

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**EBELİK DOKTORA PROGRAMI**

**DOĞUM KORKUSUYLA BAŞ ETME REHBERİ**  
**GELİŞTİRME VE ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİRME**

**Gizem ÖZTÜRK**  
**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı tarafından 15012 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2020**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Gizem ÖZTÜRK tarafından hazırlanan “Doğum Korkusuyla Baş Etme Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07 /05/2020

Üye	: Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM	Aydın Adnan Menderes	.....
(T.D.)		Üniversitesi	
Üye	: Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR	Aydın Adnan Menderes	.....
		Üniversitesi	
Üye	: Doç. Dr. Emine GERÇEK	Aydın Adnan Menderes	.....
		Üniversitesi	
Üye	: Doç. Dr. Birsen KARACA	Ege Üniversitesi	.....
	SAYDAM		
Üye	: Doç. Dr. Merlinda ALUŞ	Dokuz Eylül Üniversitesi	.....
	TOKAT		

### ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ..... tarih ve ..... sayılı oturumunda alınan ..... nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı'nda doktora öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi, destek ve yardımları ile bana yol gösteren ve katkıda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm ebelik bölümü öğretim üyelerine,

Tez izleme komitesinde ve tez jürisinde yer alarak görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR, Doç. Dr. Emine GERÇEK, Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM ve Doç. Dr. Merlinada ALUŞ TOKAT'a,

Araştırmaya katılmayı kabul edip, zaman ayıran tüm kadınlara,

Doktora eğitimim boyunca beni destekleyen ve gerekli kolaylığı sağlayan başta başhemşire Gülten ARAS olmak üzere Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde ve 2, 5 ve 12 no'lu Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan kıymetli ebe ve hemşire meslektaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca fedakârlığın en büyüğünü gösteren, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen çok sevdiğim annem Ayşegül GÜNEŞ, babam Kemal GÜNEŞ, kayınvalidem Ayşe ÖZTÜRK, eşim Volkan ÖZTÜRK ve biricik oğlum Kerem ÖZTÜRK'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET .....	ix
ABSTRACT .....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Hipotez(ler)i/Araştırma Soruları .....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Doğum Korkusu .....	7
2.2. Doğum Korkusunun Nedenleri.....	9
2.3. Doğum Korkusunun Sonuçları .....	11
2.4. Doğum Korkusunu Azaltmak İçin Yapılan Uygulamalar .....	12
2.5. Doğum Korkusunun Yönetiminde Ebenin Rolü .....	14
2.6. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberleri .....	16
2.7. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberlerinin Yararları.....	17
2.8. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi .....	18
2.8.1. De Novo Rehber Geliştirme .....	19
2.8.2. Rehberin Aynen Benimsenmesi (Adoption) .....	19
2.8.3. Rehberin Adaptasyonu (Adaptation).....	20
2.9. Kanıta Dayalı Rehberin Uygulanması.....	21
2.10. Kanıta Dayalı Uygulama Rehberlerinin Uygulamada Kullanımında Grove Modeli ...	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Deseni .....	23
3.2. Kanıta Dayalı Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi.....	23
3.2.1. Rehberin İçeriği .....	24
3.2.2. Rehberin Geliştirilmesinde İzlenen Yol .....	26
3.2.3. Doğum Korkusunu Azaltmaya Yönelik Kanıt Temelli Uygulamalar .....	35

3.3. Bireysel Danışmanlık Programı'nın Seçim Gerekçesi .....	46
3.4. Bireysel Danışmanlık Programının Uygulanması .....	47
3.4.1. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri .....	47
3.4.2. Araştırmanın Zamanı .....	47
3.4.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	48
3.4.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri .....	49
3.4.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri .....	49
3.4.6. Veri Toplama Yöntemi .....	50
3.4.6.1. Randomizasyon .....	50
3.4.6.2. Körleme .....	51
3.4.7. Veri Toplama Formları .....	51
3.4.7.1. Tanıtıcı bilgi formu (Ek 1) .....	51
3.4.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) (Ek 2, Ek 3) .....	51
3.4.7.3. Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (Ek 4) .....	53
3.4.7.4. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form (DÖYE-D32) (Ek 5) .....	53
3.4.7.5. Postpartum soru formu (Ek 6) .....	54
3.4.8. Müdahalenin (Bireysel Danışmanlık Programının) Hazırlanması ve Stadandardizasyonu .....	54
3.4.9. Ön Uygulama .....	57
3.4.10. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci .....	58
3.4.11. Gebelerin Kayıt Edilmesi, Randomizasyonu ve Ön Verilerin Değerlendirilmesi .....	60
3.4.12. Müdahale .....	60
3.4.13. Gebelik Süresince Müdahale ve Kontrol Gruplarının İzlemi .....	61
3.4.14. Postpartum İzlem ve Verilerin Toplanması .....	61
3.4.15. İstatistiksel ve Analitik Yöntemler .....	62
3.4.16. Araştırmanın Güçlükleri .....	63
3.4.17. Araştırmanın Etik Yönü .....	63
4. BULGULAR .....	64
4.1. Rehber Geliştirme Süreci Bulguları .....	64
4.2. Bireysel Danışmanlık Programının Test Edilmesi ile İlgili Bulgular .....	65
4.2.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	65
4.2.2. Kadınların Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Verileri .....	67
4.2.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Müdahale Öncesi W-DEQ-A, DKÖ ve DÖYE- D32 Ölçek Puanları .....	70

4.2.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Müdahale Sonrası W-DEQ-A, DKÖ ve DÖYE-D32 ve Doğum Sonrası W-DEQ-B Ölçek Puanları.....	72
5. TARTIŞMA.....	74
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	79
6.1. Sonuçlar.....	79
6.2. Öneriler.....	80
KAYNAKLAR.....	81
EKLER .....	107
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	107
Ek 2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu .....	109
Ek 3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu.....	112
Ek 4. Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ).....	115
Ek 5. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form (DÖYE-D32).....	116
Ek 6. Postpartum Soru Formu .....	118
Ek 7. Bireysel Danışmanlık Programı .....	120
Ek 8. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı.....	149
Ek 9. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	150
Ek 10. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Sonuç Onayı.....	151
ÖZGEÇMİŞ.....	152

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACE</b>	: The Academic Center for Evidence-based Based Practice
<b>AGREE</b>	: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
<b>ARCC</b>	: The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration
<b>DKÖ</b>	: Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği
<b>DÖYE-D32</b>	: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form
<b>DSM-IV</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EBAS</b>	: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası
<b>GRADE</b>	: The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
<b>ICM</b>	: The International Confederation of Midwives
<b>NHMRC</b>	: Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi
<b>NICE</b>	: Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
<b>PARIHS</b>	: Promoting Action on the Implementation of Health Services
<b>PTSB</b>	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
<b>SBAS</b>	: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>VAS</b>	: Vizuel Analog Skala
<b>W-DEQ</b>	: Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>YYBÜ</b>	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Grove model-kanıta dayalı rehberlerin uygulamada kullanım modeli. ....	22
Şekil 2. Çalışmaların seçimi ve katılım süreci. ....	26
Şekil 3. CONSORT akış planı.....	59



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Bias riskinin değerlendirilmesinden sonra genel karara geçiş süreci. ....	28
<b>Tablo 2.</b> Dünya Sağlık Örgütü Rehber Geliştirme Grubu kanıt öneri kategorisi.....	30
<b>Tablo 3.</b> GRADE kanıt profil tablosu. ....	32
<b>Tablo 4.</b> Doğum korkusunu azaltmada kullanılan yöntemler .....	35
<b>Tablo 5.</b> Araştırmanın zamanı. ....	48
<b>Tablo 6.</b> Kadınların sosyo-demografik özellikleri.....	66
<b>Tablo 7.</b> Kadınların doğum eylemi ve postpartum döneme ilişkin verileri. ....	68
<b>Tablo 8.</b> Kadınların gebelik, doğum eylemi ve postpartum dönemde yaşadığı problemlere ilişkin verileri .....	70
<b>Tablo 9.</b> Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınlarda müdahale öncesi W-DEQ-A, DKÖ ve DÖYE-D32 ölçek puan ortalama ve standart sapmalarının karşılaştırılması.....	72
<b>Tablo 10.</b> Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınlarda müdahale sonrası (36-38. haftalar) W-DEQ-A, DKÖ, DÖYE-D32 ve doğum sonrası (12-24. saatte) W-DEQ-B ölçek puan ortalama ve standart sapmalarının karşılaştırılması. ....	73

## ÖZET

### DOĞUM KORKUSUYLA BAŞ ETME REHBERİ GELİŞTİRME VE ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİRME

**Öztürk G. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2020.**

Bu çalışma, doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için kanıta dayalı uygulama rehberi geliştirmek ve etkinliğini test etmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma metodolojik ve randomize kontrollü deneysel olarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşaması, metodolojik olarak yürütülmüş ve doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamaya ilişkin kanıta dayalı uygulama rehberi geliştirilmiştir. Araştırmanın randomize kontrollü deneysel olarak yürütülen ikinci aşamasında, rehber içinde yer alan bireysel danışmanlık programının etkinliği değerlendirilmiştir. Araştırma 1 Ağustos 2018-1 Nisan 2020 tarihleri arasında 2, 5 ve 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde izlem ve takibi olan toplam 70 gebe (müdahale: 37 ve kontrol: 33) ile yürütülmüştür. Müdahale grubuna rutin bakıma ilave olarak literatür ışığında geliştirilen bireysel danışmanlık programı uygulanmıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonu, Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği, Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve Postpartum Soru Formu ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, t-testi, Fisher testi ve Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Rehber geliştirme aşamasında müdahalelerin etkinliğine dair kanıtlar, 13 randomize kontrollü çalışma, 13 ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışma ve 5 ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışmanın incelemesinden elde edilmiştir. Çalışmalar doğum korkusunu azaltmada etkili olan on müdahale başlığı altında toplanmıştır. Bunlar psiko-eğitici grup terapisi, doğum öncesi eğitim, bireysel danışmanlık programı, intrapartum destekleyici bakım, bilişsel davranış terapisi, kalp hızı değişkenliği biofeedback, antenatal hipnoz eğitimi, grup sanat terapisi, Roy Uyum Modeline dayalı aralıklı doğum desteği ve öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlık olarak belirlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınların müdahale sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalaması (30,81±20,64), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından (67,94±27,37) istatistiksel olarak

anlamli biçimde daha düşük olarak bulunmuştur ( $t=-6,450$ ;  $p=0,000$ ). Yine müdahale grubundaki kadınların (%59,5) kontrol grubundakilere göre (%39,4) daha fazla oranda normal doğum yaptığı ve kontrol grubundaki kadınların (%18,2) müdahale grubundakilere göre (%8,1) daha fazla sezaryen doğumu talep ettikleri görülmüştür. Ancak istatistiksel değerlendirmede bu farkların anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kadınların gelecekteki doğum tercihi olarak normal doğumu tercih etme oranının müdahale grubundaki kadınlarda (%75,7) kontrol grubundakilere (%48,5) göre daha fazla olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=5,524$ ;  $p=0,019$ ). Bu çalışmada primipar kadınlarda doğum öncesi uygulanan bireysel danışmanlık programının doğum korkusunu azalttığı, ancak doğum sonuçlarını etkilemediği sonuçları elde edilmiştir. Bireysel danışmanlık programının gebelerin rutin antenatal bakımına entegre edilmesi ile doğum korkuları azaltılabilir ve doğum deneyimleri daha olumlu duruma dönüştürülebilir.

**Anahtar kelimeler:** Bakım, doğum korkusu, ebelik, kanıta dayalı uygulama, rehber.

## **ABSTRACT**

### **DEVELOPING A GUIDE TO COPING WITH THE FEAR OF CHILDBIRTH AND EVALUATION OF EFFICIENCY**

**Öztürk G. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences Midwifery Program, PhD Thesis, Aydın, 2020.**

This study was conducted to develop an evidence-based practice guide to coping with childbirth and to evaluate of the developed guide effects. The study was conducted in two stages, involving methodological and randomly controlled experimental phases. The first stage of the research was conducted methodologically and develop an evidence-based practice guidelines for coping with childbirth. In the second stage of the research, randomly controlled experimentally, the effectiveness of the individual counseling program included in the guide was evaluated. This trial was conducted on 1 August 2018 and 1 April 2020, on seventy pregnant women (37 interventions and 33 controls) who are followed up during pregnancy at the Family Health Center No. 2, 5 and 12 and Aydın Gynecology and Pediatric Hospital. In addition to routine care, intervention group received the individual counseling program which developed in the light of the literature. The data was obtained through Information Form about Women, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire A and B Version, Spielberger State Anxiety Inventory, The Childbirth Self-Efficacy Inventory and Postpartum Information Form. The data were analyzed by descriptive statistics, chi-square, t-test, Fisher test and Mann-Whitney test. Evidence of the effectiveness of interventions during the guideline development phase was obtained from the review of 13 randomized controlled trials, 13 pretest-posttest control group quasi-experimental studies, and 5 pretest-posttest controlled quasi-experimental studies. The studies were gathered under ten intervention titles that are effective in reducing fear of childbirth. Its have been identified that psycho-educational group therapy, antenatal education, individual counseling program, intrapartum supportive care, cognitive behavior therapy, heart rate variability biofeedback, antenatal hypnosis training, group art therapy, Roy Adaptation Model based intermittent labor support, and self-efficacy oriented psychological counseling. The post-intervention Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire mean scores in the intervention group ( $30.81 \pm 20.64$ )

statistically significantly lower than control group ( $67.94 \pm 27.37$ ) ( $t = -6.450$ ;  $p = 0.000$ ). It was observed that women in the intervention group (59.5%) gave more normal births than those in the control group (39.4%) and women in the control group (18.2%) requested more cesarean delivery than in the intervention group (8.1%). However, in the statistical evaluation, these differences were not significant. It was found that the rate of women preferring normal birth as a future was higher in women in the intervention group (75.7%) than in the control group (48.5%) and these differences were statistically significant ( $\chi^2 = 5.524$ ;  $p = 0.019$ ). The study revealed that the individual counseling program using before birth in primiparous women reduces the fear of childbirth but does not affect the birth outcomes. By integrating the individual counseling program into the routine antenatal care can reduce fear of childbirth and turn birth experiences of women into a more positive state.

**Keywords:** Care, evidence-based practice, fear of childbirth, guide, midwifery.

# 1. GİRİŞ

Doğum korkusu kadın sağlığını ve iyilik halini gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde etkileyen yaygın bir sorundur. Uluslararası ve ulusal yapılan çalışmalarda gebe kadınlarda yaşanan doğum korkusu oranları, %6 ile %48 arasında geniş bir aralıkta yer almaktadır (Adams ve ark, 2012; Lazoğlu, 2014; Karabulut ve ark, 2016; Nilsson ve ark, 2018). Bu durum, kadınların olumsuz gebelik sonuçları yaşamasına ve psikolojik hastalıklara neden olabilmektedir (Rouhe ve ark, 2011; Storksen ve ark, 2015; Stützer ve ark, 2017). Bununla birlikte doğum korkusu kadınların doğum şeklini belirlemesi üzerinde de etkilidir ve sezaryen oranlarını arttırabilmektedir (Storksen ve ark, 2012; Aksoy ve ark, 2014). Sağlık bakımı sistemi içinde kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumlulukları olan ebelerin doğum korkusunu gidermede de sorumlulukları bulunmaktadır. Ülkemizde, doğum korkusunun yaygın olarak yaşanması ve yüksek sezaryen oranlarına karşın doğum korkusu alanında yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yine doğum korkusunu azaltmak için kanıta dayalı olarak hazırlanmış etkili bir rehber program mevcut değildir. Tüm bu nedenlerden dolayı doğum korkusu, kadın ve yenidoğan sağlığı için önemli bir konudur ve ele alınması gerekmektedir.

Gebelik ve doğum, çocuk sahibi olan kadınların yaşaması gereken bir geçiş aşaması veya varoluşsal bir süreçtir. Bu süreç her kadın için çok yönlü ve benzersiz bir deneyimdir ve sosyal özelliklerden etkilenmektedir (Larkin ve ark, 2009). Kadınların gebelik ve doğumla ilgili deneyimleri ve beklentileri, doğası gereği sevinç ve inançların yanında endişe ve korkuları da içeren pozitif ve negatif duyguları kapsamaktadır (Richens ve ark, 2015). Bu nedenle doğum, bazı kadınlar için korkulu bir deneyim haline dönüşebilmektedir (Hosseini-Moghaddam ve ark, 2018). Doğum korkusu, gebe kalmanın ve doğum yapmanın normal fizyolojik ve psikolojik süreçlerine gösterilen yüksek düzeyde stres ve duygusal uyumsuzlukla karakterize oldukça olumsuz bir duygudur (Hofberg ve Ward, 2003; Saisto ve Halmesmaki, 2003). Aynı zamanda kadınların sağlığını ve iyilik halini gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında etkileyen yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde doğum korkusu ile ilgili olarak birçok tanım yapılmıştır. Nilson ve ark (2018)'nın belirttiğine göre, doğum yapma korkusu ilk olarak 1858 yılında Fransız psikiyatrist Louis Victor Marcé tarafından tanımlanmıştır. Doğum korkusu terimi ise 1981'de İsveçli gebe kadınlarda "kadınların günlük işleyişini ve iyilik halini bozan güçlü bir kaygı" olarak tanımlanmıştır

(Areskog ve ark, 1981). Daha sonra, 1990'larda Finlandiya'da yapılan çalışmalar doğum korkusunun anksiyete bozukluğu ya da fobik korku ile ilişkili bir sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Klinik doğum korkusu terimi, "kadınların hem sosyal aktiviteleri ve ilişkilerini hem de mesleki ve günlük işleyişini engelleyen korku" olarak tanımlanmaktadır ve bazı durumlarda DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)' e göre belirli bir fobinin sınıflandırılmasına bile girebilmektedir (Wijma, 2003). Doğum korkusunun, kadınları çocukluktan yaşlılığa kadar etkileyebilen (Hofberg ve Ward, 2003), doğumdan az korkma ile aşırı korkma arasında şiddeti değişebilen psikolojik bir bozukluk olduğu da bildirilmektedir (Wijma ve ark, 1998; Hofberg ve Ward, 2003).

Patolojik doğum korkusu olan tokofobi tanımı ise "nedensiz doğumdan korkma", "özel ve rahatsız edici bir durum", "patolojik korku", "doğumdan kaçınma" gibi kavramlar ile tanımlanır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003). Diğer yandan tokofobi, prenatal depresyonun bir belirtisi olarak da tanımlanmaktadır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003). Tokofobi genellikle primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi olarak üç grupta sınıflandırılır. Primer tokofobi nullipar kadınlarda görülür ve kadınlar gebe kalmaya cesaret edemeyeceklerinden korkabilirler. Bu kadınlarda doğum korkusu ergenlik dönemine veya erken yetişkinlik dönemine kadar dayanabilir (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003; Handelzalts ve ark, 2015). Sekonder tokofobi ise doğum ile ilişkilidir ve genellikle travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) ile ilişkili olan, daha önceki negatif veya travmatik doğum deneyiminden sonra gelişen korkuları tanımlamak için kullanılır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003; Saisto ve Halmesmaki, 2003; Wijma, 2003; Handelzalts ve ark 2015). Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi ise prenatal dönemde yaşanan depresyonun kendisini tokofobiyle birlikte göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Alessandra ve Roberta, 2013).

Uluslararası ve ulusal yapılan çalışmalarda bildirilen doğum korkusu oranları %6 ile %48 arasında değişmektedir (Adams ve ark, 2012; Lazoğlu, 2014; Karabulut ve ark, 2016; Nilsson ve ark, 2018). Doğum korkusu oranlarının İskandinav ülkelerinde %20, Birleşik Krallık, Avustralya ve İsveç'te %6 ile %11 arasında olduğu bildirilmiştir (Kjaergaard ve ark, 2008; Fenwick ve ark, 2013). İran'da, gebe kadınların yaklaşık %5 ile %20'sinin doğumdan korktuğu rapor edilmiştir (Nasiri ve Sharifi, 2013). Nilsson ve ark (2018) tarafından yapılan bir sistematik derlemede ise Avrupa, Avustralya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde dokuz ülkede yapılan 24 çalışmanın incelenmesi sonucunda kadınların % 6,3 ile %14,8'inin şiddetli doğum korkusu yaşadıkları bildirilmiştir. Türkiye'de Lazoğlu (2014) tarafından

yapılan çalışmada antepartum dönemde gebelerin %48'inin yüksek düzeyde doğum korkusu bildirdikleri rapor edilmiştir. Dönmez ve ark (2014)'nin çalışmasında ise kadınların %58'i doğumdan korktuklarını ifade etmişlerdir. Yine Karabulutlu ve ark (2012) yaptığı bir çalışmada kadınların %7,5'inin vajinal doğum korkusu nedeni ile sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtmiştir.

Bazı kadınlar doğum korkusuna diğerlerine göre daha duyarlı olabilmektedirler. Doğum korkusunun etiyolojisi çok faktörlüdür. Doğum korkusunun nedenlerinden bazıları gebenin maternal ve zihinsel özellikleri, anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlık (Andersson ve ark, 2003; Hall ve ark, 2009; Storksen ve ark, 2012), kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama (Hodnett ve ark, 2013), cinsel istismar ve eski travmatik doğum deneyimi (Nieminen ve ark, 2009), ağrıya karşı hoşgörüsüzlük, başka kişilerin doğum deneyimlerinin gözlemlenmesi veya duyulması, doğum ile ilgili bilinmezlikler, gebeliğin fiziksel aktivite üzerine olumsuz etkilerine dair endişeler, doğum personeline olan güvensizlik, bebeğin ve kendinin zarar göreceğini düşünme, epizyotomi, ölüm korkusu ve bebeğin ölü/malformasyonlu olmasıdır (Fenwick ve ark, 2015; Demšar ve ark, 2017). Yine doğum korkusu yaşayan bazı kadınların düşük benlik saygısına sahip oldukları (Ryding ve ark, 2007) ya da kendilerini yalnız olarak tanımladıkları bildirilmiştir (Saisto ve Halmesmäki, 2003). Yapılan çalışmalarda doğum sayısı ve önceki doğum şekli, düşük sosyal destek ve sosyo-kültürel özelliklerin de doğum korkusu algısını etkileyebileceği bildirilmiştir (Toohill ve ark, 2015). Gebelik sayısı ile doğum korkusu birbiri ile ters ilişkilidir. İlk doğumu olan kadınlar multipar gebelere göre daha fazla korku yaşamaktadır (Taheri ve ark, 2013).

Bu veriler ışığında yapılan çalışmalar doğum korkusunun doğum sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Wijma, 2003). Doğumdan kaynaklanan ciddi korkular, kadınların gebelikten tamamen kaçınmasına ve gebeliği sona erdirmesine neden olabilir, doğumunu zorlaştırabilir ve bebeğe bağlanmayı olumsuz etkileyebilir (Alehagen ve ark, 2006). Doğum korkusu yaşanan anksiyete ve stres nedeni ile gebeliği komplike hale getirebilmektedir ve hipertansiyon, preeklampsi ve posttravmatik stres bozukluğu gibi fiziksel ve psikolojik hastalıklara yol açabilmektedir (Kurki ve ark, 2000; Chung ve ark, 2001; Hofberg ve Ward, 2004; Bonari ve ark, 2004; Rouhe ve ark 2011). Yine doğum korkusunun neden olduğu komplikasyonlar, acil sezaryen gibi obstetrik müdahalelerin artmasına neden olabileceği gibi düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarına da neden olabilmektedir (Saisto ve Halmesmäki, 2007; Storksen ve ark, 2015). Doğum korkusu aynı zamanda kadınların bebeği, eşi ve ailesiyle olan ilişkilerini de etkileyebilmektedir (Bewley ve Cockburn, 2002; Wijma, 2003; Fuglenes ve ark, 2011;



Storksens ve ark, 2015; Stützer ve ark 2017). Alipour ve ark (2011)'nin yaptıkları bir çalışmada da 28. gebelik haftasından sonra doğum korkusunun kadınlarda süreklilik ve durumluluk kaygı düzeyini arttırdığı rapor edilmiştir. Ayrıca, gebelik sırasında maternal stresin yüksek olması yenidoğanın çocukluk döneminde duygusal veya davranışsal sorun yaşama olasılığını iki kat arttırabileceği gösterilmiştir (Glover, 2011).

Doğum korkusu kadınların doğum şeklini belirlemesi üzerinde de etkilidir ve sezaryen oranlarını arttırabilmektedir (Storksens ve ark, 2012). Doğum korkusu yaşayan gebe kadınlar arasında tıbbi olmayan planlı sezaryen daha yaygındır (Larsson ve ark, 2015). Bülbül ve ark (2016) tarafından yapılan çalışmada sezaryen doğumu tercih eden gebelerin %28,6'sının doğum korkusu nedeniyle bu doğumu tercih ettikleri bildirilmiştir. Handelzalts ve ark (2012) çalışmalarında annenin sezaryen doğum isteğindeki tek psikolojik değişkenin doğum korkusu olduğunu bildirmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sezaryen doğumlar doğumun doğal yoldan mümkün olmadığı ve anne veya fetüsün hayatı cerrahi müdahalenin yokluğunda tehlikeye gireceği durumlarda kabul edilebilir ve sezaryen doğum oranı %10 ile %15 arasında olmalıdır (World Health Organization [WHO], 2015). Ancak 2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre Türkiye'de sezaryen doğumların hastane doğumları içerisindeki oranı %54,9 olarak bildirilmiş olup WHO'nun kabul edilebilir yüzdesinden çok daha yüksektir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2019).

Doğum korkusu, kadın sağlığını ve iyilik halini etkileyen yaygın bir sorun olmasına rağmen bu konuda sınırlı sayıda kanıt dayalı müdahale seçenekleri bulunmaktadır (Larsson ve ark, 2015; Richens ve ark, 2015). Literatür incelendiğinde, antenatal dönemde alınan bakım ve doğumla ilgili eğitimin, antepartum dönemde korku ve kaygı yaşama durumuyla ilgili önemli bir değişken olduğu ve antepartum dönemde kaygıyı azalttığı bildirilmektedir (Fenwick ve ark, 2013; Fenwick ve ark, 2015; Hosseini-Moghaddam ve ark, 2018). Bugüne kadar doğum korkusunu azaltmada etkili olan doğuma hazırlık sınıfları, rahatlama, bilişsel davranış ve eğitimsel müdahaleler, sanat terapisi, hipnoterapi gibi müdahaleleri kapsayan bazı çalışmalar yapılmıştır (Toohill ve ark, 2014; Downe ve ark, 2015; Rouhe ve ark, 2015a; Karabulut ve ark, 2016; Kızılırmak ve ark, 2016; Serçekuş ve Başkale, 2016; Andaroon ve ark, 2017).

Özellikle gebelik boyunca kadını destekleyen ve bakım sunan ebelerin gebelerin doğum korkusu ile baş etmelerine yardımcı olmada önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM: The International Confederation of Midwives) da kadınlara verilen danışmanlık ve bireysel eğitimin, özellikle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ebeler bakım hizmetlerinin en önemli parçası olduğunu bildirmiştir (The

International Confederation of Midwives, 2017). Uluslararası yapılan çalışmalarda doğum korkusunu azaltmak için ebeler tarafından bireysel danışmanlık programlarının ve eğitsel müdahalelerin kullanıldığı bildirilmektedir (Delaram ve ark, 2012; Hosseini-Moghaddam ve ark, 2018). Yapılan çalışmalarda ebeler tarafından kadınlara sağlanan bireysel danışmanlık programının doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Toohill ve ark, 2014; Andaroon ve ark, 2017). Avustralya’da Toohill ve ark (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitilmiş ebelerin sağladığı iki seans psikoeğitim danışmanlığının, doğum öncesi korku düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve kadınların normal doğuma olan güvenini artırdığı bildirilmiştir. Andaroon ve ark (2017) ise araştırmalarında ebeler tarafından primipar kadınlara sağlanan bireysel danışmanlık programının kadınlardaki doğum korkusunu azalttığını rapor etmişlerdir. Yine İsveç’te sağlık bakımı sırasında şiddetli doğum korkusu yaşadıkları belirlenen kadınlar genellikle danışmanlık için ebe ve kadın doğum uzmanlarından oluşan uzman bir ekibe sevk edilmektedir (Wahlbeck ve ark, 2018).

Literatür incelendiğinde kadınların doğum korkusu ile baş etmelerini geliştirmek için kullanılan birçok farklı yöntemin olduğu görülmektedir (Fenwick ve ark, 2013; Fenwick ve ark, 2015; Hosseini-Moghaddam ve ark, 2018). Ancak halen doğum korkusu kadınların yaygın bir şekilde yaşadıkları, yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bir sorun olmaya devam etmektedir (Lopukhova ve Kashshapova, 2015). Diğer yandan ülkemizde bakım vericilerin doğum öncesi izlemler ve doğum sırasında rutin olarak doğum korkusunu sorgulamadıkları ve ciddi doğum korkusu olan kadınlarla karşılaştıklarında da bu durumu nasıl yöneteceklerini bilemedikleri gözlenmektedir. Yine ülkemizde halen sezaryen oranlarındaki artışın devam etmesi ve bu artışta doğum korkusunun önemli bir paya sahip olması, bu konuda kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinimi ortaya koymaktadır. Bu kapsamda ulusal bazı çalışmalar bulunmasına rağmen (Karabulut ve ark, 2016; Kızılırmak ve ark, 2016; Serçekuş ve Başkale, 2016), doğum korkusunu azaltmak için etkili bir danışmanlık programı ile ilgili olarak hala yeterli kanıt mevcut değildir ve kanıta dayalı uygulamaları geliştirmek için daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır. Bu nedenle, bu çalışma, doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için kanıta dayalı rehber geliştirmek ve etkinliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 1.1. Araştırmanın Hipotez(ler)i/Araştırma Soruları

### Araştırma Soruları

1. Doğum korkusunu azaltmak için kullanılan müdahaleler nelerdir?
2. Doğum korkusunu azaltmak için kullanılan müdahalelerin kanıt düzeyleri nedir?

### Araştırma Hipotezleri

H<sub>01</sub>: Girişim sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki gebeler arasında doğum korkusu puan ortalaması bakımından fark yoktur.

H<sub>02</sub>: Girişim sonrası müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonuçları (doğum süresi, doğum şekli, isteğe bağlı ve acil sezaryen oranları, doğum sonu hastanede kalma süresi, doğum sonu hipertansiyon ve kan nakli olma durumu, yenidoğan yoğun bakıma alınma durumu ve gelecekteki doğum tercihleri) arasında fark yoktur.

H<sub>03</sub>: Girişim sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki gebeler arasında doğum öz-yeterlilik puan ortalaması bakımından fark yoktur.

H<sub>04</sub>: Girişim sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki gebeler arasında durumlukuk kaygı puan ortalaması bakımından fark yoktur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum Korkusu

Gebe olmak ve doğum yapmak kadınların hayatında bir geçiş süreci veya geçilmesi gereken varoluşsal bir eşik olarak tanımlanmaktadır (Höjeborg, 2000). Doğum her kadın için eşsiz, karmaşık, sosyal koşullardan etkilenen çok boyutlu bir deneyimdir (Larkin ve ark, 2009). Bununla birlikte kadınların gebelik ve doğum ile ilgili beklentileri ve deneyimleri olumlu duygular ile birlikte korku ve endişe gibi olumsuz duyguları da içermektedir (Storksen ve ark, 2015).

Doğum korkusu kavramı karmaşık, kapsamlı ve geniş tanımlar ile anlatılmaktadır. Nilson ve ark (2018)'nin belirttiğine göre, doğurma veya doğum korkusu ilk olarak 1858 yılında Fransız psikiyatrist Louis Victor Marcé tarafından tanımlanmıştır. Terim olarak doğum korkusu terimi ise 1981 yılında İsveçli gebe kadınlarda nitelendirilmiş ve “gebe kadınların günlük işleyişini ve iyilik halini bozan güçlü kaygı” olarak tanımlanmıştır (Areskog ve ark, 1981). Finlandiya'da 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalar doğum korkusunu gebe kadınların sağlığını etkileyen anksiyete bozukluğu yada fiziksel komplikasyonlar, kabuslar ve konsantrasyon problemlerini içeren fobik bir korku olarak bildirmiştir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Yine doğum korkusu, doğumdan önce, doğum sırasında ve doğumdan sonra yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır (Wijma ve ark, 1998). Günümüzde ise doğum korkusu, doğum için normal psikolojik hazırlığı engelleyen ve ebeveynliğe geçişi zorlaştıran, doğum yapma korkusu olarak tanımlanmaktadır (Fenwick ve ark, 2015).

Bu korku aşırı hale gelirse, Yunanca “toko” (doğum) ve “fobi” (korku) kelimelerinden türetilen ve her yaşta kadını etkileyebilecek olan “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır (Kitapçioğlu ve ark, 2008; Uçar ve Gölbaşı 2015). Mevcut literatürde tokofobi, patolojik doğum korkusu olarak tanımlanmıştır. Tokofobi terimi ilk kez Hofberg ve Brockington (2000) tarafından kullanılmıştır. Hofberg ve Brockington (2000) tokofobiyi gebeliğe özgü rahatsız edici bir durum, gebelikten kaçınma, patolojik korku ve doğum sırasında ölme korkusu olarak tanımlamıştır. Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki üç farklı grupta tanımlanmaktadır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003).

Primer tokofobi tanımı, doğum deneyimi olmayan kadınların yaşadığı doğum korkusu için kullanılmaktadır. Kadınların korkuları ergenlik veya erken erişkinlik döneminde oluşabilir. Doğum korkusunun oluşmasında genellikle önemli olan başkalarının doğum ile ilgili korku dolu hikâyeleri veya anksiyete bozukluk öyküsü bulunmasıdır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003; Handelzalts ve ark, 2015). Sekonder tokofobi, sıklıkla olumsuz veya travmatik doğum deneyimleri, bazen ise posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) ile ilişkili olan doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003; Saisto ve Halmesmaki, 2003). Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi ise prenatal dönemde yaşanan depresyonun kendisini tokofobiyle birlikte göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Kadınların daha az bir kısmı doğum öncesi dönemde yoğun olarak fobi ve doğumdan kaçmak isteme gibi depresyon belirtileri gösterebilirler. Bu kadınlar genellikle bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünürler (Hofberg ve Brockington, 2000; Alessandra ve Roberta, 2013).

Hemen hemen her gebe kadının doğum için biraz gerginlik yaşaması normaldir. Bu bilinmeyen bir durum karşısında verilen normal bir tepkidir (Therese ve ark, 2015). Aynı zamanda kadınların günlük yaşamlarına etki etmeyen az miktarda doğum korkusu doğuma hazırlığa yardımcı olabilir (Bakshi ve ark, 2008; Alessandra ve Roberta, 2013). Ancak yüksek düzeyde yaşanan doğum korkusu kadınlarda ciddi bir problem olmakla birlikte gebelikten kaçınma, maternal ve fetal stres ve sezaryen için maternal taleplerde artışa yol açmaktadır (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Bazı kadınlar doğum korkusu yüzünden gebe kalmaktan kaçınırken, bazıları kürtaj yaptırmayı tercih edebilmektedir (Zar ve ark, 2002). Günümüzde yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde bakımın kalitesi yeterli ve güvenilir olmasına rağmen, doğum korkusu hala kadın sağlığını gebelik öncesi, sırası ve sonrasında etkileyen yaygın bir problem olmaya devam etmektedir. Doğum korkusu, kadınların bebekleri, eşleri ve aileleriyle olan ilişkilerini etkilemektedir ve genellikle kadının sezaryen talep etmesine neden olmaktadır (Fuglenes ve ark 2011; Stützer ve ark, 2017). Bu nedenle cerrahi doğum talep eden kadınların ortak nedeni olarak doğum korkusu batı ülkelerinde artan sezaryen oranları ile güçlü bir ilişki içindedir (European Perinatal Health Report, 2013; Vogel ve ark, 2015).

Son otuz yıl boyunca kadınların doğum korkusu ile ilgili yapılan araştırmaların sayısı giderek artmıştır. Uluslararası yapılan çalışmalarda bildirilen doğum korkusu oranları %6 ile %48 arasında değişmektedir (Adams ve ark, 2012; Lazoğlu, 2014; Karabulut ve ark, 2016; Nilsson ve ark, 2018). Yine tüm gebelerin %6 ila 10'u ise şiddetli doğum korkusu yaşamaktadır (Laursen ve ark, 2008; Nieminen ve ark, 2016). İskandinav ülkelerinde doğum korkusunun görülme sıklığının %20 olduğu, Birleşik Krallık, Avustralya ve İsveç'te ise

şiddetli doğum korkusu yaşama oranlarının %6 ile %10 arasında olduğu bildirilmiştir (Fenwick ve ark, 2013). İran'da, gebe kadınların yaklaşık %5 ile %20'si doğumdan korkmaktadır (Nasiri ve ark, 2013). Avustralya da ise %30 civarında daha yüksek oranlar gösterilmektedir (Haines ve ark, 2012). Ülkemizde ise Aksoy ve ark (2015) tarafından yapılan çalışmada kadınlar arasında doğum korkusu oranının %15,6 olduğunu bildirmiştir. Bülbül ve ark (2016) yaptıkları çalışmalarında kadınların %38,8'inin doğuma ilişkin şiddetli korku, %8,2'sinin ise klinik düzeyde korku yaşadığını rapor etmişlerdir. Yine Erkaya ve ark (2017) tarafından gebe kadınlarda doğum korkusu ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada kadınların %48,9'unun şiddetli/klinik düzeylerde doğum korkusu yaşadığı görülmektedir. Körükçü ve ark (2010) nullipar kadınların %46,6'sınının, multipar kadınların ise %40'ının şiddetli oranda doğum korkusu yaşadığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte, prevalanstaki bu farklılıklar doğum korkusunu ölçerken kullanılan ölçüm araçlarına da bağlı olabilir (Klabbers ve ark, 2016).

## **2.2. Doğum Korkusunun Nedenleri**

Doğum korkusunun etiyojisi çok faktörlüdür ve çok spesifik korkuların yanı sıra daha çok genel anksiyete eğilimi ile ilişkili olabilir (Klabbers ve ark, 2016). Yine doğum korkusu bazı kadınlar için yalnızca doğum ile ilgili iken bazısı için diğer tür endişeler ile ilişkilidir (Handelzalts ve ark, 2015; Storksen ve ark, 2015; Stützer ve ark, 2017). Doğum korkusu yapılan çalışmalarda nulliparite (Rouhe ve ark, 2009), artmış gebelik sayısı (Rouhe ve ark, 2009), önceden var olan zihinsel problemler (Laursen ve ark, 2008; Storksen ve ark, 2012), istismar öyküsü (Nerum ve ark, 2006; Lukasse ve ark, 2011), genç yaş (Laursen ve ark, 2008), düşük eğitim seviyesi (Laursen ve ark, 2008) ve düşük öz yeterlik (Salomonsson ve ark, 2013) gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Yine araştırmacılar düşük benlik saygısı, sosyal destek eksikliği, ağrı hassasiyeti öyküsü, kadının kişiliği ve önceki olumsuz doğum deneyimi, çevredeki kişilerin deneyimlerini gözleme veya duyma, doğumun fiziksel aktivite üzerindeki olumsuz etkileri ve doğum personeline duyulan güvensizlik gibi doğum korkusuna yol açan çok sayıda faktör belirlemişlerdir (Waldenström ve ark, 2006; Hall ve ark, 2009; Karaçam ve Ançel, 2009; Adams ve ark, 2012).

Räisänen ve ark (2014) tarafından yapılan çalışmada doğum korkusu için risk faktörleri yüksek ve tanımlanmamış sosyoekonomik durum, ileri anne yaşı, depresyon ve geçirilmiş sezaryen olarak tanımlanmıştır. Arfaie ve ark (2017) ise doğumda yaşanan korkunun

boyutlarını araştırmak amacı ile yaptıkları nitel çalışmada doğum korkusunun nedenlerini dört kategoride sınıflandırmıştır. (1) Doğum süreci (ağrı, uzamış doğum eylemi, kontrol kaybı, doğum sırasında yalnız kalmak, doğum yapamayacağından korkmak), (2) doğum zamanı (erken doğum korkusu, bilinmeyen doğum zamanı korkusu, hastaneye geç kalma korkusu), (3) doğum komplikasyonları (kanama, ölüm korkusu, doğum sonrası depresyon, doğum kazaları, cinsel organ yaralanmaları ve fetal sağlık sorunları) ve (4) sağlık hizmetlerinin kalitesi (hastane imkanları, doğum personeline ve kadın doğum uzmanlarına olan güven eksikliği).

Bununla birlikte nullipar gebeler ile multipar gebeler arasında da doğum korkusu nedenleri farklılık gösterebilir (Waldenström ve ark, 2006). Yapılan çalışmalarda doğum deneyimi ile doğum korkusu arasında ters yönde bir ilişki saptanmıştır (Storksens ve ark, 2013). İlk doğumu olan kadınlarda doğum korkusu bu deneyimi yaşayanlara göre daha yüksek olarak bildirilmektedir (Sluijs ve ark, 2012; Taheri ve ark, 2015). Peki, daha önce hiç olumsuz veya travmatik doğum deneyimi olmayan kadınlar neden doğumdan korkmaktadır? Stoll ve ark (2009) gebe olmayan kadınlarda doğum korkusunun aile ve arkadaşlar tarafından anlatılan hikâyeler, okulda alınan üreme sağlığı eğitimi ve gebelik ve doğum ile ilgili medya tasvirlerine dayandığını bildirmişlerdir. Yine Stoll ve ark (2014) tarafından 3680 Kanadalı ğrenci ile yaptıkları çalışmalarında medyanın doğum korkusu üzerinde önemli role sahip olduğunu rapor edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada doğum korkusu yaşayan öğrencilerin doğumda epidural anestezi ve sezaryen talep etme oranlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Fenwick ve ark (2015) yaptıkları çalışmada, ilk doğumu olan gebelerin multipar gebelere göre daha fazla oranda bilinmeyenlerden korkma, doğumda güven eksikliği, diğer kadınların olumsuz doğum deneyimlerini içselleştirme ve doğum ağrısı yaşadıklarını rapor etmişleridir. Diğer yandan her ne kadar doğum yapma korkusu nullipar kadınlarda daha yaygın olsa da, negatif ya da travmatik doğum deneyimi olan kadınların, sonraki gebeliklerinde doğum korkusu bildirme olasılıkları yaklaşık beş kat daha yüksektir (Storksens ve ark, 2013).

Tüm bu sonuçlara dayalı olarak doğum korkusu nedeni ile yaşanan kaygı annelerin bütün faaliyetlerine odaklanmalarında sorunlar yaşamasına sebep olabilir (Rouhe, 2015). Bu nedenle, doğum korkusunun nedenlerini anlamak normal doğum sürecini ve annelerin psikolojik durumunu etkilediği ve özellikle kaygıyı arttırdığı için her toplumda kritik öneme sahiptir.

