



**NORMAL DOĞUM İNANCI DÜŞÜK OLAN PRİMİPAR
GEBELERE YAPILAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN
MEDİKAL VE DOĞAL DOĞUM İNANCINA ETKİSİ**

Çiğdem KARAKAYALI AY

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

Doktora Tezi – 2022

TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NORMAL DOĞUM İNANCI DÜŞÜK OLAN PRİMİPAR GEBELERE
YAPILAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN MEDİKAL VE DOĞAL
DOĞUM İNANCINA ETKİSİ

Çiğdem KARAKAYALI AY

Ebelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

MALATYA
2022

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA” danışmanlığında hazırlayıp sunacağım “Normal Doğum İncancı Düşük Olan Primipar Gebelere Yapılan Motivasyonel Görüşmelerin Medikal ve Doğal Doğum İncancına Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

..../..../2022

Çiğdem KARAKAYALI AY

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum İncancının Tanımı.....	5
2.1.1. Doğum İncancını Etkileyen Faktörler	5
2.2. Doğal ve Medikal Doğum İncancı.....	7
2.2.1. Doğal ve Medikal Doğum İncancını Etkileyen Faktörler	7
2.2.2. Doğal Doğum İncancının Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkileri.....	10
2.2.3. Medikal Doğum İncancının Nedenleri Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkileri	11
2.3. Motivasyonel Görüşme	15
2.3.1. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri	16
2.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel Becerileri.....	16
2.3.3. Motivasyonel Görüşmenin Ruhu	19
2.3.4. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları	19
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	26
3.4.2. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) (EK-2)	26
3.4.3. Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ) (EK-3):	27
3.5. Verilerinin Toplanması	28
3.6. Ebelik Girişimi.....	28
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi.....	40
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	40

4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	52
EKLER.....	68
EK-1. Özgeçmiş.....	68
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	69
EK-3. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ).....	71
EK-4. Doğum İnançları (Doğal ve Medikal Doğum İnanıcı) Ölçeği	72
EK-5. Motivasyonel Görüşme Derecelendirme Cetveli	73
EK-6. Karar Dengesi Bilançosu.....	74
EK-7. Karar Dengesi Terazisi.....	75
EK-8. Araştırmacıya Ait Motivasyonel Görüşme Katılım Belgesi	76
EK-9. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı	77
EK-10. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	78
EK-11. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu	79
EK-12. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) Kullanım İzni	81
EK-13. Doğum İnanç Ölçeği (DİÖ) (Doğal ve Medikal Doğum İnanıcı) Kullanım İzni	82

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca benden hiçbir desteğini esirgemeyen, bana rehberlik eden, beni cesaretlendiren, daima özveri gösteren iyi bir akademisyen olarak yetişmem için her türlü çabayı gösteren, akademik olarak rol model olmanın yanı sıra insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım, beraber çalışmaktan onur duyduğum ve doktora tez çalışmamda göstermiş olduğu destekleyici yaklaşım, anlayış ve hoş görüden dolayı değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya

Tez izleme komitesinde yer alarak, görüş ve önerileri ile tez çalışmamın oluşturulması ve yürütülmesinde önemli katkıları bulunan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN ve Sayın Dr. Öğr.Üyesi Hacer ÜNVER'e

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onure eden ve yol gösteren değerli hocalarım sayın Doç Dr. Nursel ALP DAL'a ve sayın Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN'a,

Yüksek lisans ve doktora eğitimim akademik bilgi ve tecrübesi ile bireysel ve mesleki gelişimimi destekleyen, beni motive eden çok değerli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN'e

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve tezin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlayan tüm gebelere,

Araştırmanın uygulanmasına imkan sağlayan Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastane'si kadın doğum polikliniğinde görev yapan tüm ebelere,

Sadece tez çalışmamda değil hayatımın her aşamasında yanımda olan ve maddi, manevi her türlü fedakarlıkta bulunan, bu zorlu sürecin her anında varlığını hissettiren, hayallerimi ve hedeflerimi gerçekleştireceğime inanan ve motivasyonumu korumamı sağlamada destek veren, bugünlere gelmemde katkıları bulunan, kızları olduğum için gurur duyduğum canım annem ve babama ve en büyük şansım olan canım ablam Derya KOPARAN'a

Bu zorlu yolda beni yalnız bırakmayan, sabır ve özveriyle destekleyen, yanımda olmasıyla bana güç veren ve en büyük iyikim olan canım eşim Erol AY'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem KARAKAYALI AY

ÖZET

Normal Doğum İnancı Düşük Olan Primipar Gebelere Yapılan Motivasyonel Görüşmelerin Medikal ve Doğal Doğum İnancına Etkisi

Amaç: Araştırma normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, Şubat - Eylül 2021 tarihleri arasında, Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastane'sinin kadın doğum polikliniklerine başvuru yapan toplam 148 gebe ile randomize kontrollü olarak yürütüldü (74 deney, 74 kontrol). Verilerin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) ve Doğum İnançları (Doğal ve medikal doğum inancı) Ölçeği (DİÖ) kullanıldı. Deney grubunda yer alan gebelerle birer hafta arayla toplam dört oturum motivasyonel görüşme gerçekleştirildi. Kontrol grubunda yer alan gebelere herhangi bir girişim yapılmadı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, pearson ki-kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Motivasyonel görüşmeler sonrasında deney grubunda yer alan gebelerin doğal doğum inancı toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde arttığı, buna karşın medikal doğum inancı düzeyinin ise anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Ayrıca motivasyonel görüşme sonrası deney grubunda yer alan gebelerin %58.1'inin, kontrol grubunda yer alan gebelerin ise %40.5'inin normal vajinal doğum yaptığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi.

Sonuç: Bu araştırmada normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin doğal doğum inancını artırdığı, medikal doğum inancını ve sezaryen oranlarını azalttığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Doğal doğum inancı, Ebelik, Gebelik, Medikal doğum inancı, Motivasyonel görüşme,

ABSTRACT

The Effect of Motivational Interviews of Primiparous Pregnants with Low Belief in Normal Birth on Medical and Natural Birth Beliefs

Aim: The study was conducted to determine the effect of motivational interviews made with primiparous pregnant women with low belief in normal birth on medical and natural birth belief.

Material and Method: The study was conducted in a randomized controlled manner with a total of 148 pregnant women who applied to the gynecology outpatient clinics of Malatya Gynecology and Childhood Hospital between February and September 2021 (74 experiments, 74 controls). Personal Information Form, Belief Scale for Normal Delivery (BSND) and Birth Beliefs (Natural and medical birth belief) Scale (BBS) were used to obtain data. A total of four sessions of motivational interviews were conducted with the pregnant women in the experimental group, one week apart. No intervention was performed on the pregnant women in the control group. Descriptive statistics, Pearson's chi-square test, and dependent and independent t-test were used to analyze the data.

Results: After the motivational interviews, it was determined that the total mean scores of the natural birth belief of the pregnant women in the experimental group increased significantly compared to the control group, while the level of medical birth belief decreased significantly. In addition, after the motivational interview, it was determined that 58.1% of the pregnant women in the experimental group and 40.5% of the pregnant women in the control group had normal vaginal delivery, and the difference between the groups was statistically significant.

Conclusion: In this study, it was concluded that motivational interviews conducted with primiparous pregnant women with low belief in normal birth increased their belief in natural birth and decreased their belief in medical birth and cesarean section rates.

Keywords: Medical birth belief, Midwifery, Motivational interview, Natural birth belief, Pregnancy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MG	: Motivasyonel Görüşme
NDİÖ	: Normal Doğuma İnanç Ölçeği
DIÖ	: Doğum İnançları Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
SKH (SDG)	: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goal)
EFM	: Elektronik Fetal Monitörizasyon
CONSORT	: Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials)
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği)

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Karar Dengesi: Kar ve zararları tartma	20
Şekil 3.1. Consort 2010 araştırma uygulama akış şeması	24
Şekil 3.2. Randomizasyon grupları.....	25



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Motivasyonel görüşme oturumlarının gündem maddeleri.....	37
Tablo 3.2. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin soyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması	38
Tablo 3.3. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik değişkenler açısından karşılaştırılması.....	39
Tablo 3.4. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler	40
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	41
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı	43
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ön test-son test normal doğuma ilişkin inanç (NDİÖ) düzeyleri açısından karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğal doğum inancı toplam puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	45
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin medikal doğum inancı toplam puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	46
Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gerçekleşen doğum şekilleri açısından karşılaştırılması	47

1. GİRİŞ

Birçok toplumda, gebelik ve doğum bedeninin normal, sağlıklı ve fizyolojik bir süreci olarak görülmektedir (1). Kadınların gebeliğe ve doğum sürecine yönelik inanç ve tutumları (2), doğum tercihlerinde etkili olmaktadır (3). Gebelik ve doğuma olan inanç ve tutumlar toplumun gelişimini ve kültürel değerlerini yansıtmaktadır. Son yüzyılda dramatik biçimde değişen doğum uygulamaları, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde algılanan doğum kavramında değişikliğe neden olmuştur (4).

Doğum olayı 20. yüzyıldan önce yaşamın normal bir süreci olarak görüldüğünden, çoğunlukla evde, kadının ailesi ve arkadaşlarıyla birlikte gerçekleşen sosyal ve duygusal bir durum olarak görülmekteydi. Bununla birlikte anne ölüm oranlarının artması sonucu doğum evden hastanelere taşınmıştır (5). Doğuma eşlik eden kişilerden (akraba, arkadaş, kadın ve ebeden, doktor ve diğer sağlık personeline) ağrı giderme yöntemlerine (nonfarmakolojik tekniklerden ilaç ve ameliyatın oldukça yoğun kullanıldığı) kadar birçok basamakta büyük bir değişim sürecine giren doğum olayı medikal bir hale dönüşmüştür (1).

Birçok toplumda, gebelik ve doğum bedeninin normal, sağlıklı ve fizyolojik bir süreci olarak görülmektedir (1). Doğum olayı 20. yüzyıldan önce yaşamın normal bir süreci olarak görüldüğünden, çoğunlukla evde, kadının ailesi ve arkadaşlarıyla birlikte gerçekleşen sosyal ve duygusal bir olay olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte anne ölüm oranlarının artması nedeniyle doğum evden hastanelere taşınmıştır (2). Doğuma eşlik eden kişilerden (akraba, arkadaş, kadın ve ebeden, doktor ve diğer sağlık personeline) ağrı giderme yöntemlerine (nonfarmakolojik tekniklerden ilaç ve ameliyatın oldukça yoğun kullanıldığı) kadar birçok basamakta büyük bir değişim sürecine giren doğum olayı medikal bir hale dönüşmüştür (1). Gebelik ve doğuma olan inanç ve tutumlar toplumun gelişimini ve kültürel değerlerini yansıtmaktadır. Son yüzyılda dramatik biçimde değişen doğum uygulamaları, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde algılanan doğum kavramında değişikliğe neden olmuştur (3). Kadınların gebeliğe ve doğum sürecine yönelik inanç ve tutumları (4), doğum tercihlerinde etkili olmaktadır (5).

Bireylerin inançlarının eylemlere rehberlik ettiği, doğrudan gözlem yoluyla, başkalarının etkisi ile dolaylı olarak gelişip değişebileceği ifade edilmektedir (6). İnsanların sağlıkla ilişkili kararları, büyük ölçüde inançlarına ve algılarına dayanmaktadır. İnançlar ve algılara dayanan bu sağlık davranışları aynı zamanda sağlık

sonuçlarını da etkilemektedir (7). Doğum inançları, kadınların doğumun fiziksel yönlerini nasıl gördükleri ve doğuma ilişkin görüşleri ifade eden bir kavramdır (7, 8). Kadınların doğum ve doğum tercihlerine ilişkin algılarında temel faktörler olarak ortaya çıkan doğum inançlarının temelini ortaya çıkarmak çok önemlidir (9). Kültürel inançlar, tutumlar ve doğum hizmetlerinin niteliği doğum inancını (doğal veya medikal) belirleyen faktörler arasında sayılmaktadır (10) Doğum inançları medikal doğum inancı ve doğal doğum inancı olmak üzere iki kategoride değerlendirilmektedir (7).

Normal ve doğal doğum inancı, doğumun kadın odaklı, normal, doğal ve güvenli bir süreç olduğu, gerekli olmadıkça doğuma müdahale edilmemesi ve ağrının doğumun doğal bir parçası olarak görülmesi anlamına gelmektedir (11, 12). Bu inanç doğumun güvenli olduğunu, bedeninin nasıl doğum yapacağı konusunda kendine güvenen kadınların bu inanca sahip olması gerektiğini varsaymaktadır (13). Doğumun doğal ve güvenli olarak algılama inancının kadınların daha fazla doğal doğum seçenekleriyle doğum yapmayı istemeleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (14). Literatürde de normal ve doğal doğum uygulamalarının anneler ve yeni doğanlar için ileri düzey bağlanma ve doğumdan hemen sonra emzirme gibi birçok olumlu sonuçları vardır (6,15).

Doğumun medikal bir süreç olduğuna dair inanç, doğumun riskli görülmesi, tıbbi gözetim altında yapılması gerektiği ve doğum ağrısına katlanmanın gereksiz olduğuna dair düşünceler olarak ifade edilmektedir (8). Kadınların doğuma olan medikal inancı, gebelik ve doğum esnasında, düşük riskli olan durumların, tıbbi olmayan sorunların kalıcı riskli bir duruma dönüştürüp tıbbi kaygı olarak ele alınmasına yol açmaktadır (16, 17). Elektif sezaryen veya epidural analjezi ile doğum yapmayı planlayan kadınların doğumun medikal olduğuna dair güçlü inançları olup, doğumun normal ve doğal olduğuna dair zayıf düzeyde inançları olduğu bildirilmiştir (8, 11). Kadınların kendi yeteneklerine güvenen, sosyal ve kişisel bir olay olan doğum kavramı, son zamanlarda düşük inanç düzeyi nedeniyle riskli ve potansiyel olarak sorunlu algılanarak medikal bir hale dönüşmüştür (18). Dolayısı ile bu durum, enstrümental müdahale, epizyotomi, ebeler yönetiminde gerçekleşmeyen doğumlar, sürekli fetal izlem, indüksiyon gibi biyomedikal uygulamalara neden olmaktadır. Bu uygulamalar doğumun sezaryen ile sonuçlanmasına kadar uzanmaktadır (19).

Dünyada ve ülkemizde sezaryen oranı giderek artış göstermiştir (20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2015 bildirisinde, %10'dan yüksek olan sezaryen oranlarının anne ve yenidoğan ölümlerinin azalmasıyla ilişkili olmadığını ve özellikle güvenli cerrahiye uygun şekilde yürütecek olanaklara ve/veya kapasiteye sahip olmayan

ortamlarda cerrahi komplikasyonlara, sakatlıklara veya ölüme neden olabileceğini belirtmektedir (21, 22). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerinde sezaryen oranlarının %52 olması, doğum öncesi bakımın sadece %3'ü bir hemşire veya ebe tarafından verilmesi, ebe yönetiminde doğum oranının %7.8 olması ve tüm doğumların yaklaşık %99'unun hastanelerde yapılması (23) ülkemizde medikal doğum inancı yaklaşımının yaygın olduğunun göstergeleridir (24). Chen ve arkadaşları tarafından yürütülen bir Cochrane incelemesinde gereksiz sezaryen oranlarını azaltmada klinik olmayan müdahalelerin etkili olduğu bildirilmiştir (25). Kadınlarda medikal doğum inancını azaltarak doğal doğum inancını arttırmada istenilen davranış değişikliği oluşturmanın önemi açıktır. Danışan merkezli, hedef odaklı bir yaklaşım olan motivasyonel görüşme, davranışlarını değiştirmeye ve kararsızlığı çözmeye motive eden, değişim konuşmasını ortaya çıkaran, danışanın direncini azaltan, danışanın değişime karar vermesine yardımcı olmaya odaklanan bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (26). Gebelerin medikal doğum inancından uzaklaşp, davranış değişikliği kazanmasında motivasyonel görüşme yönteminin önemli bir müdahale olacağı düşünülmektedir.

Bu davranış değişikliğinin dış etkenlerden ziyade kişinin iç motivasyonu tarafından yönlendirildiği belirtilmektedir. Bu görüşme yöntemi, danışanın motivasyonunu, güçlü yanlarını, iç kaynaklarını ortaya çıkarıp görüşmede hedefe yönelik sorular sorma ve çeşitli iletişim stratejilerini kullanma temeline dayanmaktadır. Motivasyonel görüşmenin amacı, “nasıl” yerine davranış değişikliğini ortaya koymak için “neden”e odaklanmak ve ikna yerine içsel motivasyonu kullanmaktır. Motivasyonel görüşmenin bu amacı kanıta dayalı bir yaklaşım olmasını sağlamıştır (27). Motivasyonel görüşme, yüksek riskli gebeliği olanlarda tekrarlayan gebeliği önlemek amacıyla aile planlanması kullanımının etkinliğini belirlemek (28, 29), emzirme sonuçlarını iyileştirmek (30), gebelik öncesi beden kitle indeksini kontrol etmek (31), gebelikte egzersiz uygulamalarını teşvik etmek (32), kadınların servikal tarama programlarına uyumu arttırmak (33), kadınların sezaryen sonrası vajinal doğum seçme konusundaki bilgi, tutum ve niyetleri üzerindeki etkisini belirlemek (34) ve elektif sezaryen talebinde bulunan primigravida kadınların tutum ve seçimlerine motivasyonel görüşmenin doğum şekline etkisini belirlemek (35) gibi birçok amaçla kullanılmıştır. Literatürde motivasyonel görüşmenin gebelerin doğal ve medikal doğum inançlarına olan etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Doğumun primipar kadınlar tarafından endişeli ve korkulu bir deneyim olarak algılanması (36, 37) ve primiparlarda gerçekleşen ilk doğum eyleminin sonraki doğum şekillerinin belirlenmesinde önemli bir etken (38, 39)

olması gibi nedenler primipar gebelerde medikal doğum inancının olumsuzluklarına yönelik farkındalığın arttırılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu bilgilerden yola çıkılarak bu çalışmada primipar gebeler özellikle ele alınmış ve motivasyonel görüşmelerin normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerdeki medikal ve doğal doğum inancına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırma, normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancına etkisi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

H_{0-a}: Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerde motivasyonel görüşmeler doğal doğum inanç düzeyini etkilemez.

H_{1-a}: Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerde motivasyonel görüşmeler doğal doğum inanç düzeyini etkiler.

H_{0-b}: Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerde motivasyonel görüşmeler medikal doğum inanç düzeyini etkilemez.

H_{1-b}: Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerde motivasyonel görüşmeler medikal doğum inanç düzeyini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum İnancının Tanımı

Gebelik ve doğum eylemi, aile ve toplum boyutunu da içeren evrensel biyolojik süreçler olarak bilinmektedir (40). Bu süreç ile birlikte meydana gelen birçok psikolojik, fiziksel ve sosyal değişim bir kadının hayatında son derece önemli ve zorlu bir dönem olarak görülmektedir (41). Kadınların kendi bakımlarıyla ilgili kararlara katılımının sağlanması ve bu bakımın doğum tercihlerini ve inançlarını göz önünde bulundurularak yapılması, yüksek kaliteli doğum bakımının ayrılmaz bir parçası olarak giderek daha fazla kabul görmektedir (42).

Bireyin inançlarının doğrudan gözlem, çıkarım veya deneyim yoluyla geliştirilebileceği belirtilmektedir (6). Doğumla ilgili temel inançlar, son birkaç yılda kadınların doğum tercihlerine önemli katkı sağlayan unsurlar olarak ortaya çıkmıştır (3). Kadınlar, gebe kalmadan önce doğumun anlamını kavramsallaştırmıştır (43). Bu kavramsallaştırmanın bir kısmının kadınların doğumla ilgili temel inanç olarak görülebilen doğum sürecinin niteliğine ilişkin algılar olduğu ifade edilmektedir (9). Temelde doğum inancı kavramı, doğum sürecinin fiziksel doğası ve doğuma ilişkin görüşler olarak tanımlanabilir (5, 8). Doğum inançları, doğumun ne olduğu ve nasıl yönetilmesi gerektiği konusunda da fikir vermektedir (5). Doğum sürecinin doğasına ilişkin temel inançların doğum tercihleriyle ilişkili olduğu bilinmekle birlikte (11), kadınların doğum inançları ve tercihleri arasındaki ilişki hala en iyi şekilde açıklanamamıştır (44). Kadınların doğum tercihlerine ilişkin algılarında inançlar temel faktörler olarak ortaya çıktığından, bu faktörleri ortaya çıkarmak önem arz etmektedir (9).

