room: the Place (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) pilot trial. *Birth* 2009, 36(2): 159-66.
111. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 2012(8): CD000012.
112. Altıparmak S, Coşkun AM. Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 2016, 13(2): 2610-24.
113. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, Lumbiganon P, Gruen RL, Betran AP. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 9(9): CD005528.
114. GG İsbir, F İnci, H Önal, PDYıldız. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res* 2016, 32: 227-32.
115. Mehdizadeh A , Roosta F , Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the Impact of Birth Preparation Courses on the Health of the Mother and the Newborn. *Am J Perinatol* 2005, 22(1): 7-9.

116. Mete S, Çiçek Ö, Tokat MA, Çamlıbel M, Uludağ E. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2017, 9(3): 201-6.
117. Duran ET, Atan ŞÜ Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Derg* 2011, 21(3): 83-8.
118. Chen H, Tan D. Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health *Front. Psychol.* 2019, 10: 351.
119. Yanıkkereem E, Göker A, Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi* 2013, 29(2): 75-81.
120. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *HUHEMFAD* 2008, 15(1): 32-46.
121. Büyükbayrak EE, OO Kaymaz, Kars B, Karsıdag AY Cesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010, 30(2): 155-8.
122. Fenwick J, Midhons LS, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010, 26(4): 394-400.
123. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson, I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006, 85(1): 551-60.
124. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84: 191-215.
125. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 21(4): 301-8.
126. Uysal İ, Kösemen S. Öğretmen adaylarının genel öz-yeterlilik inançlarının incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2013, 2(2): 3-10.
127. Ip WY, Chan D, Chien WT. Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 51(6): 625-33.
128. Ersoy Y. Doğum Eylemin Öz yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2011.
129. Bümen N, Özaydın TE. Adaylıktan Göreve Öğretmen Özyeterliliği ve Öğretmenlik Mesleğine Yönelik Tutumlardaki Değişimler. *Eğitim ve Bilim* 2013, 38: 169.

130. Bandura A. *Self-efficacy in changing societies*, 3th ed. New York, Cambridge University Press, 1997: 1-7.
131. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. Erken Postpartum Dönemde Emzirme ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2014, 48(2): 124-31.
132. Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E. The Relation Ship Between Child birth self-Efficacy Andaspects Of Well-Being, Birth intervention sand birth outcomes. *Midwifery*. 2015, 31(10): 1000-7.
133. Björk E, Thorildsson M. Childbirth Self-Efficacy Inventory in Tanzania - a pilot study. Dept. of Health and Social Sciences. Caring Sciences–Sexual, reproductive and perinatal Health Midwifery programme 2007, 1–37.
134. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Şahin B. Doğum Eğitiminin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi. *Selçuk Tıp Derg* 2013, 29(4): 165-7.
135. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşmeler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017, 14(1): 98-103.
136. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı-The application of motivational interviewing technique in nursing. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1(1): 41-7
137. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and metaanalysis. *Clin Psychol Rev* 2015, 38(5): 1-12.
138. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh HM, SB Nejad. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. *Iranian J. Obstet. Gynecol. Infertil*. 2019, 19: 1–12.
139. Saisto T, Salmela AK, Nurmi J, Könönen T, Halmesmäki E. A Randomized Controlled Trial of Intervention in Fear of Childbirth, *The American College of Obstetricians and Gynecologist* 2001, 98(5): 820-6.
140. Thomson G, Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008, 29(4): 268–73.
141. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *JAN*. 2010, 66(10): 2142–53.

142. Thomson M, Downe S. Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *J Reprod Infant Psychol.* 2010, 28(1): 102-12.
143. Moyzakitis W. Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence Based Midwifery.* 2009, 2: 8–14.
144. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrazi M, Gholinia H. Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial *Front Psychol.* 2020, 11: 787.
145. Sunay D, Şengezer T, Oral M. CONSORT 2010 Raporu: Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar 2013 http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Turkish_tr/Turkish%20CONSORT%20Statement.pdf. Son Erişim Tarihi: 10 Aralık 2020.
146. Grekin R, O' Hara M. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta- analysis. *Clinical Psychology Review* 2014, 34(5): 389-401.
147. Karaçam Z, Aslan KD, Güneş G. Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital. *Turk J Obstet Gynecol* 2017, 14(1): 10-7.
148. Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K, Salomonsson B,. Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013, 34(3): 116-21.
149. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*, 3th Ed New York, NY: The Guilford Press 2013.
150. Arkowitz H, William R, Miller WR, Rollnick S. *Motivation Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*, 2th ed. New York, The Guilford Press. 2008: 324–42.
151. Calpbınici P. Primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz-yeterliliğe ve doğum şekline etkisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2020.
152. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJA. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. *J. Anxiety Disord.* 2009, 23: 1106–17.
153. Walpole B, Dettmer E, Morrongiello BA, McCrindle BW, Hamilton J Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and

obese adolescents: a randomized controlled trial. *J Pediatr Psychol.* 2013, 38(9): 944-53.

154. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi* Ankara, 2014.



EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Demografik veriler

Anket Numarası:

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

() İlköğretim Mezunu

() Ortaöğretim mezunu

() Üniversite ve üzeri mezun

3. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

4. Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz:

() Memur () İşçi () Serbest meslek () Çiftçi

() Diğer, açıklayınız.....

5. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

() Gelirim giderimden az

() Gelirim giderime eşit

() Gelirim giderimden yüksek

6. Hangi aile tipine sahipsiniz?

() Çekirdek aile

() Geniş aile

Gebeliğe yönelik veriler (gebelik öyküsü)

7. Kaç haftalık gebesiniz? (Gebelik haftası).....

8. Bu kaçınıcı gebeliğiniz? (Düşük ve kürtaj dahil).....

9. Daha önce düşük ve/veya küretaj oldunuz mu?

() Hayır

() Evetkez düşük yaptım

10. Şu anki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

() Evet

() Hayır

EK-2 TRAVMATİK DOĞUM ALGISI ÖLÇEĞİ

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

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 duyarım

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 hissedirim

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-3 DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KISA VERSİYONU

Bölüm 1- Sonuç Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Aşağıdaki davranışların her biri için, davranışların; doğum esnasında yapacağınız her bir hareketin nasıl faydalı olacağını düşünün ve 1 hiç yararlı değilden başlayıp 10 çok yararlıda sonlanan 1 den 10 a kadar numaralardan size uygun olan numarayı işaretleyiniz.

	Hiç yararlı değil					Çok yararlı				
1.Vücudunu gevşetmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Her kasılmaya hazır olmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Kasılma sırasında nefesini kullanmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Kendine hakim olmak(Kontrolünü sağlamak)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.Rahatlamaya çalışmak/Gevşemeye odaklanmak,	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Dikkatini dağıtma için odadaki bir cisme Yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Sakin olmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Bebeğine yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Her kasılmaya katlanmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Olumlu düşünmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Ağrıyı düşünmemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Kendi kendimize doğumumuzu yapabileceğimizi söylemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Ailedeki diğer bireyleri düşünmek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Doğumda sana yardım eden kişilere yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bölüm 2 - Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Her bir davranış için, 10-13. Sorular için, davranışların; “1” tamamen emin ve “10” hiç emin değil arasında bir rakamı işaretleyerek, 14-16 arasındaki sorular 1 “hiç emin değilim”, 10 ise “tamamen eminim” arasında bir rakamı işaretleyerek, tüm doğum süreciyle bas etmeniz size yardımcı olacak bazı yeteneklerinizi nasıl kullanacağınızı gösterin.

	Tamamen eminim					Hiç emin değilim				
1. Vücudumu rahatlatabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Her kasılmaya hazırım	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Kasılma sırasında nefesimi kullanabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Kendime hakim olabilirim/ Kontrolümü Sağlayabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Rahatlamayı düşünebilirim/ Gevşeyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Dikkatimi odadaki bir cisme Yoğunlaştırabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Kendimi sakin tutabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Bebeğimi düşünerek ona yoğunlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Her kasılmaya dayanabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Olumlu düşünebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Ağrıyı düşünmeyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Doğumumu yapabileceğimi kendime söyleyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Ailemdeki diğer bireyleri düşünebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Hiç emin değilim					Tamamen eminim				
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Doğumda bana yardım eden kişilere yoğunlaşabilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Bana yardımcı olan kişilerin cesaretlendirici sözlerini dinleyebilirim	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş onam formu (Deney Grubu)

Değerli Katılımcı,

Travmatik Doğum Algısı Olan Nulliparlarda Motivasyonel Görüşmelerin Doğum Algısı ve Özyeterliliğine Etkisini değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı Kişisel Bilgi Formu, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ve Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu ve motivasyonel görüşmeler uygulanacaktır. Bu anket ve ölçekleri tam ve doğru doldurmanız araştırma sonucu açısından önemlidir. Motivasyonel görüşmeler, ortalama 15-30 dakika sürecektir. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir. İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş onam formu (Kontrol Grubu)

Değerli Katılımcı,

Travmatik Doğum Algısı Olan Nulliparlarda Motivasyonel Görüşmelerin Doğum Algısı ve Özyeterliliğine Etkisini değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı Kişisel Bilgi Formu, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ve Doğum Eyleminde Öz Yeterlilik Ölçeği Kısa Versiyonu uygulanacaktır. Bu anket ve ölçekleri tam ve doğru doldurmanız araştırma sonucu açısından önemlidir. Bu görüşme, ortalama 10-15 dakika sürecektir. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İsteddiğiniz anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır Çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir..