### 2.3. Doğum Korkusunun Sonuçları

Doğum korkusunun kadınların antepartum, intrapartum ve postpartum süreçleri üzerinde olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır. Araştırmalar doğum korkusunun antenatal süreçte anksiyeteye (Storksens ve ark, 2012), kâbuslara, uyku güçlüğüne ve depresyona neden olabileceğini göstermektedir (Sjögren, 1997; Waldenström ve ark, 2006). Doğum korkusu aynı zamanda gebe kadınlarda çoğunlukla sezaryen talebinin artmasına neden olmaktadır (Storksens ve ark, 2012; Räisänen ve ark, 2014; Larsson ve ark, 2015). Özellikle doğum korkusu yaşayan kadınlar arasında tıbbi nedenleri olmayan planlı sezaryenler daha yaygındır (Larsson ve ark, 2015). Handelzalts ve ark (2012)'nin çalışmasına göre, annenin isteğine bağlı yapılan sezaryen doğumun tek psikolojik değişkeni doğum korkusudur. Yine Faysal ve ark (2014), İran'da 14 primigravida gebe ile yaptıkları nitel bir çalışmada kadınların sezaryen taleplerinin doğum korkusu (özellikle ağrı), vajinal doğum sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve doğum personeline olan güvensizlik ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

İnapartum süreçte anksiyete ve korku, katekolaminlerin plazma konsantrasyonlarını artırabilir ve yüksek konsantrasyonlarda katekolamin, uterin kontraktilesinin azalmasına ve doğum eyleminin uzamasına neden olabilir (Adams ve ark, 2012). Bu nedenle doğum korkusu olan kadınlarda uzamış doğum eylemi olasıdır. Aksoy ve ark (2015) doğum korkusunun gebe kadınlarda uterus kan akımı parametreleri üzerinde olumsuz etkisi olduğunu bildirmiştir. Diğer yandan doğum korkusu da fetüsün kalp atımını ve kan basıncını olumsuz etkilemektedir (Lucio ve ark, 2009). Yine doğum korkusu, doğum sürecinde kadın ve sağlık personeli arasındaki iletişimi zorlaştırabilir. Bu zayıf iletişim klinik karar almayı zorlaştırabilir ve obstetrik müdahaleleri geciktirebilir (Ryding ve ark, 1998). Aynı zamanda yaşanan anksiyetenin ağrı reaktivitesini arttırdığı ve bu durumun doğum ağrısı ile başa çıkmayı zorlaştırdığı bilinmektedir (Rhudy, 2009). Doğum korkusu yaşayan kadınlar aynı zamanda olumsuz doğum deneyimi yaşama ve doğumdan memnuniyetsiz olma riski altındadır (Saisto ve ark, 2001; Zar ve ark, 2001). Bu ilişki teorik olarak bir kişinin korkulan bir durumla karşılaştığında, dikkatinin dağılması, tehdit uyarılarına yoğunlaşması, korku ve endişe düzeyinin artması ile açıklanmaktadır (Eysenck, 1992; Whitley, 1992). Tüm bunlar kadının doğum sonrası doğumu olumsuz algılamasını artırır. Böylece kadınlar arasında olumsuz beklentiler ve deneyimler kısır bir döngü oluşturur ve olumsuz beklentinin olması doğumda olumsuz deneyim yaşamayı artırır. Bazı çalışmalar olumlu beklentileri olan kadınların doğumda pozitif doğum deneyimi yaşadıklarını göstermektedir. Bu nedenle doğumda olumsuz bir deneyim yaşayacağını bekleyen kadınların beklentilerinin gerçek olduğunu



bildirmeleri de muhtemeldir (Slade, 1993; Waldenström, 1999). Az sayıda araştırmada kadınların doğum beklentileri ile yaşadıkları doğum deneyimleri karşılaştırılmıştır (Lobel, 1994; Paarlberg ve ark, 1995). Wuitchik ve ark (1990) gebelik sırasında ağrıdan yüksek düzeyde korkan kadınların doğumlarının latent fazı sırasında yüksek düzeyde stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yine bu araştırmada gebeliğin kabulü, kendi ve bebeğin güvenliği hakkındaki endişeler gibi diğerk gebelik değişkenlerini doğumun diğerk fazlarında yaşanan ağrı ve stresi arttırdığı rapor edilmiştir.

Postpartum süreçte ise doğum korkusu yaşayan annelerin doğum sonu depresyon yaşama olasılığı artarken (Czarnocka ve Slade, 2000; Alipour ve ark 2012; Räisänen ve ark, 2013; Ayers ve ark, 2016) erken anne-bebek bağlanması da zorlaşmaktadır (Ayers ve ark, 2008; Ohashi ve ark, 2014).

#### **2.4. Doğum Korkusunu Azaltmak İçin Yapılan Uygulamalar**

Her kadın gebelikleri boyunca duygusal ve psikolojik değişimler yaşamaktadır. Bu nedenle doğum korkusu yaşayan kadınlar yardım almak için hazır bulunmaktadır (Aznal ve ark, 2014). Doğru tedavi ile doğum korkusunun azaltması fiziksel ve zihinsel olarak güvenli bir doğum deneyimi yaşamayı ve ebeveynliğe geçişi kolaylaştırmaktadır (Rouhe ve ark, 2015b; Koushede ve ark, 2017). Doğum korkusunun ana unsurlarını belirlemek korkuyu azaltmak için geliştirilecek olan destek stratejiler için temel oluşturabilir (Sheen ve Slade, 2018). Yine doğum korkusu önceden tanımlandığında ebe ve diğerk sağlık profesyonelleri kadına gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bu korku ile başa çıkmak için yardımcı olabilir (Handelzalts ve ark, 2017).

Yapılan çalışmalarda psiko-eğitici grup terapisi, doğum öncesi eğitim, bireysel danışmanlık programı, intrapartum destekleyici bakım, bilişsel davranış terapisi, kalp hızı değişkenliği biofeedback, antenatal hipnoz eğitimi, grup sanat terapisi, Roy Uyum Modeline dayalı aralıklı doğum desteği ve öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlığın doğum korkusunu azaltmada kullanılan yöntemler olduğu bildirilmiştir (Çiçek, 2016; Andaroon ve ark, 2017; Larsson ve ark, 2017; Hosseini-Moghaddam ve ark, 2018; Narita ve ark, 2018; Yarıci Atış ve ark, 2018). Yine uluslararası yapılan çalışmalarda doğum korkusunu azaltmak için ebelerin daha çok bireysel danışmanlık programlarını ve eğitsel müdahaleleri kullandığı gösterilmektedir (Delaram ve ark, 2012; Hosseini-Moghaddam ve ark, 2018).

Avustralya’da Toohill ve ark (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitimli ebelerin sağladığı iki seans psikoeğitim danışmanlığının, doğum öncesi korku düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve kadınların normal doğuma olan güvenini artırdığı bildirilmiştir. Andaroon ve ark (2017) ise araştırmalarında ebeler tarafından primipar kadınlara sağlanan bireysel danışmalık programının kadınlardaki doğum korkusunu azalttığını rapor etmişlerdir. Yine İsveç’te sağlık bakımı sırasında şiddetli doğum korkusu yaşadıkları belirlenen kadınlar genellikle danışmanlık ve doğumun planlanması için ebe ve kadın doğum uzmanlarından oluşan uzman bir ekibe sevk edilmektedir (Wahlbeck ve ark, 2018). Abdollahpour ve Khosravi (2018) gebe kadınlarda artan spiritüel zeka düzeyinin, mutluluk artışına ve doğum korkusunun azalmasına neden olduğunu bildirmişlerdir. Yine doğum korkusunun, gebe kadınlarda spiritüel zekanın artırılmasına yönelik verilecek eğitimlerle önlenebileceğini ve dolayısıyla normal doğumları arttırabileceğini belirtmişlerdir. Saisto ve ark (2006) tarafından yapılan randomize olmayan bir çalışmada, grup terapisi alan kadınların daha fazla oranda vajinal doğumu tercih ettikleri ve daha olumlu doğum deneyimleri yaşadıkları bildirilmiştir. Yine Rouhe ve ark (2015a) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada grup terapisinin spontan vajinal doğum sayısını arttırdığı, acil sezaryen, doğum korkusunu ve postnatal depresyon semptomlarını azalttığı, maternal uyumu iyileştirdiğini göstermektedir.

Doğum korkusuna kişilerin sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinin de etkisinin olduğu saptanmış olup; doğum ile ilgili eğitimlerin gebelerde doğumla ilgili olan olumsuz düşüncelerin ve stres düzeyinin azalmasına yardımcı olduğu gösterilmiştir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Diğer yandan doğumda olumsuz beklentileri olan kadınların daha olumsuz doğum deneyimi yaşadıkları bulunmuştur (Slade ve ark, 2016). Bu nedenle bu olumsuz beklentiler dikkate alınarak duyguları değiştirmeye çalışmak doğum korkusunun tedavisinde çok önemli olabilir. Yine psikolojik güvenlik gebe kadınların yaklaşan doğum eylemine duygusal olarak hazırlanmasına yardımcı olmaktadır. Güvenlik hissi, gebe kadının duygularını ve davranışlarını etkileyerek ilk kez anne olan kadınların pozitif doğum deneyimi şansını ve doğum sırasında kontrol hissini artırır (Nilsson ve ark, 2013; Karlström ve ark, 2015). Kadınların kendilerini psikolojik olarak güvende hissetmesinin, beden farkındalığını, doğum süreci ile ilgili bilgi ve anlaşılabilirliği, sağlık personeline olan güven duygusunu ve annenin doğuma olan duygusal hazırlığını arttırdığı bilinmektedir (Melender ve Lauri, 2002). Bir kadın ciddi doğum korkusu yaşadığında, bu önemli unsurlar genellikle eksiktir. Bununla birlikte doğum sürecindeki belirsizlik de kadınların korkularını destekleyen temel bir tema olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğumdaki belirsizliklerin giderilmesi, kadınların yaşadığı doğum korkusunu azaltmanın bir yolu olabilir (Sheen ve Slade, 2018).

## 2.5. Doğum Korkusunun Yönetiminde Ebelin Rolü

Ebelik mesleği için doğum korkusunun önemi kadınların doğumlarında daha çok müdahaleleri tercih etmelerinden açıkça ortaya çıkmaktadır. Geniş epidemiyolojik çalışmalarda, doğum korkusu yaşayan kadınların doğumda müdahaleleri daha çok tercih ettiklerine yönelik iyi kanıtlar bulunmaktadır (Nieminen ve ark, 2009; Rouhe ve ark, 2009). Bu nedenle özellikle gebelik boyunca kadını destekleyen ve bakım sunan ebelerin gebelerin doğum korkusu ile baş etmelerine yardımcı olmada önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Çünkü ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin gebelik ve doğum sırasında sağladıkları bakım, doğum korkusunu azaltma veya arttırma gücüne sahiptir.

Öncelikle ebeler tarafından sunulan antenatal bakım sırasında kadınların yaşadıkları doğum korkusunun altında yatan faktörlerin belirlenmesi, kadınların doğum korkusu ile başa çıkmalarına yardımcı olacaktır. Ebeler kadınları değerlendirirken, kadınların korkularını, yaşadığı ve duyduğu doğum hikayelerini, anneliğe hazır olup olmadığını, sağlık durumunu nasıl algıladığını, aile ve evlilik ilişkilerini, kariyerini, sosyoekonomik ve kültürel durumunu, destek sistemlerini, geçmiş istismar öyküsünü, korkuların günlük yaşam aktivitelerini etkileyip etkilemediğini ve yaşadığı korkuyla bağlantılı yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşama durumunu dikkate almalıdır (Rathfisch, 2012). Gebe kadınların yaşadığı doğum korkusu sadece sözlü olarak ifade edildiğinde tespit edilebilmektedir (Nerum ve ark, 2006). Bu nedenle ebeler gebe izlemleri sırasında anamnez alırken, kadınları doğum korkularını ifade etmeye ve önceki doğum deneyimlerini anlatmaya teşvik etmelidir. Tüm gebe kadınlar doğum korkusu açısından değerlendirilmelidir. Fonteijn-Kuipers ve ark (2014) tarafından Hollanda'da 112 toplum ebesi ile ebelerin gebelik sırasında kadınlardaki stresi tarama ve yönetme ile ilgili tutumlarını araştırmak için yaptıkları çalışmada ebelerin kadınların psikolojik stresleri ile ilgilendikleri ve değiştirmek için pozitif tutum içinde olduğu bildirilmiştir. Doğum korkusunun değerlendirilmesi sırasında standart ölçüm araçlarının kullanımı doğum korkusunu belirlemede yardımcı olmaktadır. Literatürde doğum korkusunun farklı yöntemler kullanılarak ölçüldüğü görülebilir (Ryding ve ark, 1998; Niemen ve ark, 2009; Waldenström ve ark, 2006). Doğum korkusunu değerlendirmek için VAS (Vizuel Analog Skala) gibi basit ve kolay uygulanan ölçüm araçları veya Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği gibi daha ayrıntılı ölçekler kullanılabilir. Risk faktörleri ve korku düzeyleri belirlendikten sonra ebeler tarafından doğum korkusunu azaltmak için uygulanabilecek müdahaleler planlanmalıdır.

Doğum korkusunu azaltmak için kullanılabilecek en önemli ebelik müdahalesi danışmanlıktır. Danışmanlık, bireyin gebelik sırasında karşılaştığı sorunları derinlemesine

inceler (Delaram ve Soltanpour, 2012). Uluslararası Ebeler Federasyonu tarafından yapılan tanıma göre, sorumlu bir kişi olarak ebenin, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde annelere danışmanlık, destek ve bakım verme sorumluluğunun bulunduğu ve bu rolün ebelik bakım hizmetinin dört temel ilkesinden biri olduğu belirtilmiştir (ICM, 2017). Doğum korkusunu azaltmaya yönelik danışmanlık alanında yapılan çoğu çalışma, psikolojik ve psikanalitik beceri gerektirir (Saisto ve ark, 2006; Kladders ve ark, 2014; Rouhe ve ark, 2015a). Fakat ebeler tarafından uygulanabilecek, kadınların mevcut beklentisi ve doğum korkusuyla ilgili duygularını sorgulayan ve içeriği ebelik bakımının amacına göre tasarlanan danışmanlık modeline ihtiyaç duyulmaktadır. Andaroon ve ark (2017) ebeler tarafından üç seans boyunca sunulan bireysel danışmanlık programının doğum korkusu üzerine etkisini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmalarında primipar kadınlara sağlanan bireysel danışmanlık programının kadınlardaki doğum korkusunu azalttığını rapor etmişlerdir. Yine Avustralya’da Toohill ve ark (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitilmiş ebelerin sağladığı iki seans psikoeğitim danışmanlığının, doğum öncesi korku düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve kadınların normal doğuma olan güvenini artırdığı bildirilmiştir.

Yine ebelerin intrapartum süreç boyunca kadınları fiziksel ve duygusal yönden destekleme ve bilgi verme sorumlulukları bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda intrapartum destekleyici bakımın kadınlarda doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Öztürk, 2014; İşbir ve Serçekuş, 2017). Bu nedenle ebelerin doğum sürecinde kadınlara sundukları ebelik bakımı ile doğum korkusu azaltılabilir. Böylelikle gebelerin doğumda yaşadığı kontrol hissi ve kendine olan güvenleri artırılabilir, doğum sonuçları olumlu yönde geliştirilebilir. Postpartum süreçte ise doğum korkusu yaşayan annelerin doğum sonu depresyon yaşama olasılığı arttığı ve (Alipour ve ark 2012; Räisänen ve ark, 2013; Ayers ve ark, 2016) erken anne-bebek bağlanması zorlaştığı için (Ayers ve ark, 2008; Ohashi ve ark, 2014) kadınlar bebek bakımı ve emzirme konusunda sorun yaşayabilmektedirler (Körükçü, 2009). Bu nedenle ebelerin doğum sonu anne ve bebek izlemleri sırasında kadınların doğum korkusu yaşama durumlarını önceden bilmeleri doğum sonu yaşanabilecek bu tür problemlerin ebelik bakımı ile azalmasını sağlayabilir.

Gebe kadınlar arasında doğum korkusu halen yaygın bir şekilde yaşanmakta ve yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bir sorun olmaya devam etmektedir (Lopukhova ve Kashshapova, 2015). Bu nedenle ülkemizde doğum öncesi, sırası ve sonrasında kadınlara sunulan bakımlardan sorumlu kişi olarak ebelerin, doğum korkusunu sorgulamaları ve ciddi doğum korkusu olan kadınlarla karşılaştıklarında bu durumu nasıl

yöneteceklerini bilmeleri doğum korkusunun neden olduğu olumsuz sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

## **2.6. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberleri**

Kanıta dayalı uygulama “hastaların bireysel bakımları hakkında karar verirken mevcut en iyi kanıtların dürüst, açık ve makul bir şekilde kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (Sackett ve ark, 2007). Kanıta dayalı uygulamanın kullanımı, bakım kalitesini ve hasta güvenliğini artırabilir ve sağlık harcamalarını azaltabilir (De Angelis ve ark, 2016; Innes ve ark, 2016). Sağlık profesyonelleri klinik karar verme sırasında en iyi kanıtların sonuçlarının kullanılmasına değer verir ve bunun bakımı iyileştirebileceğini kabul ederler (Heiwe ve ark, 2011). Bununla birlikte, kanıta dayalı uygulamanın başarılı şekilde bakıma aktarılması kolay değildir (McGlynn ve ark, 2003). Farklı kaynaklarda var olan yoğun bilgi ve araştırma bulgularının sade bir dille anlatılmaması kanıtların anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Rosenbaum ve ark, 2010). Sistemik derlemelerin ve kanıt özetlerinin kullanılması, araştırma kanıtları ve sağlık profesyonelleri arasındaki boşluğu kapatmak için iyi bir alternatiftir (Bastian ve ark, 2010; Hoffmann ve ark, 2012). Bu nedenle kanıta dayalı uygulamaların pratikte uygulanmasına yönelik bir yöntem, klinik uygulama rehberlerinin kullanılmasıdır (Alonso-Coello ve ark, 2010).

Klinik uygulama rehberleri klinisyenlerin belirli klinik durum veya sağlık sorunları karşısında sunacakları en iyi sağlık hizmetine karar vermelerine yardımcı olmak üzere tasarlanmış, sistemik olarak standartlaştırılmış ve bilimsel olarak geliştirilmiş raporlar olarak tanımlanmıştır (Field ve Lohr, 1992). Yine klinik uygulama rehberleri, klinik önerileri oluşturmak için mevcut en iyi kanıtları klinik deneyimle birleştiren “en iyi uygulama” olarak kabul edilmektedirler (Bosch ve ark, 2013). Bir diğer tanıma göre ise klinik uygulama rehberleri, kanıtların sistemik olarak gözden geçirilmesi ve alternatif bakım seçeneklerinin yararlarının ve zararlarının değerlendirilmesi ile hasta bakımını optimize etmek için oluşturulan öneriler olarak tanımlanmıştır (Graham ve ark, 2011). Kanıta dayalı klinik uygulama rehberleri mevcut en iyi bilimsel kanıtları oluşturmak için sistemik olarak literatür taramasına ve en yüksek kalitede araştırmaların sentezine dayanmaktadır (Attia, 2013). Son yıllarda, kanıtların önerilerini sınıflandırarak ölçme, değerlendirme ve geliştirme (GRADE) yaklaşımı ile rehber önerilerinin güvenilirliğini değerlendirmek için iyileştirilmiş standartlar geliştirilmiş ve çıkar çatışmasının etkisini sınırlamak için daha sıkı değerlendirme politikaları

benimsenmiştir. Böylelikle klinik uygulama rehberleri sistematik derlemelere bir alternatif konumuna gelmiştir (Guyatt ve ark, 2011). Güvenilir rehber önerileri müdahalelerin etkisi hakkındaki kanıtların güncellenmiş bir özetini sunar. Ayrıca kanıtları gözden geçirmek ve uygulamaya entegre etmek için sınırlı zamanı olan sağlık profesyonelleri, rehberin sunduğu kanıt özetlerini kullanmayı tercih ederler (Neumann ve ark, 2018). Bu nedenle, belirli değerlendirme kriterlerinden sonra oluşan klinik rehberler, klinisyenlerin klinik uygulamaları sırasında kanıt kalitesi yüksek araştırma bulgularını çalışmalarında kullanmalarına yardımcı olabilir (Rohde ve ark, 2013; Hadely ve ark, 2014). Diğer yandan sağlık hizmetlerinde klinik rehberlerin uygulanması, optimal sağlık hizmetlerini teşvik ederek bilgi boşluğunu azaltan bir yöntemdir (Bowen ve Graham, 2013). Klinik uygulama rehberleri, hastaların ihtiyaçları ve tercihleriyle tutarlı, en iyi kanıta dayalı bakım seçmelerini sunarak hasta bakımını iyileştirir (Alonso-Coello ve ark, 2010). Kanıta dayalı klinik uygulama rehberleri morbidite ve mortaliteyi en aza indirerek hastaların sonuçlarını ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini, tıbbi uygulamadaki farklılıkların azaltılmasını ve böylece toplum genelinde sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmayı amaçlar (Attia, 2013).

Avustralya'daki Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi (NHMRC) ve İngiltere'deki Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) gibi kuruluşlar gereksiz, etkisiz veya zararlı müdahaleleri önlemek için klinik uygulama rehberlerinin kullanılmasını teşvik etmektedirler. Yine Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Yeni Zelanda, İtalya, Kanada, Fransa ve Singapur gibi birçok ülke de klinik rehberlerin önemini kabul etmektedir (Hill ve Lalor, 2008). Klinik rehberlerin sağlık hizmetlerine uygulanmasına yönelik stratejiler arasında yayınların kullanılması, interaktif web siteleri, birebir ve elektronik eğitimler yer almaktadır (Bowen ve Graham, 2013).

## **2.7. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberlerinin Yararları**

Klinik uygulama rehberlerinin en önemli avantajı, hastaların mevcut olan en iyi ve en güncel kanıtlara dayalı bakımı alarak bakım sonuçlarının iyileştirilmesidir. Klinik uygulama rehberleri, hangi müdahalelerin en çok yarar sağladığı, hangilerinin kanıta dayalı olarak desteklenmediği ve hangi müdahalelerin potansiyel olarak zararlı olduğu konusunda klinisyenlere bilgi verir (Hollon ve ark, 2014). Aynı zamanda bilgilerini güncel tutmak için zaman kısıtlaması olan klinisyenler için literatür sentezini sağlar (Bastian ve ark, 2010). Literatürde yapılan birçok araştırmada klinik uygulama rehberlerinin uygulanmasının bakım

kalitesini (Grimshaw ve ark, 2012) ve sağlık sonuçlarını (Wolf ve ark, 2011) iyileştirebileceği bildirilmiştir.

Klinik uygulama rehberlerinin ikinci bir avantajı ise aynı durum karşısında sunulan tıbbi uygulamalardaki kararların çeşitliliğini azaltarak tüm hastaların eşit ve en iyi kanıtla dayalı bakımı almalarını sağlamasıdır (Shackelton ve ark, 2009). Ayrıca devlet kurumları sağlık sistemi içerisinde sunulan hizmetler konusunda politika belirlerken kanıtla dayalı uygulama rehberlerine güvenmektedirler. Bu rehberlerin yokluğu politikaların belirlenmesi sırasında güvenli olmayan kaynaklara yönelimi arttırabilir (Woolf ve Campos-Outcalt, 2013).

Klinik uygulama rehberleri hastalara bilinçli sağlık hizmeti seçimleri yapma ve kişisel ihtiyaç ve tercihleri doğrultusunda en iyi seçeneğe karar verme fırsatı tanımaktadır (Miller ve Kearney, 2004). Rehberlerin bir diğer önemli yararı da nicel veya nitel kanıtların olmadığı alanlarda gelecekteki araştırmalar için bir yol haritası sağlamasıdır (Hollon ve ark, 2014).

## **2.8. Kanıtla Dayalı Klinik Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi**

Kanıtla dayalı klinik uygulama rehberlerinin oluşturulması oldukça zor ve sistematik çalışmayı gerektiren bir iştir (Dearholt ve Dang, 2012). Bunun için büyük kaynaklara, uzun zamana ve çok sayıda deneyimli personele ihtiyaç duyulmaktadır (Yakışan ve Set 2013; Fain, 2017). Bu nedenle dünyada tüm hastalıklar için klinik rehberlere sahip olan tek bir ülke yoktur (Attia, 2013). Yüksek kaliteli kanıtla dayalı klinik uygulama rehberlerinin oluşturulması için mutlaka yüksek standartlara sahip rehber geliştirme kaynaklarının takip edilmesi gerekir (Grove ve ark, 2015). Rehber geliştirme konusunda yüksek standartları oluşturan başlıca kuruluşlar Sağlık ve Klinik Mkemellik Ulusal Enstitüsü (NICE; İngiltere), İskoç niversitelerarası Rehber Ağı (SIGN; İskoçya), Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı (AHRQ; ABD), Rehber Danışma Komitesi (GAC; Kanada), Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi (NHMRC, Avustralya) ve Yeni Zelanda Rehber Grubu olarak bilinmektedir (Kurtçu ve Kızılkaya Beji, 2015). Klinik uygulama rehberleri tüm belirtilen kuruluşlar tarafından c farklı yöntem kullanılarak geliştirilmektedir. Bunlar;

- De Novo Rehber Geliştirme,
- Rehberin Aynen Benimsenmesi (Adoption) ve
- Rehberin Adaptasyonudur.

### 2.8.1. De Novo Rehber Geliştirme

De novo rehber geliştirme klinik bir sorun karşısında daha önce herhangi bir rehberin geliştirilmediği veya var olan rehberin yetersiz kaldığı durumlarda o konu hakkında var olan kanıtların derlenmesi ile yeni bir rehberin oluşturulması olarak tanımlanmıştır (Schüunemann ve ark, 2017). Bu nedenle, klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesinde de novo yöntemi klinisyenler, yöneticiler veya politika yapıcıların ulusal öneme sahip klinik sorunlarla karşı karşıya kaldığında tercih ettikleri bir yaklaşım olduğu görülmektedir (Dizon ve ark, 2016). Bununla birlikte De novo rehber geliştirme genellikle kanıtların yararlılığını ve uygunluğunu araştıran, eleştiren ve tartışan özel uzman ekiplerin (klinisyenler, yöneticiler, politika yapıcılar, vb.) varlığını gerektirdiği pahalı ve zaman alıcı bir yöntemidir (Birbeck ve ark, 2013). Bu yöntem ile rehberlerin geliştirilmesinde izlenen metodoloji şunları içermektedir (Twaddle, 2005; Attia, 2013) :

- Konu seçimi,
- İlgili tüm uzmanlık alanlarından profesyonel bir ekibin oluşturulması,
- Rehberin amacının ve kapsamının belirlenmesi,
- Rehberin temel PICOS (P: Population, I: Intervention, C: Comparison, O: Outcome, S: Study design) sorularının oluşturulması,
- Oluşturulan her klinik soru için sistematik literatür taraması yapılması,
- Çalışmaların kalite değerlendirmesi ve kanıt tablolarının oluşturulması,
- Önerilerin hazırlanması ve derecelendirilmesi,
- Danışmanlık ve önerilerin alınması,
- Rehberin tamamlanması, yayınlanması, yaygınlaştırılması ve tüm uygulayıcılar için ücretsiz olarak sunulması,
- Rehberin uygulanması ve
- Rehberin denetimi, gözden geçirilmesi ve güncellenmesidir.

### 2.8.2. Rehberin Aynen Benimsenmesi (Adoption)

Benimsemek, herhangi bir değişiklik yapılmadan ve genellikle aynı koşullarda kullanmak için kabul edilen ve kullanılan bir şeyi ifade eder (Dizon ve ark, 2016). Dünyada birçok hastalık/sağlık problemi görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterse de benzer olarak yaşanmaktadır. Dolayısıyla, belirli bir durum için herhangi bir ülkede geliştirilmiş



kaliteli bir klinik uygulama rehberi mevcut olduğu durumlarda yeniden aynı konuda rehber geliştirmek gereksiz ve verimsiz olabilir (Machingaidze ve ark, 2018). Bu gerekçe ile başka bir yerde geliştirilen klinik uygulama rehberini benimsemek, önerilerin tam olarak değişiklik yapılmadan yeni bir ortamda uygulanması olarak tanımlanmaktadır (Baddour ve Saleh, 2013).

Rehber geliştirme yöntemleri arasında en sık kullanılan yöntemin, rehberin doğrudan benimsenmesi (adoption) olduğu bildirilmektedir (Dizon ve ark, 2016). Bunun nedeni bu yöntemin kısa zamanda, az maliyet ve emek ile rehberin elde edilebilecek olmasıdır. Başka ülke ya da kurum/kuruluşta kullanılmak üzerinde zaten gerekli çalışmaların yapılmış olduğu bir rehberi tüm içeriği ile kabul edip kullanmak ya da kullanılacak ülkeye tercüme etmek, eğer şartlar uygunsa, rehberin içeriği tüm ihtiyacı karşılıyorsa ve zaman kısıtlılığı varsa tercih edilebilecek yöntem olabilir (Grol ve ark, 2013).

### **2.8.3. Rehberin Adaptasyonu (Adaptation)**

Yüksek kaliteli uygulama geliştirilmesi ve güncellenmesi önemli kaynaklar gerektirir. Çoğu kuruluş, elinde bulunan kısıtlı kaynaklarla daha kısa sürede daha fazla rehber üretme çabası içerisinde (Fervers ve ark, 2006). Kanıta dayalı rehberlerin klinik uygulamadaki öneminin artması ile birlikte dünya çapında çok sayıda kuruluş benzer konularda rehberler hazırlamaya başlamışlardır (Graham ve ark, 2003). Mevcut rehberlerden yararlanmak ve bu çabanın tekrarını azaltmak için rehberin geliştirilmesi yerine rehberin adaptasyonu önerilmiştir (ADAPTE Collaboration, 2009). Bununla birlikte, ülkeler arasındaki kültürel ve örgütsel farklılıklar, kanıtlar aynı olsa bile önerilerde kabul edilebilir değişikliklere yol açabilir (Attia, 2013). Bu nedenle ADAPTE Birliği (The ADAPTE Collaboration), rehberlerin uyarlanmasına yardımcı olmak için sistematik bir yaklaşım olan rehber adaptasyonu yöntemini geliştirmiştir (ADAPTE Collaboration, 2009). Adaptasyon yöntemi, rehberlerin de novo rehber geliştirme yöntemine alternatif olarak mevcut rehber(ler)i uluslara özelleştirmek için kullanılabilir (ADAPTE Collaboration, 2009). Rehber adaptasyonunun genel amacı, yüksek kaliteli üretilmiş rehberlerin kullanımını arttırmak ve mevcut rehberlerden faydalanmaktır. Adaptasyon süreci, her biri bir dizi modül içeren üç ana aşamadan (Kurulum Aşaması, Adaptasyon Aşaması ve Sonuçlandırma Aşaması) oluşur (Attia, 2013). Bu aşamalar aşağıdaki basamakları içermektedir (ADAPTE Collaboration, 2009);

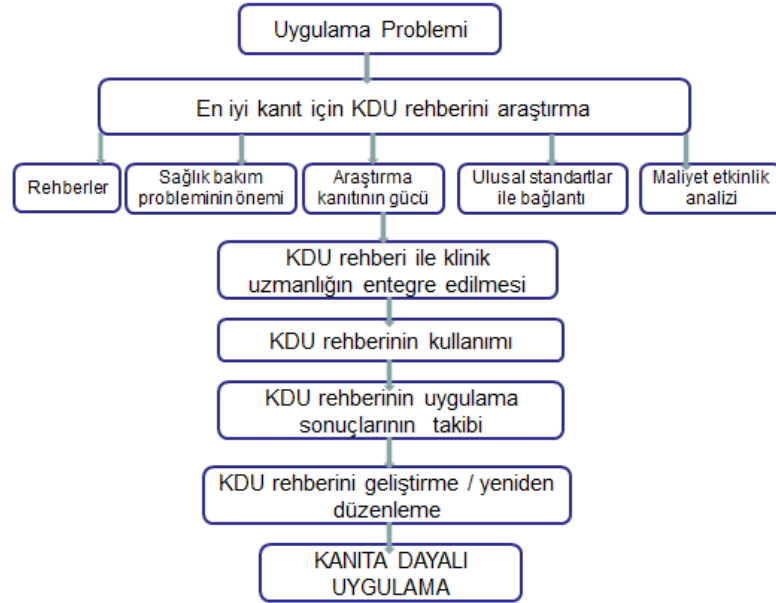
- İhtiyaç duyulan rehberin konusunun, kapsamının ve amacının belirlenmesi,
- Konu ile ilgili mevcut rehberlerin taranması,
- Seçilen rehberlerin kalite değerlendirmesinin yapılması ve kullanılacak rehber(ler)in belirlenmesi,
- Önerilerin kültürel ve toplumsal bağlamda gözden geçirilmesi, kabul edilebilirliklerinin ve uygulanabilirliklerinin belirlenmesi ve
- Rehberin hazırlanması, değerlendirilmesi ve kullanımınıdır.

## 2.9. Kanıta Dayalı Rehberin Uygulanması

Kanıta dayalı uygulama rehberleri, kaliteli, güvenli, uygun maliyetli bakımın sağlanmasında en iyi araştırma kanıtlarının klinik uzmanlık, hasta koşulları ve değerleri ile birleştiren karmaşık bir olgudur (Grove ve Gray, 2019). Bu nedenle kanıta dayalı uygulama rehberlerinin uygulamaya aktarılmasında rehberlik oluşturmak amacı ile birçok teorik modeller geliştirilmiştir (Schaffer ve ark, 2013; Erdoğan ve ark, 2015; Özsoy ve İlknur, 2016). Bu modeller klinik bir problemin nasıl ele alınması ve kanıta dayalı uygulama rehberlerinin klinik uygulamalarla nasıl eşleştirilmesi gerektiği hakkında adım adım bir rehber oluşturmaktadır (White ve Spruce, 2015). Yine kanıta dayalı uygulamaların kliniğe aktarılmasında bir model kullanmak sağlık profesyonellerinin sınırlı kaynaklarını kanıta dayalı uygulamalara odaklamalarına yardımcı olabilir (Gawlinski ve Rutledge, 2008). Bu nedenle kanıta dayalı uygulama rehberlerinde yer alan kanıta dayalı bilgilerin uygulamaya aktarılmasında uygulama modellerinin kullanılması önerilmektedir. Bu modeller arasında yaygın olarak kullanılan ve bilinen Stetler modeli, ACE yıldız modeli (the Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE) Star Model of knowledge transformation), ARCC Modeli (The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model), IOWA Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli, Ottawa Modeli, PARIHS çerçevesi (Promoting Action on the Implementation of Health Services), John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli ve Grove modeli bulunmaktadır (Stetler, 2001; Romp ve Kiehl 2009; Dearholt ve Dang, 2012; Melnyk ve Fineout-Overholt, 2014; Iowa Model Collaborative, 2017; Kocaman, 2017). Bu modeller arasından Grove uygulama modeli temel ilkelerin anlaşılması ve uygulanması kolay olduğu için bu araştırmada kullanılmak üzere seçilmiştir.

## 2.10. Kanıta Dayalı Uygulama Rehberlerinin Uygulamada Kullanımında Grove Modeli

Bu modelde ilk olarak klinisyen bir uygulama problemi tanımlar. Ardından uygulamada var olan bu problemi yönetmek için en iyi araştırma kanıtını arar ve kanıta dayalı bir rehber belirler. Kanıta dayalı uygulama rehberlerinin uygulamada kullanımında Grove Modeli basamakları Şekil 1’de verilmiştir (Grove ve Gray, 2019).



Şekil 1. Grove model-kanıta dayalı rehberlerin uygulamada kullanım modeli.

Grove modelinde araştırma problemi için seçilen rehberin kalitesini ve kullanılabilirliğini değerlendirmek için aşağıdaki adımlar takip edilmelidir:

- Rehberin yazarları,
- Sağlık sorununun önemi,
- Araştırma kanıtlarının gücü,
- Ulusal standartlar ile ilişkisi ve
- Rehberin uygulamada kullanılmasının maliyet etkinliği.

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Deseni

Çalışma metodolojik ve randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma iki aşamalı olarak yürütülmüştür. Birinci aşamada doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için kanıta dayalı uygulama rehberi geliştirilmiştir. Rehberin geliştirme sürecinde AGREE-II protokolünden yararlanılmıştır (<https://www.agreetrust.org/agree-ii/>). Çalışmanın ikinci aşamasında, geliştirilen rehberde birden fazla müdahale bulunduğu ve tamamının tez çalışması süresince uygulanamayacağı gerekçeleriyle, ebelerin temel eğitimleri ile uygulanabileceği bir yöntem olan bireysel danışmalık programı seçilmiş ve etkinliği test edilmiştir.

### 3.2. Kanıta Dayalı Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi

Bu çalışmada gebelerin doğum korkusunu azaltmak amacı ile sağlık bakımı veren ebe, hemşire ve klinisyenler tarafından kullanılacak bir rehber geliştirilmiştir. Rehberler bir hastalığın, sorunun veya sürecin kabul edilmiş yönetiminin kanıta dayalı özetidir. Kanıta dayalı uygulama rehberleri belli bir uygulamada sağlık hizmeti sunanlara ve bireylere karar verme sürecinde yardımcı olabilecek, sistematik olarak geliştirilmiş, güncel kanıta dayalı belgelerdir (Aktaş, 2012). Bu rehberin geliştirme sürecinde AGREE-II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) protokolünden yararlanılmıştır (<https://www.agreetrust.org/agree-ii/>). AGREE, klinik rehberler konusunda Avrupa düzeyinde kullanılacak ölçütleri belirlemek ve nitelikli rehber oluşturmada birlikteliğin sağlanması amacıyla 1998 yılında geliştirilmiştir ve günümüzde de bu ölçütler evrensel olarak kabul görmektedir (AGREE Araştırma Vakfı, 2009; Brouwers ve ark, 2010; Köçkar, 2010).

Doğum korkusunu azaltmaya yönelik geliştirilen rehberin kadınlarda doğum korkusunun azaltılmasına ve doğum korkusunun anne ve bebekte neden olduğu olumsuz sonuçlarının önlenmesine önemli ölçüde katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu rehber 1 Ağustos ve 31 Eylül 2018 tarihlerinde yalnızca İngilizce ve Türkçe dillerinde araştırmalar taranarak oluşturulmuş ve Mart 2020'de güncel yayın olup olmadığı

kontrol edilmiştir. Literatür taramasında PubMed, ScienceDirect, Cochrane, Google Akademik, Ulusal Tez Merkezi ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanları kullanılmıştır. Sistematik tarama sonucunda, sekizi ikinci taramadan sonra olmak üzere, 31 makale kriterlere uygun olarak belirlenmiş ve çalışmaya dâhil edilmiştir. Rehber meta-analizler, randomize olan ve olmayan deneysel çalışmalar alınmış ve tüm çalışmaların kanıt düzeyi incelenmiştir. Çalışmaların kanıt kalitesini değerlendirmede GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) aracı kullanılmıştır (<https://www.gradeworkinggroup.org/>). GRADE kanıtların kalitesini değerlendiren ve GRADE notu ile birlikte çalışma özetlerini tablolar şeklinde sunan bir araçtır. Bu değerlendirme aracı Cochrane editör grubu tarafından kullanılmaktadır ve kanıt kalitesinin değerlendirilmesi için mutlaka kullanılması gerektiği bildirilmiştir. Kanıt kalitesini değerlendirmek için GRADE kullanmak sonuçların tutarlı bir şekilde yazılmasına yardımcı olur. Bu araç rehberin klinik pratikteki yararlılığını, sağlık politikası üzerindeki etkilerini ve maliyet etkinliğini değerlendirmektedir. Sonuçların etkinliği kanıtlandıktan sonra klinikte kanıta dayalı uygulamalar kapsamında kullanılabilmesi için öneri geliştirilmiştir (Ryan ve Hill, 2016). Literatür taraması sonucunda çalışmaya dâhil edilen 31 araştırma doğum korkusunu azaltmada etkili olan on müdahale başlığı altında toplanmıştır. Bunlar;

- Psiko-eğitici grup terapisi,
- Doğum öncesi eğitim,
- Bireysel danışmanlık programı,
- İntrapartum destekleyici bakım,
- Bilişsel davranış terapisi,
- Kalp hızı değişkenliği biofeedback,
- Antenatal hipnoz eğitimi,
- Grup sanat terapisi ve
- Roy Uyum Modeline dayalı aralıklı doğum desteği ve
- Öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlıktır.

### 3.2.1. Rehberin İçeriği

**Rehberin konusu:** Gebelerde doğum korkusunun azaltılması.

**Rehberin amacı:** Gebelerde doğum korkusunu azaltmak.

**Rehberin alanı (hastalık/durum):** Doğum korkusu.

**Rehberin kategorisi:** Önleme/azaltma.

**Rehberin hedeflediği kullanıcılar:** Ebeler, hemşireler, kadın doğum uzmanları, genel tıp pratisyenleri, anne ve çocuk sağlığı programlarının yöneticileri ve bölgesel, ulusal ve yerel sağlık protokol ve politikalarının geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleri.