2.1.1. Doğum İnancını Etkileyen Faktörler

Doğumla ilgili inançlar, çok çeşitli doğum tercihlerini ve doğumla seçenekleri belirlemede etkilidir. İnsan davranışlarının birçok faktörden etkilendiği gibi tutum ve inançlar da insan davranışlarını etkilemektedir (11, 45-48).

İnançlar tutumları, tutumlar da davranışları ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle kişilerde davranış değişikliğini ortaya çıkarmanın en önemli yolu, sahip olduğu inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenerek düzeltilmesinden geçmektedir (8). Sosyal ve kültürel faktörlerden kaynaklanan yanlış doğum inançları, anne ve bebek sağlığını etkileyen olumsuz deneyimlere neden olabilir. Kadınların doğumla ilgili inançlarının gebelik

sırasındaki doğum tercihlerini etkilediği belirtilmektedir (49). Bu nedenle kadınların doğum inançlarının belirlenmesi oldukça önemlidir (49).

Yakın sosyal çevrenin algıladıkları doğum ortamının, kadınların doğumla ilgili inançlarını şekillendirebileceği belirtilmektedir (50). Kadınlarda medikalize bir obstetrik geçmişe sahip olmak, doğum hakkında daha güçlü medikal inanç seçeneğiyle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (8, 51). Yardımcı üreme teknolojisi ile gebe kalma, yüksek riskli bir gebelik ve/veya önceki gebelik kaybının kadınlarda medikal doğum ve teknolojilerine neden olduğu ve sonuç olarak bu faktörlerin doğum inancının etkilediği belirtilmiştir (52). Bu gibi faktörler doğum inancının biyomedikal durumlardan etkilenebileceğini göstermektedir (9).

İyimserliğin genelleştirilmiş olumlu gelecek beklentisine sahip olmakla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (9). İyimserlik psikolojik eğiliminin, yüksek riskli gebeliği olan kadınlar arasında gebelik ile ilgili daha az kaygı (53) ve daha düşük düzeyde rahatsızlıkla (54) ilişkilendirildiği saptanmıştır. Doğum inançları ile gebeliğe bağlı kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, gebelik ile ilişkili kaygının doğum inançlarını etkilediği saptanmıştır (49). Anne beklentilerinin ve psikolojik eğilimlerinin kadınların doğum inançlarını etkileyen faktörler arasında olduğu ifade edilmektedir (9).

Türkiye'de kadınların doğum inançlarını ve bu inançları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, yaş, gelir durumu, gebelikte sorun yaşama ve doğum şekli tercihi gibi değişkenlerin kadınların doğum inançlarını etkilediği saptanmıştır (55). Doğum inançlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada da, doğum inançlarının sosyo-demografik ve kişilik özellikleri gibi faktörlerden etkilenebileceği ortaya konmuştur (48). Sağlık inanç modeli ile desteklenen kadınların doğum şekline ilişkin kararları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, yaş, eğitim düzeyi ve sağlıkla ilgili bir mesleğe mensup olma kadınların doğum tercihi kararını etkilemektedir (56). Nitekim doğum inançlarını etkileyen faktörler, bireysel ve kültürel özelliklere bağlı olarak bölgelere göre farklılık göstermektedir (9, 11). Doğum sırasında sağlık profesyonellerinin kadınların inanç, eğilim, tutum ve korkularını anlamamanın sağlık profesyoneli ve kadınlar arasındaki etkileşime olumlu katkı sağladığı bilinmektedir (10). Sonuç olarak doğum inançlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, kadının bakımına yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı açıktır (55).

2.2. Doğal ve Medikal Doğum İnancı

Doğumun tıbbi veya doğal bir süreç olduğuna ilişkin inançlar, doğum sürecinin fiziksel özüne ilişkin genel bakış olarak tanımlanmaktadır (8). Bu inançların, tıbbi/teknokratik doğum modeli ve doğal/sosyal/ebelik doğum modeli ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir. İnançlar, iki kutuplu bir süreklilik oluşturmayan, birbiriyle ilişkili ancak ayrı iki kavram olarak görülmektedir. Bu inançların, doğum hakkında ortak kültürel ve sosyal düşünme biçimleri ve doğumun ne olduğu ve nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilişkili kadınlar, sağlık profesyonelleri ve popüler medya tarafından benimsenen ifadeler olduğu belirtilmektedir (11). Doğumun doğal bir süreç olduğu inancı, doğumun normal, doğal ve güvenli bir süreç olduğu, kadının bedeninin doğum için uygun olduğu, doğum ağrısının doğumun doğal bir parçası olduğu ve gerekmedikçe müdahaleden kaçınılması gerektiği gerçeği olarak ifade edilmektedir (8, 55). Kadınlarda doğal doğum inancına sahip olmanın doğumun doğal ve güvenli bir süreç olarak algılanmasına ve en az müdahale ile nasıl doğum yapacağı bilincine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (5).

Medikal bir süreç olarak doğum inancı ise, doğumun tehlikeli ve riskli olduğunu, acil durumlarda en son teknolojilerin kullanılması gerektiğini, doğum ağrısının gereksiz olduğunu ve bu ağrının giderilmesinde farmakolojik müdahale gerektirdiğini ve doğumun eğitilmiş bir sağlık profesyonelinin gözetimi altında yapılması gerektiğini ifade eder (8, 55). Medikal inançlar doğumu en son teknoloji ile sağlık profesyoneli tarafından yönetilmesi gereken riskli bir süreç olarak görüp, doğumda ortaya çıkan ağrının gereksiz bir rahatsızlık olduğu felsefesine sahiptir (5).

Yapılan bir çalışma, inançların kadınların temel doğum tercihleri (doğum yeri ve şekli) ile ilişkili olduğunu bulmuştur (8). Evde doğum yapmayı düşünen kadınların doğumun doğal olduğuna dair güçlü inançları, doğumun tıbbi olduğuna dair zayıf inançları olduğu bununla birlikte elektif sezaryen ile doğum yapmayı veya epidural analjezi kullanmayı planlayan kadınların ise doğumun tıbbi/medikal olduğuna dair güçlü inançları ve doğal olduğuna dair zayıf inançları olduğu belirlenmiştir (8). Doğum inançlarının doğum yöntemini, yerini, memnuniyeti ve acil doğum şekillerini (yani plansız sezaryen, müdahaleli vajinal doğum) etkileyebileceği ifade edilmektedir (57).

2.2.1. Doğal ve Medikal Doğum İnancını Etkileyen Faktörler

Kültürel inançlar, tutumlar ve doğum hizmetlerinin niteliği doğum inancını (doğal

veya medikal) belirleyen faktörler arasında sayılmaktadır (10). Doğum inançları medikal doğum inancı ve doğal doğum inancı olmak üzere iki kategoride değerlendirilmektedir (7). Medikal doğum uygulamalarının teknolojik temelli ve doğum sürecini doğal olarak gerçekleşmesine izin vermek yerine kontrol ettiği ve normal/doğal doğum uygulamalarının ise doğal sürece yardımcı ve kadın odaklı olduğu ifade edilmektedir (6).

Kadınların sağlıklı bir gebelik deneyimi yaşamaları doğum inançlarının belirlenmesi ile mümkün olabilmektedir (55). Medikal ya da doğal doğum inancı pek çok faktörden etkilenmektedir (8).

Bu faktörlerden ilki kadınların akrabalarından ve arkadaşlarından doğuma ilişkin duydukları hikayeler ve tavsiyelerdir (56, 58, 59). Ayrıca kadının önceki doğum deneyiminin olumsuz olması bu durumun tekrar yaşanabileceği inancını kuvvetlendirmekte ve kadının sonraki doğumlar için belirli bir doğum şekli seçimine etki etmektedir (59).

Doğal doğum inancının yaş faktöründen etkilendiği ve daha genç yaşta olan kadınların daha düşük doğal doğum inancına sahip olduğu belirtilmektedir (48, 55). Yapılan çalışmada gebelerin gelir düzeylerinin doğum inançlarını etkileyen bir değişken olduğu ve gelir düzeyi düşük olan kadınların doğumun doğal bir süreç olduğuna ilişkin inançlarını azalttığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada gebelikte planlanan doğum şeklinin doğum inançları üzerinde önemli olduğu ve normal vajinal doğum yapmayı planlayan gebelerin doğal doğum inanç puanlarının daha yüksek olduğu bununla birlikte gebelikte ilişkili sorunlar yaşamamanın doğum inançlarını etkileyen faktörler arasında yer aldığı ve sorun yaşamayanların doğal doğum inanç puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (55).

Ünver ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin aile yapısının, eşin çalışma durumunun normal doğum inancını etkilediği ve çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin geniş aileye sahip olan gebelere, eşi çalışan gebelerin ise eşi çalışmayan gebelere göre daha yüksek düzeyde normal doğum inancına sahip olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada doğum şekli tercihi normal doğum, doğum şekli kararında etkili olan kişinin doktor, gebeliği planlı olanların ve doğuma hazırlık eğitim alanların normal doğum inancı puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (60).

Başka bir çalışmada doğumun medikal bir süreç olduğu inancı puanları yüksek olan gebelerin doğum konusunda daha karamsar oldukları, doğumun doğal bir süreç olduğu inancı puanları yüksek olan gebelerin ise daha az korku ve kaygı yaşadıkları tespit

edilmiştir (11). Bununla beraber medikal doğum inancının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan kadınların doğumu daha çok medikal algıladıkları ve eğitim düzeyinin medikal doğum inancının etkilendiği tespit edilmiştir (7, 48). Medikal doğum inancını etkileyen bir diğer faktör kadınların çalışma durumudur. Yapılan çalışmalar çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre doğumu daha fazla medikal olarak algıladıklarını ortaya koymaktadır (48, 55). Kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri de doğum inancını etkilemektedir. Kırsal yerleşim yerinde yaşayan kadınların medikal doğum inancının daha yüksek olduğu ve bu durumun yetersiz antenatal eğitimlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (48).

Doğuma ilişkin bilgi alma durumu doğum inançları üzerinde önemli bir faktördür. Doğum hakkında bilgisi olan kadınların daha yüksek düzeyde doğal doğum inancına sahip olurken doğum hakkında bilgisi olmayan kadınların doğumun medikal olduğuna dair inançlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (48). Doğuma ilişkin bilgi düzeyinin fazla olması kadının kendi bedenini fark etmesine, bilinçli davranışlar oluşturmaya ve özgüveninin artmasında etkili olabilmekte ve bu durumun doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceği ifade edilmektedir (61).

Doğumu travmatik olarak algılamamanın medikal doğum inancını etkilediği ve normal doğuma olan korku ve travmatik algının bireyleri sezaryene yönlendirdiği ve doğuma ilişkin inançlarının medikalleşmesine neden olduğu belirtilmektedir (48). Daha önce olumsuz bir doğum deneyimine sahip olmanın ve sezaryen ile doğum yapmış olmanın, doğumu daha az doğal olarak görmekle ilişkili olduğu ve önceki doğum deneyiminin kadınların doğum algısını etkileyebileceğini göstermiştir (10). Doğum inancını etkileyen faktörlerden biri de kişilik özellikleridir. kadınlarda kişilik özelliklerinden yumuşak başlılık ve öz denetimlilik arttıkça doğumun doğal süreç olduğuna ilişkin inançların da arttığı saptanmıştır (48).

Medikal doğum inancının doğum korkusu, engelli bir çocuğa sahip olma ve kendi görünümü ile ilgili kaygıları arttırdığı saptanmıştır. Bununla birlikte doğal doğum inancına sahip olmanın ise bu endişeleri azalttığı belirlenmiştir (49). Doğumu medikal bir süreç olarak gören kadınların depresyon, kaygı ve stres düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bununla birlikte kadınların doğumla ilgili medikal inançlarının eğitim ve gelir düzeylerini, istihdam durumlarını ve modern aile planlaması kullanımını etkilediği bulunmuştur. Kadınların doğum inançlarının medikal mi yoksa doğal mı olduğunu belirlemek ve bunların kadın psikolojisi ve üreme sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (62).

2.2.2. Doğal Doğum İnancının Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Doğum eyleminin rutin medikal uygulamalardan uzak olması ve kadınların bu süreci pozitif bir deneyim olarak tamamlanması gerektiği belirtilmektedir (63). Yeni küresel hedef stratejisi ve 2030 yılına kadar devam edecek olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden (SKH) “Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak (SKH-3)” alt başlığında doğumla ilişkili olarak, annelerin ve bebeklerin hayatta kalmasının ötesine gidilerek, onların sadece doğum komplikasyonlarından korumaktan ziyade, sağlık ve refahı için tam potansiyellerine ulaşmalarını sağlamak hedeflenmiştir (64, 65). Bu nedenle doğum eylemi ve doğuma fizyolojik ve doğal bir yaklaşımı teşvik etmenin faydaları son zamanlarda giderek dikkat çekmektedir.

Fizyolojik doğum yaşayan kadınların deneyimlerinin altında bedeninin doğuştan gelen doğum yeteneği ve doğumun normal olduğuna dair inanç yer almaktadır (66, 67). Doğum inançları kadınların doğum tercihlerine ilişkin algılarında temel faktörler olarak ortaya çıktığından (9) doğal doğum inancına sahip olan kadınların normal vajinal doğum şeklini daha çok benimsediği bilinmektedir (55, 60). Bu anlamda normal vajinal doğumun sezaryene göre maliyet etkin olması (68), hastanede daha az kalış süresi sağlaması (69), daha hızlı iyileşme göstermesi (70) anestezi gerektirmemesi, daha az maternal kanama (71) ve enfeksiyon (72, 73) ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir.

Normal fizyolojik doğumun anne ve bebek için kısa ve uzun vadeli sağlık üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Nöroendokrin sistemin optimal fizyolojik işlevi, strese yanıt olarak endojen oksitosin ve faydalı katekolaminlerin salınımını arttırdığı belirtilmiştir. Bu hormonların, kardiyolojik geçişinin kolaylaştırılması ve yenidoğanın termoregülasyonu, başarılı emzirme ve anne ile bebek arasında gelişmiş bağlanma davranışı dahil olmak üzere birçok koruyucu fizyolojik tepkileri desteklediği ifade edilmiştir (74).

Normal vajinal doğum, sezaryen ve hem normal vajinal doğum hem de sezaryen deneyimi olan kadınların doğum tercihlerini belirlemek amacıyla 600 kadın ile yapılan çalışmada kadınların normal vajinal doğumu tercih etme sebeplerinin doğal ve bebeğe uygun olması, doğum sonrası dönemde daha az ağrı ve kanama olması, normal yaşama daha kolay dönmesi ve daha erken taburcu olmaları olarak belirlenmiştir (75). Normal vajinal doğumdan kısa süre sonra başarılı bir şekilde emzirebilme (76-78), doğumdan sonra hastanede kalış süresinin azalması (77-79) fiziksel ve psikolojik olarak hızlı iyileşme (76, 77), anne-çocuk bağlanmasında artma (76, 77, 80) olasılığının daha yüksek

olduğu belirtilmektedir. Yenidoğan için ise normal vajinal doğumun kan şekeri regülasyonu, solunum fonksiyonu, sıcaklık regülasyonu, etkili bağışıklık ve büyüme-gelişme gibi avantajlar sağladığı ifade edilmektedir (76, 77). Özetle normal vajinal doğumun hem bebek hem de anne için sayısız avantajları mevcuttur.

2.2.3. Medikal Doğum İnancının Nedenleri Anne ve Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Doğumda medikal tutumun gelişmesinde birçok faktör etkili olmuştur. Doğumda medikal tutumun ortaya çıkması sosyoekonomik koşullara bağlı teknolojik, sosyolojik, kültürel ve politik faktörler tarafından desteklenmiştir (81, 82). Doğumda medikalizasyon ilk olarak biyotibbin ortaya çıkması ile anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi ve morbidite oranlarının düşürülmesine odaklanan kanıta dayalı tıbbın genelleştirilmesi gibi teknolojik gelişmelere dayanmıştır (82).

Dünya çapında 2015 yılında tahminen 303.000 kadının gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle öldüğü saptanmıştır. Bu durum 100.000 canlı doğumda 216 anne oranına tekabül etmektedir. Böylece 2030 yılına kadar 100.000 canlı doğumda 70'den az anne ölümü küresel hedefine ulaşmak, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)-2030 kapsamında “sağlık ve kaliteli yaşam (SKH-3)” alt hedefinde gerçekleşmesi planlanan ilk eylem olarak ifade edilmiştir (64). Anne bakımındaki gelişmeler ve ölüm oranındaki düşüşün, doğumun medikalleşmesiyle ilişkilendirilmiştir (16).

Medikalizasyona neden olan bir diğer faktör ise, gebeliğin bir hastalık, doğumun ise tıbbi bir risk olarak görülmesidir. Bu durum kadınları pasif bir duruma getirip kendi bedeni üzerindeki kontrolünü sınırlandırmaktadır. Sonuç olarak kadınlar doğumlarıyla ilgili kararlarda dışlanmakta ve medikal müdahalelerin meşrulaşması kaçınılmaz hale gelmektedir (83, 84).

Doğumun devletler tarafından benimsenmesi sonucunda da medikalleşmenin arttığı ifade edilmektedir. Anne ve bebek ölüm oranları bir toplumun medeniyet ve gelişmişlik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Anne ve bebek ölüm oranlarını azaltmak amacıyla pelvis ölçülerine ilişkin bilgilerin edinilmesi, anestezi, forseps, vakum gibi müdahalelerin kullanılması doğum yönetiminde medikalizasyonu arttırmıştır (19, 82).

Doğumhanede yeme, içme, hareket kısıtlamasıyla ilgili standart prosedürlerin ortaya çıkması ile rutin tıbbi standartların uygulanmaya başlanmıştır. Bu durum, kadının

doğal olarak doğum yapma yeteneğini tehlikeye atmakla birlikte kadının endişe ve korku duymasına yol açarak doğumun medikal olarak algılanmasına neden olmuştur (83, 84).

Doğum yönetiminde medikalizasyon artışına, sağlık alanında açılan malpraktis davalar, yasal prosedürler de sebep olmaktadır. Açılan davaların %70'inin jinekoloji ve %99'unun doğum anında "müdahale etmeme" veya "müdahalede gecikme" ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (19). Böylece vajinal doğumda maternal veya fetal morbitide ve mortalitede belirgin bir artış riski varsa sağlık bakım sağlayıcıları kendilerini güvence altına almak adına doğum kararında yönlendirici olup medikalleşmeyi arttıran müdahallerde bulunmak zorunda kalmaktadır (1).

Doğumda kullanılan bu teknolojik temelli uygulamalar anne ve bebek sağlığı için çok önem arz etmekle birlikte, gerekli olmayan durumlarda uygulanan bu medikal müdahaleler anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve maliyet artışına sebep olan doğumlara yol açmaktadır (85).

Doğumda en yaygın kullanılan medikalizasyon uygulamalardan biri sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM)'dur. Fetusun yakından takip edilmesi gereken riskli durumlarda sürekli EFM önerilmektedir. Bununla birlikte son yıllarda hızla artan malpraktis davaları sonucu EFM trase çıktısının kanıt olarak gösterilmesi başta ülkemiz olmak üzere çoğu ülkede yaygın olarak kullanımına yol açmıştır (86). Doğumda medikal uygulamalar arasında olan sürekli EFM'nin anne sağlığı üzerinde, sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının artması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (87, 88). Sürekli EFM kullanımı ile apgar sonuçları, neonatal yoğun bakımına yatış (89) ve neonatal ölüm (88) yönünden anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Sürekli EFM'nin kadınlarda doğum süresinin uzaması ve buna bağlı olarak medikal uygulamaların artışı gibi etkileri olduğu da bildirilmektedir (88).