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Katılımcı Adı, Soyadı / İmzası:

EK-5 MOTİVASYONEL GÖRÜŞME DERECELENDİRME CETVELİ

EK-7.1

a. Olumsuz doğum algınız konusundaki niyetiniz nedir? (Niyet)

1. Olumsuz doğum algımı değiştirmeyi düşünmüyorum
2. Doğum algımı değiştirmeyi düşünüyorum fakat kaygılarım var

b. Doğum algınızı değiştirmek sizin için ne kadar önemli? (Önemlilik)

0 5 10

Hiç önemli değil Çok önemli

c. Doğum algınızı değiştirmeyi düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (Güven-Yeterlilik)

0 5 10

Hiç güvenmiyorum Çok güveniyorum

EK-7.2

a. Normal doğum yapmak sizin için ne kadar önemli? (Önemlilik)

0 5 10

Hiç önemli değil Çok önemli

b. Eğer normal doğum yapmayı düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (Güven-Yeterlilik)

0 5 10

Hiç güvenmiyorum Çok güveniyorum

EK-6 KARAR DENGESİ BİLANÇOSU KAĞIDI

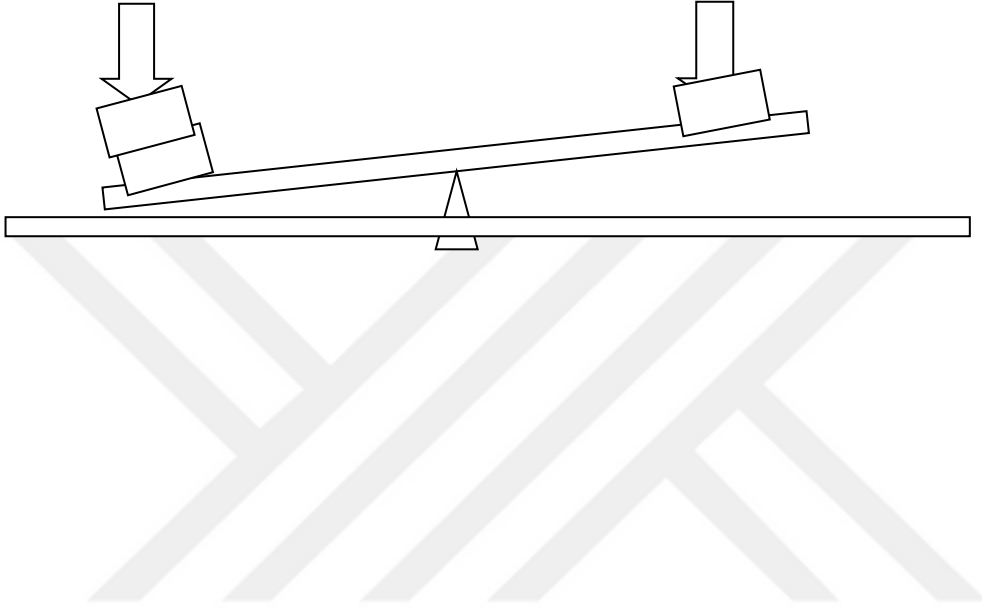
Doğumun korkunç olduğunu düşünmeye devam etme		Doğumun korkunç olduğunu düşünmeyi bırakma	
<u>Karlar</u>	<u>Zararlar</u>	<u>Karlar</u>	<u>Zararlar</u>



EK-7 KARAR DENGESİ TERAZİSİ

Travmatik doğum algısının zararları
Değişimin yararları

Travmatik doğum algısının yararları
Değişimin zararları



EK-8. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME OTURUMLARI İÇİN UZMAN

GÖRÜŞÜ ALINANLAR

Uzman	Alanı
Doç. Dr. Meral ÖZKAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr Yeşim AKSOY DERYA	Ebelik Anabilim Dalı
Dr. Öğretim Üyesi Erman YILDIZ	Psikiyatri Hemşireliği AD
Uzm. Psikolog Alkım SEVEN	Nöropsikolog