**Hedef popülasyon:** Gebeler

**Rehberin kapsamı (PICOS):** Bilimsel kanıtlara ulaşmak için konu ile ilgili sınırları belirli olan sağlık soruları oluşturmak amacıyla PICOS aracı kullanıldı. Bu amaçla;

- ✓ Hedef popülasyon (Population): Gebeler
- ✓ Müdahale (Intervention): Doğum korkusunu azaltmaya yönelik müdahaleler
- ✓ Karşılaştırma (Comparison ): Rutin bakım
- ✓ Beklenen birincil sonuç (Outcome): Doğum korkusu
- ✓ Beklenen ikincil sonuçlar: Doğum ağrısı, doğuma hazır oluşluk, maternal uyum, gebelik kabulü, doğum öz-yeterlilik, doğum memnuniyeti, doğum süresi, algılanan destek ve kontrol hissi, doğum beklentisi, anksiyete ve depresyon, gelecekteki doğum tercihleri, kişisel hedeflerde değişim, olumsuz ve olumlu duygulardaki değişim
- ✓ Çalışma deseni (Study Design): Deneysel ve yarı deneysel

**Girişimler:** Doğum korkusunu azaltmaya yönelik müdahaleler

**Major sonuç göstergeleri:** Doğum korkusu

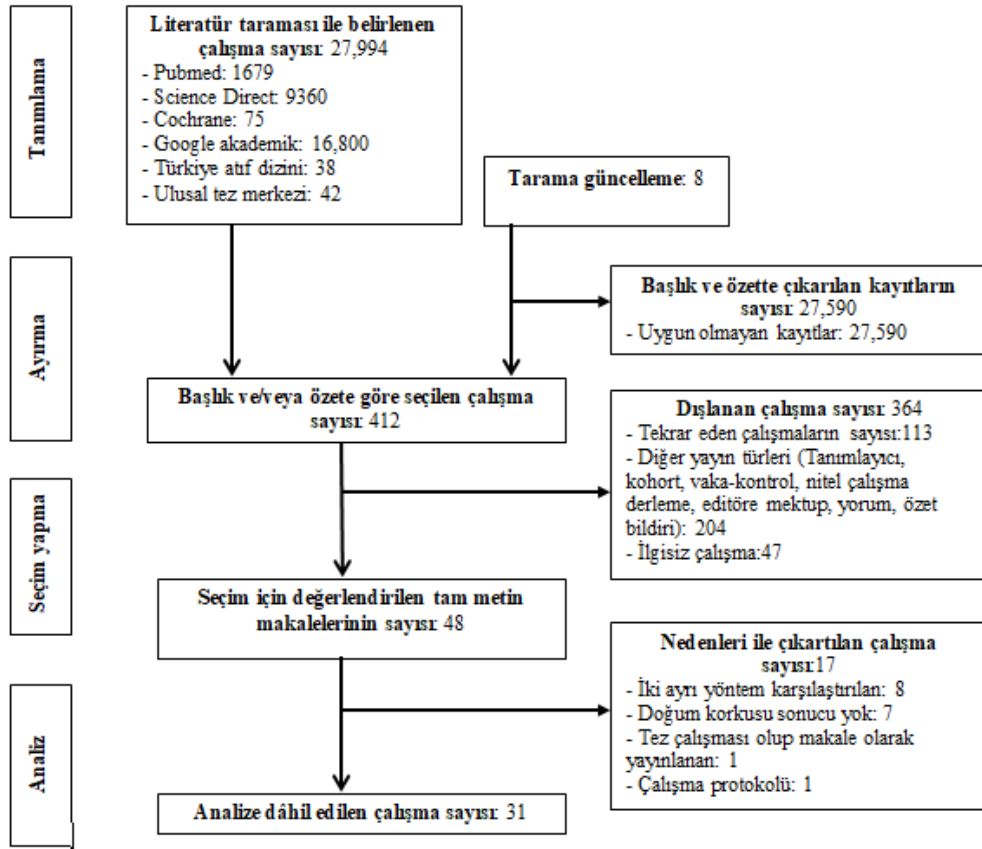
**Minör sonuç göstergeleri:**

- Doğum ağrısı
- Doğuma hazır oluşluk
- Maternal uyum, kabulü,
- Doğum öz-yeterlilik,
- Doğum memnuniyeti,
- Doğum süresi,
- Algılanan destek ve kontrol hissi,
- Doğum beklentisi,
- Anksiyete ve depresyon,
- Gelecekteki doğum tercihleri,
- Kişisel hedeflerde değişim ve
- Olumsuz ve olumlu duygulardaki değişim.

### 3.2.2. Rehberin Geliştirilmesinde İzlenen Yol

**Literatür taraması:** Bilimsel kanıtların belirlenmesi için sistematik olarak literatür taraması yapılmıştır. Bunun için ilk önce anahtar kelimeler Türkçe veri tabanları için “doğum korkusu” ve “doğum ve korku”, İngilizce veri tabanları için “fear of childbirth” ve “birth and fear” olarak belirlenmiştir. Belirlenen literatür tarama stratejisi ve rehber konusu ile ilgili olarak; doğum korkusunu azaltmada kullanılabilecek tüm güncel kanıtlara ulaşılması hedeflenmiştir. Literatür taraması danışman denetiminde araştırmacı tarafından aralıklı olarak iki kez revize edilerek yapılmıştır. İlk tarama 1 Ağustos ve 31 Eylül 2018 tarihleri arasında yapılmış olup Mayıs 2019’da ve Mart 2020’de güncel yayın olup olmadığı kontrol edilmiştir.

**Makalelerin seçimi:** Rehberin sağlık sorusu ile ilgili olan meta-analizler, randomize olan ve olmayan deneysel çalışmaların başlık ve özetleri incelenmiştir. Sistematik tarama sonucunda 31 makale kriterlere uygun olarak belirlenmiş ve çalışmaya dâhil edilmiştir. Literatür tarama stratejisi ile ilgili araştırma şeması aşağıda yer almaktadır.



Şekil 2. Çalışmaların seçimi ve katılım süreci.

**Kanıt gücü ve kalitesinin değerlendirilmesi:** Sistematik tarama sonucu seçilen araştırmaların kanıt kalitesini değerlendirmede Cochrane çalışma grubu tarafından önerilen GRADE yaklaşımı kullanılmıştır (<https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>). Her bir nicel sonuç için bir GRADE kanıt profili hazırlanmış ve kanıt tabloları oluşturulmuştur.

GRADE sistemi, kanıtların kalitesini derecelendirerek belirlenen en önemli sonuç bulgularını GRADE derecesi ile birlikte özet tablolar içerisinde sunar. Günümüzde kanıt kalitesini değerlendirmek için GRADE kullanımı zorunlu olarak gösterilmektedir (Ryan ve Hill, 2016). GRADE sistemi, her bir sonuç için kanıtların kalitesini bir dizi kritere dayanarak YÜKSEK dereceden ÇOK DÜŞÜK dereceye kadar derecelendirir. Buna göre GRADE dereceleri “yüksek”, “orta”, “düşük” veya “çok düşük” olarak tanımlanmaktadır. GRADE, randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) için YÜKSEK ve RKÇ olmayanlar için DÜŞÜK kanıt derecesi ile başlar. Başlangıçta çalışmanın tasarımına göre belirlenen kanıt derecesi, sekiz değerlendirme kriteri göz önünde bulundurularak düşürülebilir veya yükseltilebilir. Bunlar (Ryan ve Hill, 2016);

Kanıt kalitesini düşürme nedenleri;

1. Bias riski
2. Tutarsızlık
3. Dolaylılık
4. Uygunsuzluk
5. Yayın biası olarak belirlenmiştir.

Bu beş kriter için;

- Ciddi bir endişe yok ise kanıt derecesi düşürülmez (örn: RCT'ler için yüksek)
- Ciddi bir endişe varsa, kanıt derecesi bir seviye düşürülür (örn: yüksekten düşüğe -1 derece)
- Çok ciddi bir endişe varsa, kanıt derecesi iki seviye düşürülür (örn: yüksekten düşüğe -2 derece)

Kanıt kalitesini yükseltme nedenleri (genellikle RKÇ'lar için kullanılmaz);

6. Büyük etki büyüklüğü
7. Doz yanıtı
8. Tüm olası karıştırıcı faktörlerin etkisini azaltmak (herhangi bir etki gözlemlendiğinde veya sahte bir etki varlığında)

Kriter 6, 7 ve 8 için, kanıtlar bir kez (+1) veya iki kez (+2) yükseltilebilir. Bununla birlikte RKÇ'ların kanıt kalitesinin çok nadiren yükseltildiği unutulmamalıdır (Ryan ve Hill,



2016). Tüm kriterlere dayalı olarak yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen kanıt dereceleri sunulurken kanıtın kalitesi hakkındaki karara nasıl ulaşıldığı, kanıt derecesinin düşürülme veya yükseltme nedenleri mutlaka açıklanmalı ve verilen tüm kararlar konusunda şeffaf olunmalıdır.

**1. Bias riskinin değerlendirilmesi:** Randomizasyon dizisi oluşturma yönteminde ve randomizasyon bilgisinin gizlenmesinde yetersizlik, grupların her birinin körlüğü (katılımcılar, araştırmacılar, sonuçları analiz edenler), kayıpların takibi, analizlerde kayıp verilerin yönetiminde intention to treat yönteminin kullanımı, seçilmiş sonuçların yayınlanması, küme ve çapraz çalışmalar gibi standart olmayan çalışma desenleri ve çalışmanın istenilen sonuçlar elde edildiği anda durdurulması gibi birçok bias kaynağı ele alınmaktadır. Çalışmaların bias riski değerlendirildikten sonra kanıt derecelerinin ne kadar düşürüleceğine dair karar verme ilkeleri Tablo 1’de özetlenmiştir (Ryan ve Hill, 2016).

**Tablo 1.** Bias riskinin değerlendirilmesinden sonra genel karara geçiş süreci.

Çalışmalar Arasında Bias Riski	Dikkate Alınacak Hususlar	GRADE Değerlendirmesi
Çoğu bilgi düşük bias riski taşıyan çalışmalardan elde edilmiştir.	Sonuçları ciddi şekilde değiştirmeyecek bias varlığı	Ciddi bias riski yok, düşürmeyin
Çoğu bilgi düşük veya belirsiz bias riski taşıyan çalışmalardan elde edilmiştir.	Var olan biasların sonuçları ciddi şekilde değiştirmesi olası değildir	Ciddi bias riski yok, düşürmeyin
	Var olan biasların sonuçları ciddi şekilde değiştirmesi muhtemeldir	Ciddi bias riski, bir seviye düşürün
Yüksek bias riski taşıyan çalışmalardan elde edilen bilgilerin oranı, sonuçların yorumlanmasını etkilemede yeterlidir.	Bir kriter veya birden fazla kriter için önemli bias riski vardır ve sonuçları ciddi şekilde değiştirme olasılığı muhtemeldir	Ciddi bias riski, bir seviye düşürün
	Bir kriter veya birden fazla kriter için önemli bias riski vardır ve sonuçları çok ciddi şekilde değiştirmesi muhtemeldir	Çok ciddi bias riski, iki seviye düşürün

**2. Tutarsızlık değerlendirilmesi:** Burada katılımcılar, müdahaleler veya sonuçlar ile ilişkili farklılıkları içeren klinik heterojenlik ve çalışmaların yürütülme biçimindeki farklılıkları ifade eden metodolojik heterojenlik ele alınmalıdır. Değerlendirmeler sonucunda bazı tutarsızlıkların bulunması GRADE derecesini bir derece düşürürken, ciddi tutarsızlıkların bulunması iki derece düşürülmesine sebep olmaktadır (Ryan ve Hill, 2016).

**3. Dolaylılığın değerlendirilmesi:** Dolaylılık, değerlendirmede yer alan kanıtların araştırma sorusuna ne kadar iyi cevap verdiğini ifade eder. Kanıt ne kadar uygulanabilir? Çalışmalarda iki tür dolaylılık mevcut olabilir (Ryan ve Hill, 2016):

**a.** Dolaylı katılımcı, müdahale, karşılaştırmacı ya da sonuçların ele alınması nedeni ile sonuçlar, araştırma sorusunu doğrudan cevap vermeyebilir. **Katılımcılar;** dâhil edilen

çalışmalar belirli katılımcılar veya ortamlarla sınırlıysa dolaylılık olabilir. Örneğin; araştırmanın örneklemini yalnızca yetişkinleri içermesi gerekirken, yaşlı veya çocuk gibi belirli grubuları da içermesi, yalnızca tek bir hastalığı olan kişileri içermesi, tüm eğitim düzeyindeki insanlar yerine sadece bir grup eğitim düzeyine sahip olan kişileri içermesi ve sağlık hizmeti almak için yalnızca birinci basamağa başvuranları içermesi gibi. **Müdahale;** araştırmalar, müdahalenin yalnızca belirli durumunu değerlendirebilir. Örneğin; belirli doz rejimleri, bir eczacı tarafından yapılan, ancak diğer sağlık çalışanları tarafından verilemeyen müdahaleler gibi. **Karşılaştırıcı;** çalışmalar, yüksek oranda uygulanabilir olmayan karşılaştırmaları içermektedir. Örneğin; karşılaştırma grubunun standart veya rutin olmayan bir bakım alması gibi. **Sonuç;** müdahalelerin etkilerini tam olarak göstermeyen sonuçların ölçülmesini içermektedir. Örneğin; dolaylı sonuçların kullanılması, ara veya süreç sonuçlarının yayınlanmadan yalnızca son nokta sonuçlarının raporlanması, sonuçları kısa vadeli zaman noktalarında rapor etmek gibi.

**b. Dolaylı karşılaştırma:** A ve B müdahalesi arasında bir karşılaştırma mevcut değilse, karşılaştırma A ile C ve B'yi C arasında yapılabilir. Bu, A'nın B'ye karşı etkisini dolaylı olarak karşılaştırılmasını sağlar. Bu tür kanıtlar A ve B'nin karşılaştırılmalarından elde edilecek kanıtlardan daha düşük kalitededir (Ryan ve Hill, 2016). Değerlendirmeler sonucunda bazı dolaylılıkların bulunması GRADE derecesini bir derece düşürürken ciddi veya çeşitli kaynaklarda dolaylılık bulunması iki derece düşürülmesine neden olmaktadır (Ryan ve Hill, 2016).

**4. Uygunsuzluğun değerlendirilmesi:** Bu değerlendirmede etki büyüklüğünün ne kadar hassas olduğuna bakılmalıdır. Çalışmalar sadece göreceli olarak az hasta içerdiğinde, sürekli ölçümlerde katılımcılar arasındaki etkilerde çok fazla değişiklik olduğunda sonuçlar kesin değildir. Özellikle bakılması gereken durumlar, analiz edilen kişi sayısı ve geniş güven aralıklarının bulunmasıdır. Güçlü bir çalışma için gereken birey sayısından az alınan örneklem sayısı uygunsuzluk yaratmaktadır. Değerlendirmeler sonucunda bazı uygunsuzlukların bulunması GRADE derecesini bir derece düşürürken ciddi uygunsuzlukların bulunması iki derece düşürülmesine neden olmaktadır (Ryan ve Hill, 2016).

**5. Yayın biasının değerlendirilmesi:** Çalışma verilerinin, müdahalenin yararları veya zararlarını sistematik olarak daha az veya fazla göstermek için seçici olarak yayınlanmasını ifade etmektedir. Bir kanıt için elde edilen çalışmaların çoğunluğu küçük örnekleme sahip çalışmalardan elde edilmiş ise, yayın biası mevcut olabilir. Yayın biasının varlığını tamamen göz ardı etmenin güçlüğü ve değerlendirme yollarının belirsizliği nedenleri ile muhtemel yayın biası varlığında, GRADE derecesi en fazla bir seviyeye düşürülmelidir.

Kanıtların kalitesini yükseltmek nadir olarak gerçekleşmektedir. Çok iyi tasarlanmış ve yürütülmüş gözlemsel çalışmalarda, düşük kaliteliden başlayan derecelendirmenin yükseltilmesi, yine derecesi düşürülmüş randomize kontrollü çalışmaların kanıtlarının yükseltilmesi çok nadiren mümkün olmaktadır. Gözlemsel çalışmaların değerlendirme kriterlerinde herhangi bir yayın bias riski bulunmuyorsa ve yükseltme kriterleri mevcut ise kanıtlar yükseltilmelidir (Ryan ve Hill, 2016).

**6. Büyük etki büyüklüğünün (güçlü ilişki) değerlendirilmesi:** metodolojik olarak güçlü gözlemsel çalışmaların etki büyüklüğünün büyük olması sonuçların kesinliğini artırır.

RR (Rölatif Risk) > 2 veya < 0,5: 1 seviyeyi yükseltilir.

RR > 5 veya < 0,2: 2 seviyeyi yükseltilir (Ryan ve Hill, 2016).

**7. Doz yanıtının değerlendirilmesi:** Bir doz-cevap gradyanının (ilişki) varlığı, gözlemsel çalışmaların bulgularına olan güvenimizi ve böylece kanıt kalitesini artırabilir (Ryan ve Hill, 2016).

**8. Tüm muhtemel karıştırıcı faktörlerin etkisinin değerlendirilmesi:** Araştırmada tüm muhtemel karıştırıcı faktörler açıklanmalıdır. Etki büyüklüğünü azaltabilecek tüm karıştırıcıların dikkate alınmasına rağmen, etkinin var olması; ya da etki büyüklüğünü arttıracak tüm karıştırıcıların tanımlanmasına rağmen, etkinin bulunmaması kanıt derecesini arttırabilir (Ryan ve Hill, 2016).

Kanıt derecesi belirlenen öneriler Tablo 2’ de yer alan Dünya Sağlık Örgütü rehber geliştirme grubu tarafından geliştirilen kanıt öneri kategorisine göre gruplandırılmıştır.

**Tablo 2.** Dünya Sağlık Örgütü Rehber Geliştirme Grubu kanıt öneri kategorisi.

Öneri kategorisi	Açıklamalar
Önerilir	Bu seçeneğin uygulanmasının faydaları olası zararlardan daha fazladır. Bu seçenek, büyük ölçüde uygulanabilir.
Önerilmez	Bu seçenek uygulanmamalıdır.
Yalnızca belirli durumlarda önerilir	Bu seçenek, müdahalenin veya seçeneğin yalnızca öneride belirtilen koşul, şart veya popülasyona uygulanabilir olduğunu ve yalnızca bu bağlamlarda uygulanması gerektiğini belirtir.
Yalnızca kesin durumlarda önerilir	Bu seçenek bir müdahale ile ilgili önemli belirsizlikler olduğunu göstermektedir. Bu gibi durumlarda, uygulama hala büyük ölçüde gerçekleştirilebilir, ancak hem müdahalenin etkinliği, hem de kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili cevapsız soruları ve belirsizlikleri ele alabilecek bir araştırma olması gerekir.

**Kaynak:** World Health Organization. WHO handbook for guideline development, WHO Report, Geneva, 2012, 45-9.

### **Önerilerin oluşturulması**

Müdahalelerin etkinliğine dair kanıtlar, 13 randomize kontrollü çalışma, 13 ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışma ve 5 ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışmanın incelemesinden elde edilmiştir. Kanıtların güvenilirliği ve etkinlik sonuçları GRADE (önerileri ölçme, değerlendirme ve geliştirme aracı) ile değerlendirilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** GRADE kanıt profil tablosu.

Çalışma sayısı	Çalışmanın tipi	Kalite Değerlendirmesi						Bulguların Özeti				Önem
		Bias Riski	Tutarsızlık	Dolaylılık	Uygunsuzluk	Diğer biaslar	Katılımcı sayısı		Etki		Kanıtların kesinliği	
							Müdahale	Rutin	Relative (%95 CI)	Mutlak (%95 CI)		
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla bireysel danışmanlık programı</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
2	RKÇ (1) Kontrol gruplu yarı deneysel (1)	Ciddi değil	Ciddi: Yarı deneysel çalışmada gruplar arasındaki homojenite belirsiz	Ciddi değil	Ciddi: RKÇ'da büyük etki büyüklüğü	Ciddi değil	45 (RKÇ) 53 (Yarı deneysel çalışma)	45 (RKÇ) 53 (Yarı deneysel çalışma)	-	-	⊕⊕○○ Düşük	Kritik önemli
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla psiko eğitici grup terapisi</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
4	RKÇ (4)	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi <sup>a</sup> : RKÇ (2)'da büyük etki büyüklüğü	Ciddi değil	397 (RKÇ)	702 (RKÇ)	-	-	⊕⊕⊕○ Orta	Kritik önemli
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla intrapartum sürekli destekleyici bakım</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
3	RKÇ (2) Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel (1)	Ciddi <sup>a</sup> : RKÇ'da kayıp verilerin yönetimi açıklanmamış, yarı deneysel çalışmada metodolojik sınırlamalar vardır	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi <sup>a</sup> : RKÇ'da büyük etki büyüklüğü	Ciddi değil	63 (RKÇ) 44 (Yarı deneysel çalışma)	60(RKÇ) 46 (Yarı deneysel çalışma)	-	-	⊕⊕○○ Düşük	Kritik önemli
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla bilişsel davranış terapisi</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
4	RKÇ (2) Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel (1) Ön test-son test kontrollü yarı deneysel (1)	Ciddi <sup>b</sup> : RKÇ (1)'da kayıp verilerin yönetimi, randomizasyon ve körleme net değil	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi <sup>b</sup> : Yarı deneysel çalışmada geniş etki büyüklüğü	Ciddi değil	51 (RKÇ) 80 (Yarı deneysel çalışma)	83 (RKÇ) 59 (Yarı deneysel çalışma)	-	-	⊕⊕○○ Düşük	Kritik önemli

**Tablo 3.** GRADE kanıt profil tablosu (Devamı).

Çalışma sayısı	Çalışmanın tipi	Kalite Değerlendirmesi						Bulguların Özeti				Önem		
		Bias Riski	Tutarsızlık	Dolaylılık	Uygunsuzluk	Diğer biaslar	Katılımcı sayısı		Etki		Kanıt kesinliği			
							Müdahale	Rutin	Relative (%95 CI)	Mutlak (%95 CI)				
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla kalp hızı değişkenliği biofeedback</b>														
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu														
1	Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel	Ciddi: Çalışma tasarımı ve veriler açıklanmamış	Çalışma ve kayıp iyi	Ciddi değil	Ciddi: Sonuçlar müdahalenin doğum korkusu sonuçlarını tam olarak yansıtmıyor	Ciddi değil	Ciddi değil	18	20	-	-	⊕○○○	Önemli Çok düşük	
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla antenatal hipnoz eğitimi</b>														
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu														
3	RKÇ (2) Ön test-son test kontrollü yarı deneysel (1)	Ciddi değil	Ciddi: RKÇ (1)'da gruplar arasında heterojenite var	Ciddi değil	Ciddi: RKÇ (1) ve ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışma (1) geniş etki büyüklüğüne sahip	Ciddi değil	Ciddi değil	515 (RKÇ) 51 (Yarı deneysel çalışma)	252 (RKÇ)	-	-	⊕⊕○○	Kritik Düşük önemli	
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla grup sanat terapisi</b>														
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu														
1	Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel	Ciddi: Kanıtlar tek yarı deneysel çalışmadan alınmış	Kanıt tek deneysel	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi: Çalışmanın etki büyüklüğü sonuçların tam raporlanmamasından dolayı hesaplanamıyor	Ciddi değil	Ciddi değil	15	15	-	-	⊕⊕○○	Önemli Düşük

**Tablo 3.** GRADE kanıt profil tablosu (Devamı).

Çalışma sayısı	Çalışmanın tipi	Kalite Değerlendirmesi					Bulguların Özeti					Önem
		Bias Riski	Tutarsızlık	Dolaylılık	Uygunsuzluk	Diğer biaslar	Katılımcı sayısı		Etki		Kanıt kesinliği	
							Müdahale	Rutin	Relative (%95 CI)	Mutlak (%95 CI)		
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlık</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
2	RKÇ (1) Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel (1)	Ciddi: RKÇ'da kayıp verilerin yönetimi, randomizasyon ve körleme net değil	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi: RKÇ geniş etki büyüklüğüne sahip	Ciddi değil	53 (RKÇ) 65 (Yarı deneysel çalışma)	53 (RKÇ) 65 (Yarı deneysel çalışma)	-	-	⊕⊕○○ Düşük	Kritik önemli
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla doğum öncesi eğitim</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
10	RKÇ (1) Ön test-son test kontrollü yarı deneysel (3) Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel (6)	Ciddi: Kanıtların çoğunluğu yarı deneysel çalışmalardan elde edilmiştir	Ciddi: Yarı deneysel çalışmada gruplar arasında homojenite sağlanamamıştır.	Yarı Ciddi: Yarı deneysel çalışmada (1) dolaylı nüfus, RKÇ (1)'da araştırma sorularını karşılamayan sonuç raporu	Ciddi: RKÇ (1) ve yarı deneysel (6) çalışma geniş etki büyüklüğüne sahip	Ciddi değil	235 (RKÇ) 494 (Yarı deneysel çalışma)	228 (RKÇ) 361 (Yarı deneysel çalışma)	-	-	⊕○○○ Çok düşük	Kritik önemli
<b>Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla Roy Uyum Model'ine dayalı aralıklı doğum desteği</b>												
Sonuç çıktısı: Doğum korkusu												
1	Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel	Ciddi: Kanıtlar tek yarı deneysel çalışmadan alınmış	Ciddi değil	Ciddi değil	Ciddi: Çalışma geniş etki büyüklüğüne sahip	Ciddi değil	30	30	-	-	⊕⊕○○ Düşük	Kritik önemli

\* Ario ve ark (2018)'nin çalışmasında etki büyüklüğü 1,44, Kordi ve ark (2017)'nin çalışmasında etki büyüklüğü 0,93 olarak belirlenmiştir. γ Uludağ (2017) çalışmasında kayıp verilerin yönetimi açıklanmamış ve etki büyüklüğü 1,44 olarak saptanmıştır. Öztürk (2014)'ün çalışmasında metodolojik sınırlamalar vardır. β Ghasemi ve ark (2017) çalışmasında kayıp verilerin yönetimi, randomizasyon ve körleme net değildir. Uçar ve Gölbaşı (2018)'nin çalışmasında etki büyüklüğü 1,03, Nieminen ve ark (2016) 'nın çalışmasında etki büyüklüğü 0,95 olarak belirlenmiştir. † Yarıci Atis ve Rathfisch (2018) tarafından yapılan çalışmada müdahale ve kontrol grubu arasında heterojenite ve geniş etki büyüklüğü mevcuttur. Bülez ve ark (2019) tarafından yapılan çalışmada etki büyüklüğü 1,7 olarak belirlenmiştir. § Karabulut ve ark (2016)'nin çalışmasında ise müdahale ve kontrol grubu arasında eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. ‡ Mete ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada müdahale grubunun %97,4'ü üniversite mezunu olup genel popülasyonu temsil edememektedir. Haapio ve ark (2016) çalışmalarında doğum korkusu ölçek puanlarını elde etmelerine rağmen raporlama kısmında müdahale sonrası puan değişimleri açık olarak raporlanmamıştır. §§ Akın ve ark (2018), İşbir ve ark (2016), Karabulut ve ark (2016), Kızıllırmak ve Başer (2016), Serçekuş ve Başkale (2016), Haapio ve ark (2016), Mete ve ark (2017) geniş etki büyüklüğüne sahiptir.

### 3.2.3. Doğum Korkusunu Azaltmaya Yönelik Kanıt Temelli Uygulamalar

Geliştirilen bu rehber doğum korkusunu azaltmak için on müdahale önerisi içermektedir. Bu bölümde, doğum korkusunu azaltmaya yönelik yöntemler ve bunlara ilişkin öneriler özetlenmiştir. Her bir öneri için oluşturulan GRADE tabloları Tablo 4’de sunulmuştur.

**Tablo 4.** Doğum korkusunu azaltmada kullanılan yöntemler

Doğum Korkusunu Azaltmada Kullanılan Müdahaleler	Çalışma Sayısı	Katılımcı Sayısı	GRADE Derecesi	Öneri Kategorisi
Psiko-Eğitici Grup Terapisi	4	1099	⊕⊕⊕○ Orta	Önerilir
Doğum Öncesi Eğitim	10	1318	⊕○○○ Çok düşük	Önerilir
Bireysel Danışmanlık Programı	2	196	⊕⊕○○ Düşük	Önerilir
İntrapartum Sürekli Destekleyici Bakım	3	213	⊕⊕○○ Düşük	Önerilir
Bilişsel Davranış Terapisi	4	273	⊕⊕○○ Düşük	Önerilir
Kalp Hızı Değişkenli Biofeedback	1	38	⊕○○○ Çok düşük	Yalnızca kesin araştırmaların bulunduğu durumlarda önerilir
Antenatal Hipnoz Eğitimi	3	818	⊕⊕○○ Düşük	Önerilir
Grup Sanat Terapisi	1	30	⊕⊕○○ Düşük	Yalnızca belirli durumlarda önerilir
Öz Yeterlik Odaklı Psikolojik Danışmanlık	2	236	⊕⊕○○ Düşük	Önerilir
Roy Uyum Model’ine Dayalı Aralıklı Doğum Desteği	1	60	⊕⊕○○ Düşük	Önerilir

#### Öneri 1. Psiko-Eğitici Grup Terapisi (Orta Kanıt Derecesi, Önerilir)

Psiko-eğitici grup terapisinin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar, Finlandiya (2), Avustralya (1) ve İran (1)’da yapılan dört RKC’nin incelenmesinden elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale gruplarının örneklem hacmi 60-131 ve kontrol gruplarının 62-303 gebe arasında değişmekte idi. Bu müdahale doğum korkusunu azaltmaya yönelik doğumla ilgili psiko-eğitimler ve ebeveynliğe geçişi destekleyen konuları içermektedir ve gebelik süresince belirli aralıklarda uygulanmıştır. Çalışmalardan ikisi (Kordi ve ark, 2017; Airo ve ark, 2018) geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu için kanıt düzeyi bir derece düşürülmüştür. GRADE kanıt derecesi orta olarak belirlenmiş olup doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.



***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla psiko-eğitici grup terapisi***

***Maternal sonuçlar***

***Doğum Korkusu***

Dört randomize kontrollü çalışmada doğum korkusu ile ilgili sonuçlar bildirilmiştir. Çalışmaların sonucunda psiko-eğitici grup terapisinin doğum korkusunu azalttığı belirlenmiştir. Orta kanıt düzeyindeki iki RKÇ’da müdahale öncesi doğum korkusu ortalama puanlarının müdahale sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı rapor edilmiştir (toplam puan ortalaması müdahale: 83,5±21,7; kontrol: 92,6±18,4; p=0,007; Kordi ve ark, 2017; Wald=230,43; df=6; p<0,001; Airo ve ark, 2018). Yüksek kanıt düzeyi olan çalışmalarda (2 RKÇ) müdahale sonrası gruplar arasında ortalama doğum korkusu toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu rapor edilmiştir (%95 CI=5,29–15,19; p=0,001; Cohen d=0,59; Toohill ve ark, 2014; F=1,1; df=199; p=0,016; Cohen d=0,35; Rouhe ve ark, 2015a).

***Olumsuz ve Olumlu Duygulardaki Değişiklikler***

Orta kanıt düzeydeki bir RKÇ’da olumsuz duyguların ilk görüşmeden sonra istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaya başladığı bildirilmiştir (Wald=35,43; df=6; p<0,001). Yine bu çalışmada müdahalenin korku (d=0,84), gerginlik (d=0,66) ve asabiyet (d=0,53) duyguları üzerinde oldukça etkili olduğu rapor edilmiştir (Airo ve ark, 2018). Olumlu duyguların ise yavaş yavaş artmaya başladığı ve değişimin ancak doğumdan sonra istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Wald=64,41; df=6; p<0,001). Kadınların doğumdan sonra en çok "gururlu" (d=1,67), "güçlü" (d=0,82) ve "alert" (d=0,76) hissettikleri bildirilmiştir.

***Kişisel Hedeflerde Değişim***

Orta kanıt düzeydeki bir RKÇ’da kadınların daha çok kendilerine yönelik kişisel hedefleri, müdahale sonrasında ebeveynlik rolü yönünde değişmiştir (Airo ve ark, 2018).

***Maternal Uyum***

Bir yüksek kanıt kalitesindeki RKÇ’da müdahale grubundaki kadınların, doğumdan üç ay sonra, kontrol grubundaki kadınlara göre daha iyi bir maternal uyum gösterdiği bildirilmiştir (toplam puan ortalaması: 38,1±4,3 karşı 35,7±5,0; F=2,4, df=192; p=0,001; Cohen d=0,51; Rouhe ve ark, 2015a).

### ***Postpartum Depresyon***

Yüksek kanıt kaliteli bir RKÇ'da müdahalenin doğum sonrası yaşanan postnatal depresyon belirtilerini azalttığını bildirilmiştir (PTSB toplam puanı ortalaması:  $6,4 \pm 5,4$ 'e karşı  $8,0 \pm 5,9$ ;  $p=0,04$ ; Cohen  $d=0,28$ ; Rouhe ve ark, 2015a).

### ***Öneri 2. Doğum Öncesi Eğitim (Çok Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)***

Doğum öncesi eğitimin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Finlandiya (1), Malavi (1) ve Türkiye'de (8) yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Kanıtlar bir RKÇ, altı ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışma ve üç ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale grubu 30-235 kişi arasında ve kontrol grubu 32-228 kişi arasında idi. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik gebelik süresince belirli aralıklarda gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimlerini içermektedir. Çalışmaların GRADE kanıt derecesi çok düşük olarak belirlenmiş, ancak doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.

### ***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla doğum öncesi eğitim Maternal sonuçlar***

#### ***Doğum Korkusu***

Orta kanıt kalitesindeki RKÇ'da doğum öncesi eğitimin doğum korkusunu azalttığını bildirilmiştir (OR:0,58; 95% CI:0,38–0,88; Haapio ve ark, 2016). Benzer olarak beş orta kanıt kalitesinde ve üç düşük kanıt kalitesindeki yedi yarı deneysel çalışmada eğitim sonrası doğum korkusunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı rapor edilmiştir (Subaşı ve ark, 2013; Karabulut ve ark, 2015; İşbir ve ark, 2016; Kızılırmak ve Başer, 2016; Serçekuş ve Başkale, 2016; Akın ve ark, 2018; Demirci ve Şimşek, 2018; Munkhondya ve ark, 2020). Bunlardan farklı olarak çok düşük kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışma eğitim öncesi ve sonrası doğum korkusu puanları arasında anlamlı farkın olmadığını ve müdahalenin doğum korkusunu azaltmada etkili olmadığını bildirmiştir (eğitim öncesi puan ortalama $\pm$ ss:  $24,24 \pm 6,09$ ; eğitim sonrası puan ortalama $\pm$ ss:  $23,10 \pm 8,80$ ;  $p=0,198$ ; Mete ve ark, 2017).

#### ***Doğum Ağrısı***

Orta kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada, doğum öncesi eğitimin doğum ağrısı puanlarını anlamlı derecede azalttığını bildirilmiştir ( $p=0,01$ ; Demirci ve Şimşek, 2016).

#### ***Gebelik Kabulü ve Maternal Uyum***

Düşük kanıt kalitesindeki bir çalışmada doğum öncesi eğitimin gebeliğin kabulü ve maternal rol uyumunu arttırdığı belirlenmiştir (sırası ile  $p=0,000$ ;  $p=0,005$ ; Karabulut ve ark, 2015).

### ***Doğuma Hazır Oluşluk***

Çok düşük kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışmanın sonuçlarına göre doğum öncesi eğitim alan kadınların eğitim öncesi doğuma hazır oluşluk puan ortalamaları  $23,26 \pm 5,55$  iken, eğitim sonunda  $20,63 \pm 10,68$  olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada doğum öncesi eğitimin kadınların doğuma hazır oluşluk durumlarını anlamlı derecede arttırdığı rapor edilmiştir ( $p=0,045$ ; Mete ve ark, 2017).

### ***Doğum Öz-Yeterlilik***

Orta kanıt kalitesindeki iki yarı deneysel çalışmadan elde edilen sonuçlarda doğum öncesi eğitim sonrasında kadınların doğum öz-yeterlilik ölçeği puanlarının rutin bakım alanlara göre anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir ( $p=0,02$ ; Serçekuş ve Başkale, 2016;  $p=0,001$ ; Munkhondya ve ark, 2020). Bu sonucun aksine orta kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışma doğum öncesi eğitim alan kadınların eğitim öncesi ve sonrasında doğum öz-yeterlilik ölçeği sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi alt ölçek puanları arasında anlamlı farkın olmadığı ve müdahalenin doğum öz yeterliliğini arttırmadığı belirlenmiştir (sırası ile eğitim öncesi sonuç beklentisi:  $129,5 \pm 25,2$ ; eğitim sonrası sonuç beklentisi:  $152,6 \pm 7,4$ ; eğitim öncesi yeterlilik beklentisi:  $94,6 \pm 37,6$ ; eğitim sonrası yeterlilik beklentisi:  $145,2 \pm 12,0$ ; İşbir ve ark, 2016).

### ***Doğum Memnuniyeti***

Orta kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışmada eğitim alan kadınların doğumdan duydukları memnuniyetin arttığı rapor edilmiştir ( $p=0,043$ ;  $\chi^2=6,293$ ; Kızılırmak ve Başer, 2016).

### ***Gelecekteki Doğum Tercihleri***

Orta kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışmada eğitim alan kadınların %54,0'ının, eğitim almayan kadınların ise %32,7'sinin gelecekte vajinal doğumu tercih edecekleri ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir ( $\chi^2=9,193$ ;  $p=0,021$ ; Kızılırmak ve Başer, 2016).

### ***Diğer Sonuçlar***

Orta kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışmada eğitim almayan kadınların doğum sırasında ölüyormuş hissi yaşama, hasta ve engelli çocuk sahibi olma, perineal ve vajinal laserasyon, kontrol kaybı ve acil sezaryen oranlarının eğitim alanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Demirci ve Şimşek, 2016). Orta kanıt kalitesindeki bir diğer yarı deneysel çalışmada ise doğum öncesi eğitimin doğumda algılanan desteği anlamlı derecede arttığı rapor edilmiştir ( $t=10,32$ ;  $p=0,001$ ; Munkhondya ve ark, 2020).

### **Öneri 3. Bireysel Danışmanlık Programı (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)**

Bireysel danışmanlık programının doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar İran (1) ve İsveç (1) de yapılan iki çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Kanıtlar bir RKÇ ve bir kontrol gruplu yarı deneysel çalışmadan elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale grubu 45-53 kişi arasında ve kontrol grubu 45-53 kişi arasında idi. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik gebelik süresince belirli aralıklarda gebelere verilen bireysel danışmanlıkları içermektedir. RKÇ geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu ve yarı deneysel çalışma da gruplar arasındaki homojenite belirsiz olduğu için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada kullanılabileceği önerilmektedir.

***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla bireysel danışmanlık programı***

#### ***Maternal sonuçlar***

#### ***Doğum Korkusu***

Orta kanıt kalitesindeki RKÇ’da ebe tarafından gebelik sırasında verilen bireysel danışmanlık programının doğum korkusunun azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir ( $p < 0,001$ ; Andaroon ve ark, 2017). Yarı deneysel çalışmada ise müdahale grubundaki kadınlar kontrol grubuna göre daha çok korkutucu doğum deneyimi ve doğumla ilgili travma sonrası stres semptomları yaşama durumu bildirilmiştir (Ryding ve ark, 2003).

#### ***Doğum Memnuniyeti***

Düşük kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ryding ve ark, 2003).

### **Öneri 4. İntrapartum Sürekli Destekleyici Bakım (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)**

İntrapartum sürekli destekleyici bakımın doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Türkiye (3) de yapılan çalışmaların incelenmesinden elde edilmiştir. Kanıtlar iki RKÇ ve bir kontrol gruplu yarı deneysel çalışmadan elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale grubunun 30-44 kişi arasında ve kontrol grubunun 30-46 kişi arasında olduğu görülmüştür. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik doğum süresince (latent, aktif ve geçiş fazı boyunca) ve doğum sonrası erken postpartum dönemde gebelere verilen sürekli destekleyici bakımı içermektedir. Bir RKÇ’da sunulan intrapartum sürekli destekleyici bakım hypnobirthing felsefesine dayalı olarak geliştirilmiştir (Uludağ, 2017). Bir RKÇ’da kayıp verilerin yönetimi açıklanmamış olması ve büyük etki büyüklüğüne sahip olması, yarı

deneysel çalışmada da metodolojik sınırlamalar bulunduğu için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.

***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla intrapartum sürekli destekleyici bakım***

***Maternal sonuçlar***

***Doğum Korkusu***

Yüksek kanıt kalitesindeki RKÇ'da doğum sürecinde verilen sürekli destekleyici bakımın doğumun latent fazında doğum korkusu skorlarını etkilemediği, aktif ve geçiş fazında doğum korkusu puanlarını azalttığı (sırası ile:  $p>0,05$ ;  $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ) rapor edilmiştir (İşbir ve Serçekuş, 2017). Düşük kanıt kalitesindeki RKÇ'da da yapılan varyan analizinde doğum sürecinde verilen sürekli destekleyici bakımın doğumun latent, aktif ve geçiş fazında doğum korkusu puanlarını azalttığı bildirilmiştir ( $F= 39,561$ ;  $p=0,000$ ; Uludağ, 2017). Orta kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada ise müdahale grubundaki gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası doğum korkusu ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bildirilmiştir ( $p<0,01$ ; Öztürk, 2014).

***Doğum Ağrısı***

Yüksek kanıt kalitesindeki RKÇ'da intrapartum sürekli destekleyici bakımın doğum eyleminin geçiş aşamasında ağrı puanlarını anlamlı derecede azalttığı bildirilmiştir ( $p<0,01$ ; İşbir ve Serçekuş, 2017). Düşük kanıt kalitesindeki RKÇ'da yapılan varyans analizi sonucunda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların doğumun laten, aktif ve geçiş fazı aşamasında hissettikleri ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu belirtilmiştir ( $F= 34,130$ ;  $p=0,000$ ; Uludağ, 2017). Orta kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada ise intrapartum destekleyici bakımın gebelerin doğumhaneye kabul ve travayın sonunda hissettikleri ağrı puanlarını azaltmadığı gösterilmektedir (Öztürk, 2014).

***Doğumda Algılanan Destek ve Kontrol***

Bir RKÇ ve bir yarı deneysel çalışmada bu sonuç bildirilmiştir. Bu çalışmalara dayalı orta kalitedeki kanıtlar doğumda sürekli destekleyici bakımın intrapartumda algılanan destek ve kontrol duygusunu arttırdığını göstermektedir (RKÇ için  $p<0,01$ ; İşbir ve Serçekuş, 2017; Yarı deneysel çalışma için  $p<0,001$ ; Öztürk, 2014).

### ***Doğum süresi***

Düşük kanıt kalitesindeki RKÇ’da intrapartum sürekli destekleyici bakımın doğumun latent faz ( $t=-3,614$ ;  $p=0,000$ ), aktif faz ( $t=-4,480$ ;  $p=0,000$ ), geçiş fazı ( $t=-2,074$ ;  $p=0,043$ ) ve ikinci evre ( $t=-2,998$ ;  $p=0,004$ ) süresini anlamlı olarak azalttığı bildirilmiştir (Uludağ, 2017).

### ***Diğer sonuçlar***

Düşük kanıt kalitesindeki RKÇ’da intrapartum sürekli destekleyici bakımın doğumdan duyulan memnuniyeti arttırdığı ( $t=5,65$ ;  $p=0,000$ ) ve doğum maliyetini azalttığı ( $t=-4,029$ ;  $p=0,000$ ) gösterilmiştir (Uludağ, 2017).

### **Öneri 5. Bilişsel Davranış Terapisi (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)**

Bilişsel davranış terapisinin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Türkiye (1), İran (1), Almanya (1) ve İsveç’de (1) yapılan dört çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Kanıtlar iki randomize kontrollü çalışma, bir ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışma ve bir ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışmadan elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale grubu 28-52 kişi, kontrol grubu 30-59 kişi arasındadır. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik gebelik süresince 3-8 oturumdan oluşan bilişsel davranış terapisini içermektedir. Bir randomize kontrollü çalışmada kayıp verilerin yönetimi, randomizasyon ve körleme net açıklanmadığı ve iki yarı deneysel çalışmada da etki büyüklükleri geniş olduğu için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.

***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla bilişsel davranış terapisi***

### ***Maternal sonuçlar***

### ***Doğum Korkusu***

Bir orta kanıt kalitesindeki RKÇ’da bilişsel davranış terapisinin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir ( $t= -9,051$ ;  $p<0,001$ ; Ghasemi ve ark, 2018). Düşük kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmalarda (2) da gebelik sürecinde verilen bilişsel davranış terapisi sonrası doğum korkusu ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı rapor edilmiştir (t-test  $p<0,0001$ ; Nieminen ve ark, 2016;  $t=5,377$ ;  $p<,000$ ; Uçar ve Gölbaşı, 2018). Bir yüksek kanıt kalitesindeki RKÇ’da ise bilişsel davranış terapisinin doğum korkusunu azaltmada etkili olmadığı bildirilmiştir ( $F=0,268$ ;  $p=0,606$ ; Bittner ve ark, 2014).