Enstrümantal doğum, bebeğin vajinal kanaldan doğumuna yardımcı olmak için vakum veya forseps kullanımını içeren uygulama olarak tanımlanmaktadır. Vakum ve forseps, uzamış doğum eyleminde fetal veya maternal mortalite ve morbidite oranlarını azaltmada kullanılmaktadır. Obstetride forseps veya vakum ekstraksiyonu, anormal giden ve acil durumlarda, güvenli ve uzamış vajinal doğumu sağlamak amacıyla kullanıldığında başarılı olunmaktadır (90). Aksi halde forseps ve vakum kullanımı medikalizasyona neden olup anne sağlığı üzerinde perineal travma riski, daha fazla ağrı kesici gereksinimi (91), epizyotomi oranında artış gibi birçok olumsuz etkileri mevcuttur (92). Yenidoğanda ise perinatal ölüme, emmede başarısızlık, retina kanamasına, neden olabilmektedir (93). Müdahaleli doğumlar sonucunda ortaya çıkan şiddetli perineal travmanın ise annelerde

olumsuz psikolojik etkilere yol açtığı belirtilmektedir (92). Nitekim doğru yapıldığında kadın ve bebek için güvenli kabul edilse de özellikle zor veya başarısız girişimlerde yenidoğanda kafa içi kanama ve kafatası kırıkları gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir (94).

Epizyotomi, doğumun ikinci evresinde, bebeğin doğumunu kolaylaştırmak için vajinayı arka yüzünden genişletmek amacıyla uygulanan cerrahi insizyon olarak tanımlanmaktadır. Evde doğumdan hastaneye geçişle birlikte epizyotomi oranı dramatik bir şekilde artmıştır (95). Perineal travmalardan korunmak için günümüzde ise rutin olarak uygulanabilmektedir. DSÖ'nün intrapartum bakım rehberinde, rutin epizyotominin önerilmediği belirtilmiştir (65). Epizyotominin rutin kullanımından ziyade sınırlı kullanımı lehine biriken kanıtlarla birlikte, kısa ve uzun vadeli komplikasyon potansiyelleri ile endikasyonsuz epizyotomi oranını azaltmak için harekete geçilmesi gerektiği belirtilmektedir (95, 96). Epizyotomi uygulamasının doğumun ikinci evresinin uzaması, konforda azalma, daha fazla algılanan ağrı ve anne-bebek bağlanmasında gecikme gibi olumsuz etkileri bulunmaktadır (97). Bununla birlikte epizyotominin vajinal ve perineal dokulardaki hasar ve ağrı, üriner ve fekal inkontinans, dispareni ve genital-üriner prolapsus gibi bazı uzun vadeli sorunlara neden olduğu da bildirilmiştir (98).

Maternal veya fetal komplikasyonların varlığında sezaryen doğum, yeri doldurulamaz bir cerrahi müdahaledir (99). Ancak son yıllarda tıbbi endikasyondan çok sosyal faktörler nedeniyle kullanılmasının sonucu doğumda medikalizasyonu ciddi oranda etkilemiştir (100). Sezaryen ile doğumun maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyle ilişkili olduğu ve kesin endikasyon olmadan gerçekleştirmenin giderek önemli bir endişe hale geldiği belirtilmektedir (101, 102). Yapılan bir çalışmada kadınların pelvik taban kas performansında bozulma, üriner inkontinans, perineal kaslarda gevşeme ve cinsel zevkte bozulma gibi durumları normal vajinal doğumun yan etkileri olarak gördükleri ve bu sebepten sezaryen ile doğumu tercih ettikleri bildirilmiştir (103). Bununla birlikte kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri arasında doğum korkusu, riskli sağlık algılarıyla ilişkili güvenlik endişeleri, önceki olumsuz doğum deneyimleri, sezaryen doğuma yönelik olumlu tutumlar, önyargılı bilgilere erişim ve uğurlu doğum tarihler (batıl inançlar) olarak sıralanmıştır (59).

Ülkemizde normal vajinal doğum, sezaryen ve hem normal vajinal doğum hem de sezaryen doğum deneyimi olan kadınların doğum tercihlerini belirlemek amacıyla 600 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların sezaryen ile doğum tercih nedenlerinin

endikasyon ve doktor kararı, daha az ağrı ve daha fazla konfor, yenidoğanın güvenliği, perine yırtığının olmaması, operasyon süresinin kısa olması ve yönetimin kolay olması gibi faktörler olduğu görülmüştür (75). Doğumu normal bir olay olarak gören bir inanç sistemini benimsemeyen medikal olarak gören kadınların sezaryen ve tercih etme olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (10). Yapılan çalışmada doğumun tıbbi bir süreç olduğuna dair daha güçlü inanca sahip olmanın ise, daha tıbbileştirilmiş nesnel bir doğum ve daha düşük bir doğum memnuniyeti deneyimi ile ilişkili olduğu görülmüştür (7).

Genellikle medikal doğum uygulamalarının, düşük doğum ağırlığı, cerrahi komplikasyonlar ve artan anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesi gibi olumsuz doğum sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (6). Sezaryen ile olan doğumun normal vajinal doğumla karşılaştırıldığında, sonraki gebeliklerde uterus rüptürü, ektopik gebelik, ölü doğum ve erken doğum gibi sağlık sorunları yaşama riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (77, 101). Yenidoğanlar için bağışıklık sisteminde değişiklik, alerji, astım gelişme olasılığının artması ve bağırsak mikrobiyomunun azalmasını içerirken, uzun vadeli riskler arasında obezite gelişimi ve obezite ile ilişkili riskleri içerdiği ifade edilmiştir (77). Yapılan bir çalışmada sezaryen yenidoğanların normal vajinal doğum yenidoğanlarla karşılaştırıldığında doğumdan hemen sonra anneleriyle daha az ten tene teması olduğu ve doğumdan sonraki bir saat içinde daha az emzirildiği bulunmuştur (104).

Yapılan bir kohort çalışmasında normal vajinal doğumla doğan bebeklere kıyasla, sezaryen ile doğumun bebeklerde önemli ölçüde daha yüksek hipotermi ile ilişkili olduğu ve daha uzun vadeli olumsuz sağlık sonuçları olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada sezaryenle doğan çocukların, uzun vadede özellikle solunum yolu enfeksiyonu, diğer enfeksiyonlar ve metabolik bozukluklar gibi olumsuz sağlık sonuçları açısından yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir (105). Doğum eyleminde, ilaçsız ve müdahalesiz vajinal doğumdan, müdahaleci ve cerrahi doğuma kadar oldukça değişen bir medikalizasyon yelpazesinin olduğu açıktır. Perinatal uzmanlar tarafından hazırlanan kılavuzlar, müdahalesiz doğumun hem anneler hem de bebekler için en iyisi olduğunu önermektedir. Ayrıca bu kılavuzlarda normal doğumun elektif indüksiyon, spinal analjezi, genel anestezi, forseps veya vakumla doğum, sezaryen, epizyotomi veya sürekli elektronik fetal monitörizasyonu içermediği açıkça belirtilmiştir (1, 83).

2.3. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, sağlık hizmeti sunucusu tarafından insanların hedeflenen tedavi önerilerini benimsemelerine yardımcı olmak için kullanılan kanıta dayalı bir danışmanlık yöntemidir (106). Motivasyonel görüşme kişi odaklı danışmanlık, bilişsel davranışçı terapi, sosyal bilişsel teori, sağlık inanç modeli ve transteoretik model gibi birçok modelden destek alarak geliştirilmiştir. Motivasyonel görüşmede amaç;

- Davranış değişikliğindeki ambivalansları empatik bir yaklaşımla analiz ederek değişim lehine keşfetmek ve çözmek (107-109),
- Bireylerin öz yeterliklerini desteklemek (107, 109),
- Kabul ve şefkat atmosferi içinde kişinin kendi değişim nedenlerini ortaya çıkarmak (108, 110, 111),
- Bireylerin hedeflenen davranış değişikliğine ulaşmasını sağlamak (107, 109),
- Belirli bir hedefe yönelik kendi motivasyonunu ve değişime olan bağlılığını güçlendirmektir (108, 110, 111).

Sağlıksız yaşam tarzı davranışlarının değiştirilmesi önemli bir konudur. Davranış değişikliğinin önündeki önemli bir engelin motivasyon eksikliği olduğu belirtilmektedir (110). Motivasyonel görüşme, değişimin diline özel dikkat gösteren, işbirlikçi, hedef odaklı iletişim tarzını benimseyerek bir kabul ve empati atmosferi içinde kişinin kendi değişim nedenlerini ortaya çıkararak ve keşfederek davranış değişikliğini ortaya çıkaran bu değişime yönelik kişisel motivasyonu ve bağlılığı güçlendirmeyi amaçlayan bir danışmanlık yaklaşımıdır. Motivasyonel görüşmenin temel özellikleri aşağıda yer almaktadır (108, 110, 111).

- Motivasyonel görüşme, doğrudan direktif veya tavsiye almak yerine davranış değişikliği için argümanlar geliştirmeye teşvik eden yönlendirici bir iletişim tarzını benimsemiştir (108, 110, 111).
- Motivasyonel görüşme, kendi güçlü yanlarını, anlamlarını, önemlerini ve değişim kapasitelerini ortaya çıkararak insanları değişime teşvik etmek için tasarlanmıştır (108, 110, 111).
- Motivasyonel görüşme, doğal değişim sürecini kolaylaştıran ve danışan özerkliğini onurlandıran, insanlarla birlikte olmanın saygılı ve ilgili bir yolunu temel almıştır (108, 110, 111).

Motivasyonel görüşmenin geliştiricileri tarafından en son tanımı ise, kişinin kendi motivasyonunu ve değişime olan bağlılığını güçlendirmek için işbirlikçi bir konuşma

tarzı şeklindedir (108). Motivasyonel görüşmenin bir teknik değil, insanları davranışlarını kendi istekleri dışında değiştirmeye çalışmayan temel bir terapötik stil olduğu vurgulanmaktadır (112). Sağlık hizmetlerinin birçok alanında etkili olduğu kanıtlanan motivasyonel görüşme, insanların değişim konusundaki kararsızlığını çözmeye, endişelerini keşfetmelerine ve kendi hedeflerini belirlemelerine yardımcı olmak için yaygın olarak kullanılmaktadır (108, 113, 114).

2.3.1. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Bu yöntemin temelinde üç ana unsur vardır. Bunlar; işbirliği, çağrışım ve özerkliliktir. İşbirliği kavramı, danışanın deneyimlerini ve bakış açılarını onurlandıran eşitlikçi bir terapötik ilişkiyi temsil etmektedir. Danışanın içsel kaynaklarını ve değişim için içsel motivasyonunu oluşturmak için çağrışım kavramından yararlanılmaktadır. Özerklik ise, danışanın tedavi sürecindeki kendi kendini yönetme ve bilgilendirilmiş onam hakkının ve kapasitesinin değerini ifade etmektedir (115). Bu ana unsurlara ek olarak, bir oturum boyunca danışmanların aşağıdaki dört temel ilke olan danışmanın empati ifadesi, danışanın çelişkilerin ortaya çıkarılması, danışanın direnciyle çalışma ve danışanın öz-yeterliliğini destekleme danışanda davranış değişikliğini ortaya çıkarmasını kolaylaştırmaktadır (107, 115, 116).

Empatinin Gösterilmesi

Empati, kişinin hikayesiyle sıcak ve yargılayıcı olmayan bir tutumla bağlantı kurma yeteneği olarak tanımlanır. Aynı deneyimlere sahip olmayı değil, kişinin yaşadığı duygularla özdeşleşebilmeyi gerektirir (117). Motivasyonel görüşmenin dört temelinden ilki olan empatinin gösterilmesi, danışanın özerkliğine saygı duymayı, güçlü yanlarını onaylamayı ve duygularla özdeşleşebilmeyi gerektirir (117, 118). Oturumun en başından itibaren empatinin gösterilmesi ilkesinde yansıtıcı dinleme teknikleri kullanımı uyulması gereken bir kural olarak belirtilmektedir (116, 119, 120).

Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması

İkinci ilke olan çelişkilerin ortaya çıkarılmasında amaç, kişinin şuan ki davranışları ile hedeflenen amaçları arasında meydana gelen çelişkileri kişinin zihninde ortaya çıkarmaktır (119). Çelişkiyi ortaya çıkarmak için kişiye, bulunduğu mevcut durum ile gelecekte olmak istediği durum arasında nerde olmak istediğiyle ilişkili açık uçlu sorular sorulabilir (116, 121). Kişide ortaya çıkarılan uyumsuzluklar, kendisinde birbirini desteklemeyen alanların olduğunu fark etmesini sağlamaktadır. Bu farklılığın derecesi ile birlikte kişide değişim için motivasyon başlamaktadır (120, 121). Değişime yönelik

motivasyonun sürekli teşvik edilmesinin bir ön koşulunun, kişide davranışsal tutarsızlıklarının daha fazla farkına varmaları ve davranışlarıyla aktif olarak yüzleşmeleri gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle motivasyonel görüşme “özellikle değişim ifadelerine odaklanan, kişi merkezli, hedef odaklı bir iletişim tarzı” olarak tanımlanır (112).

Dirençle Çalışma

Değişimin başlamasıyla birlikte direncin ortaya çıkması beklenen bir durumdur (116). Dirençle çalışan danışman, danışanı bulunduğu yerde kabul etmeyi, empatik bir şekilde dinlemeyi ve yansıtmayı, aynı zamanda da ifadelerindeki tutarsızlıklara karşı çıkmadan altta yatan faktörlerini tartışmalı ve bireye direncin nedenlerini fark ettiren yaklaşımlar sergilemelidir. Bu aşamada değişimin zor olduğunu ve kararsızlığın normal olduğunu kabul etmek, danışanın daha az savunmacı bir duruş sergilemesine yol açabilir. Direncin azalması ile danışanın değişimle ilgili iyimser bakış açısı ön plana çıkarak, kendisi için en uygun çözümü bulmaya ivme kazandığı belirtilmektedir (116, 117).

Kendine Yeterliliği-Öz-yeterliliği Destekleme

Öz-yeterlik, kişinin belirlenmiş bir eylem planını başarabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (122). Motivasyonel görüşmenin temel amacı, kararsızlığı keşfederek ve çözerek değişime yönelik içsel motivasyon arttırmaya olan inancı ortaya çıkarmaktır (116). Danışanlar davranış değişikliği yapma ihtiyacını algılasalar bile, süreci başarıyla tamamlayamayacaklarına olan inançları değişimi benimsemelerine yol açabilir. Bu nedenle danışanda öz-yeterliliği oluşturmak oldukça önemlidir (115). Bu sebeple motivasyonel görüşme oturumlarında danışanların öz-yeterliliğini artırarak değişimin engellerini aşabileceklerine inanmalarını sağlamak önemli bir nokta olarak görülmektedir (119).

2.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel Becerileri

Motivasyonel görüşmede temel ilkelere ek olarak, her birinin önemi kişiye ve tedavi durumuna göre değişebilen toplam beş temel beceri tekniği bulunmaktadır (112). Bu temel beceriler, kişinin değişim için motivasyonunu güçlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (123).

Açık Uçlu Sorular Sormak

Motivasyonel görüşmede, açık uçlu soruların sorulması kişilerin sorunlu davranışlarıyla yüzleşmesini sağlayan temel bir beceri olarak görülmektedir (112).

Kişilere durumlarıyla ilgili daha fazla ayrıntı vermesini sağlayarak, evet veya hayır cevabından daha fazlasını ortaya çıkaracak soruların sorulması gerekmektedir (117). Ayrıca bu temel beceri danışman ile danışan arasında sağlıklı bir iletişim kurmayı da sağlar (116).

Doğrulama/Onaylama

Motivasyonel görüşmede doğrulama/onaylama temel becerisi görüşmenin devam ve sürekliliğini sağlamaktadır (116). Bir kişinin güçlü yönlerini belirtmek ve onaylamak kişinin bu davranışlarını içselleştirme olasılığını arttırmaktadır (117).

Yansıtma dinleme

Anladığını doğrulamak ve ilişki kurmak için bir kişinin söylediklerini yeniden ifade etme olarak tanımlanan yansıtma dinleme, kişinin gerçekten dinlediğini ve saygı duyulduğunu hissetmesine yardımcı olur (117). Aktif dinleme, hastanın sorunlu davranışlarıyla ilgili endişelerini keşfetmeyi ve bunlara odaklanmayı mümkün kılmaktadır. Bu sürecin bir parçası olarak danışman, ifadelerinin temel içeriğini kişiye geri yansıtmaktadır. Ayrıca aktif dinleme, sadece kişiyi anlamayı deneyimleme etkisine sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda artan kendini keşfetme yoluyla problemin daha derinden ele alınmasını sağlamaktadır. Yansımaların en az %50'sinin karmaşık olması ve basit tekrarların ötesine geçmesi gerektiği ifade edilmektedir. İyi bir motivasyonel görüşme oturumunda sorulan soru başına en az iki yansıma kullanılması gerektiği bildirilmektedir (112).

Özetleme

Özetleme, danışanın bahsettiği birçok konuyu bir araya getiren yansımalar olarak tanımlanmaktadır. Değişim motivasyonu için önemli olan içeriklerin hastaya geri yansıtıldığı etkili bir teknik olan özetleme (112), önemli noktaları ve güçlü yönleri vurgulayarak atılacak sonraki adımları temellendirmeye katkı sağlamaktadır (117).

Değişim Konuşmasının Ortaya Çıkarılması

Değişim konuşması belirli sorular sorarak, onaylayarak veya basit ve karmaşık yansıma yoluyla ortaya çıkarılmaktadır. Bu temel beceride danışanın arzularını, yeteneklerini, değişim nedenlerini ve oturum sonunda özetlenen değişim için algılanan ihtiyaçları belirten somut ifadeler yoluyla motivasyon oluşturmak ve ikinci olarak da başarılı davranış değişikliği için, değişime olan bağlılığın güçlendirilmesi önemlidir (112).

2.3.3. Motivasyonel Görüşmenin Ruhü

Motivasyonel görüşme oturumlarının başarısı aşağıdaki bileşenlerle karakterize bir güven ilişkisini teşvik eden ve güçlendiren aşamalardan geçmektedir (112).

- Danışmanın uzman rolünü (danışandan üstün) üstlenmediği, danışanla ortaklık, koruyucu olmayan bir iş birliği (eşit şartlarda iletişim) içerisinde olmak,
- Danışanın ihtiyaçlarına, deneyimlerine ve bakış açılarına karşı temel bir kabul ve empati tutumu. Danışana koşulsuz saygı duymaya ek olarak, bu davranış değişikliği ile arzu edilen hedef ve değişim yöntemleri (hasta özerkliği) ile ilgili seçim ve karar verme özerkliğini sağlamak,
- Danışmanın kendi çıkarlarının peşinden gitmemesi ve danışanın ihtiyaçlarına en yüksek önceliği vermesiyle karakterize edilen, danışanın yaşamına ve deneyimine karşı şefkat duymak,
- Mevcut sorunlu davranış ile danışanın hedefleri ve değerleri arasında bir tutarsızlık geliştirmeyi sağlayarak, danışanın değişim nedenlerini keşfederek ve güçlendirerek değişim için motivasyon uyandırmaktır (112).

2.3.4. Motivasyonel Görüşmenin Aşamaları

Motivasyonel görüşme iki aşamada ilerlemektedir. Birinci aşama, danışanın değişim için içsel motivasyon oluşturmanın sonucu değişim konuşmasını ortaya çıkarılmasını içermektedir (115, 124).

Birinci aşamada, kararsızlığı keşfetmek ve değişim için nedenleri açığa çıkarmak amacıyla motivasyonel görüşmelerin temel becerileri (115) ve karar dengesi, önemlilik ve güven-yeterlilik parametreleri kullanılmaktadır (125-127).