### ***Doğum Ağrısı***

Düşük kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada doğum eyleminde ağrı puanlarının müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu rapor edilmiştir (müdahale: 6,3±1,9; kontrol: 8,3±1,4; p<0,000; Uçar ve Gölbaşı, 2018).

### ***Doğum Memnuniyeti***

Düşük kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları, bilişsel davranış terapisi programı ve ağrı şiddetinin, doğumdan duyulan memnuniyet için anlamlı etkileyici faktörler olduğunu göstermiştir (sırasıyla,  $\beta=0,354$ ;  $\beta=-0,324$ ; hepsi için p <0,05). Doğum sırasındaki anksiyete düzeyleri ve doğumun birinci, ikinci ve üçüncü aşamasının süreleri ile doğumdan duyulan memnuniyet düzeyleri arasında ilişki bulunmadığı gösterilmiştir (Uçar ve Gölbaşı, 2018).

### ***Anksiyete***

Orta kanıt kalitesindeki RKÇ'da bilişsel davranış terapisinin gebeliğin son ayında duyulan anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (t=-6,536; p<0,001; Ghasemi ve ark, 2018). Bunun aksine bir yüksek kanıt kalitesindeki RKÇ'da bilişsel davranış terapisinin anksiyete üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir (F= 0,699; p=0,406; Bittner ve ark, 2014).

### ***Doğum öz-yeterlilik***

Orta kanıt kalitesindeki RKÇ'da bilişsel davranış terapi sonrası öz-yeterlilik ölçek puanlarının müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (müdahale: 240,6±24,2 kontrol: 161,9±47,71; p<0,001; Ghasemi ve ark, 2018).

## **Öneri 6. Kalp Hızı Değişkenli Biofeedback (Çok Düşük Kanıt Derecesi, Yalnızca Kesin Araştırmaların Bulunduğu Durumlarda Önerilir)**

Kalp hızı değişkenli biofeedback müdahalesinin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Japonya'da yapılan ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadan elde edilmiştir. Çalışmanın müdahale grubu 18 kişi kontrol grubu ise 20 kişidir. Müdahale doğum korkusunu azaltmaya yönelik gebeliğin 32-34. haftalardan itibaren gebelerin evde yapabilecekleri biofeedback uygulamasını ve fetal kalp hızı izlemlerini içermektedir. Çalışmada bias riski bulunduğu, müdahalenin doğum korkusu sonuçlarını azaltmada etkili olmadığı (W-DEQ puanı: Biofeedback 79,5±8,5; Kontrol 82,0±14,1; p=0,511) ve kanıtların yalnızca yarı deneysel çalışmadan elde edilmesi nedeni ile GRADE kanıt derecesi çok düşük olarak belirlenmiştir ve yalnızca başka kesin araştırmaların bulunduğu durumlarda önerilmektedir.

## **Öneri 7. Antenatal Hipnoz Eğitimi (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)**

Antenatal hipnoz eğitiminin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Türkiye (2) ve Danimarka'da (1) yapılan iki RKÇ ve bir ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale grubu 30-485 kişi arasında ve kontrol grubu ise 30-222 kişi arasındadır. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik gebelik süresince 3-12 saat arasında oluşan hipnoz eğitimini içermektedir. Bir RKÇ'da gruplar arası homojenite olmadığı ve geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu, bir ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışma geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.

***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla antenatal hipnoz eğitimi***

### ***Maternal sonuçlar***

#### ***Doğum Korkusu***

Düşük kanıt kalitesindeki iki RKÇ'da hipnoz eğitimi sonrasında kadınların doğum korkusu puanları rutin bakım alanlara göre anlamlı şekilde daha az olduğu bildirilmiştir (p=0,01; Werner ve ark, 2013; t=6,441; p=0,000; Yarıci Atis ve Rathfisch, 2018). Düşük kanıt kalitesindeki bir yarı deneysel çalışma ise hipnoz eğitimi sonrasında, gebelerin doğum korkusu puanlarının müdahale öncesine göre anlamlı şekilde azaldığını bildirmiştir (p=0,001; Bülez ve ark, 2019).

#### ***Doğum Beklentisi***

Yüksek kanıt kalitesindeki bir RKÇ'da hipnoz eğitiminin kadınların doğum beklentilerini olumlu yönde değiştirdiği sonucu bildirilmektedir (p<0,01; Werner ve ark, 2013).

#### ***Doğum Ağrısı***

Düşük kanıt kalitesindeki bir RKÇ'da hipnoz eğitimi alan kadınların doğumun latent, aktif ve geçiş fazları sırasında kontrol grubuna göre daha az ağrı hissettikleri bildirilmiştir (her faz için p=0,000; Yarıci Atis ve Rathfisch, 2018). Bu sonuçlardan farklı olarak bir yarı deneysel çalışmada hipnoz eğitiminin sonunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmak ile doğum ağrısı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (p=0,344; Bülez ve ark, 2019).

### ***Diğer Sonuçlar***

Düşük kanıt kalitesindeki bir RKÇ'da hipnoz eğitimi alan kadınların almayanlara göre doğumun ikinci ve üçüncü aşamalarının süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu gösterilmektedir (sırası ile Z=-2,555; p=0,011; Z=3,015; p=0,003). Yine bu



çalışmada hipnoz eğitimi alan kadınların almayanlara göre daha az zor doğum deneyimi yaşadıkları ve daha kısa sürede ilk emzirmeye başladıkları rapor edilmiştir (sırası ile  $Z=-5,205$ ;  $p=0,000$ ;  $Z=-5,205$ ;  $p=0,000$ ). Buna karşın bu çalışmada, hipnoz grubu ile kontrol grubu arasında gebelik haftası, yenidoğan özellikleri ve APGAR skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Yarici Atis ve Rathfisch, 2018). Bir yarı deneysel çalışmada ise hipnoz eğitiminin sonunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmak ile doğum menuniyeti, gebelik haftası, yenidoğan özellikleri ve APGAR skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Bülez ve ark, 2019).

### **Öneri 8. Grup Sanat Terapisi (Düşük Kanıt Derecesi, Yalnızca Belirli Durumlarda Önerilir)**

Grup sanat terapisinin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Türkiye’de (1) yapılan bir ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Çalışmanın müdahale grubu 15 kişi ve kontrol grubu da 15 kişidir. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik gebelik süresince 6 seanstan (her seans 130 dk) oluşan grup sanat terapisini içermektedir. Kanıtlar tek bir yarı deneysel çalışmadan elde edildiği, küçük örneklem grubuna sahip olduğu ve sonuçların raporlanmasına bağlı olarak etki büyüklüğü hesaplanmadığı için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada yalnızca belirli durumlarda önerilmektedir.

#### ***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla grup sanat terapisi Maternal sonuçlar***

#### ***Doğum Korkusu***

Düşük kanıt kalitesindeki çalışmadan elde edilen sonuçlarda grup sanat terapisi sonrasında kadınların doğum korkusu puanlarının rutin bakım alanlara göre anlamlı şekilde azaldığı göstermektedir ( $p<0,001$ ; Sezen ve Unsalver, 2018).

#### ***Anksiyete ve Depresyon***

Düşük kanıt kalitesindeki çalışmadan elde edilen sonuçlar grup sanat terapisinin gebelerde anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığını göstermektedir (Sezen ve Unsalver, 2018).

### **Öneri 9. Öz Yeterlik Odaklı Psikolojik Danışmanlık (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)**

Öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlığın doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar İran (2)’da yapılan bir RKÇ ve bir ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel

çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Çalışmaların müdahale grubu 53-65 ve kontrol grubu 53-65 kişi arasında idi. Müdahaleler doğum korkusunu azaltmaya yönelik konsültasyon, çeşitli konuşma yöntemleri, soru-cevap, grup tartışması, gösteri teknikleri ve akran eğitimini içeren 3-6 seanstan oluşan psikolojik danışmanlığı içermektedir. RKÇ bias riski ve geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.

***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlık***

***Maternal sonuçlar***

***Doğum Korkusu***

Düşük kanıt kalitesindeki RKÇ’da öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlığın kadınların doğum korkusunu azalttığı bildirilmiştir ( $p<0,001$ ; Soltani ve ark, 2017). Yüksek kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada da öz yeterlilik odaklı danışmanlığın doğum korkusu puan ortalamalarını azalttığı gösterilmiştir ( $p=0,001$ ; Taheri ve ark, 2014).

***Doğum Öz-Yeterlilik***

Düşük kanıt kalitesindeki RKÇ’dan elde edilen sonuçlarda öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlık sonrasında kadınların doğum öz-yeterlilik ölçeği sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi alt ölçek puanlarının rutin bakım alanlara göre anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir (sırası ile  $p= 0,008$ ;  $p<0,001$ ; Soltani ve ark, 2017). Yine yüksek kanıt kalitesindeki yarı deneysel çalışmada öz yeterlik odaklı danışmanlık sonrasında müdahale grubundaki kadınların doğum öz yeterlilik puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu rapor edilmiştir ( $p=0,001$ ; Taheri ve ark, 2014).

***Öneri 10. Roy Uyum Model’ine Dayalı Aralıklı Doğum Desteği (Düşük Kanıt Derecesi, Önerilir)***

Roy Uyum Model’ine dayalı aralıklı doğum desteğinin doğum korkusu üzerine etkilerine ilişkin kanıtlar Türkiye’de (1) yapılan bir ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışmanın incelenmesinden elde edilmiştir. Çalışmanın müdahale grubu 30 ve kontrol grubu da 30 kişiden oluşmaktadır. Çalışmada doğum korkusunu azaltmaya yönelik kadınlara Roy Uyum Modeli’ne dayalı hazırlanan ve tüm travay sürecinin %40’ını (saatte 20-25 dk) oluşturan aralıklı doğum desteği uygulanmıştır. Kanıtlar yalnızca bir yarı deneysel çalışmadan elde edildiği ve çalışma geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu için kanıt düzeyi iki derece düşürülmüştür. Bu müdahalenin GRADE kanıt derecesi düşük olarak belirlenmiş ve doğum korkusunu azaltmada önerilmektedir.

***Karşılaştırma: Doğum korkusuna yönelik rutin bakıma kıyasla Roy Uyum Model'ine dayalı aralıklı doğum desteği***

***Maternal sonuçlar***

***Doğum Korkusu***

Düşük kanıt kalitesinden elde edilen sonuçlar Roy Uyum Model'ine dayalı aralıklı doğum desteğinin doğumun aktif ve geçiş fazındaki doğum korkusu puan ortalamalarını azalttığını göstermektedir (p=0,000). Fakat bu müdahalenin doğumun latent fazında doğum korkusunu azaltmada etkili olmadığı bildirilmiştir (Çiçek, 2016).

***Doğum Ağrısı***

Düşük kanıt kalitesindeki çalışmada Roy Uyum Modeli'ne göre uygulanan aralıklı doğum desteğinin doğumun latent, aktif ve geçiş fazları sırasında doğum ağrısını azalttığı bildirilmiştir (her faz için p=0,000). Yapılan ileri analizlerde bu farkın latent fazdaki ağrı puanından kaynaklanması ile müdahalenin doğumun üç fazında da ağrıyı azaltmada rutin bakıma göre daha etkin olduğu gösterilmiştir (F=37,771, p=0,000; Çiçek, 2016).

***Doğum Memnuniyeti***

Roy Uyum Modeli'ne göre aralıklı doğum desteği alan kadınların vajinal doğumdan daha yüksek memnuniyete sahip olduğu rapor edilmiştir (p=0,000; Çiçek, 2016).

***Diğer Sonuçlar***

Roy Uyum Modeli'ne dayalı aralıklı doğum desteği uygulaması doğum eyleminde oksitosin kullanımını azalttığı rapor edilmiştir (p=0,000). Yine Roy Uyum Modeli'ne dayalı aralıklı doğum desteği alan kadınların rutin bakım alanlara göre aktif faz, geçiş fazı ve toplam doğum sürelerinin daha kısa olduğu bildirilmiştir (sırasıyla p=0,029; p=0,006; p=0,003; Çiçek, 2016).

### **3.3. Bireysel Danışmanlık Programı'nın Seçim Gerekçesi**

Geliştirilen rehberde birden fazla müdahale bulunması ve tamamının tez çalışması süresince uygulanmasının mümkün olmaması nedeni ile bir müdahalenin seçilerek test edilmesi uygun görülmüştür. Uygulama için ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından özellikle daha kolay uygulanabilecek olan birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan rutin bakımın içerisine diğer yöntemlerden daha az zaman ve maliyet ile entegre edilebilir bir program olması nedeni ile bireysel danışmanlık programı seçilmiştir. Bireysel danışmanlık programı ebelerin temel eğitimleri ile uygulayabileceği, uygulaması kolay,

ucuz ve etkili bir yöntemdir. Diğer yandan rehber içerisindeki diğer müdahalelere göre bireysel danışmanlık programı kadınların bireysel korkularına odaklanarak kişilere bireyselleştirilmiş bakım sunma fırsatı tanımaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı rehberin test edilme aşamasında bireysel danışmanlık programı seçilmiş ve etkinliği test edilmiştir.

### **3.4. Bireysel Danışmanlık Programının Uygulanması**

#### **3.4.1. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri**

Araştırma, Aydın ilinde bulunan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde ve 2, 5 ve 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çocuk cerrahi, çocuk servisi, süt çocuğu, jinekoloji, yenidoğan, obstetri, doğum salonu, yenidoğan yoğun bakım, genel yoğun bakım, ürodinami, çocuk yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım merkezi (yetişkin ve çocuk) olmak üzere 7 adet servis alanı ve Algoloji, Çocuk Cerrahi, Çocuk Nöroloji, Çocuk Psikiyatri, Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Tıbbi Genetik olmak üzere 7 poliklinik bulunmaktadır. Hastanenin kadın doğum bölümlerine bir yılda yaklaşık 10,000 kadın başvurmaktadır. Hastanede bir yılda yaklaşık 5,000 doğum gerçekleşmektedir. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Aydın ilindeki kadın hastalıkları ve doğuma ilişkin tek alan hastanesidir. Araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezlerinde ise 12 hekim ve 12 ebe çalışmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri birbirlerine yakın konumlarda bulunmakta ve benzer sosyo-ekonomik gruptaki kişilere hizmet vermektedir.

#### **3.4.2. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma 1 Ağustos 2018 ile 1 Nisan 2020 yılları arasında Aydın ilinde bulunan 2, 5 ve 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gebelik takibi yapılan ve bakım alan kadınlar ile yapılmıştır. Çalışmanın planlanmasından, tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci Tablo 5'de görülmektedir.

**Tablo 5.** Araştırmanın zamanı.

Yıl	2018						2019						2020	
Ay	1.ay	2-3.ay	4-5.ay	6.ay	7-8-9.ay	10-11 12.ay	1.ay	2-3.ay	4-5.ay	6.ay	7-8-9.ay	10-11 12.ay	1-2-3.ay	4-5.ay
Konu Seçimi	■													
Kaynak Tarama	■	■						■						
Hazırlık	■	■	■											
Kurum İzni ve Etik Kurul Onayı	■	■	■											
Uygulama Rehberinin Oluşturulması					■									
Ön uygulama					■									
Veri Toplama					■	■	■	■	■	■	■			
Veri Girişi										■				
Çözümleme													■	
Yazım											■	■	■	■

### 3.4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aydın ilinde bulunan 2, 5 ve 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gebelik takibi yapılan ve bakım alan kadınlar oluşturmuştur. Bu Aile Sağlığı Merkezlerinde 2018 yılında takip edilen gebe sayısı 280 ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin 2018 yılı doğum sayısı 4488 dir. Bu hastanenin kayıtlarında tekrarlayan biçimde gebe izlem sayısı yer aldığından doğum sayısı dikkate alınmıştır.

Araştırmanın örneğine randomize olarak müdahale grubuna 37 ve kontrol grubuna 33 olmak üzere toplam 70 kadın alınmıştır. Araştırmaya alınması gereken en az birey sayısı, Andaroon ve ark (2017) tarafından doğum korkusunu azaltmaya yönelik ebeler tarafından verilen bireysel danışmanlık programını incelemek amacı ile 90 kadın ile yapılan bir deneysel araştırmanın verilerine dayalı olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada kadınlardaki doğum korkusu puan ortalamaları müdahale grubu için  $39,73 \pm 17,09$  ve kontrol grubu için  $65,67 \pm 15,02$  olarak bildirilmiştir (Andaroon ve ark, 2017). Araştırmanın temel verileri t testi ile analiz edileceğinden, bu araştırmanın verilerine dayalı olarak yapılan analizde, G\*Power 3.1.9.2 ile t testi için effect size 1,61 olarak bulunmuştur. Teorik olarak bu effect size değeri iki grup arasındaki ortalama bir farkın belirlenebilmesi için kabul edilebilir Cohen d değerinin üzerinde olduğundan (Cohen, 1988) bu araştırmanın örnekleme etki boyutu  $d=0.50$  (orta) alınarak hesaplanmıştır. Bu araştırmanın örneğine alınması gereken en az

birey sayısı, G\*Power 3.1.9.2 ile effect size: 0,50,  $\alpha=0,05$  ve power: 0,80 alınarak hesaplanmış ve t-testi için 102 olarak bulunmuştur. Olası vaka kayıpları da dikkate alınarak araştırmaya toplam 120 (müdahale grubu: 60, kontrol grubu: 60) kadın alınması planlanmıştır. Ancak literatürde zaman sınırlılığı olan ve/veya vaka sayısı az olan deneysel araştırmalarda, parametrik ölçümlerin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün deney ve kontrol gruplarında minimum 30 olması gerektiği belirtilmektedir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000; Karasar, 2008). Ayrıca bu çalışmanın müdahale bölümüne ayrılan sürenin sınırlılığı nedeni ile post hoc analiz yapılmış ve araştırma 37 müdahale ve 33 kontrol grubu kadın ile tamamlanmıştır. Çalışmadan elde edilen doğum korkusu puan ortalamaları (müdahale grubu:  $30,81 \pm 20,64$  ve kontrol grubu:  $67,94 \pm 27,37$ ) ile hesaplanan effect size 1,53 olarak bulunmuştur. Effect size: 1,53,  $\alpha=0,05$ , müdahale grubu; 37 ve kontrol grubu: 33 alınarak yapılan hesaplamada çalışmanın gücü (power) 0,99 olarak bulunmuştur.

#### **3.4.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya,

- Aydında ikamet eden
- 18-35 yaş arasında olan,
- Primipar,
- Gebelik haftası 28-30 olan,
- Tekil gebeliği olan,
- En az ilkokul mezunu olan (ölçekler öz bildirim yöntemi ile doldurulacağından en az ilkokul mezunu olması gerekmektedir),
- Gebeliği düşük riskli olan (Sağlık Bakanlığı bildirimleri temel alınarak) ve
- Kendinin veya eşinin telefon numarasını vermeyi kabul eden kadınlar dâhil edilmiştir.

#### **3.4.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri**

- Ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü olan,
- İnfertilite öyküsü olan,
- Konuşma ve işitme bozuklukları olan,

- Madde ve uyuşturucu bağımlılığı olan kadınlar araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

### 3.4.6. Veri Toplama Yöntemi

#### 3.4.6.1. Randomizasyon

Katılımcıların gruplara atanmasında tam randomizasyon tekniği kullanılmıştır. Tam randomizasyon <https://www.randomizer.org/> sitesi üzerinden yapılmıştır. Bilgisayarla oluşturulmuş iki randomizasyon dizisi, bire bir olarak uygulanmıştır. Bu sistemde bazı sayıların her iki gruba da atandığı gözlenmiştir. Bu durumu yönetmek için, öncelikle numara aralığı 1—120 olarak tanımlanıp 60 kişilik tek bir set oluşturulmuştur. Sonrasında diğer set oluşturulurken ilk setin içinde olmayan 60 sayı belirlenerek kullanılmıştır. Çalışmadan ayrılmak isteyen katılımcılar standart bakım almaya devam ederek çalışmadan çıkartılmıştır. Kendini bildirim yöntemi ile doldurulan veri toplama araçlarında eksik kalan katılımcıların verileri intention-to-treat yöntemi ile tamamlanmıştır (Günüşen ve Üstün, 2009). Intention-to-treat analizi randomize kontrollü çalışmalarda örnekleme alınan kişilerin araştırmaya alım kriterlerinin değişip değişmediğine bakılmaksızın, önerilen girişime uyup uymadığı veya tedavi protokolünden çekilip çekilmediği farketmeksizin tüm bireylerin verilerinin analiz edilmesidir. Intention-to-treat analizi genellikle “bir kez randomize edildiğinde, daima analiz edilir” olarak da tanımlanmaktadır (Kruse ve ark, 2002). Intention-to-treat randomizasyonun sağladığı gruplar arası çeşitliliği ve dengeyi sürdürmek ve denenen uygulamanın klinik etkililiğinin olduğundan daha yüksek çıkmasını önlemek amacı ile yapılmaktadır (Streiner ve Geddes, 2001). Kayıp veriler ele alınırken verilerin kesikli ya da sürekli veri olmasına göre iki yöntem kullanılmaktadır. Kesikli verilerde, kayıp veriler olabilecek en iyi sonuç (best-case scenario) varsayılarak ya da en kötü (worst-case scenario) sonuç varsayılarak doldurulur. Sürekli verilerde kayıplar doldurulurken kullanılan en yaygın yöntem en son gözlemlenen verinin sonuç ölçümlerinin (last observation carried forward) tekrarlanarak doldurulmasıdır (Günüşen ve Üstün, 2009). Bu çalışmada kayıp veriler sürekli değişken olduğu için en son gözlemlenen verinin sonuç ölçüm tekrarlanarak doldurulmuştur.

### **3.4.6.2. K rleme**

Araştırmanın müdahale bölümü eğitim ve danışmanlık gibi somut kapsam içerdiğinden katılımcıları ve araştırmacıyı gruplara göre k r etmek mümkün değildir. Ancak randomizasyon bilgisayar sisteminde yapılmıştır. Gebelerin gruplara atanması k rleme yapılamadan araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Yine tanıtıcı bilgi formu ve araştırmanın tüm bağımlı değişkenlerinin verileri, ön test ve son test aşamalarında kendini bildirim yöntemi ile toplanmış ve araştırmacı ölçek sonuçlarına k r olmuştur. Çalışmada  n test aşaması grupların randomize olarak atanmasından önce yapılmıştır. Bunlara ek olarak verilerin analizi sorumlu araştırmacı tarafından yapılmış olup k r olarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.4.7. Veri Toplama Formları**

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi  l eği A Versiyonu (Ek 2), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi  l eği B Versiyonu (Ek 3), Spielberger Durumluluk Kaygı  l eği (DK ) (Ek 4), Doğum  z-Yeterlilik  l eği Kısa Formu (D YE-D32) (Ek 5) ve Postpartum Soru Formu (Ek 6) ile toplanmıştır.

#### **3.4.7.1. Tanıtıcı bilgi formu (Ek 1)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sağlık güvencesi, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları, boy uzunluğu, gebelik öncesi kilo), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, küretaj sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, gebelik haftası), gebeliğin planlı olma ve istenme durumu, gebe eğitim sınıflarına katılma durumunu sorgulayan 19 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi  l eği (W-DEQ) (Ek 2, Ek 3)**

Wijma ve ark (1998) tarafından, kadınların doğum korkusu ile ilgili yaşadığı klinik deneyimlerden yararlanılarak Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi  l eği (W-DEQ)



geliştirilmiştir. Bu ölçek, kadınlara doğumdan önceki beklentileri (versiyon A) ile doğumdan sonraki deneyimlerini (versiyon B) sorgulayan sorular ile, doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkunun yapısını ölçmek üzere geliştirilmiştir (Wijma ve ark, 1998). Ölçek ile hem doğum yapmamış kadınların hem de doğum yapmış kadınların yaşadığı doğum korkusu belirlenebilmektedir. Ölçekte korku, güven, yalnızlık hissi, mutluluk gibi duygu ve düşünceleri içeren her iki versiyonda 33'er soru bulunmaktadır.

W-DEQ A Versiyon'unda yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup altılı likert tiptedir. Sıfır "tamamen", beş ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır (Wijma ve ark, 1998). W-DEQ B Versiyon'unda yanıtlar 1'den 6'ya kadar numaralandırılmış olup altılı likert tiptedir. Bir "tamamen", altı ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 33 iken, maksimum puan 198'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır (Wijma ve ark, 1998).

Her iki versiyon için W-DEQ puanları dört alt grupta değerlendirilmektedir. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı  $\leq 37$ ), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı  $\geq 85$ ) (Wijma ve ark, 1998).

Wijma ve ark (1998) tarafından yapılan çalışmada split-half güvenilirliği nulliparlarda 0,87, multiparlarda 0,96, toplam grupta 1,00 olarak saptanmıştır. Cronbach Alfa değerleri ise nulliparlarda 0,89, multiparlarda 0,99 ve toplam grupta 0,93 olarak belirlenmiştir. Körükçü (2009)'nün çalışmasında W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Split-Half güvenilirliği hem nulliparlar, hem multiparlar, hem de toplam grup için 0,91 olarak belirlenmiştir. Cronbach Alfa değeri ise nulliparlar için 0,88, multiparlar için 0,90 ve toplam grup için 0,89 olarak bulunmuştur. W-DEQ Ölçeği B Versiyonunun kapsam ve ölçüt geçerliliği ise Uçar (2013) tarafından yapılmıştır. Araştırmada W-DEQ Ölçeği B Versiyonunun Cronbach Alfa değeri ise toplam 0,88 olarak bulunmuştur.

### 3.4.7.3. Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (Ek 4)

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’de geliştirilen Durumluluk Kaygı Ölçeğinin (DKÖ) ülkemizdeki geçerlilik güvenirliliği Öner tarafından 1977’de yapılmıştır (Öner 1985). DKÖ belirli koşullarda bireyin kendisini ve bireyin belli bir anda nasıl hissettiğini ifade etmesini, bireyin kendi durumuna ilişkin duygularını dikkate alarak cevap vermesini gerektirir. DKÖ 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Durumluluk Kaygı Ölçeği doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler olmak üzere iki tür ifadeden oluşmaktadır. Durumluluk Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeleri kapsamaktadır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunur daha sonra doğrudan ifadeler için ters ifadelerin toplam ağırlık puanı elde edilen toplam ağırlık puanından çıkarılır. Bu sayıya, önceden tespit edilen sabit değer eklenir. DKÖ için bu değişmeyen değer 50 dir. En son elde edilen skor bireyin araştırılan kaygı puanını oluşturur. DKÖ puanına göre kaygı düzeyi sınıflaması yapılırken 0-19 puan aralığı kaygının olmadığını, 20-39 puan aralığı kaygının orta düzeyde olduğunu, 40-59 puan aralığı kaygının yüksek olduğunu, 60-79 puan aralığı ağır düzeyde kaygı olduğunu, 80 ve üzeri puan aralığının ise panik düzeyde kaygının varlığını gösterir (Özşahin, 2017).

### 3.4.7.4. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form (DÖYE-D32) (Ek 5)

Doğum Öz-yeterlilik Ölçeği 1993 yılında Lowe tarafından geliştirilmiştir (Lowe, 1993). Bu ölçek 62 sorudan oluşmaktadır ve kadınların kendine güven ve baş etme yeteneğinin etkisini ölçen, likert tipinde bir ölçektir. Bu ölçek antenatal ve postnatal dönemlerde kullanılabilir. Ip ve ark (2007) tarafından, doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini ölçmek için ‘‘Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği-Kısa Versiyonu’’ geliştirilmiştir. Bu ölçek sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutu 16 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak olan en düşük puan 16, en yüksek puan ise 160’dır. Her bir alt boyuttan alınacak en yüksek puan gebelerin doğum eylemine ilişkin yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği’nden alınabilecek toplam en düşük puan 32, toplam en yüksek puan ise 320’dir. Bu ölçekten alınacak en yüksek puan ise gebelerin doğum eyleminde özyeterlilik düzeylerinin

yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutunda; 1 “hiç yararlı değil”, 10 ise “çok yararlı” şeklinde, yeterlilik beklentisi alt boyutunda ise; ilk 13 soru 1 “tamamen eminim”, 10 “hiç emin değilim”, 14-16 arasındaki sorular 1 “hiç emin değilim”, 10 ise “tamamen eminim” şeklinde ifade edilmektedir. Likert tipi ölçekteki yanıtlar 1’den 10’a kadar puanlandırılmıştır. Ölçekteki yeterlilik beklentisi alt skalasındaki 1’den 13’e kadar olan sorular, tersine çevrilerek puanlanacaktır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ersoy (2011) tarafından yapılmış olup Cronbach Alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

#### **3.4.7.5. Postpartum soru formu (Ek 6)**

Bu formda kadın ve bebek ile ilgili; doğum şekli, sezaryen doğum nedeni, doğum salonuna erken ve geç kabul, eylemin spontan başlaması, annede ve bebekte doğum sırasında yaşanan problemler, acil sezaryene alınma, vakum ile doğum, doğumda epidural analjezi kullanımı, gebelikte ve doğum sonrası hipertansiyon durumu, preterm eylem, doğumun uzunluğu, bebeğin doğum kilosu, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış ve anne için kan transfüzyonu durumu, anne için hastanede yatış süresi ve gelecekte tercih etmek istediği doğum şeklini sorgulayan 22 adet soru yer almaktadır. Bu form araştırmacılar tarafından doğum sonrası 12-24. saatte anneler ile yüz yüze görüşme yapılarak ve doğum dosyası incelenerek doldurulmuştur.

#### **3.4.8. Müdahalenin (Bireysel Danışmanlık Programının) Hazırlanması ve Standardizasyonu**

Doğum korkusunu azaltmak üzere geliştirilen rehberde ebeler tarafından yaygın olarak kullanılabilir olan ve etkinliğini test etmek üzere seçilen bireysel danışmanlık programı kullanılmıştır. Bireysel danışmanlık programının oluşturulmasına yönelik ilk olarak literatür doğrultusunda doğum korkusunu azaltmak için verilen danışmanlık programları incelenmiş ve bir eğitim planı oluşturulmuştur (Fenwick ve ark, 2015; Andaroon ve ark, 2017; Airo ve ark, 2018; Uçar ve Gölbaşı, 2018). Eğitim planı içerisinde kadınlar ile yapılacak olan görüşmeler sırasında kadınların doğum hakkında bildikleri, duygu ve tutumları, önceden belirlenmiş inanç, davranış ve yanlış inanışlarını belirleme,

pozitif düşüncelerini güçlendirme, sosyal desteğini geliştirme, mevcut destek ağları hakkında tartışma, doğumda olumlu yaklaşımlarını güçlendirme ve doğum korkularını azaltmak için olası çözümleri tanımlama amacı ile doğum korkusunu azaltmaya yönelik bireysel danışmanlık programı görüşme formu hazırlanmıştır. Daha sonra görüşmeler sırasında kadınlara anlatılmak üzere literatür doğrultusunda hazırlanan doğum korkusunu azaltmaya yönelik eğitim kitapçığı ve doğum hikayeleri oluşturulmuştur (Okumuş, 2014; Taşkın, 2014; Rathfisch, 2015; Cunningham ve ark, 2016; Gaskin, 2018). Bireysel danışmanlık programı kapsamında yararlanılmak üzere internet üzerinden açık erişimi olan dört farklı doğum videosu belirlenmiştir. Bu videoların ikisi doğum sürecinin tamamını anlatırken ikisi yalnızca bebeğin doğduğu anı açık olarak göstermektedir. Bireysel danışmanlık programı görüşme formu, eğitim kitapçığı ve doğum hikâyelerinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Ebelik Anabilim Dalı'ndan iki öğretim üyesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve Psikoloji Anabilim Dalı'ndan bir öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Uzman görüşleri sonrası görüşme formu, eğitim kitapçığı ve doğum hikayelerine son şekli verilmiş ve doğum korkusunu azaltmaya yönelik bireysel danışmanlık programı oluşturulmuştur (Ek 7). Doğum videolarının uygunluğu araştırmacı ve danışman tarafından değerlendirilmiştir. Araştırmalarda doğum korkusu ile ilişkili müdahalelerin 2 ile 8 hafta arasında olmak üzere bireysel ve grup olarak uygulanabildiği ve her seansın 45 ile 120 dk arasında sürebildiği rapor edilmektedir (Saisto ve ark, 2001; Navae ve ark, 2015; Rouhe ve ark, 2015a; Serçekuş ve Başkale, 2016; Karabulut ve ark, 2016; Kızılırmak ve ark, 2016). Bu neden ile bireysel danışmanlık programı kapsamında kadınlar ile üç kez görüşme planlanmıştır. Görüşme formunun ve her görüşmenin içeriği aşağıdaki gibidir.

### **İlk görüşme (28–30. hafta),**

Doğumla ilgili basit, tehdit edici olmayan açık sorular sorma, aktif dinleme ve kadınların endişeleriyle ilgili geribildirimler alma yöntemleri ile kadınların doğumla ilgili duygu ve tutumlarını ifade etmeleri için teşvik etme.

İlk görüşme için oluşturulan sorular şöyledir;

- Doğum eylemi hakkında düşünceleriniz nelerdir? Lütfen açıklayınız?
- Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor veya kolay bir durum mudur?
- Doğum yapabilme yeteneğiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Doğum ile ilgili duygularınızı ifade edecek aklınıza ilk gelen kelimeleri yazarmısınız?

Ek olarak ilk görüşmede gebeye ev ödevi verilmektedir. Verilen ev ödevi ikinci görüşmede tartışılacaktır.

### Ev Ödevi I

Bir sonraki görüşmeye kadar doğum ile ilgili içinizden gelen duygu ve düşüncelerinizi yazınız.

### **İkinci Görüşme (31–33 hafta):**

Doğum ile ilgili önceden belirlenmiş inanç ve davranışlara yönelik sorular sorma, yanlış inanışları netleştirme ve bu inanışlarla ilişkili doğru bilgi sunma, doğum yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerin değerlendirilmesinde önemli hususlar hakkında bilgi verme, doğal doğumun aşamaları hakkında bilgi verme, kadının sorularını gerçekçi olarak yanıtlama ve annenin pozitif düşüncelerini güçlendirme.

-Ev ödevini tartışma

- Sizin için doğum korkulacak bir durum/olay mıdır? Gerekçeleri ile açıklayınız?
- Çevrenizden duyduğunuz olumlu ve olumsuz doğum hikâyeleri nelerdir?
- Bu hikâyeler içerisinde sizi en çok etkileyen durum/durumlar nelerdir?
- Doğum eylemine ilişkin neler olmasından korkuyorsunuz? (ağrı, doğum ile ilgili bilinmezlikler, gebeliğin fiziksel aktivite üzerine olumsuz etkileri, doğum personeline olan güvensizlik, bebeğin ve sizin zarar görmesi, epizyotomi, ölüm korkusu, bebeğin ölü/malformasyonlu olması vb.)
- Verilen eğitim dışında öğrenmek istediğiniz bir konu var mı?

İkinci görüşme sırasında kadınlara literatür doğrultusunda hazırlanan doğum korkusunu azaltmaya yönelik eğitim kitapçığı verilmiş ve içerisindeki konular araştırmacı tarafından anlatılarak tartışılmıştır.

Eğitim kitapçığının içerisinde yer alan konular aşağıdaki gibidir;

1. Normal Doğum Fizyolojisi
2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri
3. Doğum Eyleminde Hormonların Rolü
4. Doğum Başladığında Yapılması Gerekenler
5. Doğum İçin Hastaneye Gittiğinizde Neler İle Karşılaşacaksınız
6. Doğumun Aşamaları
  - 6.1. Doğumun Birinci Aşaması
  - 6.2. Doğumun İkinci Aşaması
  - 6.3. Doğum Masasında Nefes Alıp Verme

#### 6.4. Doğumun Üçüncü Aşaması

#### 6.5. Doğumun Dördüncü Aşaması

### 7. Diğer Doğum Tipleri

#### 7.1. Müdahaleli Doğum

#### 7.2. Sezaryen Doğum

### Ev Ödevi II

Doğumda yanınızda olmasını istediğiniz kişiler kim/kimler olacak? Doğum başladığında kimleri arayacaksınız?

Ayrıca bireysel farklılıklara göre gebelerin danışmanlık sırasında korku ve endişelerine yönelik anlatılanlar dışında belirlediği konular (gebelikte egzersiz, emzirme, doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri, gebelik ve doğumun cinsel yaşam üzerine etkisi ve gebelikte oluşan rahatsızlıklar vb.) her gebeye özel olarak düzenlenmiş ve programa dâhil edilmiştir.

### **Üçüncü görüşme (32-34 hafta):**

Sosyal desteği geliştirme, mevcut destek ağları hakkında tartışma, doğumda olumlu yaklaşımları güçlendirme (doğum korkularını azaltmak için olumlu stratejiler önermek) ve çözüm önerileri sunma, kadına, olası çözümleri tanımlaması ve doğumu ile ilgili karar verebilmesi için sorular sorma ve karar vermesine yardım edilerek destekleme.

-Ev ödevini tartışma

- Doğumda sizin yanınızda olmasını istediğiniz yakınınız kimdir? Kimler olabilir?
- Doğumda yanınızda olacak kişiden size nasıl yardımcı olmasını bekliyorsunuz?  
(Yardım kartı oluşturma)
- Doğumla ilişkili korktuğunuz durumdan kurtulmak ya da baş etmek için ne yapabilirsiniz? Size ne yardımcı olur?

-Doğum videoları ve doğum hikâyeleri paylaşma

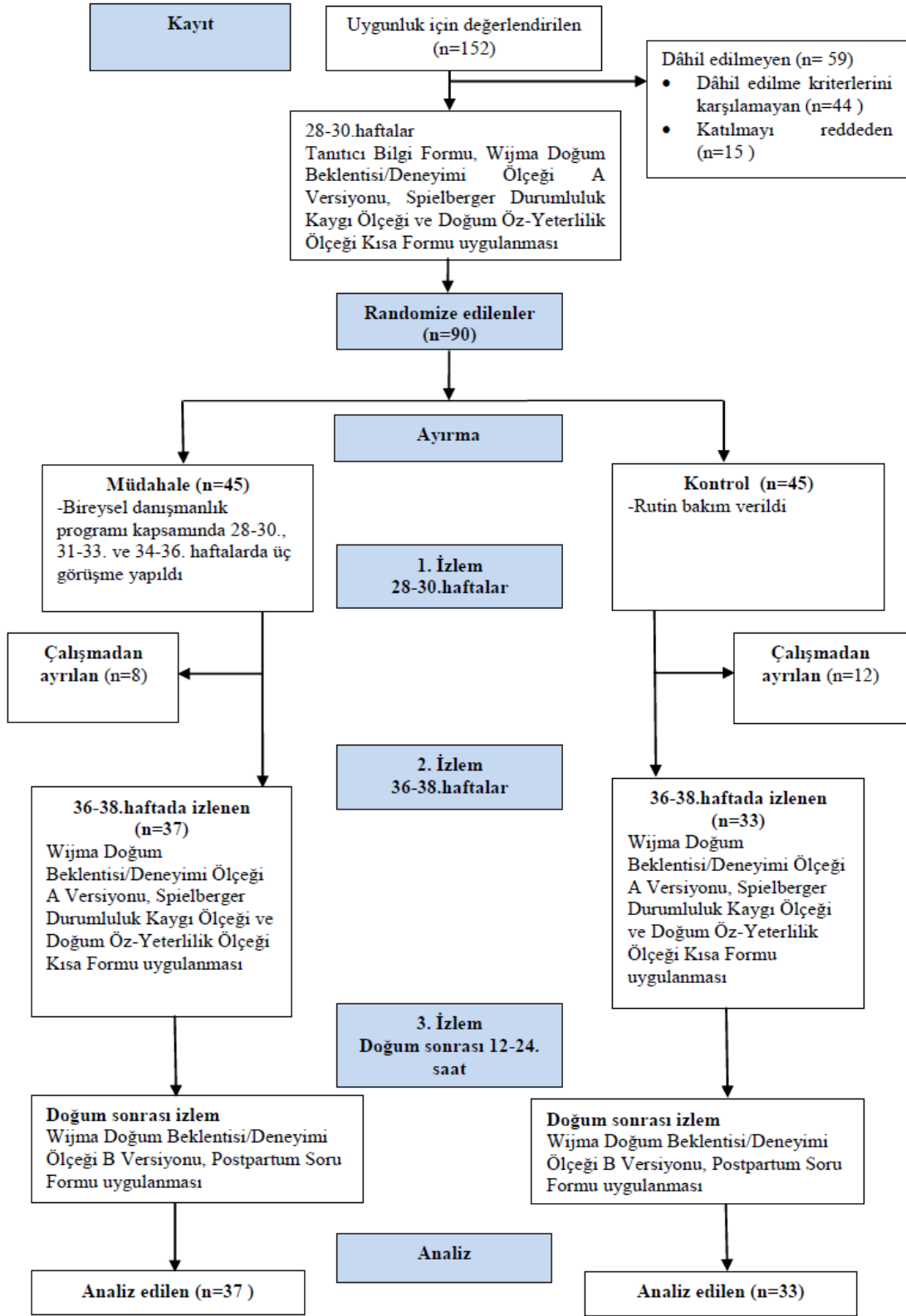
### **3.4.9. Ön Uygulama**

Araştırmacı tarafından düzenlenen "Gebelerde Doğum Korkusunu Azaltmaya Yönelik Eğitim Kitapçığı", "Görüşme Formu" "Doğum Hikayeleri" ve "Doğum Videoları"nın anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini test etmek için 5 gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında eğitim kitapçığı, doğum hikayeleri, doğum videolarının ve görüşme formunda yer alan soruların yeterli ve anlaşılır olduğu anlaşılmış yalnızca görüşme

formunda yer alan ev ödevlerinin ayrı bir kâğıda yazılarak gebelerin eline verilmesi kararlaştırılmıştır.

#### **3.4.10. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplama Süreci**

Araştırma kapsamında çalışmanın yürütülmesi ve veri toplama süreci CONSORT akış planında gösterilmiştir (Şekil 2).



Şekil 3. CONSORT akış planı.



### **3.4.11. Gebelerin Kayıt Edilmesi, Randomizasyonu ve Ön Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında öncelikle Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde polikliniğe başvuran ve/veya Aile Sağlığı Merkezlerine gelen gebe kadınlar ile tanışılarak, araştırmaya uygunluk kriterleri değerlendirilmiş, uygun kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılma izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin yazılı onamları alındıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur. Ardından Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu, Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu soru listesinin doldurulmasına ilişkin açıklama yapılmış ve gebelerin kendini bildirim yöntemi ile bu formları doldurmaları sağlanmıştır. Ölçek sonuçları araştırma sonunda analiz edilmiştir. Ardından gebelerin daha önce belirlenen randomizasyon setine göre gruplara (müdahale veya kontrol) ataması yapılmış ve müdahale grubuna müdahalenin kapsamı konusunda bilgi verilmiştir.

### **3.4.12. Müdahale**

Müdahale grubundaki gebelere rutin bakım ile birlikte üç oturumdan oluşan müdahale programı uygulanmıştır. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde gebeler ile müdahale süresince görüşme yapılabilecek zaman programı oluşturulmuştur. Görüşmeler, 28-30., 31-33. ve 34-36. gebelik haftalarında olmak üzere toplam üç kez yapılmıştır. Bu görüşmeler gebelerin sağlık merkezlerine doğum öncesi bakım hizmetleri almak üzere geldikleri ziyaret günlerinde gerçekleştirilmiştir. Her ziyarettaki müdahale süresi yaklaşık 60-80 dakika sürmüştür. Kadınların tercihine göre ikinci veya son görüşme sırasında doğum salonu ziyaret edilmiş ve gebenin ebeler ile tanışması sağlanmıştır. Doğum salonuna gitmek istemeyen gebeler için alternatif olarak Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi başhekimliğinden alınan sözel izin doğrultusunda doğum salonunun fotoğrafları çekilmiş ve kadınlara gösterilmiştir. Fotoğraf çekimleri hasta ve çalışanların bulunmadığı boş ortamlarda yapılmıştır. Yine eğitim programının içinde bildirilen doğum videolarının linki verilerek kadınların örnek videoları izlemesi sağlanmıştır. Bebeğin doğduğu anı açık olarak gösteren iki videoyu izlemek istemeyen kadınlar (5 kadın) ile yalnızca doğum sürecinin gösterildiği iki videonun linki paylaşılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılara, ek desteğe ihtiyaç duydukları takdirde,

görüşme yapılmak üzere bir irtibat telefon numarası (08.00-24.00 arası) sağlanmıştır. Ayrıca bireysel danışmanlık programı kapsamında gebelikte egzersiz, emzirme, doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri, gebelik ve doğumun cinsel yaşam üzerine etkisi ve gebelikte oluşan rahatsızlıklar ile ilgili ilave danışmanlık verilmiştir.

Kontrol grubu ise Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde sunulan rutin bakım almaya devam etmiştir. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen doğum öncesi bakım rehberlerine uygun bakımlar sunulmaktadır.

Müdahaleler Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesindeki emzirme polikliniği odasında, Aile Sağlığı Merkezlerinde ise uygun olan emzirme odaları veya pansuman odalarında yapılmıştır. Müdahale sırasında kadının mahremiyetine özen göstermek amacı ile gebe ile araştırmacının bu odalarda yalnız kalması sağlanmış ve gebelerin kendilerini daha rahat hissetmeleri için özen gösterilmiştir. Müdahale grubunda bias'ı önlemek için, eğitim yeri, gürültü seviyesi, eğitim ekipmanları ve günün saati ile ilgili koşulların aynı tutulması sağlanmaya çalışılmıştır.

### **3.4.13. Gebelik Süresince Müdahale ve Kontrol Gruplarının İzlemi**

Her iki gruba (kontrol ve müdahale gruba) 36-38. haftalarda-son görüşmeden bir hafta sonra Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu, Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu tekrar uygulanmıştır.

### **3.4.14. Postpartum İzlem ve Verilerin Toplanması**

Doğum sonrası sonuç kriterleri olarak epidural analjezi kullanımı, klinik hipertansiyon (20. haftadan sonra kan basınının 140/100 mmHg ve üzeri olması), preterm eylem (37. gestasyonel hafta ve altındaki doğumlar), sezaryen veya vakum ile doğum, doğum uzunluğu, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış, anne için hastanede yatış süresi ve kan nakli yapılma durumu hakkında veri elde edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen kadınların doğuma giderken veya doğum yaptıklarında araştırmacıya telefon ile haber vermeleri istenmiştir. Gebelerin 67 tanesi hastanede bulunduğu süre içerisinde doğum yaptığını haber vermiş, 3 tanesinin ise doğum yaptığını dair bilgileri ebelerinden alınmıştır. Doğum sonrası

12-24. saatte bu veriler Postpartum Soru Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme ve kendini bildirim tekniği kullanılmıştır. Gebelerin doğum ile ilgili verileri hasta dosyasından elde edilmiştir.

### **3.4.15. İstatistiksel ve Analitik Yöntemler**

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 18 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri bakımından müdahale ve kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Araştırma verileri tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, t-testi, Fisher testi ve Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumları, ikamet yeri, aile yapısı, sigara kullanımı, eşlerinin eğitim ve çalışma durumu gibi özellikteki tanıtıcı değişkenlerinin gruplar arası karşılaştırılması için Ki-kare testi, t testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır.

Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Shapiro-Wilk testi kullanılmış ve kadınların yaşı, doğum süresi, bebeğin doğum kilosu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonu ve Durumluk Kaygı Envanteri puanları normal dağılım gösterdiğinden, müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Kadınların doğum salonuna kabul edildiğinde servikal dilatasyonu, gebelik haftası, doğum sonu hastanede kalma süresi, Doğum Öz Yeterlilik ölçeği ve alt ölçek puanları normal dağılım göstermediğinden, müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik öyküleri, gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin verilerin karşılaştırılması için Ki-kare, Fisher's Exact testi ve t testi kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve doğum sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonu, doğum korkusu dereceleri, Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği, Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği ve alt ölçek puanları bakımından karşılaştırılmasında Ki-kare testi, t testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

### **3.4.16. Araştırmanın Güçlükleri**

Araştırmanın veri toplama sürecinde müdahale grubundaki gebeler ile görüşme yapılırken bir Aile Sağlığı Merkezinin fiziki koşullarındaki yetersizliğe bağlı olarak gebe, bebek/çocuk izlem ve aşı gibi rutin işler görüşmenin kesintiye uğramasına ve görüşme süresinin uzamasına neden olmuştur. Yine çalışmada yaşanan güçlüklerden biri kontrol grubundaki kadınların araştırmaya katılım için gönülsüz olmaları idi. Bu güçlüğü kontrol edebilmek için müdahale ve kontrol grubundaki kadınlara doğum sonu görüşmeler sırasında postpartum izlemleri yapıldıktan sonra emzirme eğitimi verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır.

### **3.4.17. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.04.2018 tarihinde onay (Sayı: 92340882-050.04.04; Ek 8), çalışmanın yürütüleceği Aile Sağlığı Merkezleri ve Aydın Kadın doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden 04.07.2018 tarihli (Sayı: 69836136-605.01; Ek 9) araştırma izni alınmıştır. Ayrıca araştırma protokolüne ilişkin Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.04.2020 tarihinde son onay (Sayı: 92340882-050.04.04; Ek 10) alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için kanıta dayalı rehber geliştirmek ve etkinliğini test etmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular iki bölüm halinde sunulmuştur.

### 4.1. Rehber Geliştirme Süreci Bulguları

Geliştirilen rehberde doğum korkusunu azaltmak için belirlenen on müdahale önerisi GRADE kanıt derecesi ve öneri kategorisi ile birlikte Tablo 4’de sunulmuştur. Müdahalelerin etkinliğine dair kanıtlar, 13 randomize kontrollü çalışma, 13 ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışma ve 5 ön test-son test kontrollü yarı deneysel çalışmanın incelemesinden elde edilmiştir. Doğum korkusunu azaltmak için belirlenen müdahaleler (Tablo 4);

- Psiko-eğitici grup terapisi,
- Doğum öncesi eğitim,
- Bireysel danışmanlık programı,
- İntrapartum destekleyici bakım,
- Bilişsel davranış terapisi,
- Kalp hızı değişkenliği biofeedback,
- Antenatal hipnoz eğitimi,
- Grup sanat terapisi ve
- Roy Uyum Modeline dayalı aralıklı doğum desteği ve
- Öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlıktır.

## 4.2. Bireysel Danışmanlık Programının Test Edilmesi ile İlgili Bulgular

### 4.2.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Kadınların müdahale ve kontrol gruplarına göre bazı sosyo-demografik özellikleri ilişkin verileri Tablo 6'da görülmektedir. Araştırmaya katılan müdahale grubundaki kadınların yaş ortalaması  $26,95 \pm 4,38$  (aralık: 18-35) ve kontrol grubundakilerininki  $25,39 \pm 4,27$  (aralık: 18-34) olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki kadınların %48,6'sının ve kontrol grubundakilerin %48,5'inin üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu, müdahale grubundaki kadınların %37,8'inin ve kontrol grubundakilerin %24,2'sinin gelir getiren bir işte çalıştığı, müdahale grubundaki kadınların %74,4'ünün ve kontrol grubundakilerin %75,8'inin gelir durumunu giderine denk veya fazla olarak bildirdiği görülmüştür. Araştırma kapsamında müdahale grubundaki kadınların %89,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %97,0'ının sosyal güvenceye sahip olduğu ve her iki gruptaki kadınların tamamının resmi nikâhının bulunduğu belirlenmiştir. Yine müdahale grubundaki kadınların %5,4'ünün ve kontrol grubundakilerin %21,2'sinin gebeliklerinde sigara kullandığı, müdahale grubundakilerin %13,5'inin ve kontrol grubundakilerin %21,2'sinin doğum öncesi eğitim sınıflarına katıldıkları, müdahale grubundaki kadınların %56,8'inin ve kontrol grubundakilerin %24,2'sinin gebeliklerini planlamadıkları, fakat her iki gruptaki kadınların tamamının gebeliğini istediği saptanmıştır. Çalışmada yalnızca müdahale grubundaki üç gebenin spontan düşüğü olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş ortalaması, eğitim durumu, meslek, gelir durumları, sigara kullanımı, doğum öncesi eğitim alma, doğum öncesi eğitim alma sayısı, gebeliği planlama ve isteme durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu saptanmıştır. Ancak kontrol grubundaki kadınların ilçe merkezinde yaşama (%33,3) ve geniş aileye sahip olma (%24,2) oranlarının müdahale grubuna (sırası ile %10,8 ve %2,7) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur (sırası ile  $\chi^2=5,255$ ;  $p=0,022$ ;  $\chi^2=7,223$ ;  $p=0,010$ ).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim ve çalışma durumu incelendiğinde, müdahale grubundaki kadınların eşlerinin %45,9'unun üniversite ve üzeri eğitimde ve kontrol grubundakilerin %51,5'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Ancak, yapılan analizde kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu saptanmıştır. Yine müdahale grubundaki kadınların eşlerinin %67,6'sının ve kontrol grubundakilerin eşlerinin %87,9'unun serbest mesleğe sahip oldukları

belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde de bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=4,081$  p= 0,043; Tablo 6).

**Tablo 6.** Kadınların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Müdahale (n=37)	Kontrol (n=33)	t/ Z/ $\chi^2$	p
<b>Yaş±SS (min-max)</b>	26,95±4,38 (18-35)	25,39±4,27 (18-34)	1,496	0,139*
<b>Eğitim durumu, n (%)</b>				
İlkokul ve ortaokul	5 (13,5)	6 (18,2)	0,341	0,843
Lise	14 (37,8)	11 (33,3)		
Üniversite ve Üzeri	18 (48,6)	16 (48,5)		
<b>Eşin eğitim durumu, n (%)</b>				
İlkokul ve ortaokul	10 (27,0)	9 (27,3)	5,825	0,054
Lise	10 (27,0)	17 (51,5)		
Üniversite	17 (45,9)	7 (21,2)		
<b>Meslek, n (%)</b>				
Ev hanımı	23 (62,2)	25 (75,8)	1,496	0,221
Çalışan	14 (37,8)	8 (24,2)		
<b>Eş meslek</b>				
Serbest meslek	25 (67,6)	29 (87,9)	4,081	<b>0,043</b>
Memur	12 (32,4)	4 (12,1)		
<b>Sosyal güvence, n (%)</b>				
Var	33 (89,2)	32 (97,0)	1,592	0,361 <sup>†</sup>
Yok	4 (10,8)	1 (3,0)		
<b>İkamet yeri</b>				
İl	33 (89,2)	22 (66,7)	5,255	<b>0,022</b>
İlçe	4 (10,8)	11 (33,3)		
<b>Algılanan gelir durumu, n (%)</b>				
Gelir giderden düşük	8 (21,6)	8 (24,2)	0,068	0,794
Gelir gidere denk veya fazla	29 (74,4)	25 (75,8)		
<b>Aile yapısı</b>				
Çekirdek aile	36 (97,3)	25 (75,8)	7,223	<b>0,010<sup>†</sup></b>
Geniş aile	1 (2,7)	8 (24,2)		
<b>Gebelikte sigara kullanımı</b>				
Hayır	35 (94,6)	26 (78,8)	3,890	0,074 <sup>†</sup>
Evet	2 (5,4)	7 (21,2)		
<b>Kullanılan sigara miktarı/günde ±SS (min-max)</b>				
	4,50±2,12 (3-6)	4,85±3,44 (1-10)	-,136	0,896
<b>Beden kitle indeksi</b>				
	23,22±3,90 (17-32)	23,45±4,10 (17-35)	-,735	0,812 <sup>‡</sup>
<b>Doğum öncesi eğitim alma durumu</b>				
Var	5 (13,5)	7 (21,2)	0,728	0,462
Yok	32 (86,5)	26 (78,8)		
<b>Doğum öncesi eğitimin alındığı yer</b>				
Kadın doğum hastanesi	4 (10,8)	5 (15,1)	0,839	0,657
Gebe eğitim destek merkezi	1 (2,7)	2 (6,1)		
<b>Doğum öncesi eğitim sayısı</b>				
	3,00±2,0 (1-6)	3,00±1,15 (2-5)	0,000	1,000*
<b>Gebeliğin planlanma durumu</b>				
Hayır	21 (56,8)	8 (24,2)	2,795	0,095
Evet	16 (43,2)	25 (75,8)		
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>				
Evet	37 (100,0)	33 (100,0)		
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)		

SS: Standart sapma, \*t testi, <sup>†</sup> Fisher's Exact testi, <sup>‡</sup> Mann Whitney U testi

#### 4.2.2. Kadınların Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Verileri

Tablo 7 incelendiğinde müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların doğum salonuna kabul edildiğinde servikal dilatasyonu, gebelik haftası, doğum süresi, bebeğin doğum kilosu, doğum sonu hastanede kalma süresi, doğum eyleminin spontan başlaması, doğumun induksiyon ile başlatılması bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki kadınların (%59,5) kontrol grubundakilere göre (%39,4) daha fazla oranda normal doğum yaptığı bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=2,809$ ;  $p=0,094$ ). Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların sezaryen olma nedenleri tabloda verilmiştir (Tablo 7).

Yine kadınların isteğe bağlı sezaryen olma durumları incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların (%18,2) müdahale grubundakilere göre (%8,1) daha fazla sezaryen doğumu talep ettikleri görülmüştür. Ancak istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=1,580$ ;  $p=0,290$ ). Kontrol grubundaki kadınların (%28,6) müdahale grubundaki kadınlara (%10,3) göre daha fazla oranda acil sezaryene alındığı, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $\chi^2=2,741$ ;  $p=0,140$ ). Müdahale grubundaki kadınlarda gelecekte normal doğumu tercih etme oranının (%75,7) kontrol grubundakilere (%48,5) göre daha fazla olduğu ve bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=5,524$ ;  $p=0,019$ ; Tablo 7).



**Tablo 7.** Kadınların doğum eylemi ve postpartum döneme ilişkin verileri.

Doğum Eylemine İlişkin Özellikler	Müdahale (n=37) Ortalama±SS (min-max)	Kontrol (n=33) Ortalama±SS (min-max)	t/Z/χ <sup>2</sup>	p-değeri
Doğum salonuna kabul edildiğinde servikal dilatasyon (cm) <sup>§</sup> , (müdahale n=29, kontrol n=21)	1,55±1,05 (0-4)	1,19±1,21 (0-5)	-0,232	0,817*
Gebelik haftası	38,81±1,15 (36-41)	38,51±1,37 (36-42)	-1,093	0,275*
Toplam doğum süresi (saat) <sup>γ</sup> , (müdahale n=22, kontrol n=13)	14,50±8,07 (2-36)	14,88±4,95 (7-24)	-0,155	0,878†
Bebeğin doğum kilosu (gr)	3267,70±332,77 (2560,0-4125,0)	3287,88±441,74 (2180,0-4150,0)	-0,217	0,829†
Doğum sonu hastanede kalma (gün),	1,51±0,90(1-4)	1,76±1,84(1-11)	-0,237	0,812*
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
Doğum salonuna kabul edildiğinde servikal dilatasyonu <sup>§</sup> , (müdahale n=29, kontrol n=21)			0,055	0,669‡
0-3 cm	28 (96,6)	20 (90,9)		
4-10 cm	1 (3,4)	2 (9,1)		
Doğum eyleminin spontan başlaması <sup>§</sup> (müdahale n=29, kontrol n=21)			0,828	0,464‡
Hayır	4 (13,8)	5 (23,8)		
Evet	25 (86,2)	16 (76,2)		
Doğumun indüksiyon ile başlatılması <sup>§</sup> (müdahale n=29, kontrol n=21)	2 (6,9)	3 (14,3)	0,739	0,638‡
Doğum şekli				
Normal doğum	22 (59,5)	13 (39,4)	2,809	0,094
Sezaryen doğum	15 (40,5)	20 (60,6)		
Sezaryen nedeni (müdahale n=15, kontrol n=20)				
Prezentasyon bozukluğu	4 (26,7)	-		
İsteğe bağlı	3 (20,0)	6 (30,0)		
İlerlemeyen eylem	3 (20,0)	4 (20,0)		
Fetal distres	2 (13,3)	3 (15,0)		
İri bebek	1 (6,7)	1 (5,0)		
Kanama	1 (6,7)	1 (5,0)		
Enfeksiyon	1 (6,7)	-		
Nukal kord varlığı	-	1 (5,0)		
Oligohidramnios	-	1 (5,0)		
Pelvik darlık	-	1 (5,0)		
Postmatür	-	1 (5,0)		
Vajinal varis	-	1 (5,0)		
İsteğe bağlı sezaryen	3 (8,1)	6 (18,2)	1,580	0,290‡
Acil sezaryene alınma durumu <sup>§</sup> (müdahale n=29, kontrol n=21)			2,741	0,140‡
Hayır	26 (89,7)	15 (71,4)		
Evet	3 (10,3)	6 (28,6)		
Gelecekteki doğum tercihi				
Normal doğum	28 (75,7)	16 (48,5)	5,524	<b>0,019</b>
Sezaryen doğum	9 (24,3)	17 (51,5)		

SS: Standart sapma, \*Mann Whitney U testi †t testi ‡ Fisher's Exact testi § Planlı sezaryen doğumlar analize dâhil edilmemiştir. γ Sezaryen doğumlar için doğum süresi kayıt edilmemiştir.

Araştırmada doğum öncesi dönemde müdahale grubundaki kadınların (%13,5) kontrol grubundakilere göre (%9,1) daha fazla oranda gebeliğe ait herhangi bir problem yaşadıkları, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $\chi^2=0,337$ ;  $p=0,714$ ). İntrapartum süreçte müdahale ve kontrol gruplarındaki annelerin erken membran rüptürü (müdahale:  $n=1$ ; kontrol:  $n=2$ ), kanama (müdahale:  $n=1$ ; kontrol:  $n=1$ ), erken doğum (müdahale:  $n=1$ ) ve enfeksiyon (müdahale:  $n=1$ ) problemleri yaşadığı saptanmıştır. Yine doğumdan önce bebekte sağlık problemi yaşanma oranının kontrol grubundaki kadınlarda (%12,1) müdahale grubundakilere göre (%8,1) daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede grupların benzer olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=0,312$ ;  $p=0,699$ ; Tablo 8). İntrapartum dönemde bebekte yaşanan sağlık problemlerinin fetal distres (müdahale:  $n=3$ ; kontrol:  $n= 3$ ) ve mekonyumlu amniyotik mayi (kontrol:  $n= 1$ ) olduğu görülmüştür.

Çalışmada yalnızca müdahale grubundaki kadınların gebeliklerinde (%2,7) ve postpartum dönemde (%5,4) hipertansiyon problemi yaşadığı ve doğum sonu kan nakli olduğu (%2,7) belirlenmiştir. Yine araştırmada yalnızca kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin (%12,2) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kaldığı saptanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Kadınların gebelik, doğum eylemi ve postpartum dönemde yaşadığı problemlere ilişkin verileri.

<b>Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikler</b>	<b>Müdahale (n=37)</b>	<b>Kontrol (n=33)</b>	$\chi^2$	<b>p-değeri</b>
<b>Gebelikte hipertansiyon yaşama</b>				
Hayır	36 (97,3)	33 (100,0)		
Evet	1 (2,7)	0 (0,0)		
<b>Doğumundan önce annenin problem yaşama durumu</b>				
Hayır	33 (89,2)	30 (90,9)	0,057	0,565*
Evet	4 (10,8)	3 (9,1)		
<b>Doğumundan önce annenin yaşadığı problemler (müdahale n=4, kontrol n=3)</b>				
Erken membran rüptürü	1	2		
Kanama	1	1		
Erken doğum	1	-		
Enfeksiyon	1	-		
<b>Doğumundan önce bebekte problem yaşama durumu</b>				
Hayır	34 (91,9)	29 (87,9)	0,312	0,699*
Evet	3 (8,1)	4 (12,1)		
<b>Doğumundan önce bebekte yaşanan problemler (müdahale n=3, kontrol n=4)</b>				
Fetal distres	3	3		
Mekonyum	-	1		
<b>Yenidoğanın yoğun bakımda kalma durumu</b>				
Hayır	37 (100,0)	29 (87,9)		
Evet	0 (0,0)	4 (12,2)		
<b>Doğum sonu hipertansiyon yaşama</b>				
Hayır	35 (94,6)	33 (100,0)		
Evet	2 (5,4)	0 (0,0)		
<b>Doğum sonu kan nakli ihtiyacı</b>				
Hayır	36 (97,3)	33(100,0)		
Evet	1 (2,7)	0 (0,0)		

\*Fisher'in Kesin Testi

#### 4.2.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Müdahale Öncesi W-DEQ-A, DKÖ ve DÖYE-D32 Ölçek Puanları

Araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesinde elde edilen ölçek puanları Tablo 9'da gösterilmiştir. Çalışmada müdahale ve kontrol gruplarının müdahale öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği (p=0,702), Doğum Öz-Yeterlilik ölçeği (p=0,115), Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası (p=0,163), Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası (p=0,237) ve

Durumluk Kaygı Envanteri ( $p=0,220$ ) puan ortalamaları ve doğum korkusu dereceleri ( $p=0,175$ ) bakımlarından istatistiksel olarak benzer oldukları saptanmıştır.

Bu araştırmada müdahale öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalaması müdahale grubunda  $57,81\pm 22,91$  (16-112) iken, kontrol grubunda  $55,27\pm 31,14$  (8-119)'tür. Yapılan istatistiksel analizde müdahale öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $t=0,385$ ;  $p=0,702$ ). Müdahale öncesinde kadınların doğum korkusu yaşama durumları incelendiğinde, kadınların hafif ve orta derecede doğum korkusu yaşama oranı müdahale grubunda %73,0 iken, kontrol grubunda %57,6; şiddetli ve klinik derecede doğum korkusu yaşama oranı müdahale grubunda %27,0 iken, kontrol grubunda %42,4 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde müdahale öncesi doğum korkusu dereceleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ( $\chi^2=1,835$ ;  $p=0,175$ ). Araştırmada müdahale öncesi Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği puanlarına bakıldığında, müdahale grubundaki kadınların puan ortalaması  $213,59\pm 54,20$  iken, kontrol grubundakilerin  $233,70\pm 45,92$  olarak bulunmuştur. Yapılan analizlerde müdahale öncesi Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $Z=-1,577$ ;  $p=0,115$ ). Yine müdahale öncesi Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi ve Sonuç Beklentisi Alt Skalası puanları incelendiğinde müdahale (SBAS:  $115,24\pm 38,90$ ; EBAS:  $98,35\pm 27,89$ ) ve kontrol (SBAS:  $127,70\pm 29,99$ ; EBAS:  $106,00\pm 29,84$ ) grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırası ile;  $Z=-1,395$ ;  $p=0,163$ ;  $Z=-1,183$ ;  $p=0,237$ ). Araştırmada kadınların müdahale öncesi Durumluk Kaygı Envanteri puanları incelendiğinde, müdahale grubundaki kadınların puan ortalaması  $56,35\pm 5,58$  iken kontrol grubundakilerde  $57,91\pm 4,14$  olduğu saptanmıştır. Yapılan analizlerde müdahale öncesi durumluk kaygı envanteri puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $t=-1,237$ ;  $p=0,220$ ; Tablo 9).

**Tablo 9.** Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınlarda müdahale öncesi W-DEQ-A, DKÖ ve DÖYE-D32 ölçek puan ortalama ve standart sapmalarının karşılaştırılması.

Kadınlarda Müdahale Öncesi Ölçek Puanları	Müdahale (n=37)	Kontrol (n=33)	t/Z/ $\chi^2$	P değeri
W-DEQ -A puanları, ortalama±SS (min-max)	57,81±22,91 (16-112)	55,27±31,14 (8-119)	0,385	0,702
Hafif ve orta derecede doğum korkusu, n (%)	27 (73,0)	19 (57,6)	1,835	0,175
Şiddetli ve klinik düzeyde doğum korkusu, n (%)	10 (27,0)	14 (42,4)		
Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği puanları, ortalama±SS (min-max)	213,59±54,20	233,70±45,92	- 1,577	0,115*
SBAS puanları, ortalama±SS (min-max)	115,24±38,90	127,70±29,99	- 1,395	0,163*
EBAS puanları, ortalama±SS (min-max)	98,35±27,89	106,00±29,84	- 1,183	0,237*
Durumluk Kaygı Envanteri puanları, ortalama±SS (min-max)	56,35±5,58	57,91±4,14	- 1,237	0,220

SS: Standart sapma, \*Mann Whitney U testi, SBAS: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası, EBAS: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

#### 4.2.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Müdahale Sonrası W-DEQ-A, DKÖ ve DÖYE-D32 ve Doğum Sonrası W-DEQ-B Ölçek Puanları

Müdahale grubundaki kadınların müdahale sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalamasının (30,81±20,64 [5-101]), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından (67,94±27,37 [6-128]) istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük olduğu bulunmuştur (t=-6,450; p=0,000). Yine araştırmada gebeliğin 36-38. haftalarında, müdahale grubundaki kadınların (%5,4) kontrol grubuna (%45,5) göre daha az oranda şiddetli ve klinik derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde de bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=15,215$ ; p=0,000; Tablo 10).

Araştırmada müdahale sonrası Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği puanlarına bakıldığında, müdahale grubundaki kadınların puan ortalamasının (286,27±21,47) kontrol grubundakilere göre (228,85±44,90) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan analizde de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Z=-5,767; p=0,000). Yine müdahale sonrası Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi ve Sonuç Beklentisi Alt Skalası puanları incelendiğinde müdahale (SBAS: 149,86±7,56; EBAS: 136,40±15,27) grubundaki kadınların puanlarının kontrol (SBAS: 127,94±24,12; EBAS: 100,91±29,70) grubundakilere

göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırası ile;  $Z=-5,311$ ;  $p=0,000$ ;  $Z=-5,583$ ;  $p=0,000$ , Tablo 10).

Araştırmada kadınların Durumluk Kaygı Envanteri puanları incelendiğinde müdahale sonrası kontrol grubundaki kadınların puan ortalaması  $58,51\pm 4,15$  iken, müdahale grubundakilerde  $56,76\pm 4,02$  olduğu saptanmıştır. Ancak, yapılan analizde bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $t=-1,798$ ;  $p=0,077$ ; Tablo 10).

Doğum sonu Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalamasının müdahale grubundaki kadınlarda ( $68,0\pm 15,99$  [42-113]) kontrol grubundakilere göre ( $91,55\pm 25,32$  [50-152]) daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda gruplar arası bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $t=-4,587$ ;  $p=0,000$ ). Yine araştırmada doğum sonrasında, müdahale grubundaki kadınların (%43,2) kontrol grubuna (%81,8) göre daha az oranda şiddetli ve klinik derecede doğum korkusu yaşadığı ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=10,954$ ;  $p=0,001$ ; Tablo 10).

**Tablo 10.** Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınlarda müdahale sonrası (36-38. haftalar) W-DEQ-A, DKÖ, DÖYE-D32 ve doğum sonrası (12-24. saatte) W-DEQ-B ölçek puan ortalaması ve standart sapmalarının karşılaştırılması.

Kadınların Müdahale ve Doğum Sonrası Ölçek Puanları	Müdahale (n=37)	Kontrol (n=33)	t/Z/ $\chi^2$	p değeri
W-DEQ -A puanları, ortalama $\pm$ SS (min-max)	30,81 $\pm$ 20,64 (5-101)	67,94 $\pm$ 27,37 (6-128)	-6,450	<b>0,000</b>
Müdahale sonrası doğum korkusu				
Hafif ve orta derecede doğum korkusu, n (%)	35 (94,6)	18 (54,5)	15,215	<b>0,000</b>
Şiddetli ve klinik düzeyde doğum korkusu, n (%)	2 (5,4)	15 (45,5)		
Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği puanları, ortalama $\pm$ SS (min-max)	286,27 $\pm$ 21,47	228,85 $\pm$ 44,90	-5,767	<b>0,000*</b>
SBAS puanları, ortalama $\pm$ SS (min-max)	149,86 $\pm$ 7,56	127,94 $\pm$ 24,12	-5,583	<b>0,000*</b>
EBAS puanları, ortalama $\pm$ SS (min-max)	136,40 $\pm$ 15,27	100,91 $\pm$ 29,70	-5,311	<b>0,000*</b>
Durumluk Kaygı Envanteri puanları, ortalama $\pm$ SS (min-max)	56,76 $\pm$ 4,02	58,51 $\pm$ 4,15	-1,798	0,077
Doğum sonu W-DEQ -B puanları, ortalama $\pm$ SS (min-max)	68,0 $\pm$ 15,99 (42-113)	91,55 $\pm$ 25,32 (50-152)	-4,587	<b>0,000</b>
Doğum sonu doğum korkusu				
Hafif ve orta derecede doğum korkusu	21 (56,8)	6 (18,2)	10,954	<b>0,001</b>
Şiddetli ve klinik düzeyde doğum korkusu	16 (43,2)	27 (81,8)		

SS: Standart sapma, \* Mann Whitney U testi, SBAS: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası, EBAS: Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için kanıta dayalı rehber geliştirmek ve etkinliğini test etmek amacıyla metodolojik ve randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Çalışmada geliştirilen rehberde kadınlarda doğum korkusunu azaltmada etkili müdahaleler ve bireysel danışmanlık programının doğum korkusunu azaltmada etkinliği ile ilgili önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar kadınlarda doğum korkusunu azaltmada etkili müdahaleler ile ilgili bilgileri ve primipar kadınlarda doğum öncesi uygulanan bireysel danışmanlık programının doğum korkusunu azalttığı, ancak doğum sonuçlarını etkilemediği bilgilerini ortaya koymasından önemlidir.

Çalışmada geliştirilen rehberde kadınlardaki doğum korkusunu azaltmada etkili on müdahale başlığı belirlenmiştir. Bu bulgular uluslararası ve ulusal literatürde doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için geliştirilen kanıta dayalı rehber bulunmamasından önemlidir. Geliştirilen rehberde yer alan on müdahale başlığı içerisinde bireysel danışmanlık programının etkinliği test edilmiştir.

Araştırmada, müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu algısı, sosyal güvence, sigara kullanımı, doğum öncesi eğitim alma durumu, gebeliği planlama ve isteme durumu bakımından homojen özellik gösterdikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar grupların karşılaştırılabilir olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Ancak, müdahale ve kontrol grupları ikamet yeri, aile yapısı ve eş meslek durumu bakımından homojen özellik göstermemekte idi. Bu durum ulaşım zorluğu nedeniyle müdahale grubundaki kadınların izleme daha az uyum sağlamalarından kaynaklı olabilir. Yine kontrol grubunda daha fazla geniş ailede yaşayan kadınların olması, doğum korkusu algısını etkileyebilir.

Çalışmamızda bireysel danışmanlık programının doğuma erken kabul durumu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Karaçam ve ark (2017) tarafından vajinal doğumlarda intrapartum bakım hizmetlerinin kapsam ve kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan çalışmada kadınların %45,2'sinin çalışmamızla benzer olarak doğuma erken kabul edildiği bildirilmiştir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (2018) tarafından yayınlanan pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım rehberinde, vajinal doğum için başvuran düşük riskli gebelerde doğumhaneye kabulün aktif faza kadar ertelenmesi yalnızca kesin araştırmaların bulunduğu durumlarda önerilmektedir. Kobayashi ve ark (2017) tarafından

yapılan bir Cochrane sistematik derlemesinde doğumhaneye geç kabulün sezaryen, enstrümantal vajinal doğum ve hastane dışı doğumları etkilemediği, aksine epidural ve oksitosin kullanımını azalttığı, kadınların doğum memnuniyetini arttırdığı rapor edilmiştir. Ancak doğumhaneye geç kabulün doğum sonuçlarını iyileştirdiğine yönelik daha fazla sayıda yüksek kanıt kalitesinde çalışmalara ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir. Yine Barnett (2008), İskoçya'da doğumun latent fazında eve gönderilen altı nullipar kadınla yaptığı kalitatif bir araştırmada, kadınların kendilerini desteklenmemiş hissettiklerini ve evlerine gönderildikten sonra endişelerinin arttığını bildirmiştir. Bu nedenle bu sürecin intrapartum bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından çok iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sonuçlar literatürden farklı olarak araştırmanın yapıldığı kurumlarda doğumhaneye erken kabul protokolünün benimsendiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada bireysel danışmanlık programının sezaryen doğum oranlarını azaltmada istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde etkili olmadığı görülmüştür. Bu sonuca göre çalışmada doğum sonuçları ile kurulan “sezaryen doğum oranları bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında fark yoktur”  $H_0$  hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde bireysel danışmanlık programının doğum şekline etkisi ile ilgili sonuç bildiren çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer yandan bu çalışmaya her iki grupta katılan kadınlardaki sezaryen oranlarının Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığında (2018) primipar kadınlar için verilen sezaryen oranından (%26,3) daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre bireysel danışmanlık programının doğum şekline etkisi ile ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda bireysel danışmanlık programının isteğe bağlı sezaryen olma durumunu azalttığı, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre çalışmada doğum sonuçları ile kurulan “isteğe bağlı sezaryen oranları bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında fark yoktur”  $H_0$  hipotezi kabul edilmiştir. Saisto ve ark (2006) doğum korkusunu azaltmak amacı ile psiko-eğitici grup terapisinin isteğe bağlı sezaryen oranlarını azaltmada etkili olduğunu rapor etmişlerdir. Bu sonuçlara göre isteğe bağlı sezaryenleri azaltmada etkili olabilecek bu müdahalelere ilave olarak farklı müdahalelerin test edildiği daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bireysel danışmanlık programının doğum eyleminin birinci ve ikinci devre süreleri üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgulara göre çalışmada doğum sonuçları ile kurulan “doğum süreleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında fark yoktur”  $H_0$  hipotezi kabul edilmiştir. Araştırma sonucuna benzer olarak Kızıllık (2011), primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisini incelediği



çalışmasında, gruplar arasındaki doğum sürelerinin benzer olduğunu bildirmiştir. Yine Saisto ve ark (2006) doğum korkusunu azaltmak için gebelere verilen psiko-eğitici grup terapisinin doğum süresini etkilemediği sonucuna varmıştır. Bu sonuçlardan farklı olarak Çiçek (2016) ve İşbir ve Serçekuş (2017) intapartum destekleyici bakımın doğum korkusu ve sonuçları üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında müdahale grubunun doğum süresinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir. Bu sonuçlar gebelik süresince doğum korkusunu azaltmak için yapılan müdahalelerin doğumun süresini etkilemediği ancak intapartum müdahalelerin doğum süresini kısaltabileceği sonucunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada bireysel danışmanlık programının kadınların gelecekte normal doğumu tercih etme oranını arttırdığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre çalışmanın doğum sonuçları ile kurulan “gelecekte normal doğum tercih etme durumu bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında fark yoktur”  $H_{02}$  hipotezi reddedilmiştir. Doğum korkusunu azaltmak için yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir (Fenwick ve ark, 2015; Larsson ve ark, 2017). Karlström ve ark (2011) tarafından yapılan araştırmada sezaryen tercihinin olumsuz doğum deneyimi ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Kadınlara verilen bireysel danışmanlık programı ile kadınların daha olumlu doğum deneyimi yaşamaları sağlanarak normal doğum tercihleri artırılabilir.

Çalışmamızda doğum öncesi ve doğum sonrası yapılan değerlendirmelerde, bireysel danışmanlık programının doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışmanın doğum korkusu ile kurulan “girişim sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki gebeler arasında doğum korkusu puan ortalaması bakımından fark yoktur”  $H_{01}$  hipotezi reddedilmiştir. Benzer olarak Andaroon ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada ebeler tarafından verilen bireysel danışmanlık programının doğum öncesi ve doğum sonrası doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu rapor edilmiştir. Toohill ve ark (2014) doğum korkusu yüksek olan kadınlarda ebeler tarafından telefon görüşmesi ile yapılan psiko-eğitici müdahalenin doğum korkusunu azaltıldığını rapor etmişlerdir. Yine benzer olarak Kızılırmak (2011), Karabulut ve ark (2015), Serçekuş ve Başkale (2016), İşbir ve ark (2016) ve Demirci ve Şimşek (2018) gebelere verilen antenatal eğitimler sonrasında kadınların doğum korkusunun anlamlı şekilde azaldığını bildirmişlerdir. Werner ve ark (2013), Yarici Atis ve Rathfisch (2018) ve Bülez ve ark (2019) ise antenatal hipnoz eğitiminin doğumda deneyimlenen doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçların aksine Raiding ve ark (2003) ise ebeler tarafından verilen danışmanlığın doğum korkusu ve doğum deneyimi üzerinde etkisinin olmadığını ancak kadınların verilen danışmanlıktan

memnun olduklarını rapor etmişlerdir. Bu sonuçlara göre gebelikte uygulanan bireysel danışmanlık programı kadınların doğumdan bekledikleri ve deneyimledikleri korkuyu azaltabilir. Ülkemizde sağlık bakım sistemi içerisinde doğum korkusunu azaltmaya yönelik rutin bir girişimin olmaması bireysel danışmanlık programının doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada doğum korkusunu azaltmak amacı ile uygulanan bireysel danışmanlık programının doğum öz-yeterlilik algısını arttırdığı bulunmuştur. Bu sonuca göre çalışmanın doğum öz-yeterlilik algısı ile kurulan “girişim sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki gebeler arasında doğum öz-yeterlilik puan ortalaması bakımından fark yoktur”  $H_{03}$  hipotezi reddedilmiştir. Benzer olarak Toohill ve ark (2014) yüksek doğum korkusu olan kadınlara ebeler tarafından telefon yolu ile yapılan danışmanlığın kadınların doğum öz yeterliliğini arttırdığını bildirmişlerdir. Yine öz-yeterlilik odaklı danışmanlığın kadınlarda doğal doğum korkusunu kontrol etmeye etkisini inceleyen bir çalışmada da müdahale sonrası kadınların doğum öz-yeterlilik puanlarının arttığı rapor edilmiştir (Soltani ve ark, 2017). Serçekuş ve Başkale (2016) de doğum öncesi eğitimin anne öz-yeterlilik üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgulara göre doğum öncesi doğum korkusunun azaltılmasına yönelik yapılan müdahalelerin doğumla ilişkili öz-yeterliliği artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmada bireysel danışmanlık programının durumluk kaygı düzeyi üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre çalışmanın durumluk kaygı durumu ile kurulan “girişim sonrası müdahale ve kontrol gruplarındaki gebeler arasında durumluk kaygı puan ortalaması bakımından fark yoktur”  $H_{04}$  hipotezi kabul edilmiştir. Benzer olarak Uçar ve Gölbaşı (2018) çalışmalarında doğum korkusunu azaltmak için verilen bilişsel davranış tekniklere dayanan eğitim programının kadınların anksiyete düzeylerini etkilemediğini bildirmişlerdir. Yine Stoll ve Hall (2012) doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerin katılmayanlar ile benzer kaygı düzeylerine sahip olduklarını rapor etmişlerdir. Bu sonuca dayalı olarak doğum korkusunu azaltmak için verilen bireysel danışmanlık programının kadınların durumluk kaygı düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Bu nedenle ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin gebelerin doğum sırasında durumluk kaygı düzeylerini azaltabilecek özel girişimler üzerinde çalışmaları gerektiği söylenebilir.

## 5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlar;

- ✓ Kadınlar ile görüşmeler sırasında sessiz ve yalnız kalınabilecek ortamlar seçmeye özen gösterilmesine rağmen, araştırmanın yapıldığı bazı aile sağlığı merkezlerinin olumsuz fiziki koşullarından dolayı, görüşmeler sırasında yalnız kalınmamış ve kadınların dikkatini dağıtabilecek ortamlar oluşmuştur. Bu nedenle kadınlar kendini bildirim yöntemi ile toplanan veri formlarını doldururken, mevcut durumu yansıtmayan cevaplar vermiş olabilirler.
- ✓ Ebeler tarafından verilen bireysel danışmanlık programını araştıran literatürde yalnızca iki araştırmanın olması nedeni ile sonuçlar diğer doğum korkusunu azaltmak için uygulanan girişimler ile karşılaştırılmıştır. Bu durum çalışmanın dış geçerliğinde sınırlılığa neden olmuştur.
- ✓ Bazı gebelerin çalışma durumu nedeni ile görüşmelerin geç saatlerde yapılması ve görüşmenin yapıldığı aile sağlığı merkezlerinin belirli bir saatte kapanacak olması görüşmeye ayrılan zaman konusunda kısıtlamalar oluşturmuştur.
- ✓ Bazı gebeler doğuma gittiklerini hemen bildirmedikleri için postpartum döneme ilişkin veriler, doğum sonrası birinci haftada anneler bebeklerini topuk kanı aldirmek için aile sağlığı merkezlerine geldiğinde toplanmıştır (araştırma kurum izinleri gereğince ev ziyareti yapılamadığından).
- ✓ Çalışmanın Doktora Tezi olması nedeni ile uygulama ve veri toplama aşamaları bir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bu nedenle çalışmada müdahale ve veri toplama işlemlerinin aynı kişi tarafından (araştırmacı) yapılmasına ilişkin ortak bias etkisi bulunmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum korkusu ile baş etmeyi sağlamak için kanıta dayalı rehber geliştirmek ve etkinliğini test etmek amacıyla metodolojik ve randomize kontrollü deneysel olarak yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar ve geliştirilen öneriler aşağıda verilmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

- ✓ Çalışmada geliştirilen rehberde doğum korkusunu azaltmada kullanılabilecek müdahalelerin psiko-eğitici grup terapisi, doğum öncesi eğitim, bireysel danışmanlık programı, intrapartum destekleyici bakım, bilişsel davranış terapisi, kalp hızı değişkenliği biofeedback, antenatal hipnoz eğitimi, grup sanat terapisi, Roy Uyum Modeline dayalı aralıklı doğum desteği ve öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlık olduğu,
- ✓ Müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların yaş ortalaması, eğitim durumu, meslek, gelir durumları, sigara kullanımı, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğum öncesi eğitim alma sayısı, gebeliği planlama ve isteme durumları bakımından istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu,
- ✓ Müdahale ve kontrol gruplarının müdahale öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği, Doğum Öz-Yeterlilik ölçeği, Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası, Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası, Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları ve doğum korkusu dereceleri bakımlarından istatistiksel olarak benzer oldukları,
- ✓ Bireysel danışmanlık programının kadınlarda normal doğum oranını, gelecekte normal doğumu tercih etme oranını, müdahale sonrası doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği ve alt ölçek puanlarını arttırdığı,
- ✓ Bireysel danışmanlık programının kadınlarda isteğe bağlı sezaryen olma oranlarını, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puan ortalamasını ve şiddetli ve klinik derecede doğum korkusu yaşama durumunu azalttığı,
- ✓ Bireysel danışmanlık programının kadınlarda doğumhaneye erken kabul, doğumunun indüksiyon ile başlatılması, doğumdan önce annede ve bebekte

herhangi bir problem yaşama durumu, acil sezaryene alınma durumu, postpartum dönemde hipertansiyon ve kan nakli yaşama durumu, yenidoğanın YYBÜ'ne kabulü ve durumluk kaygı envanteri puanları üzerinde etkili olmadığı sonuçlarına varılmıştır.