Karar Dengesi

Davranış değişikimini ortaya çıkarmada motivasyonu oluşturmak için karar dengesi stratejisi kullanılmaktadır Karar dengesi, ambivalans aşamasında değişimin olumlu ve olumsuz öngörülerini değerlendirerek değişimi belirli bir yöne teşvik etmeyi sağlamaktadır. Teraziye benzetilen karar dengesi stratejisi, terazinin iki yanında, iki farklı ağırlık bulunduğunu varsaymaktadır. Terazinin bir tarafının davranışın belirli yönündeki öngörülen yararları/avantajları, terazinin diğer tarafının ise öngörülen zararları/dezavantajlarını temsil ettiği belirtilmektedir. Kişide çelişkileri ortaya çıkarmak amacıyla terazi kefesi ile yapılan bu kavramsallaştırmanın, mevcut davranış neyi yarar ve

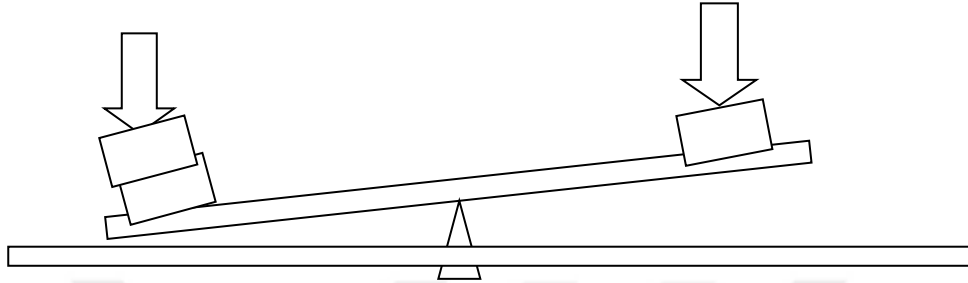
neyi zarar olarak öngördüğünü belirleyerek, kişinin değişim yönündeki ifadelerinin ortaya çıkmasına yardımcı olduğu ifade edilmektedir (125-127).

Medikal doğum inancının zararları

Medikal doğum inancının yararları

Değişimin yararları

Değişimin zararları



Şekil 2.1. Karar dengesi: Kar ve zararları tartma (125-127).

Önemlilik ve Güven/Yeterlilik Cetveli

Motivasyonel görüşmelerin ilk aşamasında danışanın ambivalansını ortaya çıkarmak için danışanın değişime verdiği önemi ve bunu başarabilceğine ne kadar güvendiği ve yeterliliğinin belirlenmesi son derece önemlidir. Önem, güven ve yeterlilik kavramlarının iç motivasyonun ögeleri olması, öz-yeterliliği desteklediği ve kişiyi değişime yönlendireceğinden bu cetvellerin birinci aşamada ele alınması gerektiği belirtilmektedir. Danışanın konuya verdiği önemi belirlemek için 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli” olarak derecelendirilen bir cetvel üzerinden danışana “.....bu konu sizin için ne kadar önemli?” sorusu yöneltilerek cetvel üzerinden kendisi için uygun olan cevabı işaretlemesi istenir (120, 125-127).

hiç önemli değil *çok önemli*
0 5 10

Kişide güven duygusunu öğrenmek için ise 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli” olarak derecelendirilen bir ölçek üzerinden kişiye “.....bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” sorusu sorularak cetvel üzerinden kendisi için uygun cevabı işaretlemesi istenir (120, 125-127). Danışanın verdiği cevap üzerinden avantajlar ve dezavantajlar, umutlar ve değerler tartışılarak değişimin ortaya çıkmasına ivme kazandırılabilir.

hiç güvenmiyorum *çok güveniyorum*
0 5 10

Motivasyonel görüşmelerin ikinci aşamasında değişim için bağlılığın sürdürülmesi aynı zamanda danışana özel bir değişim planı geliştirmeye ve danışanın bu plan üzerinde hareket etme taahhüdünü oluşturmaya odaklanmaktadır (124, 126).

Oluşturulan değişim planında, özetleme temel becerisi kullanılarak danışanın planı onaylaması, bağlılığı ortaya çıkarmak ve sürdürmek hedeflenir. Oluşturulan değişim planına bağlılığın ortaya çıkması, motivasyonel görüşme aşamalarının tamamlandığı anlamına gelmektedir (125-127).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancına etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

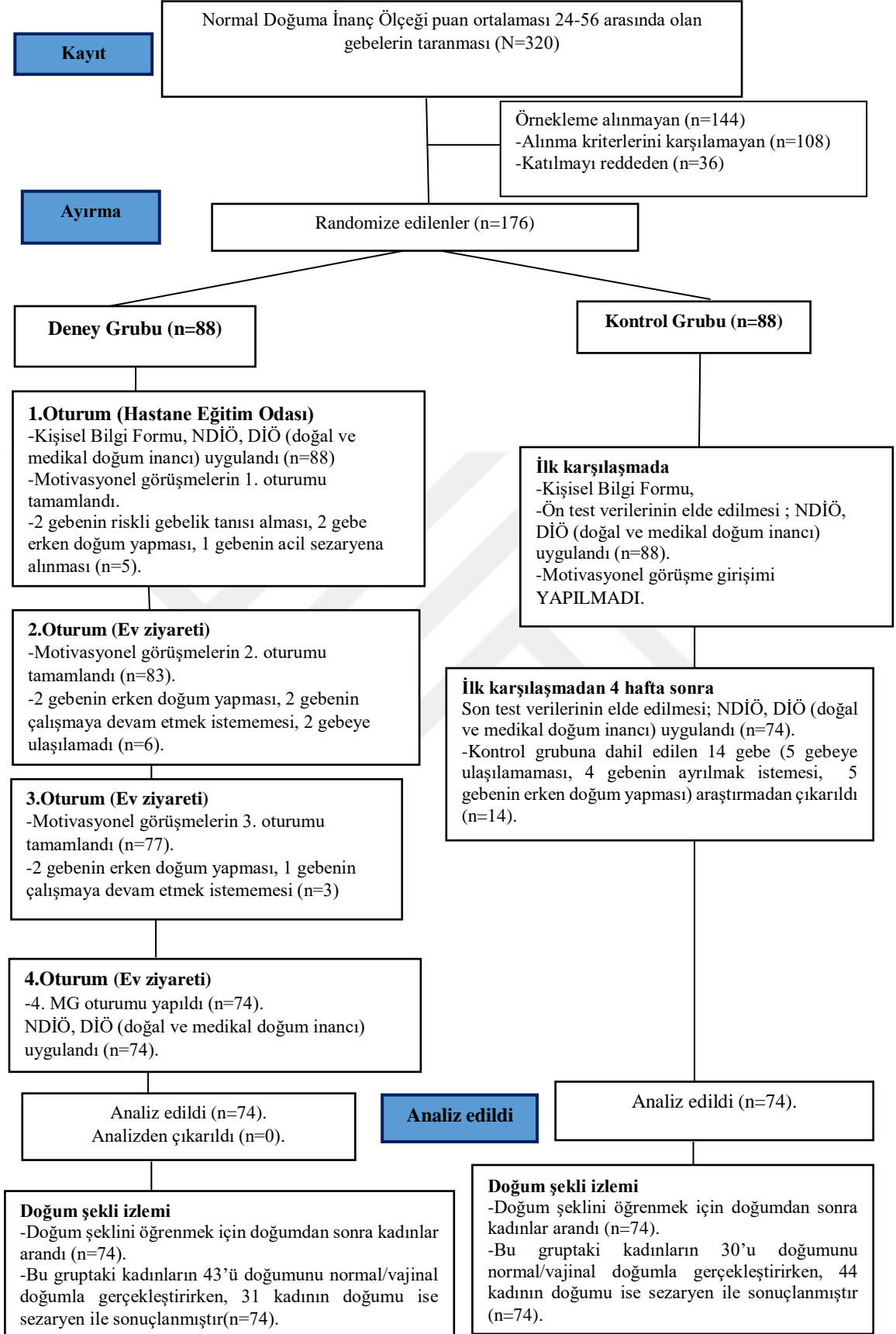
Araştırma, Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastane'sinin kadın doğum polikliniklerinde Eylül 2020- Aralık 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Kadın Doğum ve Çocuk Hastane'sinde 6 adet kadın doğum polikliniği ve 1 adet onkoloji polikliniği mevcuttur. İlgili kurumda motivasyonel görüşmelere yönelik herhangi bir girişim yapılmamaktadır. Motivasyonel görüşmelerin (MG) ilk oturumu hastaneye başvuran gebelerin poliklinik işlemleri bittikten sonra hastanenin eğitim odasında sonra ki oturumlarının tamamı ev ziyareti tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastane'sine prenatal takipler için başvuran primipar gebeler oluşturmuştur. Araştırma deney (motivasyonel görüşme) ve kontrol grubu olmak üzere toplam 2 grup üzerinde yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğünü saptamada OpenEpi (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health) versiyon 3.1 kullanılmıştır. Bu doğrultuda örneklem büyüklüğü; %5 yanılğı düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin 18.80 ± 8.60 (46) olan medikal doğum inanç düzeyi puan ortalamasını 4 puan azaltacağı varsayılarak toplam en az 146 gebe (73 deney, 73 kontrol) olarak hesaplanmıştır. Normal doğum inancı düşük gebeleri belirlemek adına 320 gebe ile görüşülmüş ve araştırmaya olası vaka kayıpları da dikkate alınarak (yaklaşık %20) toplam 176 primipar gebe (88 deney, 88 kontrol) dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı onaylayan ve alınma kriterlerine uyan gebeler, polikliniğe geliş sırasına göre basit randomizasyon yöntemiyle deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Deney grubunda yer alan 5 gebe 1. MG oturumu sonrası (2 gebenin riskli gebelik tanısı alması, 2 gebenin erken doğum yapması, 1 gebenin acil sezaryena alınması nedeniyle), 6

gebe 2. MG oturumu sonrası (2 gebenin erken doğum yapması, 2 gebenin çalışmaya devam etmek istememesi, 2 gebeye ulaşılamaması nedeniyle), 3 gebe 3.MG oturumu sonrası (2 gebenin erken doğum yapması, 1 gebenin çalışmaya devam etmek istememesi nedeniyle) araştırmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubuna dahil edilen 14 gebe ilk karşılaşma sonrası (5 gebeye ulaşılamaması, 4 gebenin ayrılmak istemesi, 5 gebenin erken doğum yapması) araştırmadan çıkarıldı. Araştırma, 74 deney ve 74 kontrol olmak üzere toplam 148 gebeyle tamamlanmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemine ilişkin Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT) (128) 2010 akış şeması Şekil 3.1’de gösterilmiştir.

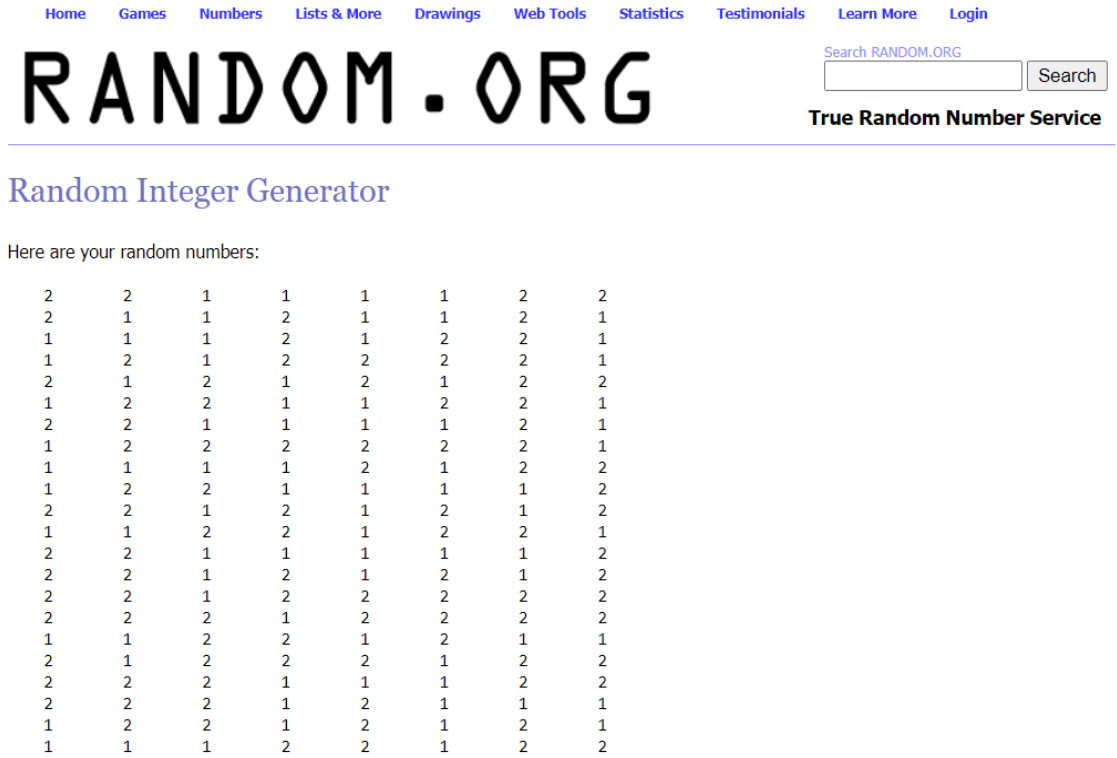




Şekil 3.1. Consort 2010 araştırma uygulama akış şeması

Randomizasyon

Örnekleme seçim kriterlerine uygun olan gebeler için random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator yöntemi kullanılarak 1-176 arasında sütunlar oluşturulmuştur (129) (Şekil 3.2). Sütunda 1 ve 2 rakamları gözetilerek, kayıt numaralarına göre gebeler 1 ve 2 numaralarına randomize olarak atanmıştır. Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlenmiştir. Kura sonucu oluşturulan randomizasyonda 1 rakamına denk gelen gebeler deney, 2 rakamına denk gelen gebeler kontrol grubuna alınarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.



Home Games Numbers Lists & More Drawings Web Tools Statistics Testimonials Learn More Login

RANDOM.ORG

Search RANDOM.ORG

True Random Number Service

Random Integer Generator

Here are your random numbers:

2	2	1	1	1	1	2	2
2	1	1	2	1	1	2	1
1	1	1	2	1	2	2	1
1	2	1	2	2	2	2	1
2	1	2	1	2	1	2	2
1	2	2	1	1	2	2	1
2	2	1	1	1	1	2	1
1	2	2	2	2	2	2	1
1	1	1	1	2	1	2	2
1	2	2	1	1	1	1	2
2	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	2	1	2	2	1
2	2	1	1	1	1	1	2
2	2	1	2	1	2	1	2
2	2	1	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	2	2
1	1	2	2	1	2	1	1
2	1	2	2	2	1	2	2
2	2	2	1	1	1	2	2
2	2	2	1	2	1	1	1
1	2	2	1	2	1	2	1
1	1	1	2	2	1	2	2

Şekil 3.2. Randomizasyon grupları

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- ✓ 18 yaş ve üzeri ve iletişim kurmada sorun yaşamayan,
- ✓ Normal Doğuma İnanç Ölçeği'ne göre düşük düzeyde (24-56 arası puan) normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimi olan,
- ✓ Primipar gebe olan,
- ✓ Son adet tarihine veya son adet tarihini bilmeyen gebelerin USG ile yapılan hesaplamalarına göre gebeliğin 24-36. haftasında olan,
- ✓ Sağlıklı ve tek fetüse sahip olan,

- ✓ Araştırmanın örnekleme gönüllü olan gebeler dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- ✓ Erken doğum yapan,
- ✓ Çalışma sırasında gebelikle ilişkili komplikasyon gelişen,
- ✓ Gebeliğinde tanılanmış herhangi bir riski (preeklampsi, diyabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi) olan,
- ✓ Normal vajinal doğum için kontrendikasyonu olan,
- ✓ Sezeryan endikasyonu gelişen,
- ✓ Araştırmadan ayrılmak isteyen,
- ✓ MG oturumlarını tamamlamayan,
- ✓ Verilerin elde edildiği formların herhangi birinde eksiklik ve hata olan gebeler örneklem dışında bırakılmıştır.

Körleme

Motivasyonel görüşme, verileri toplama ve analiz aşamasında araştırmacının yer alması ve deney grubunda yer alan gebelerin yapılan girişimlerden haberdar olmaları sebebiyle bu araştırmada körleme yapılamamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Normal Doğuma İnanç Ölçeği (EK-2) ve Doğum İnançları (Doğal ve medikal doğum inancı) Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Sosyo-demografik (yaş, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, vb.) ve obstetrik özelliklerinin (gebelik haftası, gebeliği isteme ve planlama durumu, doğum şekli kararı vb.) belirlenmesi amacı ile literatüre dayalı olarak hazırlanan toplam 20 sorudan oluşan bir formdur (46,126, 130, 131).

3.4.2. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) (EK-2)

İbici Akça ve Aksoy Derya tarafından geliştirilen Normal Doğuma İnanç Ölçeği gebelerin normal doğuma yönelik inançlarını ve eğilimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. NDİÖ algılanan duyarlılık (1, 2, 3. maddeler), algılanan ciddiyet (4, 5, 6, 7. maddeler), algılanan yarar (8, 9, 10, 11. maddeler), algılanan engeller (12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler), algılanan öz-yeterlilik (18, 19, 20, 21. maddeler) ve sağlık

motivasyonu (22, 23, 24. maddeler) olmak üzere 6 alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipi olup tamamen katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2), kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 24, en yüksek 120 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde hem alt boyutlar hem de ölçeğin tümünden alınan puanlar kullanılabilir. Ölçekten alınan toplam puan 24 ile 56 arasında ise düşük, 57 ile 88 arasında ise orta, 89 ile 120 arası ise yüksek düzeyde normal doğuma ilişkin inançları ve eğilim söz konusudur. Ölçekten alınan puan ortalaması arttıkça gebelerin normal doğuma ilişkin inançları ve eğilimleri artmaktadır. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.83'tür (23). Bu çalışmada ise 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.852'dir (131). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı deney grubu için 0.840 kontrol grubu için ise 0.700 olarak saptanmıştır.

3.4.3. Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ) (EK-3)

Kadınların doğum hakkındaki temel inanç düzeylerini değerlendirmek amacıyla 2016 yılında Heidi Preis ve Yael Benyamini tarafından geliştirilmiş (8) ölçeğin Türkçe uyarlaması Ahsun ve Ertem tarafından yapılmıştır (46).

Ölçeğin alt boyutlardan biri doğumu doğal bir süreç olarak değerlendirirken, diğer alt boyutu doğumu medikal/tıbbi bir süreç olarak değerlendirmektedir. Ölçek, doğumun doğal süreç inancına yönelik 5 madde (3, 5, 7, 8 ve 11. maddeler) ile medikal/tıbbi süreç inancına yönelik 6 madde (1, 2, 4, 6, 9 ve 10. maddeler) içeren toplamda 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanı her alt boyuta ait maddelerin toplam puanının, o alt boyuta ait madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Aritmetik ortalama sonucu rakamsal değeri yüksek olan grup kadının doğum inancını oluşturmaktadır. Ayrıca ölçekte alt boyutlar kendi aralarında değerlendirilecek olup ters kodlama gerektirecek madde bulunmamaktadır. Likert tipi olan bu ölçekte her bir madde için 1 ile 5 skalası arasında değişen puanlama yapılmaktadır. “Kesinlikle katılmıyorum” seçeneği 1 puan alırken “kesinlikle katılıyorum” seçeneği 5 puan almaktadır. Doğum İnançları Ölçeği “Doğum doğal bir olaydır” alt boyut için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.890 olarak, “Doğum tıbbi bir olaydır” alt boyut için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.868 olarak bulunmuştur (46). Bu çalışmada “Doğum doğal bir olaydır” alt boyut için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı deney grubu için 0.755, kontrol grubu için ise 0.727 olarak

bulunmuştur. “Doğum medikal bir olaydır” alt boyut için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı deney grubu için 0.711, kontrol grubu için ise 0.812 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri, Şubat - Eylül 2021 tarihleri arasında toplandı. Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastane’si kadın doğum polikliniklerine başvuran ve normal doğum inanç ölçeği puan ortalaması 24-56 arasında olan (düşük düzeyde normal doğuma ilişkin inanç ve eğilimi olan) gebeler araştırmaya davet edilmiştir. Deney ve kontrol grubuna dahil edilecek gebeler polikliniğe başvuru sırasına göre randomize olarak atanmıştır (Şekil 3.2).

Deney grubundaki gebelere motivasyonel görüşmelere başlamadan önce “Normal Doğuma İnanç Ölçeği” ve “Doğum İnançları (Doğal ve medikal doğum inancı) Ölçeği” uygulanarak ön test verileri elde edilmiştir. Gebelere dört hafta boyunca haftada 1 oturum olmak üzere toplamda 4 oturum motivasyonel görüşme yapılmıştır. Dört hafta sonunda “Normal Doğuma İnanç Ölçeği” ve “Doğum İnançları (Doğal ve medikal doğum inancı) Ölçeği” uygulanarak son test verileri elde edilmiştir. Kontrol grubuna alınacak gebelerle toplam iki kez görüşme sağlanmıştır. Yapılan ilk görüşmede “Normal Doğuma İnanç Ölçeği” ve “Doğum İnançları (Doğal ve medikal doğum inancı) Ölçeği” uygulanarak ön test verileri elde edilmiştir. Ön test verilerinin elde edilmesinden dört hafta sonra “Normal Doğuma İnanç Ölçeği” ve “Doğum İnançları (Doğal ve medikal doğum inancı) Ölçeği” uygulanarak son test verileri elde edilmiştir. Bu ölçeklerin uygulanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.6. Ebelik Girişimi

Araştırmacı, deney grubuna uygulanacak olan girişim için motivasyonel görüşme tekniği uygulamasının bilgi ve becerisine yönelik katılım belgesi almıştır (EK 9). Gebelere, araştırmada izlenecek plan hakkında bilgi verilerek, araştırmaya dahil olmak isteyenlere gönüllü bilgilendirme formu okunmuş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Oturumlara başlamadan önce danışan kişi görüşmenin süresi, kaç kez yapılacağı ve aralıkları hakkında bilgilendirilmiştir. Her bir motivasyonel görüşme yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

Araştırmada deney grubundaki gebelere araştırmacı tarafından haftada bir kez olmak üzere dört oturumda gerçekleştirilen MG oturumları yapılmıştır. Yapılan MG’lerin

amacı, gebelerin normal doğuma inançlarının düşük olmasında etkili olan faktörleri anlamalarını, değişim amacıyla harekete geçmelerini ve değişime inanmaları sağlanarak normal ve doğal olan doğuma inançlarını arttırmak ve medikal doğum inançları azaltılarak sezaryen gibi doğumun medikalleşmesine neden olan uygulamaları en aza indirmektir. Gebelerin ilk oturumları bireysel olarak hastane içinde bulunan eğitim odasında gerçekleştirilirken diğer oturumlarının tamamı ev ziyareti tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında gebelerin değişim konuşmasını sağlamak ve normal doğum inancını arttırmak bununla birlikte medikal doğum inancını azaltmak amacıyla doğum eylemine yönelik konularda (Normal doğum inancı tanımı, doğum inancının düşük olmasında etkili olan faktörler, doğum inancının düşük olmasında medikalizasyonun etkisi, medikal doğum inancını etkileyen faktörler, doğumhanede yapılan medikal işlemler, medikal doğum inancını anne ve yenidoğan adayının sağlığı üzerindeki etkileri gibi) danışmanlık yapılmıştır.

Motivasyonel Görüşme Oturumları

(I. ve II. Oturum'da MG'nin Birinci Aşaması Olan “Değişim İçin İçsel Motivasyonu Ortaya Çıkarma”)

1. Oturum (20-30 dk)

Amaç

Açılış planı, görüşmedeki rollerin ve gündem konularının belirlenmesi, gebenin doğuma ilişkin düşünce ve duygularını ifade etmesi, gebenin doğal ve normal doğuma yönelik niyeti ve verdiği önemi saptamak, gebeyi değişime hazırlamak, medikal doğum inancına yönelik ambivalansını ortaya çıkarmak, doğumun medikal inancına yönelik faktörleri tanımlamak, medikal inancın doğum eylemi üzerinde etkilerini söyleyebilmek.

İçerik

- Gebeyle tanışma, oturumların amacını, hedefini ve süresini açıklama, oturumların sürekliliği bakımından kuralları belirleme,
- Gebeye danışmanlık verilecek konularla ilgili bilgi verme,
- Gebeden doğumla ilgili düşünceleri ve endişelerini öğrenme,
- Gebenin bu oturumdan beklentilerinin öğrenilmesi,
- Gebenin medikal doğum inancını değiştirmeye yönelik niyetinin belirlenmesi (EK-5.1a)
- Gebe ile işbirliği içerisinde medikal doğum inancına sebep olan faktörleri belirleme,

- Gebede medikal doğum doğum inancını değiştirmeye verdiği önem, güven ve yeterliliği belirlemek amacıyla önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli kullanılarak (EK-5.1b, EK-5.1c) gebenin değişime verdiği önem, bunu yapabileceğine ne kadar güven ve yeterliliğinin olduğunun saptanması ve desteklenmesi.

Uygulama Aşamaları

- Gebe ile tanışılarak, oturumların amacı, hedefi, aralıkları ve süresi açıklanmıştır. Gebe ile bu oturumların sürekliliğinin önemi bakımından kurallar belirlenerek, bu kurallar çerçevesinde düzenli bir şekilde gelinmesi istenmiştir (*Açılış planı yapıldı*).
- Gebenin doğum eylemiyle ilgili ne konuşmak istediği sorularak oturumun gündemini belirlemesi istenmiştir (*Gündem Belirlendi*).
- Gebeye doğumu nasıl algıladığı ile ilgili açık uçlu sorular yönlendirilerek doğumla ilgili düşünce ve duyguları, kaygıları belirlenmiştir. Gebe danışanla tartışma ve yargılamadan uzak danışan-merkezli yaklaşım benimsenerek terapötik işbirliği ile medikal doğum inancına yol açan faktörler saptanmıştır (*Çelişkiler Ortaya Çıkarıldı*).
- Medikal doğum inancındaki değişimin ne kadar önemli olduğunun anlaşılması adına 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış 'Önemlilik Cetvelini' (Ek-5.1b) kullanarak gebeden basit bir derecelendirme yapması istenmiş ve verilen puanın nedenleri sorgulanmıştır (*Önemlilik*). Gebe düşük puan veriyse "neden 6 ya da 7 yerine 4'tesiniz" (bu cevap devam etme konuşması) veya "neden 0 ya da 1 yerine 4'tesiniz" (bu cevap değişim konuşması) şeklinde sorularak *değişim konuşması ortaya çıkarılması* hedeflenmiştir.
- Medikal doğum inancındaki değişim konusunda kendine duyduğu güven ve yeterliliği belirlemek amacıyla 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış güven-yeterlilik cetvelini (Ek-5.1c) kullanarak basit bir derecelendirme yapması ve verilen puanın nedenleri sorgulanmıştır (*Güven ve yeterlilik*). Gebe düşük puan veriyse "neden 6 ya da 7 yerine 4'tesiniz" veya "neden 0 ya da 1 yerine 4'tesiniz" soruları sorulmuştur. Doğum inancına yönelik bilgiler gündeme getirilerek, gebe değişim için yüreklendirilmiştir (*Değişime Bağlılığı Güçlendirme*).

- Gebeye doğumun doğal ve medikal inancı ile ilgili bilgi vermek için izin istenmiştir.
- İkinci oturuma kadar medikal doğum inancını değiştirmesinin yararlarını düşünmesi ve bunları not ederek bir liste şeklinde hazırlayıp ikinci görüşmeye getirmesi istenmiştir (*Ödev-Karar Dengesi*).

Oturumla İlgili Sorulan Sorular

- Doğumla ilgili bugün neler konuşmak isterseniz?
- Doğuma olan medikal inancınızın doğum eylemi seyrini nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
- Doğuma olan medikal inancınız doğum şeklinizi nasıl etkilemektedir?
- Siz de isterseniz biraz daha medikal doğum inancınızla ilgili konuşalım.
- Doğum eylemine yönelik medikal inancınızı değiştirmeniz sizin için ne kadar önemli? Önemliliği bir cetvel üzerinde sıfırdan ona kadar bir skalada 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli”yi gösterirse, kendiniz için en uygun sayı ne olur?
- Bu değişime verdiğiniz önem “*neden 9 ya da 8 yerine 5*” veya “*8 ya da 9 olması için neler yapılmalı, neye ihtiyacınız var*”?
- Medikal doğum inancınızı değiştirmeyi düşünseydiniz, bu konuda başarılı olmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Kendinize duyduğunuz güveni sıfırdan ona kadar bir cetvel skalası üzerinde 0 “hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum”u gösterirse, siz kendinize en uygun hangi sayıyı görürsünüz?
- Kendinize verdiğiniz güven ve yeterlilik puanı “*neden 6 değil 2*” veya “*2 değil 8 olması için ne yapmanız gerekir*”
- Sormak istediğiniz bir soru var mı?

2. Oturum (İkinci Hafta)

Amaç

Bu oturumun amacı gebe ile değişim hakkında konuşarak gebenin iç motivasyonunu yükseltmek bunun sonucunda medikal doğum inancını değiştirmek, gebenin değişim yeteneği ve isteği doğrultusunda içsel motivasyonu arttırmak, bunu sürdürmek ve sonucunda değişim konuşmasını ortaya çıkarmak.

İçerik

- İlk oturumda verilen ödevde gebenin doğuma olan medikal doğum inancını değiştirmesinin olumlu yönlerinden bahsetmesi ve kadının doğumu normal ve doğal olarak algılamasının sağlanması,
- Değişimin devamlılığını sürdürmek, değişime bağlılığını görmek için 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli (EK-5.2a, EK-5.2b) kullanılarak değişimi belirli sorular sorarak, onaylayarak veya basit ve karmaşık yansıma yoluyla ortaya çıkarılması,
- Kararlılığını desteklemek için gebelerde karar dengesi bilançosu (EK-8) ya da karar dengesi terazisi kullanılması (EK-9) ve doğumun normal ve doğal olduğuna dair inancın desteklenmesi,
- Gebe değişime hazır değilse, kabul ve anlayış atmosferi içerisinde gebenin kendi değişim nedenlerini ortaya çıkarıp kişisel motivasyonunu ve kararlılığının güçlendirmenin sağlanması.

Uygulama Aşamaları

- İlk oturumun önemli noktalarının özetiyle başlanmıştır. İlk oturumda ödev olarak verilen medikal doğum inancını değiştirmenin kendisi için olumlu yönlerini açıklaması istenmiştir.
- Gebede değişim konuşmasını ortaya çıkarmak, değişime olan isteği ve bağlılığı anlamak için önemlilik ve güven-yeterlilik cetvelleri kullanılmıştır (EK-5.2a, EK-5.2b) (*Önemlilik, Güven ve yeterlilik*).
- Gebelerde medikal doğum inancının dezavantajları, değişimin avantajları, değişimle ilişkili iyimserlik ilgili sorular (oturum sonrası medikal doğum inancınızı azaltmayı kontrol etmeyi nasıl başardınız ?) sorulmuş ve gebede şuan var olan davranışı ile ilerideki hedefleri arasında mevcut tutarsızlıklardan değişime doğru hareket etmeleri karar dengesi bilançosu (EK-6) veya karar dengesi terazisi (EK-7) kullanılarak ambivalans durumlarının farketmesi sağlanmıştır.
- Değişime hazır olmayan gebeye motivasyonu güçlendirmek ve değişim konuşmasını ortaya çıkarmak amacıyla motivasyonel görüşme oturumlarının beş temel becerisi kullanılarak uç noktaları sorgulanmış ve gebenin geleceğe bakması sağlanmıştır (*Ortaya Çıkarma*).

- Gebe danışanın medikal doğum inancını değiştirmesinin kendisi ve bebeğinin sağlığı üzerindeki etkilerini görmesi sağlanmıştır (*Karar dengesi*).
- Bilgi eksikliği olunan konularda danışmanlık verilmiştir (Üreme sistemi ve fizyolojisi, fetal büyüme ve gelişme, vajinal doğumun bölge anatomisine etkisi, normal vajinal doğum alışkanlıkları ve bunun yenidoğan sağlığı üzerine etkileri).
- Üçüncü oturuma kadar değişimi sürdürmek ve hızlandırmak için yapabileceği uygulamaları düşünmesi ve bunları not ederek bir liste şeklinde hazırlayıp üçüncü oturumdaki görüşmeye getirmesi istenmiştir (*Ödev-Karar Dengesi*).

Oturumla İlgili Sorulan Sorular

- Normal ve doğal doğumla ilgili endişeleriniz nelerdir?
- Değiştirmeyi istediğiniz medikal doğum inancınızın değişim nedenlerini sıralar mısınız?
- Medikal doğum inancınıza yönelik bir değişime karar verdiyseniz, bunu başarabileceğinizi düşündüren şey nedir?
- Doğuma yönelik medikal inancınızı değiştirmek sizin için ne kadar önem arz etmektedir?
- Eğer bu değişimi gerçekleştirirseniz hedefleyeceğiniz en iyi sonuçlar neler olur?
- Değişmeye karar vermeniz durumunda nasıl bir yol izlersiniz?
- Doğuma yönelik medikal inancınızda hiç değişim yapmadığınızı düşünün, şu andan itibaren doğum eylemi ve sonrasında sizi nelerin beklediğini ifade edebilir misiniz?
- Sormak istediğiniz bir soru var mı?

(3. ve 4. Oturum'da MG'nin İkinci Aşaması Olan "Bağlılığın Güçlendirilmesi ve Bu Hedeflere Ulaşmak İçin Plan Geliştirilmesi")

3. Oturum (Üçüncü Hafta)

Amaç

Değişimi konuşmak, sürdürmek ve güçlendirmek, medikal doğum inancını azaltmak, bu algıyla baş etme inancı geliştirerek doğumun normal ve doğal olduğu inancını desteklemek.

İçerik

- Gebeye kaydettiği ilerleme ile ilgili geri bildirim ve övgü verilerek motivasyonunun arttırılması,
- Birinci ve ikinci oturumun önemli noktalarının özetlenmesi, güçlü yönlerin vurgulanması ile gebe danışanın değişimi sürdürmeye yönelik tututumunun belirlenmesi,
- Motivasyonel görüşme oturumlarının beş temel (*Açık uçlu soru sorma, doğrulama/onaylama, yansıtmalı dinleme, özetleme ve değişim konuşmasının ortaya çıkarılması*) becerisi kullanılarak değişim konuşmasının detaylandırılmasının sağlanması,
- Danışan gebe değişime hazır ise, motivasyonel görüşmenin beş temel (*Açık uçlu soru sorma, doğrulama/onaylama, yansıtmalı dinleme, özetleme ve değişim konuşmasının ortaya çıkarılması*) becerisi kullanılarak değişime bağlılığının sağlanması,
- Doğum yöntemleri (vajinal doğum ve sezaryen) hakkında öğrenmek istediği konularda bilgi verilmesi,
- Değişime hazır olmayan gebelerin iç motivasyonunun güçlendirilerek desteklenmesi,

Uygulama Aşamaları

- Gebeden doğuma olan medikal inancını değiştirmenin olumlu yönlerini fark edilmesi sağlanarak, bu değişimin avantajlarını konuşması istenmiştir. Belirli sorular sorarak, onaylayarak veya basit ve karmaşık yansıma yoluyla gebenin değişime bağlılığı güçlendirilmiştir (*Değişime bağlılığı güçlendirme*).
- Gebenin medikal doğum inancına yönelik değişimi sürdüren, ciddi zararların önüne geçebilen normal ve doğal doğum inancına yönelik olumlu ilerlemeleri takdir edilip, öz yeterliliği desteklenmiştir (*Öz Yeterliliği Destekleme*).
- Değişime hazır olan gebelere değişim planı belirlenmiştir. Hedeflerin ve değişim seçeneklerinin belirlenmesi, bağlılığın ortaya çıkarılmasını ve danışan özerkliğini korumayı amaçlayan bir değişim planı oluşturulmuştur.
- Değişim planı oluşturulan gebeden, bu süreçte doğumunun nasıl olmasını istediğine dair duygularını yazması istenmiştir (*Değişime Bağlılığı Güçlendime-Plan Yapma-Ödev*).

Oturumla İlgili Sorulan Sorular

- *Hedeflerin planlanmasına yönelik sorular:* Medikal doğum inancınız ile ilişkili değiştirmek istediğiniz şey nedir? Bu duruma yönelik düşüncelerinizi değiştirmede tamamen başarılı olsaydınız sizin için ne değişmiş olurdu?
- *Değişim seçeneklerinin planlanmasına yönelik sorular:* Doğal ve normal doğum inançlarını etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur. Siz bu faktörlerden en çok hangisinden etkilendiniz?
- *Plan yapılmasına yönelik sorular:* Sizin özel olarak yapmayı düşündüğünüz şey nedir? Bu plana nerden başlayabilirsiniz? Bu planda atacağınız ilk adım ne olmalı? Anladığım kadarıyla siz yapmayı planlıyorsunuz. Bu durumda, bu planı konuşmak ve sürdürmek için özetleme temel becerisini kullanacağım. Doğum eylemi hakkında bilgi almak istediniz ve bu konularda konuştuk. Doğum eyleminde farklı doğum şekillerini dinlediniz ve medikal doğum inancınızı yenmeyi denemek istediğinizi ifade ediyorsunuz. Öyleyse yapacağınız şey sizinle konuştuğum konularda önerdiğim kaynakları okumak, dinlemek veya uygulamak ve ne kadar ilerlediğinizi görmem adına bir hafta sonra buraya geri gelmenizi isteyeceğim.
- *Bağlılığı oluşturmaya yönelik sorular:* Tam olarak yapmak istediğiniz şey bu mu? Verdiğiniz karardan emin misiniz?
- Doğuma olan medikal inancınızın değişmemesi durumunda neler olabilir?

4. Oturum (Dördüncü Hafta)

Amaç

Değişim için bağlılığının sürdürülmesinin güçlendirilmesi ve danışana özel geliştirilen plan üzerinde hareket etme taahhüdünü değerlendirme ve motivasyonel görüşme evresinin tamamlanması.

İçerik

- Gebeye özel oluşturulan değişim planının uygulanması ile ilgili düşüncelerinin ifade edilmesi,
- Gebeye özel oluşturulan değişim planının uygulanması ile ilgili olumlu deneyimlerin ifade edilmesi,
- Gebenin medikal doğum inancının azalması yönündeki değişiminin takdir edilip öz yeterliliğinin desteklenmesi.

Uygulama Aşamaları

- Bir önceki oturumdan bugünkü oturuma kadar medikal doğum inancı değişim planıyla ilgili düşüncelerin ifade edilmesi istenmiştir.
- Gebeden geliştirilen değişim planının sonuçlarını konuşması istenmiştir. Değişim planının gebedeki olumlu yönleri takdir edilmiştir (*Değişime Bağlılığın Güçlendirilmesi*).

Oturumla İlgili Sorulan Sorular

- 3. Oturumdaki görüşmeden sonra kararını aldığınız değişim planınızı uygulamaya başladınız. Bu durum sizi nasıl hissettirdi?
- Değişim planınızı uyguladınız. Uygulamada zorlandığınız bir durum oldu mu?
- Doğum inancınızla ilgili istediğiniz şey tam olarak bu mu?
- Geldiğimiz noktaya bakınca, doğuma olan medikal algınız oldukça azalmış ve doğumun doğal ve normal bir durum olduğunu söylüyorsunuz. Doğumu normal ve doğal bir durum olarak algılamanız beni oldukça mutlu etti. Bu algınız siz istediğiniz sürece devam edecektir.

Tablo 3.1. Motivasyonel görüşme (MG) oturumlarının gündem maddeleri

1. Oturum (Birinci hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Açılış konuşmasının yapılandırılması- MG oturumunun gündem belirlenmesi- Doğum inancıyla ilgili düşüncelerin öğrenilmesi- Gebenin medikal doğum inancını değiştirmeye yönelik niyetinin belirlenmesi- Medikal doğum inancına neden olan faktörlerin gebe ile birlikte incelenmesi- Gebenin medikal doğum inancını değiştirmeye verdiği önem, güven ve yeterliliğinin saptanması- Ödev verme
2. Oturum (İkinci hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Bir önceki hafta oturumun özeti- Değişim konuşmasını ortaya çıkarma ve sürdürme- Gebelerin tutarsızlıklardan değişime doğru hareket etmeleri sağlanarak ambivalans duygularını fark ettirme- Çelişkilerin motivasyonel görüşme oturumlarının beş temel becerisi kullanılarak ortaya çıkarılmasının sağlanması- Değişime bağlılığın güçlendirilmesi için motivasyonun yükseltilmesi
3. Oturum (Üçüncü hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Bir önceki hafta oturumun özeti- Değişim konuşması motivasyonel görüşme oturumlarının beş temel becerisi kullanılarak değişim konuşmasının ayrıntılandırılması- Değişime olan bağlılığı sürdürme ve güçlendirme- Değişim planının geliştirilmesi
4. Oturum (Dördüncü hafta)	<ul style="list-style-type: none">- Bir önceki hafta oturumun özeti- Değişim planı geliştirildiyse planın uygulamasıyla ilgili düşüncelerin ifade edilmesi- Değişime bağlılığın güçlendirilmesi ve geliştirilen plan üzerinde hareket etme taahhüdüne odaklanması- Bu plana bağlılığın değerlendirilip, motivasyonel görüşme döngüsünün tamamlanması

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Gebelikte yapılan motivasyonel görüşmeler

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin doğal ve medikal doğum inançları düzeyleri.