## 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlara dayalı olarak;

- ✓ Antenatal bakım hizmetleri sırasında ebelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri tüm gebelerin doğum ile ilgili düşüncelerini, beklentilerini ve korkularını sorgulaması,
- ✓ Sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında, kadınların doğum korkusunun var olma durumunun doğum tercihlerini ve doğum sonuçlarını etkileyebileceğini göz önünde bulundurmaları,
- ✓ Uygulaması kolay, ucuz ve etkili olan bireysel danışmanlık programının doğum korkusunun azaltılması konusunda olumlu sonuçlarına dayanarak, ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından özellikle daha kolay uygulanabilecek olan birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan rutin bakımın içerisine entegre edilmesi,
- ✓ Örgün ebelik eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında kadınların doğum korkusunun nasıl belirleneceği, nasıl azaltılabileceği, her kadının bireysel korkularının farklı olabileceği, doğum korkusunun azaltılması ile kadınların doğum deneyimlerinin ve sonuçlarının nasıl iyileştirilebileceği konularına yer verilmesi,
- ✓ Hastane ve klinik yöneticilerinin kadınların doğum korkusunu azaltmaya yönelik hizmet içi eğitim planlama ve yürütülmesini, doğum korkusu yaşayan kadınlar için destek ve danışmanlık birimleri oluşturulmasını sağlamaları,
- ✓ Bu araştırmanın sınırlılıklarının kontrol altına alındığı daha büyük örneklem grupları ile bireysel danışmanlık programının test edildiği, kadınların doğum memnuniyetinin, sezaryen doğumların azaltılmasına etkisinin ve maternal-fetal sonuçlarının ele alındığı başka deneysel çalışmaların yapılması,
- ✓ Yine multipar ve/veya yüksek doğum korkusu yaşayan kadınlarda da bireysel danışmanlık programının test edildiği çalışmaların yapılması,
- ✓ Bireysel danışmanlık programının intrapartum süreç için de geliştirilmesi ve etkinliğinin test edilmesi için araştırmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

**Abdollahpour S, Khosravi A.** Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2018, 23(1), 45-50.

**Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A.** Fear of childbirth and duration of labour: A study of women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012, 119(10), 1238–46.

AGREE Araştırma Vakfı. Tani ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme AGREE II Ölçeği. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/07/AGREE-II-Turkish-translation.pdf> (05.04.2018).

**Airo R, Korja R, Saisto T, Rouhe H, Muotka J, Salmela–Aro K.** Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2018, 36(4), 363-80.

**Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B.** Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences* 2018, 13(2), 11-20.

**Aksoy AN, Ozkan H, Gundogdu G.** Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology* 2015, 42(2), 179-83.

**Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA.** Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2014, 3, 1-7.

**Aktaş B.** Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme ve Geliştirilen Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeyi Önlemeye Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2012, 127.

**Alehagen S, Wijma B, Wijma K.** Fear of childbirth before: During, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006, 85(1), 56–62.

**Alessandra S, Roberta L.** Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2013, 1(1), 1-18.

**Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA.** The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: A prospective study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2011, 16(2), 169-73.

**Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E.** Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth* 2012, 25(3), e37-e43.

**Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, Tort S, Xavier B, Burgers J, Schunemann H.** The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Quality & Safety in Health Care* 2010, 19(6), e58.

**Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeily H.** The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion* 2017, 6, 1-7.

**Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M.** Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2003, 189, 148–54.

**Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B.** Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1981, 12(5), 262–6.

**Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M.** The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electronic Physician* 2017, 9(2), 3733-40.

**Attia A.** Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal* 2013, 18(2), 123-6.

**Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K.** The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine* 2016, 46(6), 1121-34.

**Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K.** Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2008, 29(4), 240-50.

**Aznal SSS, Wong CY, Tan PLL, See VV, Wong CK.** Mother's mental preparedness for pregnancy: The affecting factors and its effect on birth outcomes. *International e-Journal of Science, Medicine & Education* 2014, 8(3), 19-27.

**Baddour AA, Saleh HA.** Evidence-based clinical practice guidelines development, disseminations and assessment. *International Journal of Pure and Applied Sciences and Technology* 2013, 19(2), 6-21.

**Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B.** Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008, 10(1), 1-5.

**Barnett C, Hundley V, Cheyne H, Kane F.** 'Not in labour': Impact of sending women home in the latent phase. *British Journal of Midwifery* 2008, 16, 144-53.

**Bastian H, Glasziou P, Chalmers I.** Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: How will we ever keep up? *PLOS Medicine* 2010, 7(9), e1000326.

**Bewley S, Cockburn J.** Responding to fear of childbirth. *Lancet* 2002, 359(9324), 2128-9.

**Bewley S, Cockburn J.** Responding to fear of childbirth. *Lancet* 2002, 359(9324), 2128-9.

**Birbeck G, Wiysonge C, Mills E, Frenk J, Xiao-Nong Z, Jha P.** Global health: the importance of evidence-based medicine. *BMC Medicine* 2013, 11(223), 1-9.

**Birbeck G, Wiysonge C, Mills E, Frenk J, Xiao-Nong Z, Jha P.** Global health: the importance of evidence-based medicine. *BMC Medicine* 2013, 11(223), 1-9.

**Bittner A, Peukert J, Zimmermann C, Junge-Hoffmeister J, Parker LS, Stöbel-Richter Y, Weidner K.** Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depressive symptoms: Efficacy of a cognitive-behavioral group program. *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 2014, 28(3), 185-95.

**Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G.** Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2004, 49(11), 726-35.



**Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G.** Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2004, 49(11), 726–35.

**Bosch M, Tavender E, Bragge P, Gruen R, Green S.** How to define 'best practice' for use in Knowledge Translation research: a practical, stepped and interactive process. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2013, 19(5), 763-8.

**Bosch M, Tavender E, Bragge P, Gruen R, Green S.** How to define 'best practice' for use in Knowledge Translation research: a practical, stepped and interactive process. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2013, 19(5), 763-8.

**Bowen SJ, Graham ID.** From knowledge translation to engaged scholarship: Promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013, 94(1), S3-S8.

**Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L.** AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal* 2010, 182(18), E839-42.

**Bülbül T, Çopur A, Kayacık F.** Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 25(3), 126-30.

**Büleç A, Turfan EÇ, Soğukpınar N.** Evaluation of the effect of hypnobirthing education during antenatal period on fear of childbirth. *The European Research Journal* 2019, 5(2), 350-4.

**Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT.** Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine* 2001, 63(5), 830–4.

**Cohen J.** *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed). United States of America, Lawrence Erlbaum Associates, 1988, 20-7.

**Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS.** Doğum Eylemi. In: Yıldırım G (eds). *Williams Obstetri* (24 nd ed), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2016.

**Czarnocka J, Slade P.** Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 2000, 39, 35–51.

**Çiçek Ö.** Doğum Eyleminde Uygulanan Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Ağrısı, Doğum Süresi ve Memnuniyete Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2016, 198.

**De Angelis G, Davies B, King J, McEwan J, Cavallo S, Loew L, Wells G, Brosseau L.** Information and communication technologies for the dissemination of clinical practice guidelines to health professionals: A systematic review. *JMIR Medical Education* 2016, 2(2), e16.

**Dearholt SL, Dang D.** Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Model and Guidelines (2nd ed). Sigma Theta Tau International, USA, 2012.

**Delaram M, Soltanpour F.** The effect of counseling in third trimester on anxiety of nulliparous women at the time of admission for Labor Zahedan. *International Journal of Research in Medical Sciences* 2012, 14, 61-5.

**Demirci H, Şimşek HN.** Effects of prenatal education on fear of childbirth. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 2018, 3(1), 48-56.

**Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG.** Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine* 2017, 46(2), 151-4.

**Dizon, JM, Machingaidze S, Grimmer K.** To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC Research Notes* 2016, 9(1), 442.

**Downe S, Finlayson K, Melvin C, Spiby H, Ali S, Diggle P, Weeks A, Whorwell P, Trepel, D.** Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: A randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2015, 122(9), 1226-34.

**Dönmez S, Yeniçel ÖA, Kavlak O.** Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, (3), 908-20.

**Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M.** Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik (1.Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2015.

**Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY.** Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2017, 237, 1045-52.

**Ersoy Y.** Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 2011, 77.

**Euro Peristat European Comission,** “The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010”, European Perinatal Health Report, Paris, 2013.

**Eysenck MW.** Anxiety the Cognitive Perspective. New York, Psychology Press, 1992, 35-50.

**Fain JA.** Reading, Understanding, and Applying Nursing Research (5th ed). F. A. Davis Company, Philadelphia, 2017.

**Faisal I, Matinnia N, Hejar AR, Khodakarami Z.** Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery* 2014, 30(2), 227-33.

**Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J.** Study protocol for reducing childbirth fear: A midwife-led Psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13, 11-6.

**Fenwick J, Toohill J, Creedy D, Smith J, Gamble J.** Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 2015, 31, 239-46.

**Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L.** Adaptation of clinical guidelines: Literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care* 2006, 18, 167-76.

**Field MJ, Lohr KN.** Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Washington, National Academy Press, 1992.

**Fisher C, Hauck Y, Fenwick J.** How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social Science & Medicine* 2006, 63, 64–75.

**Fontein-Kuipers YJ, Budé L, Ausems M, de Vries R, Nieuwenhuijze MJ.** Dutch midwives' behavioural intentions of antenatal management of maternal distress and factors influencing these intentions: An exploratory survey. *Midwifery* 2014, 30(2), 234-41.

**Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS.** Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2011, 205(1), 45-e1.

**Gaskin IM.** INA MAY'in Doğum Meselesi Bir Ebenin Manifestosu, Saymer FD, Demirel G. (Edt), Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2018.

**Gaskin IM.** INA MAY'in Doğum Meselesi Bir Ebenin Manifestosu, Saymer FD, Demirel G. (Edt), Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2018.

**Gawlinski A, Rutledge D.** Selecting a model for evidence-based practice changes: A practical approach. *AACN Advanced Critical Care* 2008, 19(3), 291-300.

**Gawlinski A, Rutledge D.** Selecting a model for evidence-based practice changes: A practical approach. *AACN Advanced Critical Care* 2008, 19(3), 291-300.

**Ghasemi F, Bolbol-Haghighi N, Mottaghi Z, Hosseini SR, Khosravi A.** The effect of group counseling with cognitive-behavioral approach on self-efficacy of pregnant women's choice of vaginal delivery. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018, 12(3), e7632.

**Glover V.** The effects of prenatal stress on child behavioral and cognitive outcomes start at the beginning. *Encyclopedia on Early Childhood Development* 2011, 19, 1–5.

**Glover V.** The effects of prenatal stress on child behavioral and cognitive outcomes start at the beginning. *Encyclopedia on Early Childhood Development* 2011, 19, 1–5.

**Graham ID, Harrison MB, Brouwers M.** Evaluating and adapting practice guidelines for local use: A conceptual framework. In: Pickering S, Thompson J (eds), *Clinical Governance In Practice*. London, Harcourt, 2003, 213-229.

**Graham ID, Harrison MB, Brouwers M.** Evaluating and adapting practice guidelines for local use: A conceptual framework. In: Pickering S, Thompson J (eds), *Clinical Governance In Practice*. London, Harcourt, 2003, 213-229.

**Graham ID, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E.** *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, The National Academies Press, 2011.

**Graham ID, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E.** *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, The National Academies Press, 2011.

**Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squire JE.** Knowledge translation of research findings. *Implementation Science* 2012, 7(50), 1-17.

**Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squire JE.** Knowledge translation of research findings. *Implementation Science* 2012, 7(50), 1-17.

**Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D.** *Improving Patient Care The Implementation of Change in Health Care* (2nd ed). John Wiley & Sons Ltd, UK, 2013.

**Grove SK, Gray JR, Bums N.** *Understanding Nursing Research Building an Evidence-Based Practice* (6th ed.), Elsevier, China, 2015.

**Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A.** GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011, 64(4), 380-2.

**Günüşen NP, Üstün B.** Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to treat analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 1, 46-56.

**Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P.** Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2017, 31(2), 293-301.

**Hadely KA, Power E, O'Halloran R.** The barriers and facilitators that influence speech pathologists' use of stroke clinical practice guidelines-A national descriptive study. *BMC Health Service Research* 2014, 14(1), 1-20.

**Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I.** The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, 12(55), 1-14.

**Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K.** Childbirth fear, anxiety, fatigue and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2009, 38, 567–76.

**Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, Sadan O.** Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2015, 291(5), 1055–62.

**Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O.** Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012, 91, 16-21.

**Handelzalts JE, Fisher S, Sadan O, Goldzweig G.** Object relations, unconscious defences and fear of childbirth, as reflected in maternal-request caesarean section. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology* 2017, 35(1), 91-102.

**Heiwe S, Kajermo KN, Tyni-Lenné R, Guidetti S, Samuelsson M, Andersson IL, Wengström Y.** Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care* 2011, 23(2), 198-209.

**Hill K, Lalor E.** Clinical guidelines for stroke care: why the fuss and is there opportunity for collaboration? *International Journal of Stroke* 2008, 3(3), 173-4.

**Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C.** Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, 16, 117.

**Hofberg K, Brockington IF.** Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry* 2000, 176(1), 83-5.

**Hofberg K, Ward MR.** Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: The obstetric–psychiatric interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2004, 47(3), 527–34.

**Hofberg K, Ward MR.** Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal* 2003, 79, 505–10.

**Hofberg KM, Brockington IF.** Tokophobia: A morbid dread of childbirth. Its presence in Great Britain and Grand Cayman. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology* 2001, 22(5), 96-8.

**Hoffmann T, Erueti C, Thorning S, Glasziou P.** The scatter of research: Cross sectional comparison of randomised trials and systematic reviews across specialties. *BMJ* 2012, 17, 344:e3223

**Hollon SD, Are'an PA, Craske MG, Crawford KA, Kivlahan DR, Magnavita JJ, Ollendick TH, Sexton TL, Spring B, Bufka LF, Daniel IG, Kurtzman H.** Development of clinical practice guidelines. *Annual Review of Clinical Psychology* 2014, 10, 213–4.

**Hosseini-Moghaddam V, Nazarzadeh M, Jahanfar S.** Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth* 2018, 31(4), 254-62.

**Höjeberg P.** Threshold women. In: *Childbirth as Culture*. Carlsson, Stockholm, 2000.

**Innes SI, Leboeuf-Yde C, Walker BF.** How comprehensively is evidence-based practice represented in councils on chiropractic education (CCE) educational standards: A systematic audit. *Chiropractic & Manual Therapies* 2016, 24(30), 1-8.

**International Confederation of Midwives Council.** ICM international definition of the midwife,  
[http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition\\_of\\_the\\_Midwife%202017.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf) (28.03.2018).

**Iowa Model Collaborative.** Iowa Model of evidence-based practice: Revisions and validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2017, 14(3), 175–82.

**İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD.** The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research* 2016, 32, 227-32.

**İsbir GG, Serçekuş P.** The Effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research* 2017, 25(2), 112-9.

**Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N.** Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review* 2016, 63(1), 60-7.

**Karabulutlu Ö.** Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012, 20(3), 210-8.

**Karaçam Z, Ançel G.** Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009, 25, 344-56.

**Karaçam Z, Kurnaz Arslan D, Güneş G.** Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology* 2017, 14, 10-7.

**Karasar N.** Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar-İlkeler-Teknikler. Ankara, Nobel Yayınevi, 2008.

**Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I.** The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015, 15(251), 1-8.

**Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I.** Behind the myth—few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery* 2011, 27(5), 620–7.

**Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghihzadeh S, Vafaei M, Roustaf, Amin SF.** The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *Arak Medical University Journal* 2008, 11, 29-36.

**Kızılrnak A, Başer M.** The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research* 2016, 29, 19-24.

**Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D.** Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler: Bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008, 9(1), 47-54.



**Kjaergaard H, Wijma K, Dykes A, Alehagen S.** Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden & Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2008, 26, 340–50.

**Klabbers GA, van Bakel HJA, van den Heuvel MMA, Vingerhoets JJM.** Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 2016, 25(1), 107–27.

**Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ.** Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: Design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2014, 14(385), 1-10.

**Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R.** Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 4.

**Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R.** Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 4.

**Kocaman G.** Kanıta dayalı rehberlerin hemşirelik uygulamalarında kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics* 2017, 3(1), 1-9.

**Kocaman G.** Kanıta dayalı rehberlerin hemşirelik uygulamalarında kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics* 2017, 3(1), 1-9.

**Kordi M, Bakhshi M, Masoudi S, Esmaily H.** Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence Based Care* 2017, 7(3), 26-34.

**Koushede V, Brixval CS, Thygesen LC, Axelsen SF, Winkel P, Lindschou J, Gluud C, Due P.** Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood—A randomised trial. *PloS One* 2017, 12(5), 1-17.

**Koushede V, Brixval CS, Thygesen LC, Axelsen SF, Winkel P, Lindschou J, Gluud C, Due P.** Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood—A randomised trial. *PloS One* 2017, 12(5), 1-17.

**Köçkar Ç.** Parsiyel Kalça Protezi Uygulanan Hastalar İçin Klinik Rehber Geliştirme ve Geliştirilen Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2010, 111.

**Köçkar Ç.** Parsiyel Kalça Protezi Uygulanan Hastalar İçin Klinik Rehber Geliştirme ve Geliştirilen Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2010, 111.

**Körükçü HÖ.** Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009, 106.

**Körükçü HÖ.** Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009, 106.

**Körükçü O, Ziya Firat M, Kukulu K.** Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010, 5, 467-70.

**Körükçü O, Ziya Firat M, Kukulu K.** Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010, 5, 467-70.

**Kruse RL, Alper BS, Reust C, Stevermer JJ, Shannon S, Williams RH.** Intention-to-treat analysis: Who is in. Who is out? *The Journal of Family Practice* 2002, 51, 969–71.

**Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O.** Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* 2000, 95(4), 487–90.

**Kurtçu A, Kızılkaya Beji N.** Klinik uygulama rehberleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015, 23(1), 76-82.

**Larkin P, Begley CM, Devane D.** Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery* 2009, 25(2), e49–59.

**Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I.** The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2015, 94, 629-36.

**Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Ternström E, Ekdahl J, Segeblad B, Hildingsson I.** Birth preference in women undergoing treatment for childbirth fear: A randomized controlled trial. *Women and Birth* 2017, 30(6), 460-7.

**Laursen M, Hedegaard M, Johansen C.** Danish National Birth Cohort. Fear of childbirth and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008, 115, 354-60.

**Laursen M, Johansen C, Hedegaard M.** Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009, 116(10), 1350–5.

**Lazoğlu M.** Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 71.

**Lobel M.** Conceptualizations, measurements, and effects of prenatal maternal stress and birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 1994, 17(3), 225-72.

**Lopukhova OG, Kashshapova EV.** Fear of childbirth in pregnant women: External and internal factors. *Psychology in Russia* 2015, 8, 114-25.

**Lowe NK.** Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health* 1993, 16(2), 141-9.

**Lucio CF, Silva LCG, Rodrigues JA, Veiga GAL, Vaucchi CI.** Peripartum haemodynamic status of bitches with normal birth or dystocia. *Reproductive Domestic Animal* 2009, 44(2), 133-6.

**Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B.** Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2011, 90(1), 33-40.

**Machingaidze S, Grimmer K, Louw Q, Kredt T, Young T, Volmink, J.** Next generation clinical guidance for primary care in South Africa—credible, consistent and pragmatic. *PLoS One* 2018, 13(3), 1-14.

**McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA.** The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2003, 348, 2635-45.

**Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R.** Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology* 2005, 22, 7-9.

**Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R.** Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology* 2005, 22, 7-9.

**Melender HL, Lauri S.** Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice* 2002, 8(6), 289-96.

**Melender HL, Lauri S.** Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice* 2002, 8(6), 289-96.

**Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E.** Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri* 2017, 9(3), 201-6.

**Mete S, Çiçek Ö, Aluş Tokat M, Çamlıbel M, Uludağ E.** Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri* 2017, 9(3), 201-6.

**Mete S.** Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013, 6(2), 93-8.

**Miller M, Kearney N.** Guidelines for clinical practice: Development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Students* 2004, 41(7), 813-21.

**Miller M, Kearney N.** Guidelines for clinical practice: Development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Students* 2004, 41(7), 813-21.

**Munkhondya BM, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H.** Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020, 20(48), 1-12.

**Narita Y, Shinohara H, Kodama H.** Resting heart rate variability and the effects of biofeedback intervention in women with low-risk pregnancy and prenatal childbirth fear. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2018, 43, 113-21.

**Nasiri F, Sharifi SH.** It's fear of childbirth and the type of personality in pregnant women. *Journal of Clinical Obstetrics, Gynecology & Infertility* 2013, 66, 18-25.

**Navaee M, Abedian Z.** Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015, 20(1), 40–6.

**Neimen K, Stephansson O, Ryding EL.** Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009, 88(7), 807-13.

**Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P.** Maternal Request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006, 33(3), 221-8.

**Neumann I, Alonso-Coello P, Vandvik PO, Agoritsas T, Mas G, Akl EA,...McGinn T.** Do clinicians want recommendations? A multicenter study comparing evidence summaries with and without GRADE recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology* 2018, 99, 33-40.

**Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K.** Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2016, 37(2), 37-43.

**Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL.** Women's fear of childbirth and preference for cesarean section-a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009, 88, 807–13.

**Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C, Wigert H, Begley C.** Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018, 18(1), 28.

**Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A.** Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research And Practice* 2013.

**Ohashi Y, Kitamura T, Kita S, Haruna M, Sakanashi K, Tanaka T.** Mothers' bonding attitudes towards infants: impact of demographics, psychological attributes, and satisfaction with usual clinical care during pregnancy. *International Journal of Nursing and Health Science* 2014, 1(3), 16-21.

**Okumuş H.** Doğum başlıyor: Normal doğum ve bilmemiz gerekenler. In: Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. Okumuş H ve Mete S (eds), İstanbul, Deomed Yayınevi, 2014.

**Öner N, Compte AL.** Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı(1. Baskı). İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985, 26.

**Özsoy SA, İlknur G.** Hemşirelikte araştırma kullanım modelleri ve bu modellerin kullanıldığı araştırma örnekleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2016, 8, 162-85.

**Özşahin Z.** Anne Yaşının İkili Tarama Testi Öncesi Kaygı Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2017.

**Öztürk T.** Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014, 117.

**Paarlberg KM, Vingerhoets JJM, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP.** Psychosocial factors and pregnancy outcome; A review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research* 1995, 39, 563-95.

**Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S.** Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open* 2013, 3(11), e004047.

**Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S.** Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: A population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014, 121(8), 965-70.

**Rathfisch G.** Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2018, 73-88.

**Rathfisch G.** Doğum eylemi. In: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Beji Kızılkaya N (eds). Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2015, 305-18.

**Rhudy JL.** The importance of emotional processes in the modulation of pain. *Pain* 2009, 146(3), 233-4.

**Richens Y, Hindley C, Lavender T.** A national online survey of UK maternity unit service provision for women with fear of birth. *British Journal of Midwifery* 2015, 23(8), 574–9.

**Richens Y, Smith DM, Lavender DT.** Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2018, 16, 98-112.

**Rohde A, Worrall L, Le Dorze G.** Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2013, 19(6), 994-1003

**Rosenbaum SE, Glenton C, Oxman AD.** Summary-of-findings tables in Cochrane reviews improved understanding and rapid retrieval of key information. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010, 63(6), 620-6.

**Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T.** Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2011, 118(9), 1104–11.

**Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T.** Fear of childbirth according to parity: Gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009, 116(1), 67–73.

**Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, Saisto T.** Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2015a, 36(1), 1-9.

**Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T.** Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG* 2013, 120(1), 75-84.

**Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T.** Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015b, 94, 527-33.

**Rouhe H.** Fear of Childbirth. Academic Dessertation of Midwifery, Helsinki University Hospital University of Helsinki, Finland, 2015, 41.

**Ryan R, Hill S.** How to GRADE the quality of the evidence. Cochrane Consumers and Communication Group, <http://cccr.org/cochrane.org/author-resources> (05.03.2020).

**Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L.** An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2003, 82(1), 10-17.

**Ryding EL, Wijma K, Wijma B.** Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth* 1998, 25(4), 246–51.

**Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, Sjögren B, Ryding EL, Wirfelt E, ... Edman G.** Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2007, 86(7), 814-20.

**Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS.** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2007, 455, 3-5.

**Saisto T, Halmesmäki E.** Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2007, 86(9), 1148–9.

**Saisto T, Halmesmaki E.** Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2003, 82(3), 201–8.

**Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E.** Psycho-social predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2001, 80, 39-45.



**Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T, Halmesmäki E.** A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology* 2001, 98(1), 820-6.

**Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E.** Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006, 85, 1315-9.

**Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K.** Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2013, 34(3), 116-21.

**Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L.** Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing* 2013, 69(5), 1197-209.

**Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, Santesso N.** GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of clinical epidemiology* 2017, 81, 101-10.

**Serçekuş P, Başkale H.** Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016, 34, 166-72.

**Serçekuş P.** Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2005.

**Sezen C, Ünsalver BÖ.** Group art therapy for the management of fear of childbirth. *The Arts in Psychotherapy* 2018.

**Shackelton RJ, Marceau LD, Link CL, McKinlay JB.** The intended and unintended consequences of clinical guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009, 15(6), 1035-42.

**Sheen K, Slade P.** Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 2018, 27(13-14), 2523-35.

**Sjögren B.** Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1997, 18, 266–72

**Slade P, Pais T, Fairlie F, Simpson A, Sheen K.** The development of the Slade–Pais Expectations of Childbirth Scale (SPECS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2016, 34(5), 495-510.

**Slade P.** Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology* 1993, 32, 469-83.

**Sluijs AM, Cleiren MP, Scherjon SA, Wijma K.** No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk Dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012, 33(3), 99-105.

**Soltani F, Eskandari Z, Khodakarami B, Parsa P, Roshanaei G.** The effect of self-efficacy oriented counseling on controlling the fear of natural delivery in primigravida women. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2017, 9(10), 1757-61.

**Stetler CB.** Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook* 2001, 49(6), 272–9.

**Stoll K, Fairbrother N, Carty E, Jordan N, Miceli C, Vostreil Y.** “It’s all the rage these days”: University students’ attitudes toward vaginal and cesarean. *Birth* 2009, 36(2), 133-40.

**Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E.** Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 2014, 30(2), 220-6.

**Stoll KH, Hall W.** Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: Is there a connection? *The Journal of perinatal education* 2012, 21(4), 229-37.

**Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garhus-Niegel S, Eskild A.** Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012, 91, 237–42.

**Storksen 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(1), 1-10.

**Storksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M.** The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2013, 92(3), 318-24.

**Streiner D, Geddes J.** Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evidence-Based Mental Health* 2001, 4, 70-1.

**Stützer PP, Berlit S, Lis S, Schmahl C, Sütterlin M, Tuschy B.** Elective caesarean section on maternal request in Germany: Factors affecting decision making concerning mode of delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2017, 295(5), 1151–6.

**Subası B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S.** Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg* 2013, 29, 165-7.

**Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K.** Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2000.

**Şahin N, Dinç H, Dişsiz M.** Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009, 40, 2, 57-62.

**Taheri Z, Khorsandi M, Amiri M, Hasanzade A.** Investigating the causes of fear of childbirth in Shahrekord pregnant women, in 2013. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015, 14, 345-50.

**Taheri Z, Khorsandi M, Amiri M, Hasanzade A.** Investigating the causes of fear of childbirth in Shahrekord pregnant women, in 2013. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015, 14, 345-50.

**Taheri Z, Mazaheri MA, Khorsandi M, Hassanzadeh A, Amiri M.** Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International Journal of Preventive Medicine* 2014, 5(10), 1247-54.

**Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı (12. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2014, 125-128.

**Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı (12. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2014, 125-128.

**The ADAPTE Collaboration:** The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation version 2.0. The ADAPTE Collaboration, <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/resources/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view> (09.03.2020).

**Therese H, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M.** Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015, 15(221), 2-10.

**Toohill J, Creedy DK, Gamble J, Fenwick J.** A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice—an Australian perspective. *Women Birth* 2015, 28(4), 310–6.

**Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL.** A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014, 41(4), 384-94.

**Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0> (01.02.2020).

**Twaddle S.** Clinical practice guidelines. *Singapore Medical Journal* 2005, 46(12), 681-6.

**Uçar E.** Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.

**Uçar E.** Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.

**Uçar T, Golbasi Z.** Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2018, 1-10.

**Uçar T, Golbasi Z.** Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2018, 1-10.

**Uçar T, Gölbaşı Z.** Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(2), 54-8.

**Uçar T, Gölbaşı Z.** Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(2), 54-8.

**Uludağ E.** Hypnobirthing Felsefesine Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusuna, Ağrısına, Süresine, Memnuniyetine ve Maliyetine Etkisi, Doktora Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2017, 86.

**Vogel JP, Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tuncalp O, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panozo E.** Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015, 3(5), e260–70.

**Wahlbeck H, Kvist LJ, Landgren K.** Gaining hope and self-confidence—an interview study of women’s experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth. *Women and Birth* 2018, 31(4), 299-306.

**Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL.** Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006, 113(6), 638-46.

**Waldenström U.** Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 1999, 47, 471-82.

**Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA.** Antenatal hypnosis training and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Birth* 2013, 40(4), 272-80.

**White S, Spruce L.** Perioperative nursing leaders implement clinical practice guidelines using the IOWA model of evidence-based practice. *AORN Journal* 2015, 102(1), 50-9.

**Whitley GG.** Concept analysis of fear. *Nursing Diagnosis* 1992, 3, 155-61.

**Wijma K, Wijma B, Zar M.** Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology* 1998, 19(4), 84-97.

**Wijma K.** Why focus on 'fear of childbirth'? *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology* 2003, 24(3), 141–3.

**Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E.** Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008, 115(3), 324-31.

**Wolf JS, Hubbard H, Faraday MM, Forrest JB.** Clinical practice guidelines to inform evidence-based clinical practice. *World Journal of Urology* 2011, 29(3), 303–9.

**Woolf SH, Campos-Outcalt D.** Severing the link between coverage policy and the US Preventive Services Task Force. *The Journal of the American Medical Association* 2013, 309(18), 1899–900.

**World Health Organization.** Caesarean Sections Should Only Be Performed When Medically Necessary. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/> (02.04.2018).

**World Health Organization.** Caesarean Sections Should Only Be Performed When Medically Necessary. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/> (02.04.2018).

**World Health Organization.** WHO handbook for guideline development, WHO Report, Geneva, 2012, 45-9.

**World Health Organization.** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, World Health Organization Report, Geneva, 2018.

**World Health Organization.** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, World Health Organization Report, Geneva, 2018.

**Wuitchik M, Hesson K, Bakal DA.** Perinatal predictors of pain and distress during labor. *Birth* 1990, 17, 186-91.

**Yakışan RŞ, Set T.** Klinik uygulama rehberleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2013, 7(2), 26-8.

**Yarici Atis Y, Rathfisch G.** The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2018, 33, 77-84.

**Zar M, Wijma K, Wijma B.** Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 2001, 30, 75-84.

**Zar M, Wijma K, Wijma B.** Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2002, 9(2), 122-30.

## EKLER

### Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

**1. Kaç yaşındasınız .....**

**2. Eğitim düzeyiniz nedir?**

- (1) İlkokul (3) Lise  
(2) Ortaokul (4) Üniversite ve üstü

**3. Mesleğiniz nedir?**

- (1) Ev Hanımı (2) Memur (3) İşçi  
(4) Serbest Meslek (5) Emekli (6) İşsiz  
(7) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

**4. Medeni durumunuz nedir?**

- (1) Evli (3) Eşi vefat etmiş  
(2) Eşinden ayrılmış (4) Hiç evlenmemiş (5) Diğer.....

**5. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?**

- (1) Okur-yazar değil (3) İlköğretim  
(2) Okur-Yazar (4) Lise (5) Üniversite ve üstü

**6. Eşinizin mesleği nedir?**

- (1) Memur (3) Serbest Meslek (5) İşsiz  
(2) İşçi (4) Emekli  
(6) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

**7. Sağlık güvenceniz var mı?**

- (1) Yok (2) Var

**8. Nerede ikamet ediyorsunuz?**

- (1) İl merkezi (2) İlçe merkezi (3) Kasaba (4) Köy

**9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

- (1) Gelir giderden düşük (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden fazla

**10. Eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız aile bireyleri var mı?**

- (1) Hayır (2) Evet

**11. Sigara kullanır mısınız?**

- (1) Hayır, hiç kullanmadım (2) Evet, kullanıyorum (.....adet/gün)  
(3) İçiyordum bıraktım



**12. Alkol kullanır mısınız?**

- (1) Hayır, hiç kullanmadım      (2) Evet, kullanıyorum      (3) İçiyordum bıraktım

**13. Obstetrik Öykü:**

Toplam kaç kez gebe kaldınız.....

Gebelik haftanız.....

Toplam kaç kez küretaj (isteyerek düşük) yaptınız.....

Toplam kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız.....

**14. Boyunuz kaç cm? .....**

**15. Gebelik öncesi kilonuz?.....**

**16. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi eğitim sınıflarına katıldınız mı?**

- (1) Hayır (18. Soruya geçiniz)      (2) Evet

**17. 16. soruda cevabınız evet ise; nerede ve kaç kez katıldığınızı açıklayınız.**

.....'de ve ..... kez

**18. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız? (1) Hayır      (2)Evet**

**19. Bu gebeliğinizi istiyor musunuz? (1) Hayır      (2) Evet**

## Ek 2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu

### YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancuları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancularınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancularınızı ve doğumu düşününüz, ümit ettiğiniz şekli değil.

### I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

### II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3.	0	1	2	3	4	5
	Son derece yalnız					Hiç yalnız değil
4.	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
5.	0	1	2	3	4	5
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
6.	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
7.	0	1	2	3	4	5
	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış

### II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8.	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil

9.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	güvende					güvende değil	
10.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Bağımlı	
	bağımsız						
11.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	umutsuz					umutsuz değil	
12.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Gerginlik yok	
	gergin						
13.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	memnun					memnun değil	
14.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	hoşnut					hoşnut değil	
15.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	terkedilmiş					terkedilmemiş	
16.	0	1	2	3	4	5	
	Tamamen					Hiç	
	kendine hakim					kendine hakim değil	
17.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	rahat					rahat değil	
18.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Hiç	
	mutlu					mutlu değil	

**III Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünöyorsunuz?**

19.	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı					Hiç	
	panik					panik değil	
20.	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı					Ümitsizlik yok	
	ümitsizlik						
21.	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı çocuğa					Hiç	
	kavuşma isteği					çocuğa kavuşma isteği yok	
22.	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı					Öz güveni	
	öz güvenli					yok	
23.	0	1	2	3	4	5	
	Son derece					Kendine	
	güvenli					güvensiz	

24.	0	1	2	3	4	5
Aşırı ağrılı						Hiç ağrı yok

**IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

25.	0	1	2	3	4	5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım						Kötü bir şekilde davranmayacağım
26.	0	1	2	3	4	5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim						Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim
27.	0	1	2	3	4	5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim						Kontrolümü kaybetmeyeceğim

**V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?**

28.	0	1	2	3	4	5
Son derece keyif verici						Hiç keyif verici değil
29.	0	1	2	3	4	5
Son derece doğal						Hiç doğal değil
30.	0	1	2	3	4	5
Tamamen olması gerektiği gibi						Hiç olması gerektiği gibi değil
31.	0	1	2	3	4	5
Son derece tehlikeli						Hiç tehlikeli değil

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

32.	...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?					
	0	1	2	3	4	5
	Hiç					Çok sık
33.	... doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?					
	0	1	2	3	4	5
	Hiç					Çok sık

**Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?**

### Ek 3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

#### YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğumdan sonra yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 1' den 6'a kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 1 ve 6) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir

#### I Doğum eylemi sırasında ve doğum anında yaşadıklarınızı bir bütün olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	1	2	3	4	5	6
	Son derece harika					Hiç harika değil
2	1	2	3	4	5	6
	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil

#### II Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissettiniz?

3.	1	2	3	4	5	6
	Son derece yalnız					Hiç yalnız değil
4.	1	2	3	4	5	6
	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
5.	1	2	3	4	5	6
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
6.	1	2	3	4	5	6
	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
7.	1	2	3	4	5	6
	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış

#### II . Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissedeceğinizi düşünüyordunuz?

8.	1	2	3	4	5	6
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
9.	1	2	3	4	5	6
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
10.	1	2	3	4	5	6
	Son derece bağımsız					Bağımlı

11.	1	2	3	4	5	6
	Son derece yalnız ve kimsesiz					Hiç yalnız ve kimsesiz değil
12.	1	2	3	4	5	6
	Son derece gergin					Hiç gergin değil
13.	1	2	3	4	5	6
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14.	1	2	3	4	5	6
	Son derece gururlu					Hiç gururlu değil
15.	1	2	3	4	5	6
	Son derece terkedilmiş					Hiç terkedilmemiş
16.	1	2	3	4	5	6
	Son derece sakin					Hiç sakin değil
17.	1	2	3	4	5	6
	Son derece rahat					Hiç rahat değil
18.	1	2	3	4	5	6
	Son derece mutlu					Hiç mutlu değil

### III. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında ne hissettiniz?

19.	1	2	3	4	5	6
	Aşırı panik					Hiç panik değil
20.	1	2	3	4	5	6
	Son derece ümitsiz					Hiç ümitsiz değil
21.	1	2	3	4	5	6
	Bir an önce çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
22.	1	2	3	4	5	6
	Son derece öz güvenli					Öz güveni yok
23.	1	2	3	4	5	6
	Son derece güvenli					Hiç güvenli değil
24.	1	2	3	4	5	6
	Son derece ağrılı					Hiç ağrı yok

### Doğum eyleminin ve doğum anının en yoğun/en zor anlarında ne oldu?

25.	1	2	3	4	5	6
	Son derece kötü bir şekilde davrandım					Tümüyle kötü bir şekilde davranmadım

26. 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

  
Bedenimin kontrolü ele almasına izin verdim
27. 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

  
Tüm kontrolümü kaybettim
- Bedenimin kontrolü ele almasına hiç izin vermedim
- Kontrolümü hiç kaybetmedim

**V . Bebeğinizin doğduğu an nasıldı?**

28. 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

  
Son derece eğlenceli
29. 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

  
Son derece doğal
30. 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

  
Son derece açık/net
31. 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

  
Son derece tehlikeli
- Hiç eğlenceli değil
- Hiç doğal değil
- Hiç açık/net değil
- Hiç tehlikeli değil

**VI. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında olumsuz düşünceleriniz**

**(kuruntularınız ) olduysa; örnek verebilir misiniz?**

32. ...Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, çocuğun ölebileceğine ilişkin düşünceleriniz?
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
- Hiç olmadı
- Çok sık oldu
33. ... Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
- Hiç olmadı
- Çok sık oldu

**Lütfen cevaplamayı unuttuğunuz soru olup olmadığını kontrol ediniz.**

#### Ek 4. Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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



**Ek 5. Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Form (DÖYE-D32)**

**Bölüm 1- Sonuç Beklentisi Alt Skalası (SBAS-16)**

**YÖNERGE**

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

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

## II- Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası (EBAS-16)

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

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

**Ek 6. Postpartum Soru Formu**

- 1. Doğum şekliniz nedir?** (1) Normal doğum (2) Sezaryen doğum
- 2. Doğum şekliniz sezaryen (değil ise 3.soruya geçiniz) ise; neden sezaryen ameliyatı oldunuz?.....**
- 3. Doğum salonuna kabul edildiğinizde gebelik haftanız kaçtı?.....**
- 4. Doğum salonuna kabul edildiğinizde, servikal açıklık kaç cm idi?.....**
- 5. Doğum eylemi spontan mı başladı?** (1) Hayır (7. soruya geçiniz) (2) Evet
- 6. 5. soruda cevabınız hayır ise; ne ile başlatıldı açıklayınız.**  
.....
- 7. Bebeğin doğumundan önce sizde herhangi bir problem gelişti mi?**  
(1) Hayır (9. soruya geçiniz) (2) Evet
- 8. 7. soruda cevabınız evet ise; ne olduğunu açıklayınız.**  
.....
- 9. Bebeğin doğumundan önce bebekte herhangi bir problem gelişti mi?**  
(1) Hayır (11. soruya geçiniz) (2) Evet
- 10. 9. soruda cevabınız evet ise; ne olduğunu açıklayınız.**  
.....
- 11. Doğumhaneye normal doğum için kabul edilip sonrasında acil olarak sezaryene alındınız mı?**  
(1) Hayır (2) Evet
- 12. Doğum eyleminin toplam uzunluğu: ..... saat.**
- 13. Bebeğin doğum ağırlığı kaç gramdı? .....**
- 14. Doğumda epidural anestezi kullanıldı mı?** (1) Hayır (2) Evet
- 15. Doğumunuzda vakum kullanıldı mı?** (1) Hayır (2) Evet
- 16. Bebeğinizin doğumdan sonra yoğun bakım ünitesine alındı mı?**  
(1) Hayır (18.soruya geçiniz)(2) Evet
- 17. 16.soruya cevabınız evet ise; bebeğiniz yoğun bakım ünitesinde kaç gün kaldı?.....**
- 18. Gebeliğinizde gebeliğe bağlı tansiyon yüksekliği yaşadınız mı?**  
(1) Hayır (2) Evet
- 19. Doğumdan sonra gebeliğe bağlı tansiyon yüksekliği yaşadınız mı?**  
(1) Hayır (2) Evet

**20. Doğumda veya doğum sonrasında size kan nakli yapıldı mı? (1) Hayır (2) Evet**

**21. Doğumdan sonra hastanede kaç gün kaldınız?.....(gün).**

**22. Gelecekte tekrar doğum yapsanız hangi doğum şeklini tercih ederdingiz?**

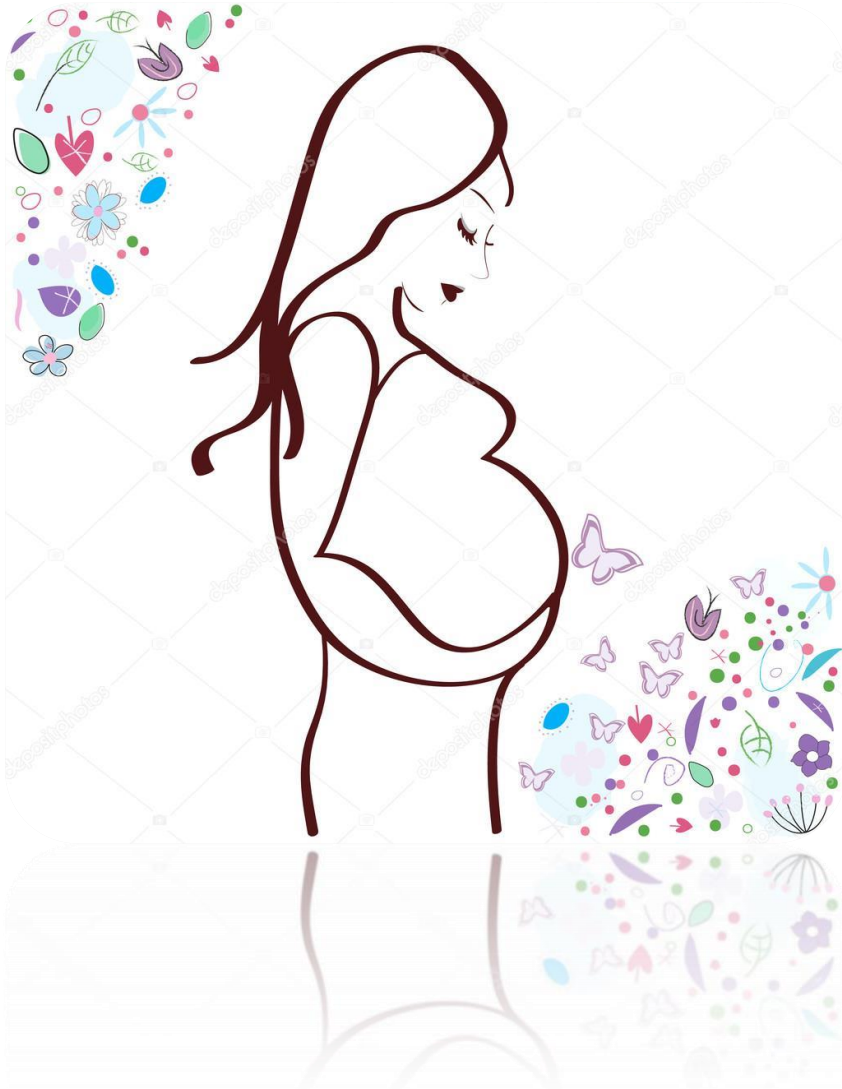
(1) Normal doğum (2) Sezaryen doğum

**Ek 7. Bireysel Danışmanlık Programı**

**Doğum Korkusunu Azaltmaya Yönelik**

**Bireysel Danışmanlık Programı**

**Görüşme Formu**



**HAZIRLAYANLAR**

**Arş. Gör. Gizem Öztürk**

**Prof. Dr. Zekiye Karaçam**

## İÇİNDEKİLER

### 1. Görüşme

**Doğumla hakkında konuşma, doğum ile ilgili duygu ve tutumları belirleme, ev ödevi belirleme**

### 2. Görüşme

**Doğum ile ilgili önceden belirlenmiş inanç ve davranışları belirleme, yanlış inanışları netleştirme ve bu inanışlarla ilişkili doğru bilgi edinme, doğal doğumun aşamaları hakkında konuşma, pozitif düşüncelerini güçlendirme, yapılan ev ödevlerini tartışma**

### 3. Görüşme

**Sosyal desteği geliştirme, mevcut destek ağları hakkında tartışma, doğumda olumlu yaklaşımların güçlendirme (doğum korkularını azaltmak için olumlu stratejiler önerme) ve çözüm önerileri sunma, olası çözümleri tanımlanma ve doğum ile ilgili karar verebilme, doğum videoları ve doğum hikâyeleri paylaşma, ev ödevini tartışma.**

**Vaka No:**

**Adı Soyadı:**

**İlk Görüşme (28–30. hafta):**

**Görüşme Tarihi:**

Bu oturumda size verilen değerlendirme formunu doldurduktan sonra doğum eylemine ilişkin düşünceleriniz hakkında konuşulacaktır.