Kontrol Değişkenleri: Gebeye ait sosyo-demografik (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu) ve obstetrik (kaçıncı gebeliği, gebelik haftası, daha önce düşük ve/veya küretaj yapıp yapmadığı) özellikler araştırmanın kontrol değişkenini oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin kontrol değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3.2; Tablo 3.3).

Tablo 3.2. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin soyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (n=148)

Kontrol değişkenleri	Deney Grubu(n=74)		Kontrol Grubu(n=74)		Test ve p değeri
	Ort.±SS		Ort.±SS		
Yaş(yıl)	25.44±4.33		26.27±4.53		t=-1.129 p=0.261
Eş yaş (yıl)	28.82±4.44		29.91±4.24		t=-1.532 p=0.128
Evlilik süresi (Ay)	20.06±13.20		22.86±20.72		t=-0.979 p=0.329
	Sayı	%	Sayı	%	
Aile tipi					
Çekirdek aile	61	82.4	64	86.5	X ² =0.463
Geniş aile	13	17.6	10	13.5	p=0.496
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	17	23.0	14	19.0	X ² =2.794
Ortaöğretim	31	41.9	24	32.4	p=0.247
Yükseköğrenim ve üzeri	26	35.1	36	48.6	
Eş eğitim düzeyi					
İlköğretim	15	20.3	15	20.3	X ² =0.143
Ortaöğretim	37	50.0	35	47.3	p=0.931
Yükseköğrenim ve üzeri	22	29.7	24	32.4	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	15	20.3	18	24.3	X ² =0.351
Çalışmıyor	59	79.7	56	75.7	p=0.554
Yaşadığı yer					
Kentsel	65	87.8	68	91.9	X ² =0.668
Kırsal	9	12.2	6	8.1	P=0.414
Algılanan ekonomik durum					
Gelirim giderimden az	10	13.5	21	28.4	X ² =5.208
Gelirim giderime denk	52	70.3	45	60.8	p=0.074
Gelirim giderimden fazla	12	16.2	8	10.8	
Sigara kullanma durumu					
Evet	12	16.2	9	12.2	X ² =0.499
Hayır	62	83.8	65	87.8	p=0.480

Ort: Ortalama SS=Standart Sapma X²=Ki-kare testi t= Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması Tablo 3.2’de verilmiştir. Yapılan değerlendirmede gebeler yaş, eş yaş, evlilik süresi, aile tipi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi ve sigara kullanma durumu gibi tanıtıcı özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) ve sosyo-demografik özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.3. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik değişkenler açısından karşılaştırılması (n=148)

Kontrol değişkenleri	Deney Grubu(n=74)		Kontrol Grubu(n=74)		Test ve p değeri
	Ort.±SS		Ort.±SS		
Gebelik haftası (ön test)	30.81±1.71		30.39±1.45		t=-1.189 p=0.236
Gebelik haftası (son test)	34.81±1.71		34.39±1.45		t=-1.189 p=0.236
Gebelik takibine başlama haftası	5.04±1.28		4.91±1.79		t=0.474 p=0.637
Gebelik takibi sayısı	9.44±2.33		10.31±3.40		t=-1.801 p=0.074
	Sayı	%	Sayı	%	
Düşük/küretaj öyküsü					
Var	6	8.1	5	6.8	X ² =0.098
Yok	68	91.9	69	93.2	p=0.754
Gebeliği planlama durumu					
Gebe kalmayı istiyor ve planlıyordum	60	81.1	58	78.4	
Gebe kalmayı istiyordum ama ileri bir zamanda	8	10.8	10	13.5	
Ne şimdi ne de ileri bir zamanda gebe kalmayı istemiyordum	0	0	0	0	X ² =0.256 p=0.880
Gebe kalmayı istemiyordum ama olunca kabullendim	6	8.1	6	8.1	
Doğum öncesi eğitim alma durumu					
Evet	13	17.6	21	28.4	X ² =2.444
Hayır	61	82.4	53	71.6	p=0.085
Doğum şeklinize yönelik kararı					
Normal vajinal doğum	16	21.6	23	31.1	X ² =2.966
Sezaryen	10	13.5	5	6.8	p=0.227
Kararsız	48	64.9	46	62.1	
Yakınlarınızın normal vajinal doğumla problem yaşama durumu					
Evet	22	29.7	26	35.1	X ² =0.493
Hayır	52	70.3	48	64.9	p=0.482
Yakınlarınızın sezaryen ile problem yaşama durumu					
Evet	23	31.1	26	35.1	X ² =0.275
Hayır	51	68.9	45	64.9	p=0.600

Ort: Ortalama SS=Standart Sapma X²=Ki-kare testi t= Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılması Tablo 3.3’de verilmiştir. Yapılan değerlendirmede gebeler gebelik haftası, gebelik takibine başlama haftası, gebelik takip sayısı, düşük/küretaj öyküsü, gebeliği planlama durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğum şekline yönelik kararı, yakınlarından normal vajinal doğum ve sezaryen ile problem yaşama

durumu gibi özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) ve obstetrik özellikler açısından her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu saptanmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 25.0 for Windows yazılımı (SPSS, Chicago, Il, USA) kullanılmıştır. Veriler normal dağılımı kolmogorov-smirnov testi ile belirlendikten sonra istatistiksel değerlendirmede; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, ki kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0.05$ yanılığ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen özellik	Kullanılan istatistiksel yöntem
Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Bağımsız guplarda t testi, pearson ki-kare testi
Verilerin normal dağılımına uygunluğunun kontrol edilmesi	Kolmogorov-smirnov testi
Normal doğuma ilişkin inanç ve eğilim düzeylerinin karşılaştırılması	Pearson ki-kare testi
Deney ve kontrol gruplarının NDIÖ, DIÖ (Doğal ve Medikal İnanç) gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız guplarda t testi
Deney ve kontrol gruplarının NDIÖ, DIÖ (Doğal ve Medikal İnanç) grup içi puan ortalamaların karşılaştırılması	Bağımlı guplarda t testi
Ölçek güvenilirlik katsayısı	Cronbach α güvenilirlik katsayısı

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 2020/1198 sayılı ile izin alınmıştır (EK- 9). Araştırmanın Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastane'si kadın doğum polikliniklerinde yürütülebilmesi için Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izini alınmıştır (Sayı: 92852811-50235129-300) (EK-10). Gebelerin istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilip, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra "Gizliliğin Korunması İlkesi" gereğince korunacağı ifade edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-11).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=148)

Sosyo-demografik değişkenleri	Deney Grubu(n=74)		Kontrol Grubu(n=74)	
	Ort.±SS		Ort.±SS	
Yaş(yıl)	25.44±4.33		26.27±4.53	
Eş yaş (yıl)	28.82±4.44		29.91±4.24	
Evlilik süresi (Ay)	20.06±13.20		22.86±20.72	
	Sayı	%	Sayı	%
Aile tipi				
Çekirdek aile	61	82.4	64	86.5
Geniş aile	13	17.6	10	13.5
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	17	23.0	14	19.0
Ortaöğretim	31	41.9	24	32.4
Yükseköğrenim ve üzeri	26	35.1	36	48.6
Eş eğitim düzeyi				
İlköğretim	15	20.3	15	20.3
Ortaöğretim	37	50.0	35	47.3
Yükseköğrenim ve üzeri	22	29.7	24	32.4
Çalışma durumu				
Çalışıyor	15	20.3	18	24.3
Çalışmıyor	59	79.7	56	75.7
Yaşadığı yer				
Kentsel	65	87.8	68	91.9
Kırsal	9	12.2	6	8.1
Algılanan ekonomik durum				
Gelirim giderimden az	10	13.5	21	28.4
Gelirim giderime denk	52	70.3	45	60.8
Gelirim giderimden fazla	12	16.2	8	10.8
Sigara kullanma durumu				
Evet	12	16.2	9	12.2
Hayır	62	83.8	65	87.8

Ort: Ortalama SS=Standart Sapma

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik özellikleri açısından dağılımı tablo 4.1’de verilmiştir. Deney grubunda yer alan gebelerin yaş ortalamasının 25.44 ± 4.33 , eşlerinin yaş ortalamasının 28.82 ± 4.44 ve evlilik süreleri ortalamasının 20.06 ± 13.20 ay olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki gebelerin %82.4’ünün çekirdek aile yapısını sahip olduğu, % 41.9’unun eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu, %50.0’sinin eş eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu, %79.7’sinin çalışmadığı, %87.8’sinin kentsel yerde yaşadığı, %70.3’ünün gelirinin giderine denk olduğu ve %83.8’inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş ortalaması 26.27 ± 4.53 , eşlerinin yaş ortalaması 29.91 ± 4.24 ve evlilik süreleri ortalamasının 22.86 ± 20.72 ay olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin %86.5’inin çekirdek aile yapısını sahip olduğu, %48.6’sının eğitim düzeyinin yükseköğretim ve üzeri olduğu, %47.3’ünün eş eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu, %75.7’sinin çalışmadığı, %91.9’unun kentsel yerde yaşadığı, %60.8’inin gelirinin giderine denk olduğu ve %87.8’inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=148)

Obstetrik değişkenler	Deney Grubu(n=74)		Kontrol Grubu(n=74)	
	Ort.±SS		Ort.±SS	
Gebelik haftası (ön test)	30.81±1.71		30.39±1.45	
Gebelik haftası (son test)	34.81±1.71		34.39±1.45	
Gebelik takibine başlama haftası	5.04±1.28		4.91±1.79	
Toplam gebelik takibi sayısı	9.44±2.33		10.31±3.40	
	Sayı	%	Sayı	%
Düşük/küretaj öyküsü				
Var	6	8.1	5	6.8
Yok	68	91.9	69	93.2
Gebeliği planlama durumu				
Gebe kalmayı istiyor ve planlıyordum	60	81.1	58	78.4
Gebe kalmayı istiyordum ama ileri bir zamanda	8	10.8	10	13.5
Ne şimdi ne de ileri bir zamanda gebe kalmayı istemiyordum	0	0	0	0
Gebe kalmayı istemiyordum ama olunca kabullendim	6	8.1	6	8.1
Doğum öncesi eğitim alma durumu				
Evet	13	17.6	21	28.4
Hayır	61	82.4	53	71.6
Doğum şeklinize yönelik kararı				
Normal vajinal doğum	16	21.6	23	31.1
Sezaryen	10	13.5	5	6.8
Kararsız	48	64.9	46	62.1
Yakınlarınızın normal vajinal doğumla problem yaşama durumu				
Evet	22	29.7	26	35.1
Hayır	52	70.3	48	64.9
Yakınlarınızın sezaryen ile problem yaşama durumu				
Evet	23	31.1	26	35.1
Hayır	51	68.9	48	64.9
Gerçekleşen doğum şekli				
Normal vajinal doğum	43	58.1	30	40.5
Sezaryen	31	41.9	44	59.5

Ort: Ortalama SS=Standart Sapma

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik özellikleri açısından dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Deney grubunda yer alan gebelerin ön test gebelik haftası ortalamasının 30.81±1.71, son test gebelik haftası ortalamasının 34.81±1.71, ilk gebelik takibine başlama hafta ortalamasının 5.04±1.28 ve toplam gebelik takibi sayısı ortalamasının 9.44±2.33 olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki gebelerin %91.9’unun

düşük/küretaj öyküsünün bulunmadığı, %81.1'inin gebeliği planladığı ve istediği ve %82.4'ünün doğum öncesi eğitim almadığı belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan gebelerin %64.9'unun doğum şekli yönteminde kararsız olduğu, %70.3'ünün yakınlarının normal vajinal doğumla ilişkili problem yaşamadığı, %68.9'unun ise sezaryen ile ilişkili problem yaşamadığı ve gebelerin %58.1'inin doğumunun normal vajinal doğum ile sonuçlandığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin ön test gebelik haftası ortalamasının 30.39±1.45, son test gebelik haftası ortalamasının 34.39±1.45, ilk gebelik takibine başlama hafta ortalamasının 4.91±1.79 ve toplam gebelik takibi sayısı ortalamasının 10.31±3.40 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin %93.2'sinin düşük/küretaj öyküsünün bulunmadığı, %78.4'ünün gebeliği planladığı ve istediği ve %71.6'sının doğum öncesi eğitim almadığı belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan gebelerin %62.1'inin doğum şekli yönteminde kararsız olduğu, %64.9'unun yakınlarının normal vajinal doğumla ilişkili problem yaşamadığı, %64.9'unun ise sezaryen ile ilişkili problem yaşamadığı ve gebelerin %59.5'inin doğumunun sezaryen ile sonuçlandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ön test-son test normal doğuma ilişkin inanç (NDİÖ) düzeyleri açısından karşılaştırılması

Normal doğuma ilişkin inanç düzeyleri	Deney (n=74)		Kontrol (n=74)		Test ve p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Ön test					
Düşük	74	100	74	100	
Orta	-	-	-	-	
Yüksek	-	-	-	-	
Son test					
Düşük	-	-	56	75.7	
Orta	14	18.9	18	24.3	X ² =116.500 p<0.001*
Yüksek	60	81.1	-	-	

* p < 0.001, X²= Ki-kare testi

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ön test-son test normal doğuma ilişkin inanç düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir. Ön test aşamasında

deney ve kontrol grubuna doğum inanç ölçeği puan ortalaması 24-56 puan arası olan gebeler alındığından bütün gebeler normal doğum inancı düşük düzey kategorisinde yer almaktadır.

Son test aşamasında ise deney grubunda yer alan gebelerin %18.9'unun orta düzeyde, %81.1'inin ise yüksek düzeyde normal doğum inancına sahip olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise gebelerin %75.7'sinin düşük düzeyde, %24.3'ünün orta düzeyde normal doğuma ilişkin inancına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubunda düşük düzey normal doğuma ilişkin inancına sahip gebenin olmadığı ve yüksek düzey normal doğuma ilişkin inanca sahip olan gebe oranının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğal doğum inancı toplam puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=148)

	Deney (n=74)	Kontrol (n=74)	Test^a ve p değeri
	Ort±SS	Ort±SS	
Ön test	3.28±0.51	3.51±0.51	t= -3.479 **p=0.001
Son test	4.68±0.41	3.41±0.79	t= 12.252 *p< 0.001
Test^b ve p değeri	t= -28.953 *p<0.001	t= 2.999 **p=0.024	

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bBağımlı gruplarda t testi ** p < 0.05, * p < 0.001

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğum inancı ölçeği alt boyutu olan doğal doğum inancı toplam puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön test doğal doğum inancı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doğal doğum inancı ön test toplam puan ortalamasının deney grubunda 3.28±0.51, kontrol grubunda 3.51±0.51 olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan kontrol grubu lehine anlamlı olduğu saptanmıştır (t= -3.479, $p < 0.05$). Doğal doğum inancı son test toplam puan ortalamasının deney grubunda 4.68±0.41, kontrol grubunda 3.41±0.79 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=12.252, $p < 0.001$).

Deney grubunda bulunan gebelerin ön test-son test doğal doğum inancı toplam puan ortalamaları grup içerisinde karşılaştırıldığında; gebelerin doğal doğum inançları toplam puan ortalamalarının son test ölçümlerinde ön teste oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde arttığı ($p < 0.001$) bununla birlikte kontrol grubunda bulunan gebelerin

de ön test-son test puan ortalamalarının grup içerisinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin medikal doğum inancı toplam puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=148)

	Deney (n=74) Ort±SS	Kontrol (n=74) Ort±SS	Test^a ve p değeri
Ön test	4.04±0.53	4.07±0.47	t= 0.379 p=0.705
Son test	2.17±0.41	4.11±0.49	t= -25.718 *p < 0.001
Test^b ve p değeri	^bt= 31.788 *p < 0.001	^bt= -0.597 p=0.552	

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bBağımlı gruplarda t testi *p < 0.001

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğum inancı ölçeği alt boyutu olan medikal doğum inancı toplam puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön test medikal doğum inancı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medikal doğum inancı toplam ön test puan ortalamasının deney grubunda 4.04±0.53, kontrol grubunda 4.07±0.47 olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Medikal doğum inancı toplam son test puan ortalamasının deney grubunda 2.17±0.41, kontrol grubunda 4.11±0.49 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (t=-25.718, $p < 0.001$).

Deney grubunda bulunan gebelerin ön test-son test medikal doğum inancı toplam puan ortalamaları grup içerisinde karşılaştırıldığında; gebelerin medikal doğum inançları toplam puan ortalamalarının son test ölçümlerinde ön teste oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı ($p < 0.001$) kontrol grubunda bulunan gebelerin ise ön test-son test puan ortalamalarının grup içerisinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gerçekleşen doğum şekilleri açısından karşılaştırılması (n=148)

Gerçekleşen doğum şekli	Deney grubu (n=74)		Kontrol grubu (n=74)		Test ve p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Normal vajinal doğum	43	58.1	30	40.5	$X^2=4.568$
Sezaryen	31	41.9	44	59.5	*p=0.033
<i>Sezaryen endikasyonu</i>					
İlerlemeyen doğum eylemi	11	35.48	10	22.73	
Elektif sezaryen	1	3.23	19	43.18	
Fetal distres	6	19.35	6	13.64	
Erken membran rüptürü	4	12.90	1	2.27	
Sefalopelvik-uyumsuzluk	2	6.45	4	9.09	
Mekonyum aspirasyonu	2	6.45	1	2.27	
İri fetüs	1	3.23	3	6.82	
Servikal stenoz	2	6.45	-	-	
Kord prolapsusu	1	3.23	-	-	
Post-term gebelik	1	3.23	-	-	

X^2 =Ki-kare testi t= Bağımsız gruplarda t testi * p < 0.05

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gerçekleşen doğum şekilleri açısından karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %58.1'inin, kontrol grubundakilerin ise %40.5'inin normal vajinal doğum yaptığı ve deney grubunda % 41.9'unun gebenin, kontrol grubundan ise % 59.5'inin doğumlarının sezaryen ile sonuçlandığı saptanmıştır. Motivasyonel görüşme oturumları tamamladıktan sonra gerçekleşen doğum şekli açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Deney grubunda yer alan gebelerin % 35.48'inin ilerlemeyen doğum eylemi endikasyonu ile sezaryen olurken, kontrol grubunda yer alan gebelerin % 43.18'inin ise isteğe bağlı sezaryen olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Annelik bakımındaki medikal ve teknolojik ilerlemeler anne ve bebek ölümlerini büyük ölçüde azaltmış olsa da, medikal müdahalelerin doğumda rutin kullanımına başlamanın tehlikesi, literatürde 'bir müdahale çağlayanı' olarak adlandırılmaya neden olmuştur (132). Bir kadının medikalizasyona karşı olumlu tutuma sahip olması, doğumla ilgili yapacağı seçimleri, doğumun sonucunu ve deneyimini etkileyeceği ve bu nedenle, hangi faktörlerin medikalleşmeye yönelik tutumları etkilediği veya bunlarla ilişkili olduğunu bilmek önemlidir. Medikal doğum inancı sezaryen oranlarını arttırmakla birlikte (133, 134) doğum yapan kadının kendi doğum yapma yeteneğini zayıflatma ve doğum deneyimini olumsuz etkileme gibi sonuçlara neden olmaktadır (135, 136).

Literatürde motivasyonel görüşmelerin doğal doğum tutumu (26), doğum şekli (Shirzad et al.), nullipar kadınların doğuma hazırlık kurslarına katılımlarını teşvik etme ve olumlu davranış değişikliği oluşturma (137), elektif sezaryen tutumu (35), doğum algıları, doğum öz-yeterliliği (138, 139) ve doğum korkusu (139) üzerinde yararlı olduğu bildirilmiştir. Ancak yapılan taramalarda medikal doğum inancını azaltma ile ilgili daha önce motivasyonel görüşmelerin kullanılmadığı belirlenmiştir. Bu bilgilerden yola çıkılarak bu araştırmada normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancı üzerinde etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmada deney ve kontrol gruplarında yer alan gebeler; yaş, eşin yaş, evlilik süresi, aile tipi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, sigara kullanma durumu, gebelik haftası, gebelik takibi başlama zamanı, gebelik takip sayısı, düşük/küretaj öyküsü, gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğum şekline yönelik karar ve yakınlarından normal doğum veya sezaryen doğum ile ilgili problem yaşama gibi sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo 3.2, Tablo 3.3; $p>0.05$). Bu sonuçlar, her iki grubun sosyodemografik ve obstetrik özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğunu göstermiştir.

Motivasyonel görüşmelerin normal doğum inanç düzeyi üzerindeki etkisini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, İbici Akça ve Aksoy Derya sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen tele-eğitimin normal doğuma ilişkin inanç düzeyi yüksek olan gebe sayısını artırdığını saptamışlardır (140). Bu araştırmada ise

motivasyonel görüşme oturumlarından önce her iki gruptaki gebelerin tamamı düşük düzey normal doğum inancına sahipken, girişim sonrası deney grubunda yer alan gebelerin %18.9'unun orta düzeyde, %81.1'inin ise yüksek düzeyde normal doğum inancına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede motivasyonel görüşmeler sonrasında deney grubunda normal doğum inanç düzeyi düşük olan gebe kalmadığı ve normal doğuma ilişkin inanç düzeyi yüksek olan gebe oranının kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.3; $p<0.05$). Bu sonuçlar motivasyonel görüşmelerin normal doğum inanç düzeyi üzerinde etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön test doğal doğum inancı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu (Tablo 4.4, $p<0.05$) ve deney grubunda doğal doğum inancı puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Deney grubunda ön test ölçümlerinde daha düşük doğal doğum inanç ortalamasının tespit edilmesi ve son testte bu ortalamanın gruplar arasında deney grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde artış göstermesi motivasyonel görüşmelerin etkinliği açısından önemli bir bulgudur. Bununla birlikte deney grubunda yer alan gebelerin grup içi doğal doğum inancı ön test-son test puan ortalamasının anlamlı düzeyde artış gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.4, $p<0.001$). Bu bulgu "**H_{1-a}: Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerde motivasyonel görüşmeler doğal doğum inanç düzeyini etkiler.**" hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde motivasyonel görüşmelerin doğal doğum inancına etkisini doğrudan inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak motivasyonel görüşmeler ve doğal doğum inancı ile ilgili parametreler değerlendirilmiştir. İlgili literatür taramasında; İran'da yapılan bir çalışmada motivasyonel görüşme oturumlarının yapıldığı deney grubunda kontrol grubuna oranla önemli düzeyde daha yüksek bir doğal doğum olasılığı olduğu belirtilmiştir (26). Barut ve Uçar'ın travmatik doğum algısı olan nullipar gebelerde motivasyonel görüşmelerin doğum algısı ve özyeterliliğine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları bir araştırmada, motivasyonel görüşmelerin deney grubundaki gebelerin doğum özyeterlilik düzeylerini önemli düzeyde artırdığını tespit etmişlerdir (138). Ayrıca farklı bir araştırmada motivasyonel görüşmelerin sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik bilgi ve tutumu geliştirdiği belirtilmiştir (34). Motivasyonel görüşmelerin doğal doğum inancını etkileyebilecek parametreler üzerinde etkili olduğunu gösteren sonuçlardan yola çıkılarak (26, 34, 138) bu araştırmada elde edilen doğal doğum inanç düzeyindeki artışın literatürle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Kontrol grubunda yer alan gebelerde doğal doğum inancının ön test-son test ölçümlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği ve doğal doğum inancının zaman içerisinde azaldığı belirlenmiştir ($p < 0.001$; Tablo 4.4). Bu bulgu, normal doğum inancı düşük olan gebelerde gebelik haftası ilerledikçe doğal doğum inancının azaldığını göstermektedir. (Tablo 4.4; $p < 0.05$). Bu durum gebelik haftası ilerledikçe kadınların doğuma ilişkin korkuların artması ve ilk kez doğum yapacak olmaları ile ilişkilendirilebilir. Gebelerde 20. haftadan itibaren doğum korkusunun yükseldiği bildirilmektedir (141). Yapılan bir çalışmada da ilerleyen gebelik haftasının özellikle üçüncü trimesterde olan gebelerin ve multipar kadınlara kıyasla nullipar kadınların daha yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (142). Ayrıca artan doğum korkusunun sezaryen ile sonuçlanan doğumlara neden olduğu bilinmektedir (143-145). Kontrol grubunda gebelik haftası ortalamasının 30.39 ± 1.45 olması ve örneklem grubunun primipar gebelerden oluşması gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda herhangi bir girişim yapılmayan kontrol grubundaki gebelerde doğal doğum inancının zaman içerisinde azalması literatürle benzerlik göstermekle birlikte beklendiği bir durum olarak görülebilir.

Motivasyonel görüşmeler sonrasında deney grubunda yer alan gebelerin medikal doğum inancı son test toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde azaldığı, bununla birlikte deney grubunda yer alan gebelerin grup içi ön test-son test toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşüş gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.5, $p < 0.001$). Bu bulgu “**H_{1-b}: Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerde motivasyonel görüşmeler medikal doğum inanç düzeyini etkiler.**” hipotezini doğrulamaktadır. Motivasyonel görüşmelerin medikal doğum inancına etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte motivasyonel görüşmeler ve medikal doğum inancı ile ilişkili olabilecek parametreler değerlendirilmiştir. Medikal doğum inancı ile birlikte ortaya çıkan sezaryen oranlarında artış eğilimi (133, 134), doğum korkusunu azaltmak ve kadınlarda istenen davranış değişikliklerini oluşturmak için bilişsel ve davranışsal stratejiler kullanmanın faydalı olabileceği belirtilmektedir (146). Bu stratejileri içeren yaklaşımlardan birinin de motivasyonel görüşmeler olduğu bilinmektedir (139). Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (ACOG)’nin doğum korkusu ve sezaryen ile sonuçlanan doğum oranlarının azaltılmasında gebenin davranış değişikliklerine odaklanan motivasyonel görüşmelerin uygun bir yöntem olduğunu bildirmiştir (147). Vajinal doğumu tercih etmenin önündeki engellerin kaldırılmasına yönelik stratejiler, kadınların sezaryen ameliyatının yan etkileri ve vajinal

doğumun yararları konusunda farkındalıklarının artırılması, kadınların doğal doğum yapabileceklerine dair inançlarını artırmaya yönelik stratejilerin, gereksiz sezaryen ile sonuçlanan doğumların yaygınlığını azaltmak için kullanılabilir (36). Motivasyonel görüşmelerin davranışları değiştirmede kişi odaklı bir yaklaşım sergileyerek, kendilerini sağlık sorunları geliştirme riskine sokabilecek veya optimal yönetimini engelleyebilecek davranışları belirlemelerine ve değiştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan hedefe yönelik bir danışmanlık (34, 148) olarak düşünüldüğünde çalışmamızda motivasyonel görüşmeler sonrasında medikal doğum inancının azalması beklendiği bir durum olarak görebiliriz.

Motivasyonel görüşme sonrası deney grubunda yer alan gebelerin %58.1'inin, kontrol grubunda yer alan gebelerin ise %40.5'inin normal vajinal doğum yaptığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubunda elektif sezaryen oranı % 43.18 iken, motivasyonel görüşme yapılan deney grubundaki gebelerin elektif sezaryen oranı % 3.23'tür (Tablo 4.6; $p < 0.05$). Elektif sezaryen talebinde bulunan primigravida kadınların tutum ve seçimlerine motivasyonel görüşmenin doğum şekline etkisini değerlendiren randomize kontrollü çalışmada girişimin uygulandığı deney grubunda elektif sezaryen oranını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (35). Normal vajinal doğumu teşvik etmek ve gereksiz sezaryen oranlarını azaltmak için "klinik olmayan uygun müdahaleler" oluşturmak DSÖ'nün tavsiyelerinden biridir (149). Bu çalışmada normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin doğal doğum inancını artırdığı, medikal doğum inancını ve sezaryen oranlarını azalttığı sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda motivasyonel görüşmelerin gebeler arasındaki medikal doğum tutumunu değiştirme ve gereksiz sezaryen oranını azaltmada yararlı bir yöntem olabileceği ve DSÖ tarafından belirtilen "klinik olmayan uygun müdahaleler" arasında sayılabileceği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Normal doğum inancı düşük olan gebelere yapılan motivasyonel görüşmeler sonrası deney grubundaki gebelerin %18.9'unun orta düzeyde, %81.1'inin ise yüksek düzeyde normal doğum inancına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede motivasyonel görüşmeler sonrasında deney grubunda normal doğum inanç düzeyi düşük olan gebe kalmadığı ve normal doğuma ilişkin inanç düzeyi yüksek olan gebe oranının kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu (Tablo 4.3; $p<0.05$),
- Deney grubunda ön test ölçümlerinde daha düşük doğal doğum inanç ortalamasının tespit edildiği ancak son testte bu ortalamanın gruplar arasında deney grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde artış gösterdiği (Tablo 4.4; $p<0.001$),
- Kontrol grubundaki gebelerde doğal doğum inancının ön test-son test ölçümlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği ve doğal doğum inancının zaman içerisinde azaldığı ($p<0.001$; Tablo 4.4),
- Motivasyonel görüşmeler sonrasında deney grubundaki gebelerin medikal doğum inancı son test toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde azaldığı, bununla birlikte deney grubunda yer alan gebelerin grup içi ön test-son test toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşüş gösterdiği (Tablo 4.5, $p<0.001$),
- Motivasyonel görüşme sonrası deney grubundaki gebelerin %58.1'inin, kontrol grubunda yer alan gebelerin ise %40.5'inin normal vajinal doğum yaptığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Doğal doğum inancını arttırmak ve medikal doğum inancını azaltmada motivasyonel görüşme yönteminin etkin hale getirilmesi için motivasyonel görüşme eğitimlerinin ebeler tarafından alınması,
- ✓ Ebelerin, normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerin doğal doğum inancını arttırmaya yönelik verilen danışmanlık hizmetlerinde motivasyonel görüşme yöntemine yer vermeleri,

- ✓ Ebelerin, normal doğum inancı düşük olan primipar gebelerin medikal doğum inancını azaltmaya yönelik verilen danışmanlık hizmetlerinde motivasyonel görüşme yöntemine yer vermeleri,
- ✓ Konu ile ilgili daha kapsamlı örneklerle araştırmaların yapılması ve elde edilen sonuçların doğum öncesi bakım hizmetlerine yansıtılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Şahin M, Erbil N. Doğum ve medikalizasyon. *Ordu University J Nurs Stud* 2019, 2(2): 120–130.
2. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008, 37(1): 85–93.
3. Prosen M, Krajnc MT. Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women Birth* 2019, 32(2): e173–e81.
4. Wulandari LPL, Whelan AK. Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali. *Midwifery* 2011, 27(6): 867–71.
5. Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery* 2018, 63: 46–51
6. Adams ED, Sauls DJ. Reliability and validity of an instrument to measure the beliefs of intrapartum nurses. *J Perinat Neonatal Nurs* 2014, 28(2): 127–34.
7. Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y. Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies? *PLoS One* 2018, 13(11): e0208090.
8. Preis H, Benyamini Y. The birth beliefs scale—a new measure to assess basic beliefs about birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017, 38(1): 73–80.
9. Preis H, Chen R, Eisner M, Pardo J, Peled Y, Wiznitzer A, Benyamini Y. Testing a biopsychosocial model of the basic birth beliefs. *Birth* 2018, 45(1): 79–87.
10. Haines H, Rubertsso C, Pallant JF, Hildingsson I. Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: A comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery* 2012, 28(6): e850–e6.
11. Preis H, Eisner M, Chen R, Benyamini Y. First-time mother's birth beliefs, preferences, and actual birth: A longitudinal observational study. *Women Birth* 2019, 32(1): e110–e7.
12. Kennedy HP, Grant J, Watson C, Shaw-Battista J, Sandall J. Normalizing birth in England: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health* 2010, 55(3): 262–9.

13. Blaaka G, Schauer Eri T. Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery* 2008, 24(3): 344–52.
14. Logsdon K, Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch "Natural" childbirth. *Midwifery* 2017, 55: 67–74.
15. Hill R, Flanagan J. The maternal-infant bond: Clarifying the concept. *Int J Nurs Knowl* 2020, 31(1): 14–8.
16. Sedigh Mobarakabadi S, Mirzaei Najmabadi K, Ghazi Tabatabaie M. Ambivalence towards childbirth in a medicalized context: A qualitative inquiry among Iranian mothers. *Iran Red Crescent Med* 2015, 217(3): e24262.
17. Benyamini Y, Molcho ML, Dan U, Gozlan M, Preis H. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women Birth* 2017, 30(5): 424–30.
18. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Ghobadzadeh M. The effect of PRECEDE PROCEED model combined with the health belief model and the theory of self-efficacy to increase normal delivery among nulliparous women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012, 46 (2012): 187–94.
19. Vural G, Erenel ŞA. Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? *HUHEMFAD* 2017, 4(2): 76–83.
20. Muslu A, Yanikkerem E. Doğum beklentileri ve deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik güvenirlik çalışması. *DEUHEFED* 2020, 13(4): 231–44.
21. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-15.02>. Son Erişim Tarihi: 21.03.2021.
22. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: A qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2018, 15(1): 130.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Son Erişim Tarihi: 21.03.2021.

24. Deliktas Demirci A, Kabukcuoglu K, Haugan G, Aune I. Turkish midwife's experiences and opinions in promoting normal births: A grounded theory study. *Midwifery* 2021, 99: 103006.
25. 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 Syst Rev* 2018, 9(9): CD005528.
26. Rasouli M, AtashSokhan G, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E, Mousavi SA. The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery: A randomised trial. *BJOG* 2017, 124(4): 631–9.
27. Pócs D, Hamvai C, Kelemen O. Health behavior change: Motivational interviewing. *Orv Hetil* 2017, 158(34): 1331–7.
28. Stevens J, Lutz R, Osuagwu N, Rotz D, Goesling B. A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol* 2017, 217(4): 423.e1–e9.
29. Vakilian K, Molavi S, Zamani AR, Goodarzi M. Effect of motivational interviewing on using intrauterine device in women at high risk for pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci* 2018, 6(7): 1306–9.
30. Addicks SH, McNeil DW. Randomized controlled trial of motivational interviewing to support breastfeeding among appalachian women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2019, 48(4): 418–32.
31. Nourizadeh R, Azami S, Farshbaf-Khalili A, Mehrabi E. The effect of motivational interviewing on women with overweight and obesity before conception. *J Nutr Educ Behav* 2020, 52(9): 859–66.
32. Davis JW, McCracken L, Eboh RN, Price M, Lebo L, Misra D, Kavanaugh K, Wilbur J, Giurgescu C. Views on exercise among black women during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021, 50(5): 597–609.
33. Zolfaghari Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. Motivational interviewing-based training vs traditional training on the uptake of cervical screening: a quasi-experimental study. *Public Health* 2018, 160: 94–9.

34. Hoseini Haji SZ, Firoozi M, Asghari Pour N, Shakeri MT. Impact of motivational interviewing on women's knowledge, attitude and intention to choose vaginal birth after caesarean section: A randomized clinical trial. *JMRH* 2020, 8(1): 2115–25.
35. Shakiba M, Navaee M, Hassanzei Y. The effect of motivational interviewing on attitude and practice about type of delivery in primigravid women requesting elective cesarean section referring to comprehensive health services centers. *J Educ Health Promot* 2020, 9: 37
36. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Prediction of birth type based on the health belief model. *J Fam Reprod Heal* 2017, 11(3): 159–64.
37. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilim Derg* 2016, 25(3): 126–30.
38. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth* 2008, 35(2): 121–8.
39. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale J Nurs* 2012, 20(3): 210–8.
40. Gagnon R. A longitudinal study of women's representations and experiences of pregnancy and childbirth. *Midwifery* 2021, 103: 103101.
41. Catsaros S, Wendland J. Hypnosis-based interventions during pregnancy and childbirth and their impact on women's childbirth experience: A systematic review. *Midwifery* 2020, 84: 102666.
42. Coates D, Donnelly N, Foureur M, Thirukumar P, Henry A. Factors associated with women's birth beliefs and experiences of decision-making in the context of planned birth: A survey study. *Midwifery* 2021, 96: 102944.
43. D'Cruz L, Lee C. Childbirth expectations: an Australian study of young childless women. *J Reprod Infant Psychol* 2014, 32(2): 199–211.
44. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS One* 2018, 13(7): e0200941.

45. Çöllü EF, Öztürk YE. Örgütlerde inançlar - tutumlar, tutumların ölçüm yöntemleri ve uygulama örnekleri, bu yöntemlerin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(1-2): 373–404.
46. Paker S, Ertem G. Doğum inançları ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *J Tepecik Educ Res Hosp* 2022, 32(1): 1–8.
47. Temizkan E, Mete S. Primipar gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *HEAD* 2020, 17(2): 112–9.
48. Dinç B, Karataş Okyay E. Kadınların doğum inançları ve etkileyen faktörler. *Anatolian J Health Res* 2021, 2(2): 57–63.
49. Durgun Ozan Y, Alp Yılmaz F. Is there a relationship between basic birth beliefs and pregnancy-related anxiety in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2020, 46(10): 2036–42.
50. Thomson G, Stoll K, Downe S, Hall WA. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017, 38(1): 37–44.
51. Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O. Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012, 91(1): 16–21.
52. Benyamini Y, Molcho ML, Dan U, Gozlan M, Preis H. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women Birth* 2017, 30(5): 424–30.
53. Rini CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol* 1999, 18(4): 333–45.
54. Lobel M, Yali AM, Zhu W, DeVincent C, Meyer B. Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychol Health* 2002, 17(1): 77–95.
55. Yılmaz FA, Ozan YD. Women's birth beliefs and associated factors in an obstetrics clinic in the Southeastern Anatolian Region of Turkey. *Journal of Health Research* 2020, 34(4): 345–51.
56. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on

- their mode of delivery: The health belief model. *BMC Health Serv Res* 2015, 15: 274.
57. Preis H, Mahaffey B, Lobel M. The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States. *Birth* 2021, 48(2): 242–50.
58. Buyukbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AY, Bektas E, Unal O, Turan C. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *J Obstet Gynaecol* 2010, 30(2): 155–8.
59. Suwanrath C, Chunuan S, Matemanosak P, Pinjaroen S. Why do pregnant women prefer cesarean birth? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021, 21(1): 23.
60. Ünver H, Karakayalı Ay Ç, Özşahin Z. Normal birth belief levels of pregnant and affecting factors. *Med Sci* 2022, 11(4): 1521–6.
61. Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Demir Yıldırım A, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Küreşir Ünal A, Küçüköğlü S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale J Nurs* 2018, 26(1): 31–43.
62. Barut S, Güney E, Uçar T. The relationship between women's birth beliefs and their depression, anxiety, stress, and pregnancy avoidance. *Mid Blac Sea J Health Sci* 2022, 8(2): 286–96.
63. Aydın N, Yıldız H. Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *IJHS* 2018, 15(1): 604–18.
64. The United Nations (UN). The Sustainable Development Goals Report 2017. The United Nations, *New York*, 2017, 20–24. Son Erişim Tarihi: 10.02.2021
65. Yıldız H. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. *KOU Sag Bil Derg* 2019, 5(2): 98–105.
66. Avery MD, Neerland CE, Saftner MA. Women's perceptions of prenatal influences on maternal confidence for physiologic birth. *J Midwifery Womens Health* 2019, 64(2): 201–8.