Doğum eylemi hakkında düşünceleriniz nelerdir? Lütfen açıklayınız?

Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor veya kolay bir durum mudur?

Doğum yapabilme yeteneğiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

Doğum ile ilgili duygularınızı ifade edecek aklınıza ilk gelen kelimeleri yazınız?

### **Ev Ödevi- I**

-Bir sonraki görüşmeye kadar doğum ile ilgili içinizden gelen duygu, düşünce, mutluluk, endişelerinizi yazınız. Aklınızda canlanan doğum olayını tanımlayınız.

**İkinci Görüşme (31–33 hafta):**

**Görüşme Tarihi:**

**(Doğum ile ilgili önceden belirlenmiş inanç ve davranışlara yönelik sorular sorma, yanlış inanışları netleştirme ve bu inanışlarla ilişkili doğru bilgi sunma, doğum yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerin değerlendirilmesinde önemli hususlar hakkında bilgi verme, doğal doğumun aşamaları hakkında bilgi verme, kadının sorularını gerçekçi olarak yanıtlama ve annenin pozitif düşüncelerini güçlendirme.)**

-Ev ödevini tartışma

Sizin için doğum korkulacak bir durum/olay mıdır? Gerekçeleri ile açıklayınız?

Çevrenizden duyduğunuz olumlu ve olumsuz doğum hikâyeleri nelerdir?

Bu hikâyeler içerisinde sizi en çok etkileyen durum/durumlar nelerdir?

Doğum eylemine ilişkin neler olmasından korkuyorsunuz? (ağrı, doğum ile ilgili bilinmezlikler, gebeliğin fiziksel aktivite üzerine olumsuz etkileri, doğum personeline olan güvensizlik, bebeğin ve sizin zarar görmesi, epizyotomi, ölüm korkusu, bebeğin ölü/malformasyonlu olması vb.)

Verilen eğitim dışında öğrenmek istediğiniz bir konu var mı?

### **Ev Ödevi-II**

**Doğumda yanınızda olmasını istediğiniz kişiler kim/kimler olacak? Doğum başladığında kimleri arayacaksınız?**



### **Üçüncü Görüşme (34-36 hafta):**

-Ev ödevini tartışma

Doğumda sizin yanınızda olmasını istediğiniz yakınınız kimdir? Kimler olabilir?

Doğumda yanınızda olacak kişiden size nasıl yardımcı olmasını bekliyorsunuz? (Yardım kartı oluşturma)

Doğumla ilişkili korktuğunuz durumdan kurtulma için ya da baş etmek için ne yapabilirsiniz? Size ne yardımcı olur?

-Doğum videoları ve doğum hikâyeleri paylaşma

Video linkleri

[https://www.youtube.com/watch?v=BJhuHkEnSN0&has\\_verified=1](https://www.youtube.com/watch?v=BJhuHkEnSN0&has_verified=1)

[https://www.youtube.com/watch?v=fXa7d\\_45mvg](https://www.youtube.com/watch?v=fXa7d_45mvg)

[https://www.youtube.com/watch?v=MWXRE2oPps8&has\\_verified=1](https://www.youtube.com/watch?v=MWXRE2oPps8&has_verified=1)

[https://www.youtube.com/watch?v=2sjs0fxaKLw&has\\_verified=1](https://www.youtube.com/watch?v=2sjs0fxaKLw&has_verified=1)

# Gebelerde Doğum Korkusunu Azaltmaya Yönelik Eğitim Kitabı



**Hazırlayan: Arş. Gör. Gizem Öztürk**  
**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zekiye Karaçam**

## İçindekiler

	Sayfa
1. Normal Doğum Fizyolojisi.....	2
2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri.....	3
3. Doğum Eyleminde Hormonların Rolü.....	5
4. Doğum Başladığında Yapılması Gerekenler.....	6
5. Doğum İçin Hastaneye Gittiğinizde Neler İle Karşılaşacaksınız.....	6
6. Doğumun Aşamaları.....	8
6.1. Doğumun Birinci Aşaması.....	8
6.2. Doğumun İkinci Aşaması.....	9
6.3. Doğum Masasında Nefes Alıp Verme.....	10
6.4. Doğumun Üçüncü Aşaması.....	10
6.5. Doğumun Dördüncü Aşaması.....	11
7. Diğer Doğum Tipleri.....	12
7.1. Müdahaleli Doğum.....	12
7.2. Sezaryen Doğum.....	13
8. Kaynaklar.....	15

## Normal Doğum Fizyolojisi

Döllenme ile oluşan bebek ve eklerinin anne vücudundan atılmasına doğum eylemi denir. Normal doğum, 37 - 42. gebelik haftaları arasında kendiliğinden başlayan, problemsiz devam eden, başla gelen tek bir bebeğin rahimden hazne yolu ile canlı olarak doğmasına ve doğum sonrasında anne ve bebeğin sağlığının iyi olmasına denir.

Normal doğum kısa veya uzun olabilir. Doğum sırasında yaşanan ağrının şiddeti kişinin algısına göre değişiklik gösterebilir. Düşük veya yüksek riskli gebelik sonrasında gerçekleşebilir. Büyük veya küçük bebek doğumuyla sonuçlanabilir. Hastanede veya hastane dışı gerçekleşebilir.

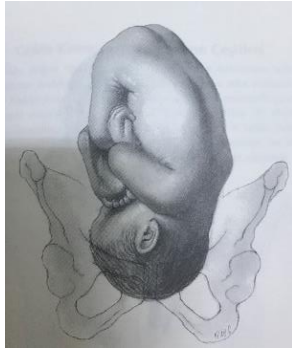
Doğumu, normal olarak tanımlamak geriye bakarak değerlendirmeye mümkün olabilir. Çünkü normal olarak başlayan bir doğumda da her an kadının ve bebeğin daha ileri düzeyde bakım almasını gerektiren durumlar yaşanabilmektedir.

Normal doğumda siz ve bebeğiniz gebelik boyunca doğuma ve yeni rollerinize hazırlanacaksınız. Gebelik sonunda kendinizi doğum yapmak için daha güçlü hissedeceksiniz. Normal doğumda doğumu gerçekleştirecek olan siz ve bebeğiniz olacaksınız. Bu süreçte, ebe ve kadın doğum uzmanı sizin ve bebeğinizin yanında bulunacak, sağlığınıza izleyecek ve gerektiğinde koruyucu önlemler alacaktır.

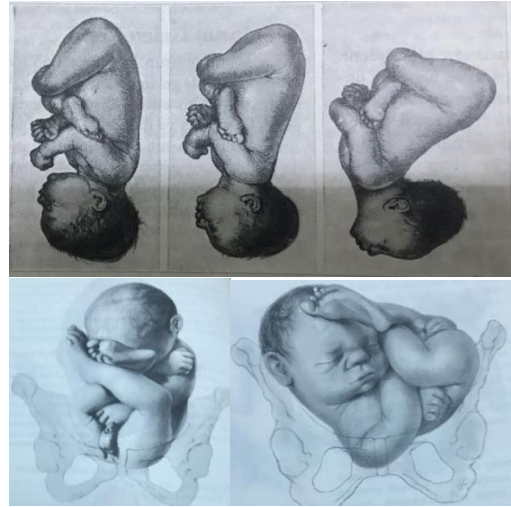
Normal doğum eylemi bebek, doğum kanalı, kasılmalar, ıkınma ve annenin psikolojik durumunun uyumu ile gerçekleşmektedir.

**Bebek:** Normal doğum sırasında bebeğin başının özellikleri, bebeğin anne karnındaki duruşu, bebeğin doğum kanalına giriş durumu önemlidir. Normal doğum için bebeğin başının annenin doğum kanalından geçebilecek büyüklükte olması, bebeğin başı ile doğum kanalına girmesi ve doğum kanalında ilerlerken çenesinin göğsüne değer pozisyonda olması gerekmektedir. Bunun dışındaki pozisyonlarda normal doğum süreci uzayabilir veya normal doğum gerçekleşmeyebilir.

### Bebeğin Normal Pozisyonu



### Bebeğin Normal Dışı Pozisyonları



**Doğum Kanalı:** Doğum kanalı kemik yapılardan ve hanenizi saran yumuşak dokulardan oluşmaktadır. Doğum kanalını oluşturan kemik yapıların bebeğin başının geçebilmesine olanak sağlayacak genişlikte olması gerekir. Bu durum doğumdan önce yapılan alttan (vajinal) muayene ile anlaşılabilir. Yine haznenizi saran yumuşak dokuların ve alt bölgenizdeki kasların ve dokuların esnek olması doğuma yardımcı olan diğer yapılardır. Bu nedenle doğum öncesi yapılan egzersizler ile bu yapıların esnekliği artırılabilir.

### **Kasılmalar ve İkinma:**

Burada bahsedilen bebeğin aşağıya doğru inmesini ve doğmasını sağlayan rahim kasılmalarının sıklığı, süresi ve şiddeti ve annenin bebeği itmek için kullandığı karın kaslarının gücüdür.

Doğum süresince rahim kasılmalarının şiddeti, süresi ve sıklığı giderek artacaktır. Aksi durumlarda doğum eylemi uzayabilir veya kasılmaları arttırmak için müdahaleler gerekebilir.

### **Annenin Psikolojik Durumu:**

Doğumda rol alan diğer faktörlerle birlikte sizin doğuma bedensel olarak ne kadar hazır olduğunuz, daha önce yaşadığınız doğum deneyimleri, doğumda aldığınız destek ve duygusal durumunuz çok önem taşımaktadır.

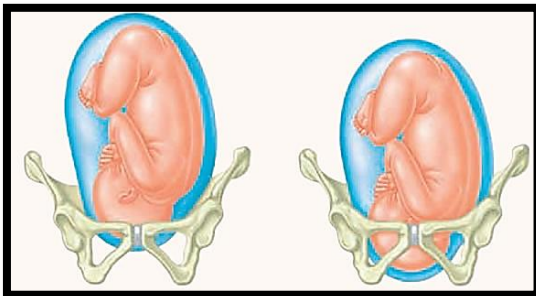
Doğum eylemi sizin daha önce yaşadığınız deneyim ve gerginlikten, çevrenizdeki kişilerin olumsuz doğum hikâyelerinden, aldığınız çevresel destekten etkilenebilir. Stres ve endişe düzeyinizin fazla olması bebeğinizin strese girmesine ve doğum eyleminizin uzamasına neden olabilir.

Yaşadığınız korku ile birlikte kalp atım hızınız, solunum hızınız ve tansiyonunuz yükselebilir. Bunlar ise bebeğinize giden kan akımını azaltabilir ve daha çok ağrı duymanıza sebep olabilir.

## **Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri**

Gebeliğinizin son haftaları içinde, doğumunuzun yakın bir zamanda başlayacağını gösteren belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler ile birlikte hastaneye başvurduğunuzda doğumunuzun hangi aşamada olduğu ortaya çıkacaktır. Bu belirtileri şu şekilde sıralayabiliriz;

### **Hafifleme (Rahatlama)**



İlk doğumu olan gebeler için doğumdan birkaç hafta önce, daha önce doğum yapan gebeler için ise doğuma yakın zamanda bebek aşağıya doğru inerek doğum kanalına yerleşmeye başlar. Bu yerleşme ile bebeğinizin solunum kasına yaptığı bası ortadan kalkar. Bu nedenle soluk alıp verirken rahatlama başlarsınız ve kendinizi daha rahat hissedersiniz.

Rahatlama ile birlikte bebek doğum kanalına doğru ilerlediği için bacak krampları, bacaklarda şişkinlik ve sık idrara çıkma gibi belirtiler yaşanabilmektedir.

### Enerji Artışı

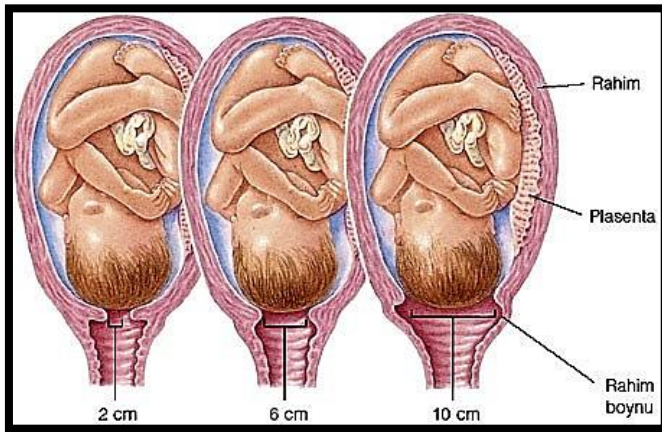
Doğum eylemi başlamadan önce bedenin doğum eylemine hazırlanması için hormon (epinefrin) salgılanmaktadır. Bu hormon kendinizi daha enerjik hissetmenizi sağlar. Bu enerjiyi doğumda bebeğinizi itmek için kullanacaksınız. Bu nedenle bu enerjiyi boşa harcamayarak korumanız yararlı olacaktır.

### Doğum Ağrıları

Doğumun başladığının bir göstergesi de düzenli, ritmik ve şiddeti giderek artan rahim kasılmalarıdır. Rahim kasılmalarının sıklığı, şiddeti ve süresi doğumun başlangıcından itibaren giderek artacaktır. Bu kasılmalar yalancı doğum kasılmaları ile karıştırılmamalıdır. Aşağıda gerçek ve yalancı doğum ağrılarının özellikleri verilmiştir.

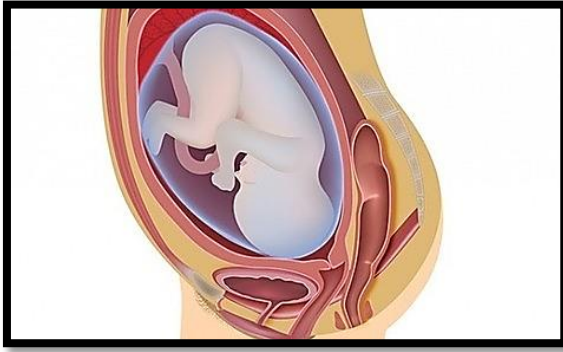
Gerçek Doğum Ağrısı	Yalancı Doğum Ağrısı
Kasılmalar düzenli aralıklarla gelir	Kasılmalar düzensizdir
Kasılmalar aralarındaki süre gittikçe azalır	Kasılma araları değişmez
Kasılmaların süre ve şiddeti artar	Kasılmaların süre ve şiddetinde değişiklik olmaz
Ağrı belden başlayıp karına yayılır	Ağrı genellikle karındadır
Ağrı yürümeyle artar	Yürüme ağrının şiddetini etkilemez
Rahim ağzındaki açıklık düzenli olarak artar.	Rahim ağzında değişiklik olmaz.
Ağrı kesicilere rağmen ağrı devam eder.	Ağrı kesicilerle ağrı kontrol edilebilir.

### Rahim Ağzındaki Değişiklikler



Rahimdeki kasılmalar ve bebeğinizin doğum kanalına giren kısmının yaptığı baskı ile birlikte rahim ağzınız incelik ve açılmaya başlar. Rahim ağzı 1 cm'den 10 cm'e kadar açılır. Normal doğumun gerçekleşebilmesi için rahim ağzının 10 cm'ye kadar açılması gerekir. Bu açılma ebe ve/veya kadın doğum uzmanı tarafından vajinal muayene yapılarak belirlenir.

### Amniyon Kesesinin Açılması (Suyun Gelmesi)



Amniyon kesesi (su kesesi) bebeğinizi koruyan ve rahim içerisinde çevreleyen bir zardır ve içerisinde amniyon sıvısı bulunmaktadır. Amniyon kesesi normalde doğumun sonlarına doğru kendiliğinden açılır. Fakat doğumun başlarında da aılabildiği görülmektedir. Eğer erken doğum eylemi söz konusu değil ise amniyon kesesi açıldıktan sonra 12-24 saat içinde doğumun gerçekleşmesi beklenir.

Amniyon kesesi küçük bir noktadan ve yüksek bir yerden açıldı ise suyunuz sızıntı Şeklinde gelebilir ve idrar kaırdığınızı düşünebilirsiniz.

Alt bölgeden ve geniş bir Şekilde açıldı ise suyunuz fazla miktarda gelebilir. Bu nedenle suyunuzun geldiğinden şüpheleniyorsanız hastaneye başvurunuz.

### Rahim Ağzındaki Tıkacın Atılması (Nişane)

Gebelik süresinde rahim ağzında müköz bir tıkaç oluşur ve buna nişan denir. Doğum eyleminin başında rahim ağzı inceliپ açıldıkça oluşan bu rahim ağzı tıkaçı dışarı atılır. Bu tıkaç hafif pembemsi renkte olabilir ve çok hafif bir kanama gibi görünebilir.

## Doğum Eyleminde Hormonların Rolü

Doğumun başlama zamanı, doğum süreci ve doğum sonunda anne ve bebekteki birçok olay doğumda rol oynayan hormonlar ile ilişkilidir. Normal bir doğumun geekleşebilmesi için bu hormonların doğru zamanda ve yeterli miktarlarda salınması çok önemlidir. Doğum sırasında bu hormonların birbiri ile uyumlu olarak artması ve azalması doğumun yolunda gitmesi için gereklidir. Bu hormonları şöyle tanımlayabiliriz;

### Oksitosin "Sakinlik ve İlişki Hormonu" ya da "Aşk" Hormonu

Aşk hormonu olarak da bilinen oksitosin rahimdeki kasılmaları başlatmakta, ıkınma dürtüsünü uyarmakta, bebeği fırlatma refleksini oluşturmakta, sütün göğüs kanallarından inmesini sağlamakta ve sizin kendinizi iyi hissetmenizi sağlamaktadır. Oksitosine sevgi hormonu adı verilmiş olup sevginin olduğu her yerde oksitosinin olduğu belirtilmektedir. Yine bu hormonun annenin bebeğine olan ilgisini arttırdığı ve annelik davranışları sergilemede önemli olduğu bilinmektedir.

Doğumda oksitosin hormonu belirli aralıklar ile salındığında rahim kasılmalarının belirli aralıklar ile gelmesini sağlar ve böylelikle kasılmalar arasında size ve bebeğinize dinlenebilmeniz için zaman tanır. Oksitosin hormonu gittikçe artan seviyelerde salgılanır ve doğumdan sonra da en st seviyelerde kalır. Bu hormon, eş ile birlikte bebeğe de geçer, aynı

zamanda geriye doğru unutkanlık yapar ve böylece doğumla ilgili daha çok pozitif anı hatırlamanızı sağlar.

### **Endorfin “Doğal Ağrı Kesici ve ya Mutluluk Hormonu”**

Endorfinler ağrı, hareket, stres ve korkuyla artmakta, olumsuz duyguları etkisizleştirmektedir. Rahim kasılmaları arttıkça vücudun endorfin salgıladığı görülür. Bu hormon doğum sırasında gittikçe artan oranlarda salgılanır, doğumda doğal bir ağrı kesici ve mutluluk hormonu olarak görev yapar. Böylece bedeniniz, ihtiyacınız olan ağrı kesiciyi kendiliğinden üretir.

Bu hormonun doğumdaki bir diğer etkisi ise kendinizi daha içe dönük ve rüyada gibi bir durum içinde, bir diğer deyişle “sanki başka bir boyutta” gibi hissedersiniz. Bu da sizin doğumunuza ve bebeğinize daha iyi odaklanabilmenizi sağlar. Bu duygu normal bir doğumun sağlıklı ve etkili bir şekilde ilerlediğini gösterir.

Endorfin hormonu aynı zamanda sizin bebeğinize, bebeğinizin de size olan bağlılığını arttırmaktadır. Bu durum anne ve bebeğin, doğum sonrası ilk dakikalarındaki bağlanmasında önemlidir.

### **Adrenalin**

Bu hormon kişi korkmuş veya öfkeli olduğunda, tehlikede olduğunu hissettiğinde veya tehlikede olduğunda salgılanmaktadır. Bu "savaş ya da kaç" hormonudur. Bu hormon oksitosin ve endorfinle zıt çalışmaktadır. Normal düzeylerde salınımı doğumun ikinci aşamasında bebeği ıkınarak dışarı atmak için kullanılır. Ancak doğumda korku veya ağrı nedeni ile aşırı salgılanması, doğumu durduran temel nedenlerden biridir. Fazla salgılanması nedeni ile kasılmalar azalır ve kasılmaların giderek daha ağırlı hissedilmesine neden olur. Bebekte de stres yaratabilir.

### **Prolaktin “Bağlanma Hormonu”**

Prolaktin, gebelik ve doğum sonrasında bebeği emzirmek için memeleri hazırlamaktadır. Süt üretimini sağlamakta ve annenin ruhsal durumunu sakinleştirici, düzenleyici etkisi bulunmaktadır.

Tüm bu hormonların dengeli olarak çalışabilmesi için doğum eyleminde ağrı kesicilerin kullanılmaması, suni sancı, zarların erken açılması gibi gereksiz müdahalelerden kaçınılması ve en önemlisi stresten uzak durulması gerekmektedir. Korku ve anksiyete, oksitosin ve endorfin hormonlarının salınımını azaltırken, adrenalin hormonunun salınımını arttırmaktadır. Bu durum ise doğumda istenmeyen etkilere, bebeğin strese girmesine, doğum eyleminin uzamasına ve daha olumsuz bir doğum deneyimi yaşanmasına yol açmaktadır.

## **Doğum Başladığında Yapılması Gerekenler**

Doğumun başlama belirtilerinden herhangi birini gördüğünüz zaman doğumun başlamış olabileceğini düşünmelisiniz. Ancak panik yapmanıza gerek yoktur. Hemen hastaneye gitmeniz gerekmez. İlk olarak kasılmalarınızın hangi sıklıkla geldiğini kontrol etmelisiniz. Kasılmalarınız 5 dakikada bir düzenli olarak geliyor ise ve/veya suyunuz geldi ise hastaneye



başvurmalısınız. Bununla birlikte eğer kanamanız var ise hiç beklemeden hastaneye gitmelisiniz. Evde geçirdiğiniz zaman içerisinde dilerseniz ılık bir duş alabilirsiniz. Bazı hastanelerde doğum sırasında yeme ve içme kısıtlaması yapılabildiği için gitmeden karnınız aç ise hafif bir yemek yiyebilirsiniz. Fakat evde geçirdiğiniz süre içerisinde enerjinizi boşa harcayacak işlerden kaçınmalısınız. Eğer eşiniz evde değilse ona haber verip, gelmesini bekleyebilirsiniz. Ya da bir yakınınız ile daha önceden takip edildiğiniz hastaneye gidebilir, eşinizle hastanede buluşabilirsiniz. Her şeyin önceden planlanmış olması önemlidir. Plansızlık size telaş yaratabilir, buda sizi gerginleştirir.

Bununla birlikte doğum belirtileriniz beklemediğiniz bir anda ve yerde geliyor ise panik yapmadan yakındaki bir hastaneye başvurabilirsiniz.

Bir diğer bilgi olarak gebelikle birlikte oluşan veya önceden var olan bir hastalığınız ve bebeğinizle ilgili bir problem var ise, doğumunuz 37. haftadan önce başladı ise mutlaka bebeğiniz için yoğun bakım servislerinin bulunduğu hastaneleri tercih etmelisiniz.

## **Doğum için Hastaneye Gittiğinizde Neler ile Karşılaşacaksınız**

Öncelikli olarak doğum yapacağınız hastaneyi daha önceden gördüyseniz daha rahat hissedeceksiniz. Çünkü bildiğiniz bir yere gideceksiniz. Fakat daha önce gitmediğiniz bir hastanede doğum yapacak iseniz endişelenmeyin. Sizinle ilgilenecek olan ebe ve kadın doğum uzmanı size bu konuda yardımcı olacaktır.

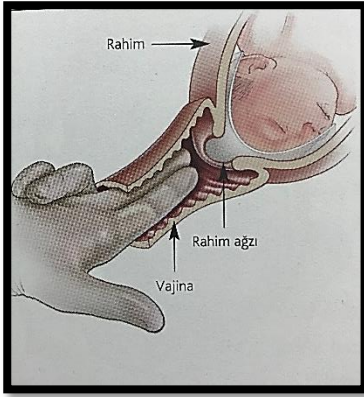
Doğum salonuna ilk girdiğinizde sizi ebe veya doktor karşılayacaktır. Bu aşamada sizin sağlık öykünüz ile ilgili sorular sorulacak ve size ait bir gebe dosyası oluşturulacaktır. Yaşınız, bireysel bilgileriniz, var olan sağlık sorunlarınız, daha önce geçirdiğiniz ameliyatlara, gebelik öykünüz, sularınızın gelip gelmediği gibi sorular sorulacaktır. Sorgulanan bilgiler doğum sürecinizde kullanılacağından tüm sorulara içtenlikle ve doğru cevap vermeniz önemlidir. Bu aşamada ebenize sizinle doğum odasına herhangi bir yakınınızın girip giremeyeceği konusunda bilgi alabilirsiniz. Son zamanlarda hastaneler doğumda gebe ile birlikte bir yakınının bulunmasına olumlu bakmaktadırlar.

Ardından sizin fiziksel muayeneniz, bebeğinizin kalp atımları ve gerçek doğum belirtilerinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

**Fiziksel Muayenenizde;** kan tahlilleriniz için sizden kan alınacak, vücut sisteminiz değerlendirilecek, tansiyonunuz, solunumunuz, ateşiniz ve kalp atış hızınız kontrol edilecektir.

Gerçek doğum belirtilerinin gözlenmesi aşamasında vajinal muayene ve kasılmalarının düzenli olup olmadığına bakılacaktır. Doğum eyleminin başlayıp başlamadığını belirlemek ve sizin doğum salonuna yatışınızı kabul etmek için bu muayeneler mutlaka yapılması gereken uygulamalar arasında yer almaktadır.

## Vajinal Muayene:



Ebeniz ve/veya doktorunuz sizi alttan muayene ederek rahim ağzınızın açıklığına, bebeğin hangi kısmı ile doğum kanalına yerleştiğine, doğum kanalınızın normal doğum için uygun olup olmadığına ve suyunuz geldi ise suyunuzun rengine bakacaktır. Bu uygulama ebe ve/veya doktorun doğumunuzun aşamasına karar vermesi açısından önemlidir. Bebeğinizin istenen pozisyon dışında doğum kanalına yerleşmesi, doğum kanalınızın normalden dar olması, gelen suda bebeğinizin kakasının bulunması doğum kararını ve doğum sürecini etkileyebilir.

Bu muayene sırasında biraz rahatsız olabilirsiniz fakat bu muayeneyi daha rahat geçirmek sizin elinizdedir. Muayene sırasında bebeğinizin size kavuştuğunu düşünerek ve derin nefes alıp vermeye odaklanarak gevşeyebilirsiniz. Ne kadar çok gevşerseniz muayene o kadar rahat geçecektir.

## Kasılmaların Özellikleri:

Düzenli kasılmalarının varlığı doğumun ilerlemesi için gereklidir. Doğumunuzun başladığının bir göstergesi de düzenli aralıklar ile gelen ve sıklığı ve şiddeti giderek artan kasılmalarının olmasıdır. Bu neden ile kasılmalarınız gebelik döneminden de bildiğiniz NST cihazı ile veya karnınızdan el ile sayılarak değerlendirilebilir.

## Bebeğin İyilik Halinin Değerlendirilmesi:

Doktor bu aşamada bebeğinizi ultrason ile değerlendirebilir. Aynı zamanda bebeğinizin kalp atışları dinlenecektir. Yine bunlarla birlikte bebeğinizin kasılmalara verdiği tepkileri izlemek ve iyilik halini tanımlamak için NST cihazı ile değerlendirme de yapılabilir. Bu değerlendirmeler bebeğinizin doğum sürecinde iyilik durumunun izlenmesi için yapılmaktadır.

Tüm bu değerlendirmelerden sonra hastaneye yatış yapıp yapmayacağınıza karar verilir. Doğumhaneye kabul için gebede olması gereken özellikler düşük riskli gebeler için rahim ağzı açıklığınızın 3-4 cm'e ulaşması ve düzenli kasılmalarınızın olması olarak kabul edilmektedir. Çünkü rahim ağzının bu açıklığa ulaşana kadar ki geçecek olan süresi tam olarak bilinmemektedir. Doktor, siz ve bebeğinizin sağlık durumu normal ise, doğum salonunda uzun süre beklememeniz için kasılmalarınız artana kadar evinizde beklemeniz önerilebilir. Bu sizin ve bebeğinizin önemsenmediği anlamına gelmemektedir. Fakat bazı durumlarda, örneğin; riskli bir gebeliğiniz var ise, bebeğinizin durumu iyi değil ise ve ya eviniz hastaneye uzak ise bu koşulları sağlamadan da doğum salonuna kabul edilerek yatışınız sağlanacaktır.

## Doğumun Aşamaları

Normal doğum eylemi dört aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama rahim ağzındaki açıklık 10 cm olduğunda tamamlanır. İkinci aşama rahim ağzındaki açıklık tamamlandıktan sonra

başlar ve bebeğin doğumu ile tamamlanır. Üçüncü aşama bebeğin doğması ile başlar ve bebeğin eşinin atılması ile sonlanır. Dördüncü aşama ise bebeğin eşinin ayrılması ile başlar ve doğumdan sonraki ilk 4 saati kapsar. Bu evreye erken lohusalık dönemi de denilmektedir.

## Doğumun Birinci Aşaması

Doğum eyleminin birinci aşaması rahim ağzındaki değişikliklerin gerçekleştiği ve bebeğinizin doğum kanalından aşağıya doğru ilerlediği evredir. Birinci aşama düzenli rahim kasılmaları ile başlar ve rahim ağzının 10 cm açıklığa ulaşması ile tamamlanır. Bu aşamanın da kendi içerisinde evreleri bulunmaktadır.

### Pasif (Latent) Dönem

Bu dönem düzenli, ritmik rahim kasılmalarınız ile başlar ve rahim ağzı açıklığınız 4 cm olduğunda sonlanır. Bu evrede kasılmalarınız 10 dakikada bir gelir ve ortalama 20 sn kadar sürer. Ağrılarınızı daha çok bel ve karın bölgesinde hissedersiniz. Bu evre ilk doğum yapanlarda 6-18 saat, daha önce doğum yapmış kadınlar için 2-10 saat sürebilir. Bu süre her kadın için değişken olabilir. Bu evrenin başlangıcı ritmik ve düzenli rahim kasılmalarının başlaması ile belirleneceğinden kasılmalarınız başladığı anda dört ya da beş ardışık sıralı kasılmanın kaç dakika aralıklarla geldiğini ve kaç saniye sürdüğünü hastaneye gelmeden önce saymalısınız.

Bazen kasılmalar ile rahim ağzınızda açılma olmayabilir. Bu durumda hemen doğumun ilerlemediği duygusuna kapılmamalısınız. Burada anlamamız gereken rahim ağzının bir hazırlık değişimi geçirdikten sonra kayda değer açılma gerçekleştirebileceğidir.

Birçok kadında doğum eylemi öncesi birkaç haftalık evrede rahim ağzında büyük ölçüde eş zamanlı ve neredeyse fark edilmeyen değişiklikler gerçekleşmektedir. Buna karşılık az sayıda kadında doğumdaki kasılmalar rahim ağzını açılmaya hazırlanması için gereklidir. Bu değişiklikler şunlardır:

- Rahim ağzı arkadan öne doğru pozisyon değiştirir.
- Rahim ağzı olgunlaşır ya da yumuşar.
- Rahim ağzı incelir.
- Rahim ağzı açılır.

Bu evrede rahim ağzı açıklığınız vajinal muayene ile belirlenecektir. Ebe ve/veya kadın doğum uzmanı yaklaşık 4'er saat aralıklarla sizi muayene ederek doğumun ilerleyişini kontrol etmesi gerekmektedir.

### Aktif Dönem

Rahim ağzı 4 cm açıldığı zaman aktif dönem başlar ve 8 cm oluncaya kadar devam eder. Bu dönemde rahim kasılmaları hem daha sık gelir hem de daha uzun sürecektir. Kasılmalar 5 dakikadan daha az aralıklarla gelir ve ortalama 40 sn ye sürer. Ağrılar daha çok bel, alt karın

bölgesi, kasıklar ve bacaklarda hissedilir. Bu evre ortalama 4 saat sürecektir. Fakat her aşamada olduğu gibi her kadın için bu süreler değişebilir.

Bu aşamada bebeğiniz kasılmalar ile birlikte rahim ağzına bası yaparak rahim ağzının açılmasını sağlarken, diğer yandan kasılmalar bebeğinizi aşağıya doğru iterek bebeğinizin size kavuşmasına yardımcı olur.

### **Geçiş Dönemi**

Rahim ağzı açıklığının 8 cm olması ile başlar ve 10 cm olduğunda tamamlanır. Kasılmalarınız 2 dakikadan daha az aralıklarla gelir ve ortalama 60-90 sn sürer. Bu evrede kendinizi daha yorgun, endişeli hissedebilirsiniz. Rahim ağzındaki açılma nedeni ile bulantı-kusma yaşayabilir ve alt bölgenizde daha çok bası hissedebilirsiniz. Bu basıdan dolayı büyük tuvaletiniz gelmiş gibi bir his yaşayabilirsiniz. Fakat tüm bunlar normaldir ve her kadın için ortak duygulardır. Bu aşamada bebeğinizin doğumuna daha da çok yaklaşmış olacaksınız.

- Bu neden ile derin solunum egzersizleri ile kendinizi rahatlatmaya çalışın.
- Kasılmalar arasında dinlenmeye çalışın.
- Doğumda size eşlik eden yakınınızdan size destek olmasını ve bel bölgenize masaj yapmasını isteyebilirsiniz.

### **Doğumun İkinci Aşaması**

Doğumun ikinci aşaması rahim ağzının tam açılması (10 cm) ile başlar ve bebeğin doğumu ile sona erer. Bu süre daha önce doğum yapan kadınlarda ortalama 20 dakika iken, ilk kez doğum yapan kadınlarda 50 dakika kadardır. Fakat gebeden gebeye oldukça değişken olabilir. Bu sırada kasılmalarınız 1,5-2 dakikada bir gelecek ve ortalama 60-90 saniye sürecektir.

Bebeğinizin gelişine bağlı olarak bu aşamada kendiliğinden gelen ıkınma hissi gelişecektir. Bu itici güç bebeğinizin doğmasına yardımcı olan en önemli güçtür. Bu neden ile bu itici gücü iyi kullanmalısınız. ıkınma kuvvetine bağlı olarak bebeğin doğma süresi uzayabilir. Bu aşamada bebeğin alt bölgeye yaptığı bası nedeni ile büyük tuvaletiniz varmış hissi oluşabilir fakat bu bebeğin yaptığı basıdan kaynaklanmaktadır. Bu neden ile ıkınmaktan çekinmeyiniz.

Doğumun ikinci aşamasında kasılmalar arasında dinlenme zamanlarınız olacaktır. Bu dönemlerde ıkınmadan dinlenmeniz hem bebeğinize giden oksijen miktarını arttıracak hem de sizin enerjinizi korumanızı sağlayacaktır.

Bazı durumlarda bebeğin başı çıkarken alt bölgenize bir kesi yapılarak (epizyotomi) vajinal açıklık genişletilebilir. Bu işlem yapılmadan önce kesi açılacak bölge uyuşturulmaktadır. Bunun yanı sıra bebeğin başı alt bölgenizdeki sinirlere bası yaptığı için ağrı duymayacaksınız. Bu kesi bebek doğduktan sonra tamir edilecektir.

Bebeğinizin iyilik halini değerlendirebilmek için aralıklı olarak 5 dakikada bir bebeğinizin kalp atışları dinlenecektir.

Bebeğin başı tamamen hazne çıkışına dayandığında birkaç ıkmadan sonra önce bebeğin başı sonra omuz ve gövdesi doğacaktır.



### Doğum Masasında Nefes Alıp Verme

Doğum masasında yani doğumun ikinci aşamasında karın solunumu yapmalısınız. Bu solunumu yaparken;

- İkınma hissi gelmeye başladığında burundan yavaşça nefes alın ve karnınızı şişirin
- Sonrasında nefesinizi ağızdan yavaşça üfleyin
- Buna ıkmama hissiniz kuvvetlenene kadar devam edin
- Kuvvetli ıkmama hissi geldiğinde tekrar burundan derince nefes alın ve karnınızı şişirin
- Nefesinizi tutun ve çenenizi göğsünüze yaslayın
- Nefesinizi tutarak veya ağızınızdan mum üfler gibi yavaş yavaş nefes vererek ıkmama
- Kasılma bitene kadar ıkmamaya devam edin
- İkınma hissiniz bittikten sonra dinlenin.

Bunu yaparken ellerinizle doğum yatağının yanına tutunarak destek alabilirsiniz. Bu düzende ıkmamaya doğum bitene kadar devam edeceksiniz.



### Doğumun Üçüncü Aşaması

Doğumun üçüncü aşaması bebeğin doğumundan sonra başlar ve bebeğin eşinin (plasenta) doğumu ile sona erer. Bu aşamada bebeğin eşinin atılması için rahimdeki kasılmalar devam eder fakat bu kasılmalar ağırlı değildir. Eşin çıkması ortalama 5-10 dakika sürmekte olup 1 saati geçer ise müdahale edilerek çıkarılır. Bebeğin eşi rahimden ayrıldıktan sonra kanamayı kontrol edebilmek için size serum ile birlikte kanamayı azaltan ilaç verilecektir. Yine tansiyonunuz kontrol edilerek iyilik haliniz takip edilecektir.

Bebeğin eşi çıktıktan sonra ebe veya kadın doğum uzmanı haznede veya alt bölgenizde oluşan hasarlı dokuyu tamir etmek için dikiş yapabilir. Yine eğer bebeğin çıkmasını kolaylaştırmak için kesi yapıldı ise (epizyotomi) bu kesinin tamiri de yapılacaktır. Dikişler doğumunuzu yaptıran ebe veya kadın doğum uzmanı tarafından yapılacaktır. Daha önce bu bölge uyuşturulduğu için dikiş sırasında acı hissetmezsiniz. Eğer gerekli ise dikiş atılmadan önce tamirin yapılacağı bölge tekrardan ilaç ile uyuşturulacaktır. Fakat alt bölgenizde damar ve sinirler fazla olduğu için bir miktar ağrı veya dokunma hissi duyabilirsiniz. Bu aşamada dikkatinizi başka yöne çekebilmek için bebeğinizi emzirebilir veya onunla ilgilenebilirsiniz.