67. Neerland CE. Maternal confidence for physiologic childbirth: A concept analysis. *J Midwifery Womens Health* 2018, 63(4):425–35.
68. Entringer AP, Pinto MFT, Gomes MASM. Costs analysis of hospital care for vaginal delivery and elective caesarean section for usual risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System. *Cien Saude Colet* 2019, 24(4): 1527–36.
69. Campbell OM, Cegolon L, Macleod D, Benova L. Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys. *PLoS Med* 2016, 13(3): e1001972.
70. Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery* 2010, 26(3): 319–26.
71. Rossen J, Okland I, Nilsen OB, Eggebø TM. Is there an increase of postpartum hemorrhage, and is severe hemorrhage associated with more frequent use of obstetric interventions? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010, 89(10): 1248–55.
72. Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet* 2011, 283(6): 1193–8.
73. Sharma S, Dhakal I. Cesarean vs vaginal delivery: An institutional experience. *JNMA* 2018, 56(209): 535–39.
74. Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. *J Perinat Educ* 2013, 22(1): 14–8.
75. Özcan H, Kızılkaya Beji N, Höbek Akarsu R. Deliver preference and influencing factors in women giving birth. *JHNSAM* 2019, 5(9): 95–106.
76. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantages of vaginal delivery. *Clin Obstet Gynecol* 2006, 49(1): 167–83.
77. Desai NM, Tsukerman A. Vaginal Delivery. [Updated 2022 Jul 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/> Son Erişim Tarihi: 11.04.2021

78. Crenshaw JT, Cadwell K, Brimdyr K, Widström AM, Svensson K, Champion JD, Gilder RE, Winslow EH. Use of a video-ethnographic intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin-to-skin care and breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2012, 7(2): 69–78.
79. Ghahiri A, Khosravi M. Maternal and neonatal morbidity and mortality rate in caesarean section and vaginal delivery. *Adv Biomed Res* 2015, 4: 193.
80. Sakala C, Corry M. Evidenced-Based Maternity Care: What it is and what it can achieve. New York, NY: Milbank Memorial Fund; 2008.
81. Prosen M, Tavčar Krajnc M. Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: The implications in Slovenia. *Rev Sociol* 2013, 43(3): 251–72.
82. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, de Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery* 2018, 66: 161–7.
83. Shaw JC. The medicalization of birth and midwifery as resistance. *Health Care Women Int* 2013, 34(6): 522–36.
84. Cindoglu D, Sayan-Cengiz F. Medicalization discourse and modernity: contested meanings over childbirth in contemporary Turkey. *Health Care Women Int* 2010, 31(3): 221–43.
85. Kundisova L, Nante N, Cuccaro C, Mariottini E, Alaimo L. Does the over-medicalisation of pregnancy help to improve neonatal outcomes?. *European Journal of Public Health (12th European Public Health Conference, Poster Walks)* 2019, 29: 344–5.
86. Demir Ö, Kalelioğlu İ. İntrapartum fetal monitörizasyon. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Özel Konular* 2018, 11(1): 30–7.
87. Alfirovic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 2(2): CD006066.
88. Heelan-Fancher L, Shi L, Zhang Y, Cai Y, Nawai A, Leveille S. Impact of continuous electronic fetal monitoring on birth outcomes in low-risk pregnancies. *Birth* 2019 46(2): 311–7.

89. Creedon D, Akkerman D, Atwood L, Bates L, Harper C, Levin A, McCall C, Peterson D, Rose C, Setterlund L, Walkes B, Wingeier R. Institute for Clinical Systems Improvement. Management of Labor. *Updated March 2013*, <http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/GUIAMANEJODELPARTO.pdf>.
Son Erişim Tarihi: 31.03.2021
90. Åberg K, Norman M, Ekéus C. Preterm birth by vacuum extraction and neonatal outcome: a population-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014, 14: 42.
91. Verma GL, Spalding JJ, Wilkinson MD, Hofmeyr GJ, Vannevel V, O'Mahony F. Instruments for assisted vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2021, 9(9): CD005455.
92. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, 11: CD005455.
93. Suwannachat B, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Rapid versus stepwise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 8: CD006636.
94. Chan VYT, Lau WL. Intrapartum ultrasound and the choice between assisted vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2021, 3(6S): 100439.
95. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: History, present and future - a review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022, 35(7): 1386–91.
96. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 2(2): CD000081.
97. Karaçam Z, Eroğlu K. Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nurs* 2003, 43(4): 384–94.
98. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *BMJ Clin Evid* 2008, 2008:1401.
99. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018, 15(1): e1002494
100. Chen H, Tan D. Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. *Front Psychol* 2019, 10: 351.

101. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet* 2018, 392(10155): 1349–57.
102. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, Moller AB, Say L, Hosseinpoor AR, Yi M, de Lyra Rabello Neto D, Temmerman M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018, 392(10155): 1341–8.
103. Latifnejad Roudsari R, Zakerihamidi M, Merghati Khoei E. Socio-cultural beliefs, values and traditions regarding women's preferred mode of birth in the North of Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2015, 3(3): 165–76.
104. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Cipolotti R, Gurgel RQ. The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes. *Rev Saude Publica* 2018, 52:95.
105. Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, Feijen-de Jong EI, Dahlen HG. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth* 2018, 45(4): 347–57.
106. Selçuk-Tosun A, Zincir H. The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* 2019, 25(4): e12742.
107. Uysal H, Enç N. Motivational interview for compliance in patients with chronic heart failure. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2012, 1: 33–8.
108. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing. Helping People Change. 3rded. New York, Guildford Press, 2013:12.
109. Dogru A, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variables. *J Pak Med Assoc* 2019, 69(3): 294–300.

110. Copeland L, McNamara R, Kelson M, Simpson S. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2015, 98(4): 401–11.
111. Prescott DS. Motivational Interviewing: as Easy as It Looks? *Curr Psychiatry Rep* 2020, 22(7): 35.
112. Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Dtsch Arztebl Int* 2021, 118(7): 109–15.
113. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med* 2014, 37(4):768–80.
114. Phillips R, Copeland L, Grant A, Sanders J, Gobat N, Tedstone S, Stanton H, Merrett L, Rollnick S, Robling M, Brown A, Hunter B, Fitzsimmons D, Regan S, Trickey H, Paranjothy S. Development of a novel motivational interviewing (MI) informed peer-support intervention to support mothers to breastfeed for longer. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18(1): 90.
115. Kress VE, Hoffman RM. Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: Enhancing readiness for change. *J Men Health Couns* 2008, 30(4): 311–29.
116. Erat A, Ceyhan Ö. Motivasyonel görüşme ile değişime hazırlanma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020, 7(1): 58–63.
117. Beckwith VZ, Beckwith J. Motivational Interviewing: A Communication Tool to Promote Positive Behavior Change and Optimal Health Outcomes. *NASN Sch Nurse* 2020, 35(6): 344–51.
118. Miller W, Rollnick S. Psikolojik problemlerin tedavisinde motivasyonel görüşme. Şahin M, Uğur-Kural H (Çeviren). 1. Baskı, Ankara: Nobel akademik yayıncılık eğitim danışmanlık, 2019: 5.
119. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 1(1): 1–7.
120. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşmeler. *HEAD* 2017, 14(1): 98–103.

121. Çelik Örucü M. Değişime hız kazandıracak bir yöntem: Motivasyonel görüşme. *DU Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2020, 1(37): 20–34.
122. Tagkaloglou S, Kasser T. Increasing collaborative, pro-environmental activism: The roles of Motivational Interviewing, self-determined motivation, and self-efficacy. *J Environ Psychol* 2018, 58: 86–92.
123. Miller WR, Moyers TB. Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *J Consult Clin Psychol* 2017, 85(8): 757–66.
124. Madson MB, Loinon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2009, 36(1):101–9.
125. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009, 2(2): 41-3.
126. Calpbınici P. Primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz-yeterliliğe ve doğum şekline etkisi: Randomize kontrollü çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2020.
127. Barut S. Travmatik doğum algısı olan nulliplarlarda motivasyonel görüşmelerin doğum algısı ve özyeterliliğine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Programı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2021
128. 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 Şubat 2021
129. Random.Org. Random Integer Generator. <https://www.random.org/integers/?num=176&min=1&max=2&col=8&base=10&format=html&rnd=new> Son Erişim Tarihi: 10 Şubat 2021
130. Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A, Zare S. The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model. *Women Birth* 2016, 29(6): e126–32.

131. İbici Akça E. Nullipar Gebelere Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Mobil Eğitimin Normal Doğum Eğilimine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2021.
132. Jansen L, Gibson M, Bowles BC, Leach J. First do no harm: interventions during childbirth. *J Perinat Educ* 2013, 22(2):83–92.
133. Sedigh Mobarakabadi S, Mirzaei Najmabadi K, Ghazi Tabatabaie M. Ambivalence towards childbirth in a medicalized context: A qualitative inquiry among Iranian mothers. *Iran Red Crescent Med* 2015, 20;17(3): e24262.
134. Sarngadharan RC, Vandana KR, Nandu KT. Rising trend of caesarean section: review on the determinants of cesarean section deliveries. *EJMCM* 2020, 07(07): 5904–9.
135. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, Gülmezoglu AM. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG* 2018, 125(8): 918–22.
136. Sabetghadam S, Keramat A, Goli S, Malary M, Rezaie Chamani S. Assessment of medicalization of pregnancy and childbirth in low-risk pregnancies: A Cross-sectional Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2022, 10(1): 64–73.
137. Rasouli M, Mousavi SA, Khosravi A, Keramat A, Fooladi E, Atashsokhan G. The impact of motivational interviewing on behavior stages of nulliparous pregnant women preparing for childbirth: a randomized clinical trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2018, 39(3): 237–45.
138. Barut S, Uçar T. Effects of motivational interviews on childbirth perceptions and childbirthself-efficacy in nulliparous pregnant women: a randomised-controlled trial. *J Reprod Infant Psychol* 2022, 19: 1–16.
139. Calpbınici P, Özçirpan ÇY. The effect of the training program provided to primiparous pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy, and delivery mode: a randomized controlled trial. *Current Psychology*, 2022, 1–15.

140. İbici Akça E, Aksoy Derya Y. Effects of tele-education given based on the health belief model on mode of delivery tendencies in pregnant women. *J Reprod Infant Psychol* 2022, 20:1-19.
141. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015, 4(2): 54–8.
142. Zhou X, Liu H, Li X, Zhang S. Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in northwest of China: A cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2021, 14: 731–41.
143. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015, 15: 221.
144. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17(1): 195.
145. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, Schroll AM, Schei B, Bidens Group. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth* 2015, 42(1): 48–55.
146. Boz İ, Akgün M, Duman F. A feasibility study of a psychoeducation intervention based on Human Caring Theory in nulliparous women with fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2021, 42(4): 300–12.
147. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Motivational interviewing: A tool for behavior change. Committee Opinion No 423. *Obstet Gynecol* 2009, 113: 243–6.
148. Shirzad M, Shakibazadeh E, Rahimi Foroushani A, Abedini M, Poursharifi H, Babaei S. Effect of "motivational interviewing" and "information, motivation, and behavioral skills" counseling interventions on choosing the mode of delivery in pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2020, 21(1): 970.
149. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. *World Health Organization* 2018, s:8.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Deney Grubu-I

Kontrol Grubu

Anket No:

Bu araştırma normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz doğru yanıtlar büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Tarih: / /

Adı Soyadı:

Telefon:

Demografik Veriler

1. Yaşınız:

2. Eşinizin yaşı:

3. Aile tipiniz? a) Çekirdek aile b) Geniş aile

4. Eğitim durumunuz: a) İlköğretim b) Ortaöğretim c) Yükseköğretim ve üzeri

5. Eşinizin eğitim Durumu: a) İlköğretim b) Ortaöğretim c) Yükseköğretim ve üzeri

6. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

7. Şu anda yaşadığınız yer? a) İl b) İlçe c) Köy/Kasaba

8. Algılanan ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime denk c) Gelirim giderimden fazla

9. Kaç yıllık evlisiniz:.....

10. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Gebeliğe Yönelik Veriler (Gebelik Öyküsü)

11. Kaç haftalık gebesiniz? (Ön test Gebelik haftası).....(Son test gebelik haftası)

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

a) Evet b) Hayır

13. Şu anki gebeliğinizi planlama durumunuz?

- a) Gebe kalmayı istiyor ve planlıyordum
b) Gebe kalmayı istiyordum ama ileri bir zamanda
c) Ne şimdi ne de ileri bir zamanda gebe kalmayı istemiyordum
d) Gebe kalmayı istemiyordum ama olunca kabullendim

14.Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

15. Hangi şekilde doğum yapmayı planlıyorsunuz?

a) Normal doğum b) Sezaryen doğum c) Kararsız

16.Gerçekleşen doğum şekliniz (Doğumdan sonra soruldu)

a) Normal doğum b) Sezaryen doğum

17. Yakınlarınızdan normal doğumla problem yaşayan oldu mu?

a) Evet b) Hayır

18. Yakınlarınızdan sezaryen doğumla ilgili problem yaşayan oldu mu?

a) Evet b) Hayır

19. Gebelik takibinize ne zaman başladınız?.....

20. Kaç kez gebelik takibiniz yapıldı?..... ..

EK-3. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ)

Aşağıda doğum eylemine ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkür ederiz.

NORMAL DOĞUMA İNANÇ ÖLÇEĞİ (NDİÖ)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Tamamen Katılıyorum (5)
ALGILANAN DUYARLILIK					
1. Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak benim için risklidir.					
2. Tıbbi bir zorunluluk olmadıkça sezaryen ile doğum yapmak bebeğim için risklidir.					
3. Bir kere sezaryen ile doğum yaparsam sonraki doğumlarımda normal doğum yapma şansım azalır.					
ALGILANAN CİDDİYET					
4. Sezaryen doğumun istenmeyen olumsuz etkilerinden (ağrı, kanama, enf. vb.) korkuyorum.					
5. Normal doğum eylemi başladıktan sonra doğumumun herhangi bir sebepten dolayı sezaryen ile sonuçlanmasından korkuyorum.					
6. Normal doğum yapmadığımda bakımım ile ilgilenecek başka birisine ihtiyaç duyabilirim.					
7. Normal doğum yapmadığımda doğum sonu hastanede kalış süremi uzayabileceğini düşünüyorum.					
ALGILANAN YARAR					
8. Normal doğumda benim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.					
9. Normal doğumda bebeğim için ciddi problemlerin ortaya çıkma olasılığı daha azdır.					
10. Normal doğum sonrası kendimde “başarı” duygusu hissedirim.					
11. Normal doğumda sezaryen doğuma göre “doğum sayısına” ilişkin herhangi bir kısıtlama yaşamam.					
ALGILANAN ENGELLER					
12. Normal doğum sürecinde alttan (hazneden) muayene yapılmasından korkuyorum.					
13. Normal doğum ortamını (doğum masası, aletler vb.) düşündüğümde gerginlik ve endişe yaşıyorum.					
14. Normal doğumda alttan kesi yapılmasından korkuyorum.					
15. Normal doğum sürecinin çok uzamasından korkuyorum.					
16. Normal doğuma gebeliğim süresince beni takip eden doktorun katılmama ihtimali beni endişelendiriyor.					
17. Normal doğumda doğum yapacağım tarihin belirsiz olması beni endişelendiriyor.					
ALGILANAN ÖZ YETERLİLİK					
18. Bedenimin normal doğum için uygun olduğunu düşünüyorum.					
19. Doğum sancıları ile baş edebileceğimi düşünüyorum.					
20. Normal doğumu başarabileceğimi düşünüyorum.					
21. Normal doğuma yönelik bilgiye gereksinim duyduğumda sağlık profesyonellerine (ebe, doktor) nasıl ulaşabileceğimi biliyorum.					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
22. Doğum öncesi gebelik sürecine yönelik bir eğitim (gebe okulu, gebe sınıfı) alırsam normal doğum yapma şansım artar.					
23. Doğum öncesi gebelik izlemlerimi düzenli yaptırmak normal doğum sürecinde karşılaşılabileceğim sağlık risklerini azaltır.					
24. Etrafımdakilerin (aile/arkadaşlar) normal doğuma yönelik olumlu deneyim ve tavsiyeleri beni karar verme noktasında cesaretlendirir.					

EK-4. Doğum İnançları (Doğal ve Medikal Doğum İnancı) Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum				Kesinlikle katılıyorum
1. Doğum tıbbi bir olaydır.	1	2	3	4	5
2. Günümüzde kadınların doğum sancısı çekmesi için hiçbir neden yoktur.	1	2	3	4	5
3. Kadın bedeni nasıl doğum yapacağını bilir.	1	2	3	4	5
4. Doğum sırasında ters gidebilecek birçok şey vardır.	1	2	3	4	5
5. Doğumun kendi akışında ilerlemesine izin verilmelidir.	1	2	3	4	5
6. Çoğunlukla, kadının vücut yapısı onun normal doğum yapmasına izin vermez.	1	2	3	4	5
7. Doğum doğal bir olaydır.	1	2	3	4	5
8. Doğum ağrısı doğum deneyiminin önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
9. Doğum dikkatli bir tıbbi bakım ve izlem gerektirir.	1	2	3	4	5
10. Doğum tehlikeli bir süreçtir.	1	2	3	4	5
11. Doğum kadını güçlendiren/ruhsal olarak olgunlaştıran bir deneyimdir.	1	2	3	4	5

EK-5. Motivasyonel Görüşme Derecelendirme Cetveli

EK-5.1

a. Medikal doğum inancınız konusundaki niyetiniz nedir? (Niyet)

1. Medikal doğum inancımı değiştirmeyi düşünmüyorum
2. Medikal doğum inancımı değiştirmeyi düşünüyorum fakat kaygılarım var

b. Doğuma olan medikal inancınızı 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-5.2

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 Dengesi Bilançosu

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



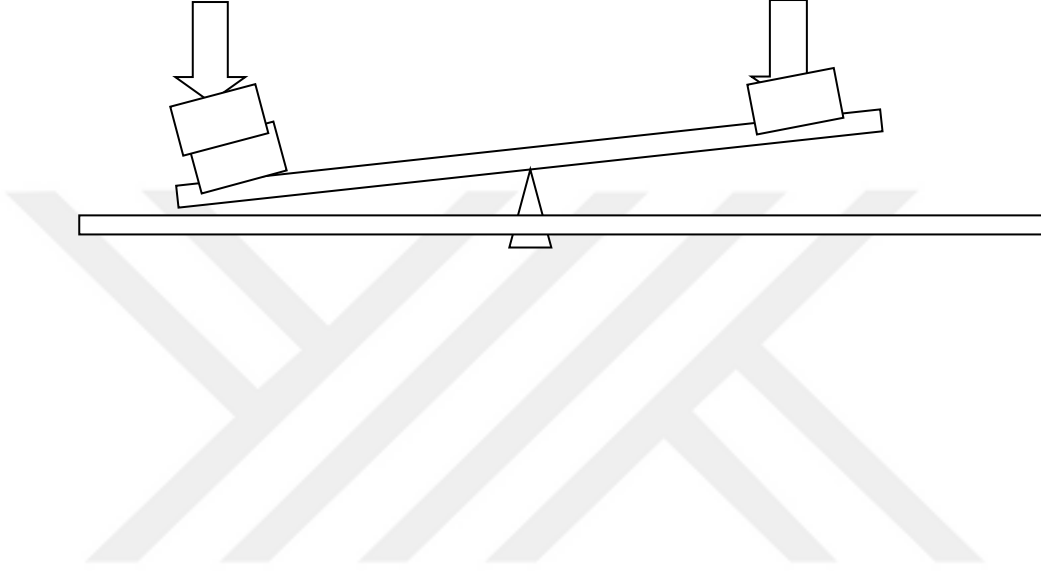
EK-7. Karar Dengesi Terazisi

Medikal doğum inancının zararları

Medikal doğum inancının yararları

Değişimin yararları

Değişimin zararları



EK-8. Araştırmacıya Ait Motivasyonel Görüşme Katılım Belgesi



**EK-9. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimleri Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı**



EK-10. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



EK-11. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu)

Değerli Katılımcı,

Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancına etkisinin değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı Kişisel Tanıtım Formu, Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) ve Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ) ve motivasyonel görüşmeler uygulanacaktır. Bu anket ve ölçekleri tam ve doğru doldurmanız araştırma sonucu açısından önemlidir. Motivasyonel görüşmeler, ortalama 20-30 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.

GÖNÜLLÜ

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı:

Adı Soyadı: Arş. Grv. Çiğdem KARAKAYALI AY

İmza:

İmza:

Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu)

Değerli Katılımcı,

Normal doğum inancı düşük olan primipar gebelere yapılan motivasyonel görüşmelerin medikal ve doğal doğum inancına etkisinin değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma yürütmekteyiz. Bu nedenle sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı Kişisel Tanıtım Formu, Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) ve Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ) ve motivasyonel görüşmeler 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. 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.

GÖNÜLLÜ

Adı Soyadı:

İmza:

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı: Arş. Grv. Çiğdem KARAKAYALI AY

İmza:

EK-12. Normal Doğuma İnanç Ölçeği (NDİÖ) Kullanım İzni



**EK-13. Doğum İnanç Ölçeği (DİÖ) (Doğal ve Medikal Doğum İnancı)
Kullanım İzni**