Bebeğiniz ise bu evrede doğum masasının yanında bulunan bebek için hazırlanmış ve daha önceden ısıtılmış bir yere alınacak ve burada kilo ve baş çevresi ölçümleri, aşıları ve yenidoğan doktoru tarafından muayenesi yapılacaktır. Yapılan işlemler sizin yanınızda yapılacağı için bebeğinizi izleyebilirsiniz. Bebeğinizin işlemleri bittikten sonra ebe veya kadın doğum uzmanınız sizin kontrollerinizi yaptığı sırada siz bebeğinizi doğum masasındayken emzirebilirsiniz.

### **Doğumun Dördüncü Aşaması**

Doğumun dördüncü aşaması bebeğin eşinin doğumu ile başlar ve sonrasındaki ilk 4 saati kapsar. Doğumun ilk üç aşamasında herhangi bir sorun yaşandı veya anestezi uygulandı ise bu süre uzayabilir. Bu aşama sizin ve bebeğiniz için hayati önem taşımaktadır. Çünkü sizin tüm sistemleriniz gebelik öncesi haline dönmeye çalışacaktır. Bebeğiniz ise anne karnından çıkarak dış dünyaya uyum sağlamaya çalışacaktır. Diğer yandan bebeğiniz ilk olarak sizinle ve ailenizle tanışacaktır.

Eğer herhangi bir problem gelişmedi, kanamanız kontrol altında, eşiniz sorunsuz çıktı ve gerekli ise dikişleriniz atılıp kontrol edildikten sonra siz ve bebeğiniz yaklaşık bir saat doğum salonunda gözlem altında olacaksınız. Bazı durumlarda bebek doktoru bebeğinizi gözetim altında tutmak isteyebilir ve kuvöze götürebilir. Bu gibi durumlarda bebeğiniz sağlık durumuna göre en kısa sürede yanınıza getirilecektir.

Bu aşama bebeğinizi emzirmek için mükemmel bir zamandır, çünkü bebeğiniz uyanık ve uyaranlara açıktır. Bu nedenle bebeğinizi mutlaka emzirmelisiniz. Emzirme aynı zamanda kanamanızın kontrol altına alınmasını sağlar.

Doğumdan bir saat sonra kontrolleriniz yapılacak, bebeğiniz ile birlikte doğum sonu (lohusa) servisine geçişiniz sağlanacaktır. Burada sizinle birlikte ailenizde servise gidebilmektedir.

## Diğer Doğum Tipleri

### Müdahaleli Doğum

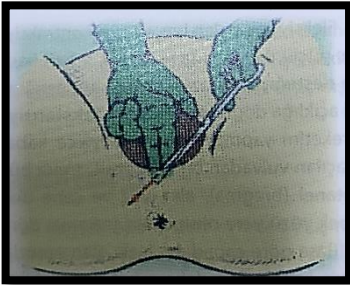
#### İlaçlar ile Doğum Eylemini Başlatma ve Hızlandırma:

Doğumda kullanılan bazı ilaçlar ile rahim kasılmalarının artması ve/veya rahim ağzının yumuşaması ve açılması sağlanabilmektedir.

Bu ilaçlardan biri suni sancı olarak da bilinen yapay oksitosindir. Bu ilaç doğum eylemini başlatmak ya da kasılmalar yetersiz ise güçlendirmek için kullanılabilir. Fakat her gebede rutin olarak kullanılmamalıdır. Bu ilacın gerekliliğini kadın doğum uzmanınız doğum sürecindeki rahim ağzı açıklığı ve kasılmalarının takibi ile belirleyecektir. Yine yüksek tansiyonunuz, bebeğin eşinde yetmezlik, kanamanız, yetersiz kasılmalarınız ve suyunuzun gelmesine rağmen 12-24 saat içinde doğum başlamadı ise bu ilaç kullanılabilir. Bu ilaç size damar yolunuzdan sıvı içerisinde verilecektir. Bu ilacın verilmesi çok küçük dozlar ile başlayıp yeterli kasılmalar sağlanana kadar artırılarak devam edecektir. Bu aşamada bebeğinizin kalp atışlarını kontrol edebilmek için NST cihazına bağlanacaksınız.

Bir diğer ilaç ise rahim ağzı olgunlaştırıcılarıdır (prostoglandinler). Bu ilaç rahim ağzınıza yerleştirilerek rahim ağzının olgunlaşmasını ve yumuşamasını sağlar. Bu ilacın uygulanmasında ebe veya kadın doğum uzmanı vajinal muayene eder gibi ilacı rahim ağzınıza yerleştirir. Bu aşamadan sonra ilacın işe yaraması için 12 saat kalması gerekir. Fakat kasılmalarınız artar ve rahim ağzı açıklığınız ilerler ise ilaç çıkartılır. Bu uygulama yapılır iken bebeğinizin kalp atışları her yarım saatte bir kontrol edilir ve aralıklı olarak NST cihazı bağlanabilir.

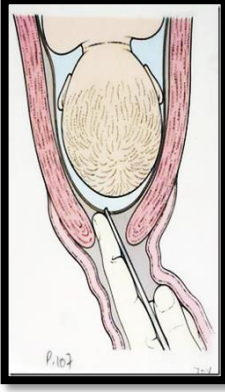
#### Epizyotomi (Doğum Kesiği):



Daha öncede belirtildiği gibi epizyotomi doğumunu kolaylaştırmak, doğum sırasında oluşabilecek yırtıkları önlemek için hazne girişini genişletmek üzere yapılan kesiye denmektedir. Bütün doğumlarda epizyotomi açılması gerekmez. Fakat doğumu yaptıran kişi, kesi yapılmadığı takdirde yırtık oluşma olasılığı olduğuna karar verirse, bebek çok iri ise, bebek normalin dışında bir pozisyon ile doğum kanalına girdi ise, bebek sıkıntıda ise ve çabuk çıkması

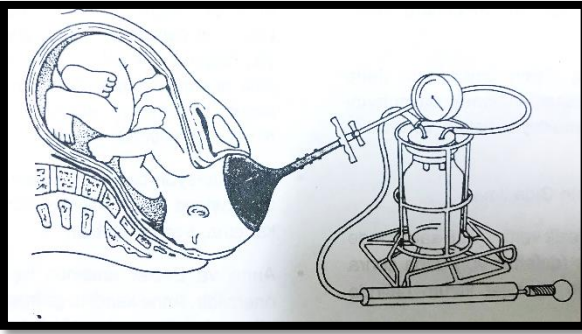
gerekliyse, diğer bir müdahale yöntemi olan vakum kullanılacak ise bu kesi yapılabilir. Kesi, bu işlem için uygun olan makaslar ile yapılır ve bebeğe zarar vermez. Bu işlem öncesinde kesi yapılacak bölge ilaç ile uyuşturulur fakat siz bebeğin yaptığı bası nedeni ile bu işlemi hissetmeyebilirsiniz. Bebek ve eşi doğduktan sonra doğumu yaptıran kişi tarafından bu kesi onarılır.

### **Amniyotomi (Su Kesesinin Açılması):**



Bu işlem su kesesinin suni olarak açılmasıdır. Bazen doğum eylemini hızlandırmak için kullanılabilir. Bu işlem ile bebeğin başı rahim ağzına daha çok baskı uygular ve rahim ağzının daha hızlı açılması ile doğum hızlanabilir. Bu işlem sonrasında da bebeğin kalp atışları belirli aralıklar ile doğum eylemi boyunca kontrol edilecektir.

### **Vakum ile Doğum:**



Normal doğumun ikinci aşamasında bebeğinizin başı kendiliğinden çıkmadığında uygulanan bir yöntemdir. Doğum masasında iken, bebeğinizin başının üzerine yuvarlak tase benzeyen bir alet yerleştirilir. Bu aletin bağlı olduğu vakum cihazı çalıştırılarak, sizin de ıkmama gücünüzden yararlanılarak bebeğiniz dışarıya doğru çekilir. Bebeğinizin başı doğduktan sonra vakum kapatılır ve vücudu

normal doğumdaki gibi doğurtulur. Bu işlemi yalnızca kadın doğum uzmanı uygulamaktadır. Normal doğumlarda çok sık karşılaşılan bir işlem değildir fakat gerekli olduğu durumlarda doğuma yardımcı olur. Vakum doğru uygulanmışsa bebek başına zarar vermez, aksine bebek ve anne için hayat kurtarıcı olabilir. Bebek başında vakum uygulanan bölgede şişlik olabilir. Bu normaldir. Birkaç günde kendiliğinden geçer.

### **Sezaryen Doğum**

Sezaryen bebeğin karın bölgesinden kesilerek doğurtulması işlemidir. Normal doğumun mümkün olmadığı doğumlarda veya normal doğum sürecinde annenin ya da bebeğin hayatı tehlikeye girdiğinde uygulanmaktadır. Sezaryen kararını kadın doğum hekimi sizin de onayınız ile birlikte vermektedir. Doğum kanalınız normal doğum için uygun olmadığında, bebek normalin dışında doğum kanalına yerleştiğinde, aşırı kanama durumlarında, doğumun ilerlemediği durumlarda, gebelik zehirlenmesi ve şeker hastalığı gibi sistemik hastalıklar olduğu durumlarda, bebek sıkıntıya girdiğinde, bazı cinsel yolla bulaşan hastalıklar durumunda sezaryen ile doğum tercih edilmektedir. Planlı sezaryenler de ameliyat olacağınız tarih daha önceden belirlenmiştir. Bu tarihten bir gün öncesi gece yarısından sonra hiçbir şey yiyip içmemeniz istenmektedir. Hastaneye gittiğinizde sizi ebe veya kadın doğum hekiminiz doğum salonunda karşılayacaktır. Burada normal doğumda olduğu gibi gerekli bilgileriniz alınacak, sezaryen doğuma izin verdiğinizize dair sizin ve eşinizin imzaları alınacaktır. Yine fiziksel değerlendirmeleriniz yapılacak, kan alınarak tahlilleriniz yapılacak, lavman yapılarak bağırsaklarınızın boşaltılması sağlanacaktır. İdrar torbası takılarak ameliyat boyunca idrar kesenizin boş olması sağlanacaktır. Bu torba ameliyat sonrası belirli bir süre kaldıktan sonra çıkartılacaktır. Genellikle bu işlem ameliyathanede anestezi sonrası yapıldığı için hissetmezsiniz. Fakat öncesin de de takılmış olsa bu işlem acı



verici bir işlem değildir. Ayrıca damar yolu açılarak kolunuza sabitlenecektir. Bu damar yolu hem ameliyathanede hem de doğum sonrası dönemde damardan verilecek olan ek sıvı ve ilaçlar için kullanılacaktır. Yine bebeğinizin iyilik halini kontrol etmek için kalp atımları takip edilecektir. Sizi ameliyata hazırlayan ebenin yardımı ile tüm kıyafetlerinizi çıkartılması, ameliyat önlüğünün giyilmesi, saçınıza bone takılması ve tüm takılarınızın çıkartılması sağlanacaktır.

Ameliyathaneye alındıktan sonra uzman doktor tarafından belden aşağınızın uyuşmasını sağlayan anestezi tekniği uygulanacaktır. Yani ameliyat boyunca tamamen uyumayacaksınız fakat belden aşağınız uyuştuğu için herhangi bir şey hissetmeyeceksiniz. Yüzünüzün önüne örtü çekildiği için ameliyatı görmeyeceksiniz. Bu teknik hem bebeğinize anestezi ilacının geçmesini önler hem de ameliyattan sonra daha hızlı bebeğinize kavuşmanızı sağlayabilir.

Sezaryen ameliyatında kasıklarda tüylü bölgenin hemen üstünden yaklaşık on santimlik bir kesi açılır. Sırasıyla bütün karın tabakaları (cilt, yağ tabakası, kas tabakası, rahim duvarı ve amnios zarı) kesilerek bebeğe ulaşılır. Bebek çıkarıldıktan sonra sırasıyla kesilen bütün tabakalar teker teker dikilir.

Sizin dikişleriniz atıldığı sırada bebeğiniz ebe tarafından ameliyathaneden çıkarılır ve normal doğum sonrası bebeğe yapılan işlemler ve kontroller yapılır. Sonrasında ebe bebeğinizi ailenize teslim eder. Ameliyatınız bittikten sonra bir süre gözetim altında kalırsınız ve sonrasında lohusa servisine götürölürsünüz. Burada sizi aileniz ile birlikte bebeğiniz karşılayacaktır. Sezaryen ameliyatından sonra anneler normal doğuma oranla daha fazla ağrı hissetmektedirler. Fakat ağrınız olduğu anda ağrı kesici verilecektir. Yine gaz sancıları yaşayabilirsiniz.

Yatağınıza gelir gelmez bebeğinizi yakınınızın veya ebenin yardımı ile emzirmelisiniz. Emzirmenin en yakın zamanda başlatılması emzirme sorunlarının az ya da hiç yaşanmamasını sağlayacaktır. Ameliyat sonrası erken ayağa kalkmak önemlidir. Erken ayağa kalkmak gaz sancılarınızı azaltacak, dolaşımı hızlandırdığından yara iyileşmesini kolaylaştıracaktır. Desteklenen, yardım alan, erken emzirmeye başlayan, erken ayağa kalkan anneler ameliyat sonrasını daha rahat geçirebilmektedirler.

**Kaynaklar:**

**Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS.** Doğum Eylemi. In: Yıldırım G (eds), Williams Obstetri (24 nd ed), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2016.

**Mete S.** Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013, 6(2), 93-8.

**Okumuş H.** Doğum başlıyor: Normal doğum ve bilmemiz gerekenler. In: Anne Babalar için doğuma hazırlık. Okumuş H ve Mete S (ed). 2. Baskı, İstanbul, Deomed Yayınevi, 2014.

**Rathfisch G.** Doğum eylemi. In: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Beji Kızılkaya N (eds). Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2015, s 305-318.

**Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı (12. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2014.s. 125-128.

## Doğum Öyküsü

### Kuzey Yeni Mexico Doğum Merkezindeki Michaela



Sabah saat 3: 00'da doğum eyleminin başladığını fark ettim ve hemen araba ile Taos'a gitmeye karar verdik. Uzun bir doğum süreci olacağından endişe ediyordum ve Santa Fe'den başlayan yolculuğumuzun rahat geçmesini istiyordum. Dağların arasından geçerken belirli sayıda hafif kontraksiyon yaşadım. Çok heyecanlanmıştım! Dokuz ay bekledikten sonra artık zaman gelmişti.

Sabah zamanımızı plaza etrafında gezerek geçirdik. Fransız tostunu yedik, vitrinlere baktık ve kontraksiyonlar sırasında gerek duyduğum zamanlarda mola verdik. Hayatımın en heyecanlı sabahıydı.

Öğle yemeğinden sonra suyum geldi ve süreç hızlanmaya başladı. Kasılmalarım enerjimi tamamen tüketmişti. Doğum Merkezine giderken, iki kontraksiyon için yolda durdum. Ebe, ben pembe odaya doğru ilerlerken yüzüme baktı. Sürecin ilerlediğini söyleyebilirdi. Bize derin bir gülümseme ile baktı. “Görmeyi istediğimiz şey bu” dedi. Hemen, kendimi güvende hissettim.

Ebeler eşim Shawn'a, her bir kontraksiyon sırasında oluşan basıncı telafi etmek için sırtıma nasıl baskı yapacağını gösterdiler. Bu uygulama oldukça yararlı oldu. Bir kontraksiyon hissettiğimde başımı sallayacaktım ve o da doğru pozisyonu alacak ve baskı yapacaktı. Küçük bir kız iken, balerinlerin arkalarından her hareketini destekleyen eşleri ile inanılmaz şeyler yaptıklarını izlediğimi hatırlıyorum. Eşimin sırtıma güç uygulaması da böyle hissettirdi. Shawn benim destekçimdi ve ben de inanılmaz bir şey yapıyordum.

Doğum eylemi sırasında, işler gerçekten zorlaşmaya başladığı anlarda, “yapabilirim” diye kendimi motive ediyordum. Ebeler hep bir ağızdan “Yapabilirsin, yapıyorsun” diyorlardı. Adeta, sevgi ve cesaretle kuşatılmıştım.

Süreç ilerlerken içlerinden biri bana ayna uzattı ve böylece işlerin nasıl ilerlediğini takip ettim. Bana göre bedenim farklı görünmüyordu. Panik yapmaya başladım. “Ah... Bunun nasıl işe yaradığını göremiyorum”, Stajyere kekeleydim. Bana doğru baktı ve şöyle dedi: “Bedenin sana bir şey öğretmek üzere”. Ses tonundaki bilgelik ve kesinlik, ona inanmamı sağladı. Sonunda zihnimin hapsinden çıkıp vücudumun kontrolünü ele geçirdim.

Bedenim, bebeğimi dışarı çıkarmak için, sancı boyunca ilerlemesi gerektiğini biliyordu. Zihnim kontraksiyonlardan negatif etkilenmedi, çünkü bedenim kızımı dünyaya getirmek için her kontraksiyon dalgasının gücünden yararlanıyordu. Zaman geçti. Gözlerimi açtım ve bebeğim oradaydı. Bu sanki bir sihirdi.

Doğum yapmak hayatımın en güçlendirici anıydı... İnsanlar bana bunun acıtacağını ve zor olacağını söylediler, ama kimse bana sonunda süper kahraman gibi hissedeceğimi söylemedi. İşin bu tarafı bir sürpriz gibiydi.

Yeni anne olmuş kadınların, doğum sürecindeki tecrübelerini unutturma eğilimi içerisine girildiğini duydum. Böylece doğum yapmaya devam edeceğimiz... Buna inanmıyorum. Kustuğumuz her anı, bel ağrılarımızı ve tüm vücudumuzun feryat etmesine neden olan kontraksiyonları hatırlıyoruz. Bunların hepsini hatırlayarak, bebeklerimizin gözlerine bakıyoruz ve yeniden hamile kalma yolunda kahramanca ilerliyoruz. Çünkü tünelin sonundaki ışığın tarif edilemez bir mutluluk olduğunu biliyoruz.

—Michaela Knox

## TERESA’NIN EVDE DOĞUM ÖYKÜSÜ



İlk gebeliği olan birçok çifte olduğu gibi, eşim ve ben ilk doğumumda doğal doğum veya evde doğum yapmaya karar vermemiştik. Birçok kitap okuduktan, bir doğum koçuna gittikten ve doğum öncesi eğitim sınıflarına katıldıktan sonra, ikinci doğumumda doğal bir doğum deneyimi yaşadık ve evde doğum yapmak bizi oldukça şaşırttı. Ancak ilk bebeğimiz için hastanede doğum yapmayı kabul etmek zorunda kalmıştık. Yaşadığımız yerde kendimizi yakın hissettiğimiz bir ebe vardı. Ebemizin kendisi de evde doğum yapmasına rağmen bize bu seçeneği sunmamıştı.

İlk hamileliğim sırasında gebelik süremın yaklaşık on gün geçmesi nedeni ile doğumum induksiyon (suni sancı) ile başlatıldı ve ben kendimi hayal kırıklığına uğramış gibi hissettim. Amniyon sıvım azaldığı için doğum başlatılmamış olsa idi sezaryen ile doğum yapmak zorunda kalacağım konusunda bilgilendirildim. Doktorlarım bana normal doğum yapmak istediğimi bildikleri için induksiyonun en iyi seçeneğim olduğunu söylediler. Hemşire olmama ve induksiyon gibi gereksiz tıbbi müdahalelerden normal doğumda kaçınmam gerektiğini okumama rağmen kendimi biraz çaresiz hissettim. Elimden gelenin en iyisini yapmama rağmen bu durum ortaya çıktığında hiçbir alternatifimin ve sözümün olmadığını hissettim. Kendimi hastanenin doğum için belirlenen politikaları ve protokolleri arasında buldum. Tüm bunlar hastanenin hayal ettiğim doğum sisteminden çok daha zordu. İlk başlarda doğal doğum için benim inançlarıma izin verilmiş gibi görünse de sonunda kendimi terk edilmiş gibi hissettim. Verilen her karar için doğum ekibinin belirli üyeleri ve hastane personeli ile anlaşmazlığa düştüm. Personeller benim hakkımda "Epidural istemiyor", "Yüremek için NST cihazının çıkarılmasını istiyor" gibi şeyler söylüyorlardı. Amniyotik sıvı seviyeleri hakkında daha fazla soru sorduğumda, bir

doğum asistanının diğerine benim hakkımda "inkâr ediyor" dediğini duydum. Bu yorumların hiçbirini doğum sürecime yardımcı olmuyor ve beni desteklemiyordu.

Sonunda epidural olmadan normal doğum yaptım. Aslında bana önerdikleri her müdahale için onlarla küçük yürüyüşler yapabilmek ve yataktan kalmak için pazarlık yaptım. Amniyon kesemin onlar tarafından açılması ve bebeğin durumunu kontrol edebilmek için iç elektronik fetal izlem yapılması gerektiğini söylediler. Çünkü doğum eylemim ilerlemiyordu ve rahim ağzı açıklığı 2-3 cm de takılmıştı. Onlara bu işlemi yapmadan önce yarım saat duşa girip yürümek istediğimi söyledim. Yaklaşık 30 dakika boyunca banyoya gittim ve amniyon kesem kendiliğinden açıldı. İzin verildiği sürece, her kasılmamda eşimden destek aldım. Doktor beni kontrol etmek için geri döndüğünde, rahim ağzım tamamen açılmıştı ve bebeğimi itmeye hazırdım. Kulağa tuhaf gelebilir, ama bebeğimi ilk kez kollarımda tuttuğumda iki şeyi kutluyordum: ilki sağlıklı bir erkek bebek doğurmuştum, ikinci olarak ise ağrı kesici almadan normal doğum yapabiliştim. Doğal doğum sürecinde gizlice başarılı olduğumu hissettim. Doğum sonrası salgılanan endorfin hormonu kesinlikle şaşırtıcıydı. Bir saat sonra kocama şöyle diyerek hatırlıyorum: “Şimdi on çocuğu olan bir kadının neden ve nasıl on iki çocuk yaptığını biliyorum. Bunu tekrar ne zaman yapıyoruz?”

Üç yıl sonra ikinci çocuğumuza gebe kaldım. Hemen eşim ve ben evde doğum yapabilmek için plan yaptık. Evde doğum yapmak konusunda hem heyecanlı hemde gergindik. Gebeliğimin yedi ayı boyunca kadın doğum uzmanıma gitmeyi bıraktım ve ebe tarafından evde takip edildim. Gebeliğimin sonuna kadar kesinlikle sorun yaşamadım. Doğum zamanım gelmiş hatta geçmişti. Yaklaşık kırk iki haftalık gebeydim ve doğum zamanımın geçmesi benim için çok endişeli oldu. Duygusal ve zihinsel endişelerin gebeliği ve doğum sürecini etkileyebileceğini biliyordum. Bu durumda gerçekten oturup ciddi olarak eğer doğum sürecimde bir şey olursa ne yaparım sorusunu düşünmem gerekti. Aklıma en ağır gelen endişeler aklıma kemiriyor gibiydi. “Ya evde doğum benim ve bebeğim için en iyi ve en güvenli seçenek değilse ne olurdu? Ya bir şey ters giderse?” Çok az insana evde doğum yapma planımdan bahsettim ve rahatsız edici, desteklemeyen düşüncelerden kaçınmaya çalıştım. Annem evde doğum yapmama konusunda anlaşılabilir endişelere sahipti ve bu doğum seçeneğini çok fazla desteklemiyordu. Annem tahmini doğum tarihimden bir hafta sonrası için uçuş planlamıştı. Sonuç olarak annem oğlumun doğumu için buradaydı. Annemin burada olmasına rağmen tamamen benim için gelmemiş olması ve uçuş planlamış olması beni biraz üzümü ve germişti.

Evde doğumun olası olumsuz sonuçları hakkında aklımda olan endişelerin olası olmadığını biliyordum. Çünkü hamilelim tamamen sağlıklı geçmişti ve daha önce normal doğum yapmıştım. Kesinlikle emin olduğum tek şey bir daha doğumda gerekli olmayan hiçbir müdahaleyi yaşamak istemediğimdi. Bebeğimizin sağlıklı olması durumunda bizden uzak tutularak bakım almasını istemedik. Onun yalnızca bizimle birlikte kalmasını ve başka hiçbir yere gitmemesini istedik. Bu arzu, evde doğum konusunda içimde olan şüphe ve korkudan daha büyüktü. Annem yaptığımız içten sohbetler sonrasında, benim ve bebeğimin sağlığı için hala endişeliydi ancak doğumumda yer almak istiyorsa bana sözel ve fiziksel olarak destek vermesi gerektiğini biliyordu. Geldiğinden itibaren doğumum boyunca hep bana tavrı ve sözleriyle destek olduğunu gösterdi. Hamileliğim devam ettikçe, meditasyon yaptığım her gece, kendime, vücudumun ne yapacağını bildiğini söyledim. Bebeğimle konuşarak, ona sevildiğini, arzu edildiğini ve gelişini beklediğimizi söyledim.

Suni sancı ile yaptığım doğumda başa çıkabildiğim ağrılı kasılmalar ile bu doğumumda da baş edebileceğime inandım. Önceki doğumum suni sancı ile 12 saatte tamamlanmıştı fakat bu sefer vücudumun tıbbi müdahale olmadan ne yapacağını tahmin edemiyordum. Aklımdaki sorunları annemle konuştuğumuzda sonuç olarak aklımızda kalan sorular şunlar oldu; Doğumum ne zaman başlayacak?, Bebeğim sağlıklı doğar mı? Her geçen gün, kendi başıma doğuma girme yeteneğimden şüphe etmeye başladım. Tahmini doğum tarihimden yaklaşık on gün geçmişti. Sanki herkesin su kesesi yolda yürürken bir anda açılıyormuş gibi geliyordu. Her gün doğumum başlamadıkça daha fazla hayal kırıklığına uğruyordum. Kulağa garip gelebilir fakat kendimi doğum yapabilmek için doğru kadın değilmişim gibi hissediyorum. Doğum için son iki haftamı yakında dolduracak olmam oldukça endişe vericiydi. Bu nasıl olabilir? Tekrardan suni sancı ile uyarılmam gerekecek mi?

Sonunda biraz yardımla doğum eylemim başlamıştı. İlk gebeliğimde doğumu başlatmak için kohoş bitkisinden hint yağına birçok yol denedim. Fakat hiçbiri işe yaramadı. Bu seçeneklerin hepsini bir daha denemeyeceğime yemin ettim. Son günüm geçtikten sonra homeopati tedavisi denedim ve bu yöntem doğumu başlatmak için bana yardım etti. Ertesi gün kasılmalarım güçlenmeye başladı. O gece kasılmalarla yatağa girdim ve doğum eyleminin başlamasını umuyordum. Ve sonunda sabaha karşı saat 3'de kasılmalar ile uyandım.

Kasılmalarımın başlaması ile birlikte toplam doğum sürecim 24 saat sürdü fakat yalnızca son 6 saati daha zorlu geçti. Kasılmalar tüm gün beş dakika ara ile geldi ve ortalama otuz ile kırk beş saniye sürdü. Bu kontraksiyonlar gerçek doğum ağrıları için

yeterli fakat doğum eyleminin ilerlemesi için yavaş kalıyordu. Sabah kalktığımızda annem ve ben birlikte temizlik yaptık. Sonrasında biraz uyuyup yürüyüşe çıktık. Doulam sürekli yanımdaydı. Bazen doğum eylemi içinde olduğuma inanamıyordum. Uyuyakalırsam kalktığımda doğum eylemi içinde olmamaktan korkuyordum.

Doğum sürecimin yirminci saatinde ağrıya olan toleransım ve doğumumun ne kadar süreceğine dair endişem daha iyiydi. Diğer yandan doğum yapabilme yeteneğimden şüphe etmeye başladım. Çünkü gebelik boyunca yaptığım hazırlıklarda doğumumun 20 saati geçebileceğini düşünmemiştim. Yine de hastaneye girmek istemedim çünkü hastaneye gittiğimde beni sürekli yatakta tutmalarının kasılmalarımı yavaşlatacağının farkındaydım. Ayrıca hastaneye gittiğimde bana yine suni sancı vereceklerini kendime söyleyip duruyordum. Yatağa bağlanırken daha acılı kasılmalar hissedeceğim düşüncesi evde doğum yapmak için bana gerekli olan motivasyonu veriyordu. Her kasılma dalgası geldiğinde kafamda söylediğim şey "Hastaneye gitmiyorum" idi. Her seferinde doğuma bağlı kalma isteğim bana bu yolda kalmam için yardım etti. Kasılmaların zirve noktasında bazen vazgeçtiğimi hissetsem de gevşemeye başladığım zaman tekrardan yapabileceğimi hissettim. Evde olmak ve rahatça hareket edebilmek kesinlikle şaşırtıcıydı. Tartışma yok, monitörle izlem yok ve gereksiz işlemler yok. Beni tam olarak destekleyen birçok insanın çevremde olması ve doğal bir doğum yapacak olmam kesinlikle odaklanmama yardım etti. Kasılmalarım sıklaştığında bir sandalyenin arkasına geçip destek alarak eğildim. Bu güçlü kasılmalar ile birlikte bebeğimin doğum kanalından aşağıya doğru indiğini hayal ettim. Ayakta dururken bunu hayal etmek çok daha kolaydı. Her şeyin senkronize olarak ilerlediğini hissettim. Bu tür görselleştirmeler doğumda bana son derece yardımcı oldu. Her kontraksiyon benim için pozitif, hiç negatif olarak algılamadım. Evde destek ekibim harikaydı. Ebem, ebemin asistanı, doulam, eşim hepsi yanımdaydı. Her biri bana muhteşem duygusal destek sağladı. Elverişli bir çevrede olmak ve yanınızda olan insanların size yüzde yüz destek olması korkularımın geçmesine yardımcı oldu.

Hastanedeki doğumumda kasılmalarla birlikte bebeğimi itmek çok zor gelmişti. Aslında ilk doğumdan sonra gerçekten ara vermek istemişim. İkinci doğumumda da ıkmakta zorlanıyor olmam beni şaşırtmıştı. Daha önceki doğumumda edindiğim bilgilerin bu garip duyguya yardımcı olabileceğini düşünmüştüm ama olmadı. Dürüst olmak gerekirse bebeğimi itme zamanım geldiğinde evde sağlıklı bir bebek doğurabilecek miyim stresi beni geriye getirdi. Ellerimin ve dizlerimin üzerindeydim ama tam olarak rahat edemedim. Doulamın yanıma gelmesini istedim ama yine de tam rahat edemedim ve sırt üstü pozisyona geçip geçemeyeceğini sordum. El-diz pozisyonunun bana fizyolojik avantajlar sağlayacağını



bilmeme rağmen sırt üstü pozisyon bana daha rahat gelmişti. Sırt üstü uzanırken herkesin yüzünü ve heyecanını görebiliyordum ve her birinin desteğini hissediyordum. Herkesin farklı bir heyecan seviyesi vardı. Annem bana en yakın duran kişiydi ve en gerginide oydu. Annemin neden gergin olduğunu biliyorum, bebek sağlıklı doğana kadar gerginliği geçmeyecekti. Bunu anlayabiliyordum çünkü annem büyükanne olacaktı. Ebem beni sesi ile doğuma odaklamaya çalışıyordu. Bir hemşire olarak o sesi çok iyi biliyorum ve o ses aslında her şey demek. O anda aklımda yine korkular vardı. Aylar süren hazırlık, endişe, sevgi ve heyecan dakikalar içinde cevaplanacaktı. Evde sağlıklı bir kız çocuğu doğurup doğuramayacağım sorusu yanıtlanacaktı. Ekibimin desteği ve ebemin sesi beni hedefime odaklandırdı. İkinmam ve bebeğimi doğurmam yaklaşık on dakika sürdü. O on dakika çok stresli ve gergindi. Sonunda sağlıklı bir bebek doğurmak kendime olan güvenimi yerine getirdi.

İkinci doğumumda ebe ile birlikte evde doğumumu planlamak şüphesiz ki yine uyarılmamı önlemişti. Neyse ki tıbbi personelin radarından çıkmıştım. Tüm bu sebeplerden dolayı evde doğum yapmak harikaydı. Bebeğimde bunun faydalarını hemen gördü. Sağlıklı ve mutlu bir kız bebektir, hayatının ilk gününde gerçek bir gülümsemesi vardı. Hastanede doğan oğlumdan daha mutlu görünüyordu. İkinci doğumumum aslında daha kolay olduğunu hissettim ve kızımın doğumdan sonra hiç ayrılmadığımız için oğluma göre kızımı daha kolay sakinleştirebildiğimi fark ettim. Kızımın "ben açım" ağlaması ile "ben yorgunum" ağlaması arasındaki farkı bile daha kolay hissedebiliyordum. Ev doğumunu deneyimledikten sonra bebeğimiz ve ailemiz için doğal bir doğumun ne kadar faydalı olduğunu anlamış olduk.

—Teresa Bissen

**Ek 8. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı**




T.C.  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 92340882-050.04.04  
Konu : Kararlar hk.

Sayın Arş.Gör. Gizem ÖZTÜRK

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.04.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.  
Bilgilerinize sunarım.

  
Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR  
Etik Kurul Başkan

**KARAR 6:**

**Protokol No** : 2018/29  
**Sorumlu Yürütücü** : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM.  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik A.D.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Arş.Gör. Gizem ÖZTÜRK'ün "**Doğum Korkusuyla Baş Etme Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve yapılan düzeltmeler uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.


Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)'lerin gönderilmesi gerekliliğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.


Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampus  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. No:7  
Mevki 09100 Efeler/Aydın Telefon No: 0256 213 88 66/106  
Faks No: 0256 212 4219

Bilgi için: Nazife UZUN

Unvan:Memur

## Ek 9. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

  
T.C. Sağlık Bakanlığı

  
AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AYDIN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
19/07/2018 18:24 - 69836136 - 605.01 - E.664  
00073309290

T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 69836136-605.01  
Konu : Araş.Görv.Gizem ÖZTÜRK 'ün  
Araştırma izni

Sayın Gizem ÖZTÜRK  
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Ebelik Bölümü 09100 AYDIN

İlgi: 04/07/2018 tarihli 72342509 sayılı dilekçe

İlgi sayılı dilekçenize istinaden; "Doğum Korkusuyla Baş Etme Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme" konulu araştırmanın 01 Ağustos 2018 - 01 Ağustos 2020 tarihleri arasında Efeler İlçesinde bulunan 2-5-12 Nolu Aile Sağlığı Merkezleri ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılabilmesi hakkında Müdürlük Makamı'ndan alınan 17/07/2018 tarihli ve 73114070 sayılı onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumu sebebi ile edinilmiş olan hiç bir verinin aile sağlığı merkezinden talep edilemeyeceğinin bilinmesi, (kimlik bilgileri, iletişim ve adres bilgileri, hastalık ile ilgili kayıtlar vb.) çalışma yapılırken sağlık kuruluşunun işleyişine ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışmanın sağlık kuruluşu elemanlarının onayı çerçevesinde hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi ve/veya başvuru formunda belirtilen yardımcı araştırmacılar tarafından yürütülmesi gerekmektedir.

Çalışmanın yapılması esnasında kimlik taşınması, hasta mahremiyetine dikkat edilmesi, hizmetin aksamasına mahal verilmemesi ve çalışma bittikten sonra nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içinde Müdürlüğümüze iletmeniz gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Fevzi YAVUZYLMAZ  
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza  
Astr ile Aynıdır  
20.07.2018  
Nermin KOCAOGLU  
Ebe

EK:  
Onay (1 Sayfa)

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Faks No:0256 215 16 11  
e-Posta:sumeyra.celebi@saglik.gov.tr İnt. Adresi: sumeyra.celebi@saglik.gov.tr

Bilgi için:SümeYra ÇELEBİ  
Unvan:HEMŞİRE  
Telefon No:0 (256) 213 50 00-214

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 95f36ef9-badb-416b-b43d-aa62f0be0771 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek 10. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı  
Sonuç Onayı**

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 10/04/2020-E.22608



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 92340882-050.04.04  
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM  
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.04.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.  
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır  
Prof.Dr. Dide KILIÇALP KILINÇ  
Kurul Başkan Yardımcısı

**KARAR 1:**

Protokol No : 2018/029  
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr.Zekiye KARAÇAM  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 25.04.2018 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr.Zekiye KARAÇAM 'ın " Doğum Korkusuyla Başetme Rehberi geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme " konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 16.03.2020 tarihli dilekçesi görüşüldü.  
Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.  
Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür.  
Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.  
Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayı almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrak Doğrulama İçin: <http://ebyz.adu.edu.tr/en/Vision/Doğrulama/5D500AC>

ADÜ Merkez Kampüsü Ayrışma Merkezi 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon No: 02562132717 Faks No: 02562124219  
E-Posta: [sagbilfakultesi@adu.edu.tr](mailto:sagbilfakultesi@adu.edu.tr) İnternet Adresi: [akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/](http://akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/)

Bilgi İçin: Nazife UZUN  
Uzvan: Bilgi İşyeri İşletmeni

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : ÖZTÜRK Gizem  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : İzmir/29.05.1991  
**E-mail** : gzmgunes91@hotmail.com, gizem.gunes@adu.edu.tr  
**Yabancı Dil** : İngilizce

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Ebelik (YI) (Tezli)	2015
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu	2013

### BURSLAR ve ÖDÜLLER

xxxxx

### İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2013-Halen	Adnan Menderes Üniversitesi/Aydın Sağlık Yüksekokulu/Ebelik Bölümü/Ebelik Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi

### AKADEMİK YAYINLAR

#### 1. MAKALELER

##### Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

**Güneş Öztürk G, Batman Dz, Karaçam Z.** Present Status of Studies in the Field of Midwifery in Turkey. *International Journal of Childbirth* 2018, 8(1), 35-40., Doi: 10.1891/2156- 5287.8.1.35.

**Güneş G, Karaçam Z.** The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *Journal of Clinical Nursing* 2017, 26(15-16), 2362-2371., Doi: 10.1111/jocn.13574.

**Karaçam Z, Kurnaz Arslan D, Güneş G.** Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology* 2017, 14, 10-17., Doi: 10.4274/tjod.88123.

### **Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:**

**Güneş G, Karaçam Z, Tazegül K, Keser LN.** Doğum şeklinin gençlerin sağlık durumu ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2019, 9(2), 61-66., Doi: 10.33631/duzcesbed.484320.

**Güneş G, Karaçam Z.** Ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018, 34(2).

**Kızılca Çakaloz D, Güneş G, Çoban A, Karaçam Z.** Ebelik öğrencilerinin servikal kanser ve hpv aşısı hakkında bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018, 2(2), 8-17.

**Güneş G, Karaçam Z.** Doğum Sonu dönemdeki kadınların vajinal muayene deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018, 11(2), 87-95.

## **2. PROJELER**

-Yok

## **3. BİLDİRİLER**

### **A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

**Güneş G, Ünlü N, Uzunkaya EN, Karaçam Z.** Gebelerin bilgi kaynağı olarak internet ve sosyal medya kullanım durumları. 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum), 2019, Ankara.

**Karaçam Z, Güneş G, Arslan Kurnaz D.** Doğum eyleminin birinci devresinde uygulanan lavmanın anne-bebek sağlığına etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBARGE) Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum), 2018, İzmir.

**Güneş G, Ayhan F, Karaçam Z.** Koçarlı Toplum Sağlığı Merkezine hizmet almaya gelen kadınlarda şiddet görülme yaygınlığı ve kadınların şiddete ilişkin tepkileri. 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBARGE) Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum), 2018, İzmir.

**Güneş G, Karaçam Z.** Gebelikte oral glikoz tolerans testi: Güncel yaklaşımlar ve kanıta dayalı uygulamalar. 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBARGE) Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum), 2018, İzmir.

Balacan Z, Karaçam Z, Güneş G. Prematüre bebeği olan ebeveynlerin deneyim ve gereksinimleri. 1. Uluslararası Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme (EBARGE) Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum), 2018, İzmir.

**Güneş G, Karaçam Z, Tazegül K, Keser LN.** Doğum şeklinin gençlerin genel sağlık durumu ile ilişkisi. 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum), 2018, Çeşme.

Karaçam Z, Güneş G, Özdemir B. Meme kanserinin erken tanısı ve mamografi ile ilgili ebenin sorumlulukları. 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster), 2018, Amasya.

**Batman D, Güneş G, Karaçam Z, Çoban A.** Türkiye’de gebelikte sigara kullanma sıklığı ve ilişkili durumlar: sistematik derleme ve meta-analiz. Adnan Menderes Üniversitesi I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum), 2017, Aydın.

**Güneş G, Karaçam Z.** Plasenta retansiyonunda elle halas yönetiminin kullanımı: Güncel yaklaşımlar ve kanıtadayaı uygulamalar. Adnan Menderes Üniversitesi I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum), 2017, Aydın.

**Süer C, Yoldaş M, Güneş G, Karaçam Z.** Ebe ve hemşirelerin anne dostu hastane uygulamaları ile ilgili görüş ve deneyimleri: Hakkari anne dostu hastane örneği. Adnan Menderes Üniversitesi I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, (Özet Bildiri/Sözlü Sunum), 2017, Aydın.

**Güneş G, Karaçam Z, Kurnaz D.** Ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: Nitel bir araştırma. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 2016, İzmir.

**Güneş G, Karaçam Z.** Discomfort during vaginal examination history of abuse and posttraumatic stress disorders in women. 6th World Nursing and Healthcare Conference, 5(4), 168-468., Doi: 10.4172/2167-1168.C1.019 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum), 2016, Londra.

**Karaçam Z, Kurnaz D, Güneş G.** Evaluation of content and quality of the intrapartum care services in vaginal births Example of a state hospital in Turkey. 6th World Nursing and

Healthcare Conference, 97-97., Doi: 10.4172/2167-1168.C1.019 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum), 2016, Londra.

## **B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

Yok

## **4. DİĞER YAYINLAR**

**Güneş Öztürk G, Kızılca Çakaloz D.** Feminizm ve ebelik. *E-SAĞLIK Ebelik dergisi*, 2018, 8(31).

**Güneş G, Çoban A.** Bireyselleştirilmiş bakım ve ebelik. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 33(1), 128-137.

**Kızılca Çakaloz D, Karaçam Z, Güneş G, Çoban A.** Kadın genital mutilasyonu ve ebe hemşirenin sorumlulukları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 32(2), 119-131.

**Karaçam Z, Güneş G.** Anne ve bebeklerin doğum sonrası bakımı Dünya sağlık Örgütü nün 2013 doğum sonrası bakım rehberi. *E-Sağlık Ebelik Dergisi* 2015, 2(6), 10-25.

## **5. YAZILAN ULUSAL/ULUSLARARASI KİTAPLARDAKİ BÖLÜMLER:**

**Taşpınar A, Uyar Hazar H, Güneş G.** Doğum Sonu Dönem Uygulamaları. İçinden: Taşpınar A (editor), Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirme (1. Baskı), Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2018.

**Karaçam Z, Taşpınar A, Güneş G, Çitil Canbay F.** Doğum Eyleminde Temel Ebelik Uygulamaları. İçinden: Karaçam Z (editor), Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirme (1. Baskı), Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2018.